

SOLICITUD SEGURO DE AUTOMÓVIL

VIGENCIA: Desde		Hasta:	Persona Natural							
			Persona Jurídica							
DATOS DEL ASEGURAI Primer Apellido	OO PERSONA NATUR Segundo Apellido		Apellido de casada (si aplica)							
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad Nacionalidad							
Número de Identificación		Тагі	Tipo de Identificación eta de Identidad Pasaporte Carnet Residente							
Género M F	Est	ado Civil Soltero Casado	Nombre completo cónyuge							
	so según el salario m	ínimo mensual vigente (SM								
Dirección completa de la Res		21-50 Más de 50	Teléfono Residencia							
Direccion completa de la Ne.	sidericia (incluyendo depo	artamento/municipio/ciudad)	Telefolio ivesidericia							
Teléfono celular	Correo electróni		Sitio Web							
Cargo público que desempe	ñado en los últimos cuatr	o (4) años e institución (si aplic	ca)							
Nombre de negocio (si aplica	1)	Giro o ac	tividad económica del negocio							
Nombre de la empresa dond	e labora Pos	ición/cargo que desempeña	Tiempo de laborar							
Dirección completa de la empresa donde labora (incluyendo departamento / municipio / ciudad)										
Teléfono del trabajo	Fax	Correo e	ectrónico 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 (incluyer	do departamento / munio	cipio / ciudad)								
Teléfono	Fax	Correo electrónico	Teléfono celular Sitio web							
Especificar departamento	s de Honduras o paíse	es 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 / Accioni	sta / Propietario	% Establecer	la estructura de acciones "Al Portador" (cuando aplique)							
			detalladamente la fuente de Ingresos de la Persona Jurídica stados financieros actualizados)							
		Liste dos (2	e) referencias bancarias							
		Monto apro	ximado del total de Monto aproximado del ventas o							
Indian si forma norto do	Total	activos	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)										

BENEFICIARIOS (Anotar no	mbre completo, en letra de	molde o indi	car si es un benef	iciario princip	al o irrevoc	able)
Nombre Completo Identidad			Dirección	Paren	······	%
Beneficiario como acreedor	prendario:					
Condición Migratoria: Indicar s	u condición migratoria (del R	epresentante L	egal/Asegurado), el	igiendo uno de	los siguiente)S
					_	
Residente temporal	Turista o visitante	Reside	nte permanente	Permi	iso de	
trabajo	Permiso consular o similar		Permiso de	e tránsito		
Data dal Vahíanla Asamura						
Datos del Vehículo Asegura	10	Di	N1-			
Marca:		Placa				
Modelo:		Motor				
Año de Fabricación:		Chasi				
Tipo de Vehículo:		······	ro de Pasajeros:			
Uso:		Color:				
Combustible:		Li	del Vehículo:			
Nota: En pólizas colectivas, lo				nan en el listad	o anexo pro	porcionado
por el Cont <mark>ratante, el cual se c</mark>	considera parte integrante d	ie la presente _l	poliza.			
COBERTURAS Y LÍMITES			CUMA ACCOUR		DEDUC	DI EC
			SUMA ASEGUF	KADA	DEDUC	BLE2
A) Vuelcos <mark>Accidentales y/o C</mark>						
B-1) Incendio <mark>, Auto-ignición y</mark>	Rayo					
B-2) Robo Total						
B-3) Huelgas y A <mark>lborotos Popu</mark>						
C) Daños causados <mark>a terceros</mark>						
D) Daños causados a terceros	en sus personas					
E) Rotura de Cristales						
F) Equipo especial (si aplica)						
G) Fenómenos naturales y Exp	olosion					
H) Extensión Territorial						
I) Gastos Médicos para los ocu	ıpantes					
J) Muerte Accidental						
J1) Incapacidad Total y Perma Descripción del Equipo Especia						
rescripcion del Equipo Especia	11.					
PERSONAS QUE HABITUALME		······································	······	······································		
Nombre	Identidad	Parente	sco Ed	dad	Lice	encia
	Otras coberturas		Suma As	eguradora	Ге	cha
			i	·		
					U	
					41	
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					

Declaro que estoy enterado, de la prima a la Compañía e	que las coberturas solicitada en la forma convenida por an	s están acordes con la		Depósitos Periodicidad Mensual Trimestra Semestra Anual la solicitud y que d	al al debo efectuar el pago
Yo			utorizo al Contratante pa		l cargo a mi cuenta
		œ	e, en la periodicidad de pa		סכ
Aprobado por Aseguradora Rural S.A Fecha:	Solid Fech RTN:		Fe	uentahabiente o cha: TN:	tarjetahabiente
caso que el Asegurado sea de de los datos. En caso de ser e muestra la foto y sello de su e	/Representante Legal, sea extrai nacionalidad hondureña, deberá xtranjero, deberá presentar carn ntrada a Honduras; para la verifi ión identidad del conductor meno	n presentar copia de la ta et de residente o pasapo cación de los datos. En	rjeta de identidad y del R.T.N orte, además de copia del car	N., así como original met o de la página	para la verificación del pasaporte que
		4			egur
					SCELS
		G			le ayuda a crecer se
		M			ynda
		4			<u>D</u>