



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

SEGURO COLECTIVO PARA PROTECCIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO Y/O DÉBITO MODALIDAD DECLARATIVA 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	
Masculino ☐ Femenino ☐		Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Unión Libre ☐	
Nacionalidad:			
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:
--



C) Datos del Contratante				
Razón o Denominación Social:		Nombre Comercial:		No. RTN (adjuntar fotocopia):
Giro o Actividad Económica del Negocio (adjuntar fotocopia de escritura social y sus reformas):				
Dirección Completa del Contratante:				
Departamento:			Municipio:	
Colonia:		Calle:	Avenida:	
Bloque No:	Casa No:	Telefono No:		Fax No:
Correo Electrónico:			Sitio Web:	
Mantiene pólizas suscritas con otra (s) aseguradora (s): SI ☐ NO ☐				
Especificar: Nombre de la Aseguradora: _____				
Tipo(s) de Seguro (s): _____ Suma(s) Asegurada(s) _____				
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s): SI ☐ NO ☐				
Nombre de la Aseguradora:				
Tipo (s) de Seguro (s):			Suma (s) Asegurada (s):	

II. Datos de la Póliza

A) Condiciones Particulares

Vigencia:	Desde:	Hasta:
Límite de Responsabilidad Anual Cobertura de Fraude:	L. _____	
Tasa por Millar Cobertura de Fraude _____:	Mensual	Anual
Tasa por Millar Cobertura Saldo de Deuda _____:		
Moneda:	Lempiras	dólares

B) Coberturas y sumas aseguradas

Coberturas	Sumas Aseguradas	Contratación
Tarjeta de Débito		
1. Fraude: Monto Fijo	Monto fijo por Tarjetahabiente L. _____	Aceptada ☐
Saldo	Suma máxima por Tarjetahabiente L. _____	
Tarjeta de Crédito		
1. Fraude	Hasta el límite de la tarjeta	Aceptada ☐
2. Saldo de la Deuda para Tarjeta de Crédito		Aceptada ☐



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

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 _____