



SEGURO DE AUTOMÓVIL
SOLICITUD DE SEGURO

Persona Natural

VIGENCIA: Desde:

Hasta:

Persona Jurídica

DATOS PERSONA NATURAL/ REPRESENTANTE LEGAL										
Nombre (es)		Primer Apellido			Segundo Apellido			Apellido de casada (si aplica)		
Género M F		Fecha de Nacimiento			Edad			Lugar de Nacimiento		
		DD	MM	AAAA						
Nacionalidad (es)					Tipo de Identificación					
Número de Identificación					DNI		Pasaporte		Carnet Residente	
					Estado Civil					
Soltero					Casado		Viudo		Divorciado Unión Libre	
Nombre completo cónyuge										
Nombre completo de la persona de quien depende económicamente o tutor (si aplica)										
Su relación:										
DNI de la persona de quien depende:										
Dirección completa de la Residencia:										
Departamento:			Municipio:			Ciudad:				
Teléfono celular			Fax			Correo electrónico			Sitio Web	
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica										
Nombre de la empresa donde labora					Posición/cargo que desempeña			Tiempo de laborar		
Dirección completa de la empresa donde labora (incluyendo departamento / municipio / ciudad)										
Departamento:			Municipio:			Ciudad:				
Teléfono del trabajo		Fax		Correo electrónico			Sitio web			
Nombre de negocio propio (si aplica)			Giro o actividad económica del negocio propio (si aplica)							
Especifique detalladamente su fuente de ingresos										
Nivel aproximado de ingresos mensuales:										
L0.00 a L27,000.00		L27,000.01 a L53,000.00			L53,000.01 a L89,000.00			L89,000.01 a L177,000.00		
		L177,000.01 a L442,000.00			Mayor a L442,000.01					
En el caso de ser extranjero, favor indicar su Condición Migratoria										
Residente Temporal			Residente Permanente			Permiso de Trabajo/ No. _____				
Permiso Consultar o Similar			Permiso de Tránsito			Turista o Visitante				
¿Ejerce o ha ejercido un cargo público nacional o internacional?						Sí		No		
En caso de ser afirmativo completar el formulario AML_01 Personas Expuestas Políticamente										
¿Cliente es APNFD?		Sí		No						
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas										
Si la respuesta es Sí; indicar que actividad APNFD realiza:										
DATOS DEL ASEGURADO PERSONA JURIDICA										
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)										
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 quiénes son los socios, accionistas o propietarios y los porcentajes de participación. Además, establecer quién es el beneficiario final o controlante de la sociedad. En caso de poseer acciones “Al Portador”, favor indicarlo en la columna de Socio junto a su porcentaje.				
No.	Socio / Accionista / Propietario	%	Especificar origen de los recursos (adjuntar estados financieros actualizados)	
			Ventas o ingresos anuales	Monto aproximado total activos
			Liste dos (2) proveedores principales	
			1.	
			2.	
			Liste dos (2) referencias bancarias	
			1.	
		Total	2.	
Indicar si forma parte de un grupo financiero o económico:			Si	No
Detallar a cuál pertenece (si aplica):				
¿Cliente es APNFD? Si No				
APNFD: Actividades y Profesiones No Financieras Designadas				
Si la respuesta es Sí; indicar que actividad APNFD realiza:				
¿Cliente es ONG/OSFL? Si No				
ONG = Organismo No Gubernamental OSFL = Organización Sin Fines de Lucro				
¿Mantiene usted o la empresa, pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s)? (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)				

BENEFICIARIOS (Anotar nombre completo, en letra de molde o indicar si es un beneficiario principal o irrevocable)				
Nombre Completo	Identidad	Dirección	Parentesco	%
Beneficiario como acreedor prendario:				

Datos del Vehículo Asegurado	
Marca:	Placa No.
Modelo:	Motor No.
Año de Fabricación:	Chasis No.
Tipo de Vehículo:	Número de Pasajeros:
Uso:	Color:
Combustible:	Valor del Vehículo:
Nota: En pólizas colectivas, los datos individuales de los vehículos asegurados se consignan en el listado anexo proporcionado por el Contratante, el cual se considera parte integrante de la presente póliza.	

COBERTURAS Y LÍMITES	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLES
A) Vuelcos Accidentales y/o Colisiones		
B-1) Incendio, Auto-ignición y Rayo		
B-2) Robo Total		
B-3) Huelgas y Alborotos Populares		
C) Daños causados a terceros en sus bienes		
D) Daños causados a terceros en sus personas		
E) Rotura de Cristales		
F) Equipo especial (si aplica)		
G) Fenómenos naturales y Explosión		
H) Extensión Territorial		
I) Gastos Médicos para los ocupantes		
J) Muerte Accidental		
J1) Incapacidad Total y Permanente		
Descripción del Equipo Especial:		

PERSONAS QUE HABITUALMENTE CONDUCEN EL VEHÍCULO (Especificar menores entre 18 a 21 años e incluir copia de identidad)				
Nombre	Identidad	Parentesco	Edad	Licencia
Otras coberturas		Suma Aseguradora		Fecha

Forma de pago:	Efectivo	Tarjeta de crédito	Depósitos monetarios	Depósitos de ahorro
Periodicidad de pago:	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual
Moneda:	Lempiras	Dólares		

Declaro que estoy enterado, que las coberturas solicitadas están acordes 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:	Solicitante	Cuentahabiente/ Tarjetahabiente
Aseguradora Rural Honduras, S.A.	DNI/ RTN:	DNI/ RTN
Fecha:	Fecha:	Fecha:

En caso de que el Asegurado/Representante Legal, sea extranjero, el domicilio deberá ser debidamente comprobado, así como su calidad migratoria. En caso de que el Asegurado sea de nacionalidad hondureña, deberá presentar copia del documento nacional de identificación 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.