



**SEGURO COLECTIVO DE DESEMPLEO INVOLUNTARIO
E INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL
SOLICITUD DEL SEGURO**

DATOS DEL ASEGURADO			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Apellido Casada
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento DIA ____ MES ____ AÑO ____		Nacionalidad
Número de Identificación	Tipo de Identificación Tarjeta de Identidad ____ Pasaporte ____ Carnet de Residencia ____		
Sexo Masculino ____ Femenino ____	Estado Civil Soltero ____ Casado ____ Viudo ____		Nombre Cónyuge
Dirección Completa Residencia (Incluyendo depto. Y municipio)		Teléfono de Residencia	
Teléfono Celular	Correo Electrónico	Sitio Web	Fax No.
DATOS LABORALES			
Profesión, Ocupación u Oficio	Nombre de la Empresa que Labora	Giro o actividad de la empresa	
Posición / Cargo que Desempeña	Tiempo de Laborar en la Empresa		
Dirección completa de la empresa donde labora (incluya departamento y municipio)			
Teléfono de la Empresa	Correo Electrónico Empresa	Sitio Web	
Especifique su fuente de ingresos:		Especifique si tiene fuentes adicionales de ingreso	

INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIARIO	
Nombre de Beneficiario	RTN

PERIODICIDAD	
Mensual	
Trimestral	
Anual	

MEDIO DE PAGO	
Debito a Cuenta	
Tarjeta de Crédito	
Efectivo	

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.

Seguros Banrural Honduras S.A
Representante Legal

Solicitante

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No. 19/26-07-2019.

