



SEGURO DE AUTOMÓVIL
SOLICITUD DE SEGURO

Persona Natural ☐

Persona Jurídica ☐

VIGENCIA: Desde Hasta:

DATOS PERSONA NATURAL/ REPRESENTANTE LEGAL

Nombre (es)		Primer Apellido		Segundo Apellido		Apellido de casada (si aplica)	
Género		Fecha de Nacimiento		Edad		Lugar de Nacimiento	
☐ M ☐ F		DD	MM	AAAA			
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:		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:							

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			

Detallar a cuál pertenece (si aplica):

APNFD: Actividades y Profesiones No Financieras Designadas

Si la respuesta es Sí; indicar que actividad APNFD realiza:

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)

[illegible]

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:

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. En caso de requerir cobertura a menores de edad, entre 18 a 21 años, por favor incluir en documentación identidad del conductor menor.