



SEGURO INCENDIO HIPOTECARIO
SOLICITUD DE SEGURO

Persona Natural

VIGENCIA: Desde

Hasta:

Persona Jurídica

DATOS DEL ASEGURADO 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?						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:										

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.