

FIANZA CALIDAD DE OBRA SOLICITUD DE SEGURO

Para uso exclusivo de la Compañía

Póliza No.:

Zona:

I. Cobertura:

La presente Fianza garantiza exclusivamente la reparación, reposición o subsanación de los vicios ocultos, defectos de los materiales o deficiencias en la calidad y correcto funcionamiento de los trabajos ejecutados o bienes suministrados por el Afianzado, de conformidad con las especificaciones técnicas estipuladas en el contrato celebrado por el Afianzado con el Beneficiario.

Es condición indispensable para la exigibilidad de esta fianza que la obra, suministro o servicio haya sido entregado por el Afianzado y recibido a entera satisfacción por el Beneficiario. Dicha recepción deberá acreditarse mediante el Acta de Recepción Definitiva debidamente firmada por las partes, sin que en la misma consten observaciones o reservas sobre los defectos ahora reclamados. Esta fianza no ampara vicios aparentes que debieron ser detectados y objetados al momento de la entrega.

Es entendido que la garantía otorgada en los términos de esta Póliza protege al Beneficiario contra el incumplimiento de las obligaciones contractuales debidamente comprobados y, en ningún caso, contra perjuicios de otro orden, por más que se originen directa e indirectamente en dicho incumplimiento.

II. Datos persona natural / representante legal

Persona Natural ☐
Persona Jurídica ☐
Comerciante Individual ☐

Primer nombre:	Segundo nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:
Tipo de identificación: Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐	Número de identificación	RTN	
Fecha de nacimiento: Día Mes Año	Edad	Lugar de nacimiento: Municipio Departamento	Nacionalidad(es): 1 _____ 2 _____
Género: M ☐ F ☐	Estado civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión libre ☐		Actividad económica principal: Asalariado ☐ Estudiante ☐ Jubilado ☐ Independiente ☐ Ama de casa ☐
Profesión, ocupación u	Celular	Teléfono fijo	Correo electrónico personal

FIANZA CALIDAD DE OBRA SOLICITUD DE SEGURO

oficio			
Dirección de residencia persona natural / representante legal			
Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Bloque	Calle	Avenida No. De casa
Dirección referenciada			
Nombre completo del cónyuge (si aplica)		Número de identidad del cónyuge	
Nombre de la empresa donde labora o nombre del negocio		Giro o actividad económica	
Posición o cargo que desempeña		Fecha de empleo: Día Mes Año	
Dirección de la empresa donde labora o negocio propio			
Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Bloque	Calle	Avenida
Dirección referenciada			
Teléfono	Correo laboral	Sitio Web	Fax
Si el asegurado es estudiante o ama de casa, favor proporcionar la siguiente información:			
Nombre completo de la persona de quien depende económicamente:			
Número de Documento de Identidad Nacional	Actividad económica que desarrolla	Parentesco	
¿Desempeña o ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro años? Sí No	Institución: _____ Cargo público: _____ Período: _____		
¿Usted actúa en nombre propio? Sí No	Si su respuesta es negativa, especifique a continuación: Nombre completo: _____ Identidad: _____ Relación: _____		
¿Es usted un cliente APNFD? Sí No Indicar que actividad APNFD realiza: _____ APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas. Se solicita adjuntar constancia de inscripción en la URMOPRELAFT			
¿Es usted PEP? Sí No Si su respuesta es Sí, deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)			

FIANZA CALIDAD DE OBRA SOLICITUD DE SEGURO

PEP = Persona Expuesta Públicamente

Información financiera de persona natural / representante legal

Especifique su fuente de ingresos:

A cuántos salarios mínimos equivale su ingreso mensual (actividad económica principal):

De 0 – 3 De 4 – 6

De 7 – 10 De 11 – 20

De 21 – 50 De 50 en adelante

Recibe ingresos diferentes a su actividad principal:

Sí No

Si su respuesta fue sí, favor detalle:

Fuente de ingresos: _____

Valor mensual estimado: _____

Realiza transacciones en moneda extranjera: Sí No Tipo de moneda: Dólar Euro Otra: _____

Referencias bancarias o comerciales

Nombre:

Teléfono:

Nombre:

Teléfono:

Nombre:

Teléfono:

Nombre:

Teléfono:

III. Datos persona jurídica

Denominación y razón social

RTN

Dirección de la empresa

No. De inscripción en registro mercantil

Fecha de constitución:

Día | Mes | Año

Objeto social y/o actividad económica

¿La empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo?

Sí No

Si su respuesta fue afirmativa, ¿Cómo lo hace?
Capacitaciones Seminarios Trifolios Otros:

¿La empresa tiene oficinas en otros departamentos o en el extranjero?

