



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA AMPARO FUNERARIO  
SOLICITUD DE SEGURO (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:						
Identidad No.:	Tipo de Identificación								
	Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/>	Pasaporte	<input type="checkbox"/>	Carnet Resd.	<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:			No. Identidad 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:									
<b>Origen de los recursos de Representante Legal</b>									
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:					
<b>Dirección Completa de la Empresa donde Labora:</b>					
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 Telefonos
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 terrorismos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

**A) Vigencia de la Póliza**

<b>Desde:</b>		<b>Hasta:</b>	
---------------	--	---------------	--

**B) Descripción de coberturas**

1. Gastos Fúnebres en caso de Muerte
2. Suicidio

**C) Forma de Pago de la Prima**

<b>Mensual</b> <input type="checkbox"/>	<b>Anual</b> <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------

**II) 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 Amparo Funerario, a nombre de la entidad que represento

**IV. 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.



**EQUIDAD**  
Compañía de Seguros S. A.

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 Oficial del Negocios**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Intermediario**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Intermediario**

**Código No** \_\_\_\_\_