

ASEGURADORA

RURAL

Te ayuda a crecer seguro y tranquilo

SEGURO DE INCENDIO HOGAR

SOLICITUD DE SEGURO

Persona Natural

Persona Jurídica

VIGENCIA: Desde

Hasta:

DATOS DEL ASEGURADO PERSONA NATURAL/ REPRESENTANTE LEGAL

Nombre (es)

Primer Apellido

Segundo Apellido

Apellido de casada (si aplica)

Género

M

F

Fecha de Nacimiento

DD

MM

AAAA

Edad

Lugar de Nacimiento

Nacionalidad (es)

Tipo de Identificación

DNI

Pasaporte

Carnet Residente

Número de Identificación

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:

Teléfono celular

Municipio:

Fax

Ciudad:

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:

Teléfono del trabajo

Municipio:

Fax

Ciudad:

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?

Si

No

En caso de ser afirmativo completar el formulario AML_01 Personas Expuestas Políticamente

¿Cliente es APNFD?

Si

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:

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.56/04-12-2025.

Texto modificado mediante Resolución Registro POL GPU No. 18/ 11-08-2026

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.
			2.
		Total	

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)

Beneficiario como Acreedor Prendario:

CARACTERÍSTICAS DEL BIEN

Dirección completa del bien por asegurar:

Barrio/ Colonia:

Calle/ Avenida:

Casa/ Lote:

Departamento:

Municipio:

Ciudad:

Uso u ocupación del inmueble:

Casa de habitación

Casa de habitación y negocio

Otro

Número de pisos:

Material de las paredes:

Material del techo:

Material del muro perimetral:

Colindancias

Norte:

Sur:

Este

Oeste:

Nota: En caso de asegurar más de una ubicación, el detalle de las ubicaciones y los bienes asegurados correspondientes se consignará en listado anexo, el cual formará parte integrante de la póliza.

BIENES POR ASEGURAR	SUMA ASEGURADA
Edificio(s) (excluyendo el valor del terreno y cimientos)	
Muro perimetral y verjas	
Mejoras e instalaciones	
Maquinaria, equipo y herramientas	
Total suma asegurada	

ANTECEDENTES DEL RIESGO

¿Ha sufrido el bien a asegurar algún siniestro durante los últimos tres (3) años?

Si

No

En caso afirmativo, indique fecha, causa y monto de la pérdida:

¿Existen otros seguros que amparen el bien por asegurar?

Si

No

En caso afirmativo, indique aseguradora, número de póliza y suma asegurada:

COBERTURAS	Sí	No
1.1 Daños Materiales		
1.2 Daños por Eventos de la Naturaleza		
Bienes y Riesgos que pueden ser cubiertos mediante convenio expreso:		
1. Cimientos, albercas, bardas, patios, exteriores, escaleras exteriores y cualquier otra construcción separada del edificio o edificios que expresamente estén Asegurados.		
2. Muros de contención debajo del nivel del piso más bajo, a muros de contención independientes.		
3. Cualquier clase de frescos o murales que como motivo de decoración o de ornamentación estén pintados en o formen parte del edificio o edificios o construcciones aseguradas.		
4. Edificios, instalaciones y construcciones que no estén totalmente terminados y sus contenidos.		

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.

Aprobado por:

Aseguradora Rural Honduras, S.A.

Fecha:

Solicitante

DNI/ RTN:

Fecha:

Cuentahabiente/ Tarjetahabiente

DNI/ RTN

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.