

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA SOBRE AHORRO Y APORTACIONES
SOLICITUD DE CONTRATANTE**

I) Datos Generales

Tipo de Persona	Persona Jurídica	<input type="checkbox"/>	Empresa de Gobierno	<input type="checkbox"/>	Entidad Supervisada	<input type="checkbox"/>
	ONG	<input type="checkbox"/>	APNFD	<input type="checkbox"/>		

A. Datos del Autorizado para Contratar/ Representante Legal

Como aparece en el documento de identidad

Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada:
----------	------------------	-------------------	---------------------

Documento Nacional de Identificación No.	Tipo de Identificación					
	DNI	<input type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	Carnet Residente	<input type="checkbox"/>
RTN No.:	Fecha de Nacimiento			Edad		
	Día	<input type="checkbox"/>	Mes	<input type="checkbox"/>	Año	<input type="checkbox"/>

Lugar de Nacimiento: Municipio | Departamento | País | Nacionalidad (es)

Género	Estado Civil					
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>		

Nombre completo del Cónyuge: DNI No. del Cónyuge

¿Es su cónyuge una persona políticamente expuesta (PEP)? Si No (si su respuesta es afirmativa favor completar la siguiente información)

Lugar de Nacimiento Cónyuge: _____

Género: Masculino Femenino Nacionalidades _____

Ocupación Cónyuge: _____ Profesión Cónyuge: _____

Dirección de Residencia de Representante Legal

Departamento: Municipio:

Colonia: Calle: Avenida:

Bloque No: Casa No: Teléfono Residencia No: Número Celular.:

Otras referencias o señas:

Profesión u oficio:

Origen de los recursos de Representante Legal

Actividad económica principal:

Ocupación actual: Asalariado Pensionado Comerciante Otros _____

Detalle de Información Laboral de Representante Legal

Nombre de la empresa donde labora:		Posición / cargo que desempeña:		Tiempo de laborar en la empresa:	
Teléfono del Trabajo:	Fax No:	Correo Electrónico:		Sitio Web:	
Especificamente detalle su fuente de ingresos:					
Cargo público desempeñado en los últimos ocho (8) años e institución:					
Dirección Completa de la Empresa donde Labora:					
Departamento	Municipio	Ciudad	Colonia/Barrio	Calle	
Bloque	Avenida	Edificio	Teléfono No:	Teléfono Fax No:	Otros Teléfonos
Correo Electrónico:					
Sitio Web:					

B. Datos del Contratante (Información de la Institución que suscribe la póliza)

Razón o Denominación Social:	Nombre Comercial:
No. inscripción en Registro Mercantil	No. R.T.N
Giro o Actividad Económica del Negocio (adjuntar fotocopia de escritura social y sus reformas):	Fecha de Constitución Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>

Dirección completa del contratante (Información de la Institución que suscribe la póliza)					
Departamento:			Municipio:		
Colonia/Barrio:		Calle:		Avenida:	
Bloque No:	Casa No:	Teléfono No:	Fax No:		Otros Teléfonos
Correo Electrónico:			Sitio Web:		
¿Tiene su empresa oficinas en otros departamentos o en el extranjero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)		
¿La empresa previene y controla el Lavado de Activos y financiamiento al terrorismo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

C. Consentimiento

Yo, _____, en calidad de _____
 de _____, solicito a Equidad Compañía de
 Seguros S.A., con domicilio en Tegucigalpa M.D.C., la emisión de la Póliza del Seguro Colectivo Sobre Ahorro, a nombre de la entidad que represento, cuyas características describo a continuación:

II. Datos de la Póliza

VIGENCIA: DESDE:	HASTA:	Con límite de Edad <input type="checkbox"/> Sin límite de edad <input type="checkbox"/>
Suma Máxima Asegurada de la Póliza: L_____	Forma de Pago	Mensual <input type="checkbox"/>
Tasa por Millar:	Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	
Monto Asegurado por Beneficio de Enfermedad Catastrófica y/o Enfermedad Terminal para mayores de 70 años	Aceptado <input type="checkbox"/>	Por un monto de L.

Descripción de Coberturas

Cobertura Básica:

1. Muerte
2. Muerte por suicidio

Coberturas Adicionales:

3. Muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por causa de accidente
4. Doble indemnización del beneficio por muerte, desmembramiento y/o pérdida de la vista por causa de accidente
5. Gastos Fúnebres

Amparado

Cobertura opcional:

6. Beneficio de Enfermedad Catastrófica y Enfermedad Terminal después de los 70 Años, para Miembros del Seguro de Ahorros y Aportaciones.

Si No

Monto del Beneficio L. _____

Beneficiarios

De acuerdo con la cláusula No. 9 "Beneficiarios" de las Condiciones Generales: El beneficiario será la o las personas que el Asegurado tenga designados en los registros de la Contratante. A falta de tal designación, los beneficiarios serán sus herederos legales.

III. Firmas

Certifico que la 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.

Queda entendido y convenido que la presente solicitud y las Condiciones Generales adjuntas, forman parte integrante del Contrato de Seguro.

Lugar y Fecha _____

Nombre del Autorizado para Contratar

Firma del Autorizado para Contratar

Nombre del Oficial de Negocios

Firma del Ejecutivo de Negocios