

SEGURO COLECTIVO DE VIDA
SOLICITUD DE SEGURO

Póliza No.:

Datos del Contratante:

Razón Social: _____

Fecha de constitución: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Nombre Comercial: _____

Domicilio Legal: _____

Ciudad: _____: Departamento: _____ País: _____

Países, departamentos donde tienen operación: _____

Registro Tributario Nacional (RTN): _____

Teléfonos fijos: _____ Fax: _____ Celular: _____

Correo electrónico de la empresa: _____

Sitio Web: _____

Actividad económica: Industria: __ Comercial: __ Transporte: __ Construcción: __ Agrícola: __
Civil __

Servicios financieros u otra actividad. ¿Cuál?: _____

Referencias bancarias o comerciales (indicar al menos dos (2) referencias):

1. _____ 2. _____

Liste al menos dos (2) de sus principales proveedores:

2. _____ 2. _____

*Favor adjuntar fotocopia de Escritura Social de la Empresa y sus Reformas

¿Mantiene pólizas suscritas con otras compañías de seguros? Si _____ No _____

Si su respuesta es sí, favor completar la siguiente información:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Tipo de seguro: Daños: ____ Personas: ____ Fianzas: ____ Responsabilidad Civil: ____ Seguro
Deuda Colectivo: ____

Suma asegurada: _____

Origen de fondos para el pago de primas de seguro: _____

Monto aproximado del total de activos: _____

Ventas o ingresos anuales: _____

Propósito de la póliza: _____

Datos del representante legal de la empresa:

Nombre completo: _____

Lugar de nacimiento: Municipio: _____ Departamento: _____ País: _____

Fecha de nacimiento: _____

Tipo de identificación: Pasaporte: _____ DNI: _____

Carné de Residencia No.: _____

Nacionalidad: _____

Registro Tributario Nacional (RTN): _____

Profesión, ocupación, oficio o actividad económica: _____

¿Ha desempeñado cargo público en los últimos cinco (5) años? Si _____ no _____

Si su respuesta es sí, indique la institución: _____

Cargo desempeñado: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____ Otro _____

Nombre del cónyuge: _____

Dirección de residencia: _____

Ciudad: _____ Departamento: _____ País: _____

Teléfono de residencia: _____ Teléfono móvil: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Cobertura Básica	Suma Asegurada
Muerte por Cualquier Causa	
Servicios de Asistencia	incluida
Periodicidad de la prima	

La Compañía le otorga cobertura al solicitante de seguro a partir de la fecha de inicio de cobertura indicado en las condiciones particulares.

Firmado en la ciudad Tegucigalpa, M.D.C. a los XX días del XX de XX de XXXX.

Nombre Completo del Solicitante: _____

Firma del Solicitante: _____

Firma Autorizada: _____