



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

I) Datos Generales						
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"/>		

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	<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						
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 <input type="checkbox"/>				Pensionado	<input type="checkbox"/>	Comerciante	<input type="checkbox"/>	Otros _____

Detalle de Información Laboral:



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

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 <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 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="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>
Forma de Pago de la Prima	Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>

B) Descripción de Coberturas

Edad		Coberturas			
		Muerte	Muerte, desmembramiento o pérdida de la vista y Pérdida de Miembros "hasta los 65 Años"		Incapacidad Total y Permanente "hasta los 65 años"
Ingreso	Renovación		Muerte Accidental	Muerte Calificada	
15 a 65 años	Hasta 75 años	100%	200%	300%	100%
Suicidio					
Doble indemnización del beneficio por muerte, desmembramiento y/o pérdida de la vista por causa de accidente					
Gastos Fúnebres				Lps. _____	
Pago anticipado de la suma asegurada por incapacidad total y permanente					



Coberturas Adicionales que pueden ampararse por medio de convenio expreso y pago de primas respectiva	
1. Cobertura reembolso de gastos médicos por accidentes	
2. Pago anticipado parcial de la suma básica en caso de enfermedad terminal	

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 Directivos y Empleados, 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 _____