

**SOLICITUD DE SEGURO  
PÓLIZA COMBINADA PARA EL HOGAR**

Solicitud No. \_\_\_\_\_

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Tipo de solicitante                      Persona Individual \_\_\_\_\_ Persona Jurídica \_\_\_\_\_  
(Llenar la información según el tipo de persona seleccionada)

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE – PERSONA INDIVIDUAL**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Otros nombres
Primer apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada
NIT	Tipo de Documento de Identificación	Número de documento de Identificación
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nacionalidad: _____	Otra Nacionalidad: _____
Lugar de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):	_____
Edad: _____	Estado civil: _____	

Dirección del Solicitante (Domicilio) (No. De calle o avenida, No. De casa, sector, lote, manzana, otros)

Zona	Colonia	Municipio	Departamento	País
Celular/Móvil: _____	Teléfono(s)Oficina: _____	Teléfono casa: _____		
Correo electrónico/ e-mail: _____				
Empresa donde trabaja: _____				

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE – PERSONA JURÍDICA**

NIT- Número de Identificación Tributaria	Nombre de la persona Jurídica/Nombre de la empresa			
Dirección de la persona Jurídica (No. de calle o avenida, No. de casa, sector, lote, manzana, otros)				
Zona	Colonia	Municipio	Departamento	País
Teléfono de Oficina				

**BIENES Y COBERTURAS SOLICITADAS**

Dirección de Residencia Asegurada (No. De calle o avenida, No. De casa, sector, lote, manzana, otros)

Zona	Colonia	Municipio	Departamento	País
Edificio			Q.	
Contenido			Q.	
Robo por Forzamiento y/o Robo Agravado			Q.	
Rotura o Avería de Cristales y/o espejos y/o vidrios			Q.	
Responsabilidad Civil			Q.	
Muerte Accidental y/o Desmembración			Q.	

**Forma de pago y Prima**

No. de Pagos \_\_\_\_\_ Prima a pagar: \_\_\_\_\_

**Tipo de Construcción:**

- a) Techo de terraza y paredes de ladrillo       b) Techo de Lámina y Paredes de Ladrillo

**Designación de Beneficiarios (en caso de fallecimiento del asegurado)**

Nombre	Parentesco	%

**DATOS PARA LA FACTURACIÓN (Indique los datos para emitir)**

NIT- Número de Identificación Tributaria \_\_\_\_\_ Nombre de la persona Jurídica/Nombre de la empresa \_\_\_\_\_

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Otros nombres \_\_\_\_\_

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Apellido de Casada \_\_\_\_\_

Dirección de Cobro (No. De calle o avenida, No. De casa, sector, lote, manzana, otros) \_\_\_\_\_

Zona	Colonia	Municipio	Departamento	País

Teléfono \_\_\_\_\_

**Llenar este apartado si el SOLICITANTE es PERSONA INDIVIDUAL (Información para cumplir con disposiciones de la IVE relacionada con la Ley Contra Lavado de Dinero y Otros Activos)**

El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente (PEP\*): Si  No   
 \*PEP: Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala y otro país, un cargo prominente en un Organismo Judicial dirigentes de partidos políticos o nacionales de otro país.

Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)\*: Si  No

Es Asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)\*: Si  No   
 \*/ Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Personas Expuesta Políticamente (PEP).

El Solicitante actúa en nombre propio: Si  No

Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América: Si  No

Posee documento de Identidad Green Card: Si  No

Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América: Si  No

Ingresos Mensuales: \_\_\_\_\_

**Llenar este apartado si el SOLICITANTE es PERSONA JURÍDICA (Información para cumplir con disposiciones de la IVE relacionada con la Ley Contra Lavado de Dinero y Otros Activos)**

País de Origen de la empresa	Fecha de Constitución de la empresa	Actividad Económica
------------------------------	-------------------------------------	---------------------

Tiene la empresa uno o más accionistas estadounidenses con una participación superior al 10%.

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Tipo de documento de identificación	Número de documento de Identificación	Nacionalidad
-------------------------------------	---------------------------------------	--------------

Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido de casada
-----------------	------------------	--------------------

Primer Nombre	Segundo Nombre	Otros nombres
---------------	----------------	---------------

Correo electrónico / e-mail

El Representante Legal es Persona Expuesta Políticamente (PEP\*): Si  No

**\*PEP:** Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala y otro país, un cargo prominente en un Organismo Judicial dirigentes de partidos políticos o nacionales de otro país.

Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)\*/: Si  No

Es Asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)\*/: Si  No

*\*/ Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Personas Expuesta Políticamente (PEP).*

El Solicitante actúa en nombre propio: Si  No

Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América: Si  No

Posee documento de Identidad Green Card: Si  No

Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América: Si  No

Ingresos Mensuales: \_\_\_\_\_

Queda entendido y convenido que: Aseguradora Rural, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.

La tramitación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo por parte de Aseguradora Rural, S.A.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

### OPCIONES DE PAGO / AUTORIZACIÓN

Yo \_\_\_\_\_  
Autorizo a Aseguradora Rural, S.A. para que se haga el cargo a mi cuenta bancaria No. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ o cualquier otra cuenta que posea con fondos disponibles, por el importe de la prima correspondiente a la prima de seguro y la periodicidad de pagos seleccionados.

Caja  Depósito Monetario  Depósito Ahorro Fecha de Débito: \_\_\_\_\_

Tarjeta de crédito Fecha de Vencimiento: Mes \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
f) Cuentahabiente o Tarjetahabiente  
DPI: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha (dd/mm/aa): \_\_\_\_\_

Código Agente o Intermediario \_\_\_\_\_ Nombre del Agente o Intermediario \_\_\_\_\_

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Anexo Resolución Número \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.