

## SOLICITUD DE SEGURO SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO

<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:
Documento Nacional de Identificación	Tipo de Identificación		
	D.N.I. <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:		D.N.I 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 Telefonos
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 Generales del Seguro

Cobertura	Centro América <input type="checkbox"/>	Mundial <input type="checkbox"/>		
Vigencia	Desde:	Hasta:		
Aplicación de Deducible	Año Calendario <input type="checkbox"/>	Año póliza <input type="checkbox"/>		
Máximo Vitalicio	L.			
Forma de Pago de la Prima	Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>

C. COBERTURAS	DETALLE
Los gastos médicos establecido en las condiciones generales y en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Especiales necesarios para la recuperación de la salud, acostumbrados y razonables.	Amparada
Coberturas Adicionales:	Amparado según cuadro de beneficios.
Ayuda Oftalmológica	<input type="checkbox"/> Hasta el límite de L. _____
Gastos Dentales	<input type="checkbox"/> Hasta el límite de L. _____

**D. Condiciones para Formar Parte del Grupo Asegurable**

Edad de ingreso comprendida entre los \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ años, renovación hasta \_\_\_\_\_ años.

Número de miembros que ingresan inicialmente a la póliza \_\_\_\_\_

**E. 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 Médico Hospitalario, 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**