



SEGURO DE AUTOMÓVILES SOLICITUD DE SEGURO

I. TIPO DE PERSONA

Persona Natural ☐	Persona Jurídica ☐	Comerciante Individual ☐
Empresa de Gobierno ☐	Entidad Supervisada ☐	ONG ☐
		APNFD ☐

II. DATOS GENERALES DEL TOMADOR DE SEGURO Y/O REPRESENTANTE LEGAL

Razón o Denominación Social				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido Casada
Documento Nacional de Identificación No.		Tipo de Identificación		
		DNI ☐	Pasaporte ☐	Carnet Residente ☐
R.T.N. No.:		Fecha de Nacimiento		Edad
		Día:	Mes:	Año:
Lugar de Nacimiento				Nacionalidad (es):
Municipio Departamento País				
Género	Estado Civil			
Masculino ☐ Femenino ☐	Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Unión Libre ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐			
Nombre completo del Cónyuge		DNI No. del Cónyuge		
¿Es su Cónyuge una persona políticamente expuesta (PEP)? SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es positiva, favor completar la siguiente información:				
Lugar de nacimiento del Cónyuge: _____				
Género: Masculino ☐ Femenino ☐ Nacionalidad (es): _____				
Ocupación del Cónyuge: _____ Profesión del Cónyuge: _____				
Dirección Completa de Residencia del Tomador Contratante y/o Representante Legal				
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia:	
Bloque No:	Casa No.:	Calle:	Avenida:	
Otras referencias o señas:				
Teléfono Fijo:	Celular:	Otro Teléfono:	Fax:	
Correo Electrónico:				
Profesión u oficio:				



Origen de sus los Recursos del Tomador y/o Representante Legal			
Actividad económica principal:			
Ocupación actual: Asalariado ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Otros: _____			
Posee Negocio Propio: SI ☐ NO ☐		Nombre del Negocio (Si aplica):	
		Giro o actividad económica del negocio:	
Nombre empresa donde labora:		Posición/ Cargo que desempeña:	
		Tiempo de laborar en la empresa Día: Mes: Año:	
Dirección de la Empresa / Negocio donde Labora el Tomador y/o Representante Legal			
Departamento:		Municipio:	
		Ciudad:	
Bloque No:		Edificio:	
		Calle:	
Teléfono No:		Fax No:	
		Otros teléfonos:	
Correo Electrónico:		Sitio Web:	

III. INFORMACIÓN DE SEGUROS.

¿Tiene otros seguros para este mismo vehículo? SI ☐ NO ☐		Compañía y monto asegurado:	
¿Le ha sido cancelado un seguro? SI ☐ NO ☐		Motivo de cancelación:	
¿Ha sufrido accidentes automovilísticos en los últimos años? SI ☐ NO ☐		¿Cuántas veces?	
Montos Incurridos:		Causas de las pérdidas:	

IV. VIGENCIA DEL SEGURO

Vigencia: Desde:	Hasta:
------------------	--------

V. CARACTERÍSTICAS DEL VEHÍCULO POR ASEGURAR

Marca:		Modelo:		Tipo:	
Año:	Nuevo ☐ Usado ☐	Color:		Fecha de adquisición:	
No. de Vin:		No. Motor:		No. de Ocupantes:	
Están pagados los impuestos		SI ☐ NO ☐		Se cercioró de la legalidad SI ☐ NO ☐	
El vehículo lo guarda en: durante el día _____ durante la noche _____ Hay vigilancia en el lugar SI ☐ NO ☐					
Uso del Automóvil: Particular ☐ Comercial ☐ Alquiler ☐					
Vehículo con Dispensa Fiscal: SI ☐ NO ☐ Valor Dispensado: Valor Real de Mercado:					
Indique si el vehículo será conducido por personas menores de 21 años o mayores de 65: SI ☐ NO ☐					



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

VI. SUMA ASEGURADA Y PRIMA ANUAL TOTAL

Moneda:

Lempiras: ☐

dólares: ☐

Suma Asegurada:	Prima Total Anual:
-----------------	--------------------

VII. BENEFICIARIO

Relación: Financiera ☐ Personal ☐

Nombre completo del Beneficiario	Documento Nacional de Identificación (DNI)	% de participación

VIII. FORMA DE PAGO Y AUTORIZACIONES:

No. de pagos:	Autorizo débito a mi cuenta No.:
Cheques ☐	Tarjeta de débito ☐ Tarjeta de crédito ☐

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que La Compañía no habría dado su consentimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o culpa grave. Artículo No. 1141 del Código de Comercio Vigente.

Certifico que esta información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobase que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a Equidad Compañía de Seguros S. A. de toda obligación de indemnizar.

Lugar y fecha: _____

Nombre del Solicitante: _____ Firma del Solicitante: _____

Nombre del Intermediario: _____ Firma del Intermediario: _____