



SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES REMESA SEGURA CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

En relación con la solicitud que antecede, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado, y para los efectos correspondientes, proporciono los datos siguientes:

I. Datos Personales del Asegurado		
Como aparece en el Documento Nacional de Identificación		
Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Fecha de Nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____	Edad:	Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Número RTN.		Nacionalidad (es)
Número de Identificación:	Tipo de Identificación D.N.I <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente. <input type="checkbox"/>	
Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>
Estado Civil Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/>		
Fuente de ingresos:	Profesión u Oficio:	

Dirección Completa de Residencia:		
Número Celular:	Correo Electrónico:	Teléfono de Residencia No:

II. Detalle de Información Laboral:	
Nombre de la empresa donde labora:	Posición / cargo que desempeña:

III. Detalles de Información para Aseguramiento

Coberturas Principales	Suma Asegurada
Muerte	
1. Muerte Accidental del Receptor de la Remesa (Extensión de cobertura descrito en el numeral V. de la solicitud de Seguro)	L.
Coberturas Adicionales	
1.1 Renta Diaria Por Hospitalización por Accidente para el Receptor de la Remesa	L.
1.2 Robo de Remesa	L.
1.3 Repatriación del Remitente	
1.4 Asistencia Funeraria para el Remitente	
1.5 Asistencia Funeraria para el Receptor de la Remesa	
1.6 Asistencia Médica Primaria al Receptor de la Remesa	
1.7 Asistencia Médica al Remitente	



Prima a Pagar	L. _____	Mensual <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>

IV.- Designación de Beneficiarios

No.	Nombre Completo	No. DNI	Parentesco	Participación %
1.				
2.				
3.				

V.- Extensión de la Cobertura Muerte Accidental:

No obstante, la definición de Accidente, la cobertura Muerte Accidental de esta póliza se extenderá a cubrir los siguientes casos:

- a. La asfixia o intoxicación o por vapores o gases
- b. La asfixia por inmersión u obstrucción
- c. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado, siempre que no hayan sido suministrados intencionalmente.
- d. El carbunco o tétano de origen traumático
- e. Las infecciones microbianas o intoxicaciones originadas mediante heridas externas producidas como consecuencia de lesiones accidentales.
- f. Los accidentes que sobrevengan en la práctica como aficionado de los siguientes deportes: Gimnasia, tenis, golf, remo, natación, excursiones, caza, esgrima, patinaje, tiro, pesca, siempre y cuando no sea en altamar, equitación, bochas, pelota vasca, uso de bicicletas y automóviles, siempre que no se produzcan mientras el Asegurado tome parte en carreras, luchas, apuestas y otros concursos de competencia o sus preparativos
- g. Las consecuencias de infecciones microbianas o septicemia, siempre y cuando el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa. Es condición indispensable que la herida, causada de la infección haya sido casual y ajena de la voluntad del Asegurado
- h. Los accidentes que sobrevengan en caso de legítima defensa en las tentativas de salvamento de personas o de bienes, durante la prestación de servicio militar en tiempo de paz y los producidos por el rayo,
- i. El asalto, homicidio o tentativa de homicidio, asesinato o tentativa de asesinato cometido en agravio del Asegurado siempre y cuando no haya sido perpetrada por el beneficiario del seguro.
- j. Mordeduras de perros, víboras y otros animales.

VI.- Declaraciones del Asegurado



EQUIDAD
Compañía de Seguros S. A.

Declaro que toda la información que he brindado es exacta, completa y verídica, en la misma se funda el principio de buena fe bajo el cual se suscribe el Contrato del presente Seguro.

Asimismo, declaro que cualquier declaración que se compruebe como falsa e inexacta, sea antes o después a la ocurrencia de un eventual siniestro, causarán la nulidad del seguro conforme a las disposiciones contenidas en los Artículos 1141 y 1144 del Código de Comercio de Honduras Autorizo a Equidad Compañía de seguros, S.A., registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) cualquier reclamo presentado y amparado bajo la póliza de la cual forma parte el presente documento.

Lugar y Fecha _____

Nombre del Solicitante: _____ Firma del Solicitante: _____

Nombre del Intermediario: _____ Firma del Intermediario: _____