



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA DEUDOR
SOLICITUD DE SEGURO (CONTRATANTE)**

I) Datos Generales						
Tipo de Persona	Persona Jurídica	☐	Empresa de Gobierno	☐	Entidad Supervisada	☐
	ONG	☐	APNFD	☐		

A. Datos del Autorizado para Contratar/ Representante Legal						
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 Residente	☐
RTN No.:	Fecha de Nacimiento		Edad			
	Día	☐	Mes	☐	Año	☐
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad (es)					
Género	Estado Civil					
Masculino ☐ Femenino ☐	Soltero (a) ☐	Casado (a) ☐	Viudo (a) ☐	Unión Libre ☐		
Nombre completo del Cónyuge:		No. Identidad del Cónyuge				
Dirección de Residencia						
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						
Actividad económica principal:						
Ocupación actual: Asalariado ☐ Pensionado ☐ Comerciante ☐ Otros _____						





EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

Detalle de Información Laboral:

Nombre de la empresa donde labora:		Posición / cargo que desempeña:		Tiempo de laborar en la empresa:	
Dirección completa de la empresa donde labora:					
Teléfono del Trabajo:		Fax No:	Correo Electrónico:		Sitio Web:
Específicamente detalle su fuente de ingresos:					
Cargo público desempeñado en los últimos cuatro (4) 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 Mes Año	





EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

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 Telefonos	
Correo Electrónico:			Sitio Web:		
¿Tiene su empresa oficinas en otros departamentos o en el extranjero? SI ☐ NO ☐			¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)		
¿La empresa previene y controla el Lavado de Activos y financiamiento al terrorismo? SI ☐ NO ☐					

II) Datos de la Póliza

A) Generales

Seguro			
Vigencia	Desde:	Hasta:	
Suma Máxima Asegurada de la Póliza:	L.		
Tasa por Millar	Mensual	Anual	
Forma de Pago de la Prima	Mensual	Trimestral	Anual

B) Descripción de Coberturas

COBERTURAS			
Rango de Edad		Muerte	Incapacidad Total y Permanente cubre hasta los 65 años
Ingreso	Renovación		
15 a 65 años	75 años	100%	100%
No. de miembros que inicialmente ingresan a la póliza:			

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 Vida Deudor, a nombre de la entidad que represento



D) Beneficio

Detalle	
Gastos Fúnebres Fijos	L. _____ Conforme al monto sin exceder el valor máx. L. _____ -

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 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 _____





EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

SEGURO COLECTIVO VIDA DEUDOR SOLICITUD DE SEGURO (INDIVIDUAL)

De acuerdo con las condiciones de la Póliza de Seguro Colectivo Vida Deudor No. _____, expedida a nombre de _____ solicito inscribir como Asegurado a _____ quien ingresó el día _____ de _____ de _____ en condición de _____. La suma asegurada correspondiente será de L. _____ Día _____ de _____ de _____.

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE

C O N S E N T I M I E N T O

En relación con la solicitud que antecede, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado, y para los efectos correspondientes, proporciono los datos siguientes:

I. Datos Personales del Asegurado			
Como aparece en el documento de identidad			
Nombres:		Primer Apellido:	Segundo Apellido:
		Apellido de Casada:	
Fecha de Nacimiento		Edad:	Género
Día	Mes	Año	Masculino ☐ Femenino ☐
Lugar de Nacimiento:		Nacionalidades	
Número de Identificación:		Tipo de Identificación	
		Tarjeta de Identidad ☐ Pasaport ☐ Carnet de Resid ☐	
Estado Civil		Divorcio ☐ (a)	
Soltero (a) ☐	Casado ☐	Viudo ☐	Unión ☐ Se ☐ do (a)
Número RTN:		Profesión u Oficio:	
Nombre Completo del Cónyuge:		Número Identidad del Cónyuge:	
Origen de los recursos			
Actividad Económica Principal:			
Ocupación Actual: Asalariado ☐	Estudiante ☐	Ama d ☐ sa	Pe ☐ hado
Nombre del Negocio (si aplica):		Giro del Negocio:	Act. Económica del Negocio:





EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

Dirección Completa de Residencia:					
Departamento:	Municipio:	Colonia:	Avenida:	Ciudad:	Calle:
Número de Fax	Bloque No:	Número Celular:	Teléfono de Residencia No:	Otro Teléfono	
Correo Electrónico:					
Otras referencias o señas:					

II. Detalle de Información Laboral:					
Nombre de la empresa donde labora:			Posición / cargo que desempeña:		
Fecha de Empleo			Salario Devengado		
Día	Mes	Año	Mensual	Quincenal	
Teléfono del Trabajo:	Fax No:	Correo Electrónico:		Sitio Web:	
Específicamente detalle su fuente de ingresos:					
Dirección Completa de la Empresa donde Labora:					
Departamento	Municipio	Ciudad	Colonia	Calle	
Bloque	Avenida	Edificio	Teléfono No:	Teléfono Fax No:	
Correo Electrónico:			Sitio Web:		

III.- Beneficiarios (anotar nombre completo en letra de molde)

En cuanto a la indemnización, se pagará al Contratante el valor del saldo adeudo a la fecha de fallecimiento y el remanente se indemnizará a los beneficiarios designados, según detalle siguiente:

No.	Nombres	Identidad	Parentesco	Dirección	Participación %
1.					
2.					
3.					
4.					

Nota: En caso de que alguno de los beneficiarios sea cliente PEP (Persona Expuesta Públicamente) favor ampliar en el anexo complementario requerido por la CNBS. (Nacionales y Extranjeros)





EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

IV.- Datos del Beneficiario Final (favor ampliar en el anexo complementario requerido por la CNBS en numeral III)

V. Antecedentes de Salud

Estatura (m) _____ Peso (Lbs.) _____

1.- ¿Padece o ha padecido usted de enfermedades o lesiones?

Sí ☐ No ☐

2.- ¿Ha estado en tratamiento u observación con algún médico, hospital o clínica?

Sí ☐ No ☐

En caso de que alguna de las interrogantes anteriores (1 ó 2) tenga respuesta afirmativa, detalle a continuación:

No.	Dolencia	Tratamiento	Fecha de dolencia	Duración/ Tratamiento	Nombre del Medico	Nombre de Hospital/clínica
1.						
2.						

VI. Declaración de Veracidad y Autorización:

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobare 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, **AUTORIZO** a todo Médico, Clínica u Hospital y otros establecimientos que me hayan asistido o puedan asistirme en el futuro por circunstancias de salud, para que suministren a Equidad Compañía de Seguros S.A., los informes que requieran en relación al Seguro que yo solicito, eximiéndolos de cualquier prohibición legal que exista sobre la información brindada referente a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta Autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

Fecha _____ de _____ de _____

FIRMA DEL

ASEGURADO

AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA MENORES DE EDAD:

Como Representante Legal, autorizo que la persona que ha formulado el cuestionario arriba citado sea incluida en el Seguro Colectivo de Vida Deudor que se ha mencionado anteriormente.

REPRESENTANTE LEGAL

Fecha de aprobación día _____ mes _____ año _____.

FIRMA AUTORIZADA

