



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA SALDO DE DEUDA  
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		
RTN No.:	Fecha de Nacimiento	Edad	
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 terrorismo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				

### 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 Saldo Deuda, a nombre de la entidad que represento, cuyas características describo a continuación:

### I) 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

COBERTURAS			
Rango de Edad		Muerte	Incapacidad Total y Permanente cubre hasta los 65 años
Ingreso	Renovación		
		100%	100%
Beneficios Adicionales:			



Suicidio	
Gastos Funerarios (Anexo 1)	
No. de miembros que inicialmente ingresan a la póliza	

## 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 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.

Queda entendido y convenido que la presente solicitud y las Condiciones Generales adjuntas, forman parte integrante 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** \_\_\_\_\_