



## SEGURO COLECTIVO PARA PROTECCIÓN DE PRÉSTAMOS 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 Residente	<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:											



**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  Mes  Año



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 terrorismos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

## II) Datos de la Póliza

### A) Generales

Seguro				
Vigencia	Desde:			Hasta:
Suma Máxima Asegurada de la Póliza:	L.			
Tasa por Millar	Mensual	<input type="text"/>	Anual	<input type="text"/>
Forma de Pago de la Prima	Mensual	<input type="text"/>	Trimestral	<input type="text"/>
			Anual	<input type="text"/>

### B) Descripción de Coberturas

COBERTURAS			
Rango de Edad		Muerte por cualquier Causa	Incapacidad Total y Permanente cubre hasta los 64 años
Ingreso	Renovación		
		100%	100%
Beneficios Adicionales:			
1. Gastos Fúnebres			
2. Pago de Intereses corrientes sobre capitales en mora			
3. Suicidio			
No. de miembros que inicialmente ingresan a la póliza			



### C. Consentimiento

Yo, \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_  
Del Contratante \_\_\_\_\_, solicito a Equidad Compañía de Seguros S.A., con domicilio en Tegucigalpa M.D.C., la emisión de la Póliza del Seguro Colectivo Sobre Préstamo, a nombre de la entidad que represento.

### 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 \_\_\_\_\_