



SEGURO DE DINERO, VALORES Y FIDELIDAD LABORAL SOLICITUD DE SEGURO

I. DATOS GENERALES DEL TOMADOR DE SEGURO / REPRESENTANTE LEGAL

Razón O Denominación Social		Nombre Comercial		Fecha De Constitución Día Mes Año
R.T.N. de la Empresa		No. de Incripción en Registro Mercantil		Objeto Social y/o Actividad Económica
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido De Casada
Identidad No.:		Tipo de Identificación Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Residencia <input type="checkbox"/>		
R.T.N. No.:		Fecha de Nacimiento Día: Mes: Año:		Edad
Lugar de Nacimiento Municipio Departamento País				Nacionalidad (es):
Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Estado Civil Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/>			
Nombre completo del Cónyuge		No. Identidad del Cónyuge		
Dirección Completa de Residencia				
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia:	
Bloque No:	Casa No.:	Calle:	Avenida:	
Otras referencias o señas:				
Teléfono Fijo:	Celular:	Otro Teléfono:	Fax:	
Correo Electrónico:				
Profesión u oficio:				
Origen de sus Recursos				
Actividad económica principal:				
Ocupación actual: Asalariado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Otros _____				
Posee Negocio Propio: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre del Negocio (Si aplica):		Giro o actividad económica del negocio:	
Nombre empresa donde labora:		Posición/ Cargo que desempeña:		Fecha de Empleo Día: Mes: Año:
Dirección Completa de la Empresa donde Labora				
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia:	
Bloque No:	Edificio:	Calle:	Avenida:	



Teléfono No:	Fax No:	Otros teléfonos:
Correo Electrónico:	Sitio Web:	

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

Dirección Completa

Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio:
Bloque No:	Edificio:	Calle:	Avenida:
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 Terrorismo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

III. VIGENCIA

Vigencia:	Desde:	Hasta:
-----------	--------	--------

IV. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

Sección	Detalle	Suma Asegurada Lempiras	Suma Asegurada Dólares
1	Fraude o Improbidad de Empleados y Directores		
2	Pérdida y Daños a la Propiedad por Actos Delictivos o Incendio		
3	Daños a la Oficina y Equipo por Actos Delictivos		
4	Pérdida de la Propiedad en Tránsito		
5	Falsificación		
6	Pérdida de la Propiedad de Empleados o Socios		
Total suma asegurada			

V. 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 de Dinero Valores y Fidelidad Laboral, a nombre de la entidad que represento.



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

Certifico que toda 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.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL La Aseguradora suscribe y confirma este contrato de Seguro el cual no será respaldado únicamente por la firma del Gerente General de la Aseguradora.

Lugar y Fecha: _____

Nombre del Solicitante: _____ Firma: _____

Nombre del Intermediario: _____ Firma del Intermediario: _____
Código: _____