



SEGURO AGRÍCOLA ESQUEMA POR PLANTA
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 ☐ 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:		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:							

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)

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre Completo de Beneficiario:	Número de Identificación	Participación

Dirección del Beneficiario

Colonia:	Casa No.	Teléfono:	Celular:
Detallar Dirección:			
Ciudad:	Municipio:		

En caso de necesitar incluir más beneficiarios solicite hojas para anexarlos:

ESPECIFICACIONES DEL RIESGO

RIESGOS CUBIERTOS

Riesgos Solicitados			Cultivo	Modalidad	Unidad de Moneda
1.	Riesgos Climatológicos	☐		Riego __	Manzana __
2.	Riesgos Biológicos	☐		Temporal __	Hectárea __
3.	Riesgos para cultivos desarrollados bajo condiciones de invernadero	☐		Otros __	Otros __

UBICACIÓN DE LA(S) PARCELA(S)

Municipio	Departamento	Ubicación: caminos cercanos y datos que faciliten acceso

EN CASO DE PÉRDIDAS CATASTRÓFICAS		VIGENCIAS DEL SEGUROS	
Riesgo	Parcelas Aseguradas	Inicio	Término

Lugar y Fecha	Municipio	Departamento

ACTA DE INSPECCIÓN					
Fecha	No. de Borrador	Variedad	Superficie		
			Solicitada	Plantada	Arraigada

CONDICIONES DEL CULTIVO Y TERRENO				
Fecha de Plantación	Fecha de replantación	Marco de Plantación	Etapa fenológica	
Vigor	Altura de Planta	Uniformidad del Cultivo	Calidad e Labores	Fertilización
Bueno __ Regular __ Malo __		Bueno __ Regular __ Malo __	Bueno __ Regular __ Malo __	Adecuada __ Regular __ Deficiente __
Caída de Flor	Aclareo de Predio	Reguladores de Crecimiento	Presencia de Maleza	Presencia de Plagas
Alta __ Normal __ Baja __	Alta __ Normal __ Baja __	Bueno __ Regular __ Malo __	Hoja Ancha __ Hoja Angosta __ % de infestación __	% de infestación
Presencia de Enfermedades	Distancia entre Surcos	Distancia entre Plantas	Tipo de Suelo	
% de infestación			Alta __ Normal __ Baja __	
Topografía de Terreno	Humedad del Suelo	Profundidad del Suelo	Mantenimiento de Cajetas	
			Bueno __ Regular __ Malo __	
Cuellos Enterrados	Tecnología Adicional	Superficie	Causa de Rechazo	Producción Potencial
Bueno __ Regular __ Malo __	Sombreo __ Prevención de Heladas __	Aceptada __ Rechazada __		Bruta
Colindancias			Coordenadas Geográficas	
Norte: Sur: Este: Oeste:			Latitud: Longitud:	

CROQUIS DE LOCALIZACIÓN Y COMENTARIOS DE VÍAS DE ACCESO

COMENTARIOS ADICIONALES

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.

Lugar y Fecha

VII. FIRMAS
Autorizo a La Compañía para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguro, incluyendo las condiciones generales o condiciones particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación relacionada a la operación, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

Nombre del Solicitante	Firma del Solicitante	Código y Firma del Intermediario

ESTA SOLICITUD ESTA SUJETA A LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO PREVIA INSPECCION DEL MISMO

Aseguradora Rural Honduras, S.A

Solicitante

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.