

SOLICITUD SEGURO TODO RIESGO

VIGENCIA: Desde Hasta:

DATOS DEL ASEGURADO PERSONA NATURAL					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	Apellido de casada (si aplica)
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad	Nacionalidad
Número de Identificación			Tipo de Identificación		
			<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Residente		
Género		Estado Civil		Nombre completo cónyuge	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo			
Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente (SMMV):				Nombre e ID de quien depende económicamente o tutor (si aplica)	
<input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-50 <input type="checkbox"/> Más de 50					
Dirección completa de la Residencia (incluyendo departamento/municipio/ciudad)				Teléfono Residencia	
Teléfono celular		Correo electrónico		Fax	Sitio Web
Cargo público que desempeñado en los últimos cuatro (4) años e institución (si aplica)					
Nombre de negocio (si aplica)			Giro o actividad económica del negocio		
Nombre de la empresa donde labora		Posición/cargo que desempeña		Tiempo de laborar	
Dirección completa de la empresa donde labora (incluyendo departamento / municipio / ciudad)					
Teléfono del trabajo		Fax		Correo electrónico	Sitio web
Especifique detalladamente su fuente de ingresos					
DATOS DEL ASEGURADO PERSONA JURIDICA					
Razón o Denominación social		R.T.N (adjuntar copia)		Giro o actividad económica del negocio	Fecha de constitución
Dirección completa (incluyendo departamento / municipio / ciudad)					
No. Inscripción en el Registro Mercantil (Anexar copia de escritura social y reformas debidamente inscritas ante autoridad competente)					
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	
¿Mantiene, usted o la empresa, pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s)? (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)					
Beneficiario como acreedor prendario					
Condición Migratoria: Indicar su condición migratoria (del Representante Legal/Asegurado), eligiendo uno de los siguientes					
<input type="checkbox"/> Residente temporal <input type="checkbox"/> Turista o visitante <input type="checkbox"/> Residente permanente <input type="checkbox"/> Permiso de trabajo					
<input type="checkbox"/> Permiso consular o similar <input type="checkbox"/> Permiso de tránsito					

Bienes Asegurados	Suma Asegurada
Dirección completa del bien:	
Edificio(s) (excluyendo el valor del terreno y cimientos)	
Muro perimetral y verjas	
Mejoras e instalaciones	
Maquinaria, equipo y herramientas	

OTRAS COBERTURAS	Suma Asegurada

Forma de Pago

☐ Efectivo

☐ Depósitos Monetarios

☐ Tarjeta de Crédito

☐ Depósitos de Ahorro

Moneda

☐ Lempiras

☐ Dólares

Otra

Periodicidad

☐ Mensual

☐ Trimestral

☐ Semestral

☐ Anual

Declaro que estoy enterado, que las coberturas solicitadas están acorde con las normas estipuladas en la solicitud y que debo efectuar el pago de la prima a la Compañía en la forma convenida por ambos.

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

Fecha:

Solicitante

Fecha:
RTN:

Cuentahabiente o tarjetahabiente

Fecha:
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.

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Banco Seguros, mediante Resolución POL GPU No.9/08-12-2017