Sí No Especifique: _____

¿Pertenece a un grupo financiero?

Sí No Detalle a qué grupo financiero: _____

¿Es usted un cliente APNFD? Sí No Indicar que actividad APNFD realiza: _____

APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas. Se solicita adjuntar constancia de inscripción en la URMOPRELAFT

FIANZA CALIDAD DE OBRA SOLICITUD DE SEGURO

IV. Información de accionistas

Detallar sus dueños hasta llegar al beneficiario final

Nombre completo y/o denominación social	Tipo de identificación	No. De identificación	Origen de los fondos	Participación (%)	¿Es un PEP? Sí / No

Departamento	Municipio	Ciudad	Colonia
Calle	Avenida	Bloque	No. De casa
Dirección referenciada		Teléfono / Fax	Correo electrónico / Sitio web

Si su respuesta es Sí, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros).

Debe completar el formulario de Certificación de Socios, si hay un accionista con el 25% de propiedad de la sociedad.

¿Son todos los accionistas o asociados, antes descritos, los beneficiarios finales? **Sí** **No**

Si su respuesta es negativa favor completar Certificación de Socios.

V. Indicar los miembros que conforman la junta directiva y/o consejo de administración (control de la sociedad)

Nombre completo y/o denominación social	Tipo de identificación	No. De identificación	¿Es un PEP? Sí / No

Si su respuesta es Sí, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)

VI. Información financiera del contratante (Seleccione los valores que correspondan)

Ingresos y egresos (Lempiras)	Total, ingresos anuales	Total, egresos anuales	Activos y pasivos (Lempiras)	Total activos	Total pasivos
No tiene			No tiene		
Menos de L 500,000			Menos de L 500,000		

FIANZA CALIDAD DE OBRA SOLICITUD DE SEGURO

Ingresos y egresos (Lempiras)	Total, ingresos anuales	Total, egresos anuales	Activos y pasivos (Lempiras)	Total activos	Total pasivos
L 500,000 a 1 millón			L 500,000 a 1 millón		
L 1 millón a L 5 millones			L 1 millón a L 5 millones		
L 5 millones a L 10 millones			L 5 millones a L 10 millones		
L 10 millones a L 25 millones			L 10 millones a L 25 millones		
L 25 millones a L 50 millones			L 25 millones a L 50 millones		
L 50 millones a L 100 millones			L 50 millones a L 100 millones		
Más de L100 millones			Más de L100 millones		

Referencias bancarias o comerciales	Referencias de proveedores que le brindan servicios
Nombre: _____ Teléfono: _____	Nombre: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____	Nombre: _____ Teléfono: _____

VII. Información de seguros

Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s): Sí No	
Nombre de la Aseguradora	Tipo(s) de seguro(s) y Suma(s) asegurada(s)

VIII. Período de la Fianza

Desde: _____ A las 12:00 horas del medio día	Hasta: _____ A las 12:00 horas del medio día
Beneficiario (A favor de quien debe expedirse la fianza)	
Dirección	Teléfono / Fax / Apdo. Postal
Monto del contrato: LPS USD	Importe de la garantía requerida (%)
Propósito del seguro	
Descripción del contrato cuyo cumplimiento debe garantizarse:	
Plazo de la obra	Orden de inicio Firmado el
Contra garantías que se ofrecen: (firmas de aval – bienes raíces)	
¿Ha incumplido algún contrato público o privado? Sí No	
En caso afirmativo favor especificar: _____	
Clausulas adicionales necesarias para la emisión de esta fianza	

IX. Declaraciones y autorizaciones del asegurado o titular de la póliza

Declaro que toda la información que he brindado es exacta, completa y verídica, y en la misma se funda el principio de buena fe, bajo el cual se suscribe el Contrato del presente seguro.

Asimismo, indico que cualquier declaración que se compruebe como falsa o inexacta, sea antes o después de la ocurrencia de un eventual siniestro, causarán la nulidad del seguro conforme a las disposiciones contenidas en el Art. 1141 del Código de Comercio de Honduras.

Autorizo a SEGUROS CREFISA S.A. registrar y consultar en las bases de datos de las Centrales de Información administradas por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), del Sistema Asegurador (CISA) y cualquier otra sea pública o privada.

Queda entendido y convenido qué la presente solicitud, certificado, caratula, condiciones generales y Anexos (si los hubiera) forman parte integrante del Contrato de Seguro.

Declaración, origen de fondos y aceptación de cláusula.

Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal de Honduras.

Dado en la ciudad de _____ el _____ de
_____ de _____

Nombre del intermediario

Nombre del solicitante

Código del intermediario

Firma del solicitante

Firma del intermediario