



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 Inscripción 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.

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 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.

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: _____