



**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES REMESA SEGURA
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:
D.N.I	Tipo de Identificación		
	DNI <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:

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: _____
Edad de Elegibilidad	De ___ a ___ años para ingreso Con Terminación hasta _____ años
Forma de Pago de la Prima	Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>
Suma Asegurada	Mínima L. _____ Máxima L. _____

B) Descripción de Coberturas

Para el Receptor de la Remesa
<p>Muerte Accidental</p> <p>Extensión de La Cobertura:</p> <p>No obstante, la definición de Accidente, la cobertura Muerte Accidental de esta póliza se extenderá a cubrir los siguientes casos:</p> <ol style="list-style-type: none">La asfixia o intoxicación o por vapores o gasesLa asfixia por inmersión u obstrucciónLa 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.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.

Renta Diaria Por Hospitalización por Accidente para el Receptor de la Remesa.

L. _____

Robo de Remesa Si No

Asistencia Funeraria para el Receptor de la Remesa Si No

Asistencia Médica Primaria al Receptor de la Remesa Si No

Para el Remitente de la Remesa

Repatriación del Remitente Si No

Asistencia Funeraria para el Remitente Si No

Asistencia Médica al Remitente Si No

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 Ejecutivo de Negocios

Firma del Ejecutivo del Negocios

Nombre del Intermediario

Firma del Intermediario