

**SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.**  
**SOLICITUD DE LA PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

**Solicitud No.**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre		Apellido Casada	
Lugar de Nacimiento			Fecha de Nacimiento		Edad	Nacionalidad (En caso de ser doble nacionalidad, detallar ambas)	
			Día	Mes	Año		
Número de Identificación			Tipo de identificación				
			Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>		Carnet de Residente <input type="checkbox"/>	
Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Estado Civil	S <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	Nombre Completo de Cónyuge
Dirección Completa de Residencia: (Incluyendo departamento y municipio)							
Teléfono de Residencia		Fax No.		Correo Electrónico		Sitio Web	
Nombre del Negocio (si aplica)				Giro o actividad económica del negocio			
Nombre de la empresa donde labora			Posición/cargo que desempeña		Tiempo de laborar en la empresa		
Dirección completa de la empresa donde labora o del empleador (Incluyendo departamento y municipio)							
Teléfono del Trabajo		Fax No.		Correo Electrónico		Sitio Web	
Especifique detalladamente su fuente de Ingresos:							
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s)?, (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)							
<b>Beneficiarios:</b> (Anotar nombre completo, en letra de molde)							
<b>No.</b>	<b>Nombre</b>	<b>Identidad No.</b>	<b>Dirección</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Cantidad</b>		

Beneficiario Irrevocable: \_\_\_\_\_



AUTORIZO AL BANCO PARA QUE SE HAGA EL CARGO A MI CUENTA O CUALQUIER OTRA CUENTA QUE POSEA CON FONDOS DISPONIBLES, POR EL IMPORTE DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL PLAN DE SEGURO Y LA PERIODICIDAD DE PAGO SELECCIONADOS.

DEPÓSITOS MONETARIOS  DEPÓSITOS DE AHORRO  TARJETA DE CRÉDITO   
EFECTIVO

Nombre del Cuentahabiente o Tarjetahabiente (si es diferente al Solicitante):

---

En caso de ser 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.

**Condición migratoria:** Indicar su condición migratoria, eligiendo uno de los siguientes:

- | No. | Condición Migratoria       |       |
|-----|----------------------------|-------|
| 1.  | Residente temporal         | _____ |
| 2.  | Turista o visitante        | _____ |
| 3.  | Residente permanente       | _____ |
| 4.  | Permiso de trabajo         | _____ |
| 5.  | Permiso en tránsito        | _____ |
| 6.  | Permiso consular o similar | _____ |

Nombre completo e identidad de la persona de quién depende económicamente o del tutor o representante legal (si aplica) \_\_\_\_\_

Identificación de personas con firmas autorizadas (si aplica):

No.	Nombre Completo	Tipo de Identificación	Número de Identificación

Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente (SMMV):

De 0 – 3	
De 4 – 6	
De 7 – 10	
De 11 – 20	
De 21 – 50	
De 50 en adelante	

Cargo Público desempeñado en los últimos cuatro (4) años e Institución (si aplica).

\_\_\_\_\_

Se firma la presente Solicitud de Seguros en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Aprobado por Seguros Banrural Honduras, S. A.

\_\_\_\_\_ Solicitante

\_\_\_\_\_ Cuentahabiente o tarjetahabiente

Fecha:

Fecha:

Fecha:

RTN: \_\_\_\_\_

RTN: \_\_\_\_\_