



SOLICITUD SEGURO GASTOS MÉDICOS COLECTIVO

VIGENCIA: Desde _____ Hasta: _____ # Póliza: _____

DATOS DEL CONTRATANTE						
Razón o Denominación social		R.T.N (adjuntar copia)		Giro o actividad económica del negocio	Fecha de constitución	
No. Inscripción en el Registro Mercantil (Anexar copia de escritura social y reformas debidamente inscritas ante autoridad competente)						
Dirección completa (incluyendo departamento / municipio / ciudad)						
Teléfono		Fax		Correo electrónico	Teléfono celular	Sitio web
Especificar departamentos de Honduras o países donde opera						
Detalle de la estructura de Propiedad y control de la sociedad, describiendo quienes son los socios, accionistas o propietarios y los porcentajes de participación						
No.	Socio / Accionista / Propietario		%	Establecer la estructura de acciones "Al Portador" (cuando aplique)		
				Especificar detalladamente la fuente de Ingresos de la Persona Jurídica (adjuntar estados financieros actualizados)		
				Dos (2) referencias bancarias		
				Monto aproximado del total de activos, ventas o ingresos anuales		
			Total			
Indicar si forma parte de un grupo financiero o económico (si aplica)				Liste al menos dos (2) proveedores principales		
INFORMACIÓN PERSONAL DEL AUTORIZADO PARA CONTRATAR						
Nombre completo, (como aparece en el documento de identidad)				No. Identidad		
Tipo de Identificación			Género	Estado Civil		
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet Residente			☐ M ☐ F	☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo		
Dirección completa (incluyendo departamento / municipio / ciudad)						
Teléfono		Fax		Correo electrónico		Sitio web
¿Mantiene, la empresa, pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s)? (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)						

Forma de Pago		Periodicidad		Moneda	
☐ Efectivo	☐ Depósitos Monetarios	☐ Mensual	☐ Lempiras		
☐ Tarjeta de Crédito	☐ Depósitos de Ahorro	☐ Trimestral	☐ Dólares		
		☐ Semestral	Otra _____		
		☐ Anual			

Yo _____, autorizo al Contratante para que se haga el cargo a mi cuenta _____ por el importe de la prima correspondiente, en la periodicidad de pago seleccionada.

Aprobado por Aseguradora Rural S.A	Solicitante	Cuentahabiente o tarjetahabiente
Fecha:	Fecha:	Fecha:
	RTN:	RTN:

En caso de que el Asegurado/Representante Legal, sea extranjero, el domicilio deberá ser debidamente comprobado, así como su calidad migratoria. En caso que el Asegurado sea de nacionalidad hondureña, deberá presentar copia de la tarjeta de identidad y del R.T.N., así como original para la verificación de los datos. En caso de ser extranjero, deberá presentar carnet de residente o pasaporte, además de copia del carnet o de la página del pasaporte que muestra la foto y sello de su entrada a Honduras; para la verificación de los datos. En caso de requerir cobertura a menores de edad, entre 18 a 21 años, por favor incluir en documentación identidad del conductor menor