

SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.
SOLICITUD PÓLIZA "SEGURO ESTUDIANTE"
Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida

Solicitud No.

Datos del Asegurado									
Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombre			Apellido Casada
Lugar de Nacimiento				Fecha de Nacimiento Día Mes Año			Edad	Nacionalidad (En caso de ser doble nacionalidad detallar ambas)	
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 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>			Nombre Completo del Cónyuge y Estado Civil				
Dirección Completa de Residencia (incluyendo departamento y municipio):									
Teléfono de Residencia			Fax No.		Correo Electrónico			Sitio Web	
Profesión, ocupación u oficio			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 domicilio):									
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)									
Datos del Contratante									
Razón o Denominación Social				Nombre Comercial			No. RTN (adjuntar fotocopia)		
Información Personal del autorizado para contratar									
Nombre completo, (como aparece en el documento de identidad)				Identidad No.		Tipo de identificación Tarjeta Ident. Pasaporte. Carnet Resd.			
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>		Nacionalidad		Dirección completa			Teléfono
Dirección Completa del Contratante (Incluir depto. y municipio)									
Teléfono		Fax No.		Correo Electrónico			Sitio Web		
Actividad Económica _____ (Favor adjunta fotocopia de escritura social y sus reformas)					Mantiene Pólizas suscritas con otra (s) aseguradora (s); (especificar nombre, tipo de seguro, suma asegurada)				

COBERTURAS SOLICITADAS (Escribir en letra de molde)

Cobertura	Nombre completo del Estudiante, Padres o Tutor	Suma Asegurada	Vigencia

Beneficiarios: (Anotar nombre completo, en letra de molde o indicar si es un beneficiario principal o irrevocable)

No.	Nombre	Identidad No.	Dirección	Parentesco	Cantidad

Beneficiario Irrevocable: _____

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):

PERIODICIDAD DE PAGOS

Mensual Trimestral Semestral Anual

Tipo de Moneda: Lempiras Dólares Otra Moneda: _____

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

Aprobado por Seguros Banrural Honduras, S. A. _____ Solicitante

_____ Cuentahabiente o tarjetahabiente

Fecha:

Fecha:

Fecha:

RTN: _____

RTN: _____