



## SEGURO COLECTIVO DE VIDA FAMILIAR 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	
<b>Dirección de Residencia</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</b>			
Actividad económica principal:			
Ocupación actual: Asalariado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Otros _____			



**Detalle de Información Laboral:**

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:					
<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>B) Datos del Contratante (Información de la Institución que suscribe la póliza)</b>			
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="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

GRUPO ASEGURADO (MÁXIMO 6 PERSONAS)	RANGO DE EDAD		COBERTURAS				Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente (cubre hasta 65 años)
			Muerte y Desmembramiento por Causa Accidental (cubre hasta los 65 años)			Desmembramiento	
	Ingreso	Renovación	Muerte	Muerte Accidental	Muerte Calificada		
Asegurado Directo	15 a 65	75	100%	200%	300%	% conforme a tabla de C. Generales	100%
Cónyuge	15 a 65	75	50%	100%	150%	0%	0%
Hijos	1 a 18	23	30%	0%	0%	0%	0%



**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 Familiar, a nombre de la entidad que represento.

**II) 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** \_\_\_\_\_