



SOLICITUD SEGURO DE AUTOMÓVIL

VIGENCIA: Desde

Hasta:

Persona Natural

Persona Jurídica

DATOS DEL ASEGURADO PERSONA NATURAL

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre		Apellido de casada (si aplica)					
Lugar de Nacimiento				Fecha de Nacimiento		Edad		Nacionalidad			
Número de Identificación						Tipo de Identificación					
						☐ Tarjeta de Identidad		☐ Pasaporte		☐ Carnet Residente	
Género				Estado Civil				Nombre completo cónyuge			
☐ M ☐ F				☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo							
Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente (SMMV):								Nombre e ID de quien depende económicamente o tutor (si aplica)			
☐ 0-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10 ☐ 11-20 ☐ 21-50 ☐ Más de 50											
Dirección completa de la Residencia (incluyendo departamento/municipio/ciudad)								Teléfono Residencia			
Teléfono celular				Correo electrónico				Fax		Sitio Web	
Cargo público que desempeñado en los últimos cuatro (4) años e institución (si aplica)											
Nombre de negocio (si aplica)						Giro o actividad económica del negocio					
Nombre de la empresa donde labora				Posición/cargo que desempeña				Tiempo de laborar			
Dirección completa de la empresa donde labora (incluyendo departamento / municipio / ciudad)											
Teléfono del trabajo				Fax				Correo electrónico		Sitio web	
Especifique detalladamente su fuente de ingresos											

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)												
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 quienes son los socios, accionistas o propietarios y los porcentajes de participación

No.	Socio / Accionista / Propietario	%	Establecer la estructura de acciones “Al Portador” (cuando aplique)	
			Especificar detalladamente la fuente de Ingresos de la Persona Jurídica (adjuntar estados financieros actualizados)	
			Liste dos (2) referencias bancarias	
		Total	Monto aproximado del total de activos	Monto aproximado del ventas o ingresos anuales
Indicar si forma parte de un grupo financiero o económico (si aplica)			Liste al menos dos (2) proveedores principales	

¿Mantiene usted o la empresa, pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s)? (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)

Forma de Pago

- ☐ Efectivo
- ☐ Tarjeta de Crédito

- ☐ Depósitos Monetarios
- ☐ Depósitos de Ahorro

Moneda

- ☐ Lempiras
- ☐ Dólares
- Otra

Periodicidad

- ☐ Mensual
- ☐ Trimestral
- ☐ Semestral
- ☐ Anual

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
S.A

Fecha:

Solicitante

Fecha:
RTN:

Cuentahabiente o tarjetahabiente

Fecha:
RTN:

En caso de que el Asegurado/Representante Legal, sea extranjero, el domicilio deberá ser debidamente comprobado, así como su calidad migratoria. En caso que el Asegurado sea de nacionalidad hondureña, deberá presentar copia de la tarjeta de identidad 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