



SEGURO COLECTIVO PROTECCIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO Y/O DÉBITO HURTO, ROBO O EXTRAVÍO SOLICITUD DE CONTRATANTE

I) Datos Generales

Para uso exclusivo de La Aseguradora

Convenio No:

Oferta No:

Póliza No:

Vinculación:

Ente Financiero ☐

Corredor ☐

Individual ☐

Otros ☐

A) Datos del Autorizado para Contratar

Como aparece en el documento de identidad

Nombres:

Primer Apellido:

Segundo Apellido:

Apellido de Casada:

Identidad No.

Tipo de Identificación

Tarjeta de Identidad ☐

Pasaporte ☐

Carnet Resd. ☐

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Día:

Mes:

Año:

Tegucigalpa

Género

Estado Civil

Nacionalidad:

Masculino ☐

Femenino ☐

Soltero (a) ☐

Casado (a) ☐

Viudo (a) ☐

Unión Libre ☐

Dirección de Residencia:

Departamento:

Municipio:

Colonia:

Calle:

Avenida:

Bloque No:

Casa No:

Teléfono No:

Fax No:

Correo Electrónico:

Sitio Web:

B) Consentimiento

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



II. Datos de la Póliza

Vigencia:	Desde:	Hasta:
Tasa por Millar Cobertura de Hurto, Robo y Extravío_____	Mensual	Anual
Moneda:	Lempiras	dólares

Coberturas	Sumas Aseguradas	Contratación
Tarjeta de Débito 1. Hurto, Robo y Extravío Monto Fijo Saldo	Monto fijo por Tarjetahabiente L. _____ Suma máxima por Tarjetahabiente L. _____	Aceptada ☐
Tarjeta de Crédito 1. Hurto, Robo y Extravío	Hasta el límite de la tarjeta	Aceptada ☐



III) FIRMAS

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

Lugar y Fecha : _____

Nombre del Autorizado para Contratar

Firma del Autorizado para Contratar

Nombre del Oficial de Negocios

Firma del Oficial del Negocios

Nombre del Intermediario

Firma del Intermediario

Código No _____