

SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.
SOLICITUD DE SEGURO DE AUTOMÓVIL-PERSONA NATURAL

Solicitud No.

DATOS DEL ASEGURADO				
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 ☐ ☐ ☐			
Sexo M ☐ F ☐	Tarjeta de Identidad ☐	Pasaporte ☐	Carnet de Residente ☐	
Estado Civil S ☐ C ☐ V ☐	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: (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)				

DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO			
Marca:		Motor No.	
Estilo:		Chasis No.	
Modelo:		Pasajeros :	
Uso:		Tipo de vehículo:	
Placa:		Color:	
COBERTURAS			
COBERTURAS		SI	NO
(A).- VUELCOS ACCIDENTALES O COLISIONES			

(B-1).- INCENDIO, AUTOIGNICIÓN Y RAYO (B-2).- ROBO (B-3).- HUELGAS Y ALBOROTOS POPULARES (C).- DAÑOS CAUSADOS A TERCEROS EN SUS BIENES (D).- DAÑOS CAUSADOS A TERCEROS EN SU PERSONA (E).- ROTURA DE CRISTALES ((F).- EQUIPO ESPECIAL (G).- FENOMENOS NATURALES Y EXPLOSIÓN (H).- EXTENSIÓN TERRITORIAL (I).- GASTOS MÉDICOS (J).- SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PARA LOS OCUPANTES DEL VEHÍCULO ASEGURADO (J1).- MUERTE ACCIDENTAL. (J2).- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (J3).- REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS EN EXCESO DE (I)		
---	--	--

PERSONAS QUE HABITUALMENTE CONDUCEN EL VEHÍCULO				
Nombre:	RTN:	Parentesco:	Edad:	No. Licencia:

Declaro que estoy enterado, que las coberturas solicitadas están acorde 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.

DEPÓSITOS MONETARIOS ☐
 DEPÓSITOS DE AHORRO ☐
 TARJETA DE CRÉDITO ☐
 EFECTIVO ☐

<u>Verificado y firmado en nombre del Agente:</u>	<u>Firma del solicitante:</u>	<u>Fecha:</u>

Agente de Seguros: _____ Código No.: _____

Beneficiarios: (Anotar nombre completo, en letra de molde o indicar si es un beneficiario principal o irrevocable). Aplicable sobre el exceso del saldo adeudado a la fecha de la muerte del asegurado.

No.	Nombre	Identidad No.	Dirección	Parentesco	Cantidad / Porcentaje

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: _____