

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

<b>I) Datos Generales</b>			
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"/>	

<b>A. Datos del Autorizado para Contratar/ Representante Legal</b>			
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="text"/>	Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ( si su respuesta es afirmativa favor completar la siguiente información)			
Lugar de Nacimiento Cónyuge: _____			
Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Nacionalidades _____			
Ocupación Cónyuge: _____ Profesión Cónyuge: _____			
<b>Dirección de Residencia de Representante Legal</b>			
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:
-----------------------	---------	---------------------	------------

Específicamente 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

<p>Yo, _____, en calidad de _____</p> <p>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:</p>
---

### 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**