

## FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO SOLICITUD DE FIANZA

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE					
Cód. de contratante	No. de solicitud	Vinculación	Fecha de emisión	No. de póliza	Cód. Agente de Venta
			Día - Mes - Año		
A. DATOS GENERALES					
I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO					
Agente				Código del agente	
II. DATOS DEL CONTRATANTE					
DATOS PERSONA NATURAL ( Para las personas jurídicas serán las del Representante Legal)					
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido	
Tipo de identificación		Identidad <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/>	
				Carné de residencia <input type="checkbox"/>	
No. identificación		RTN		Fecha de nacimiento	
				Día - Mes - Año	
Estado civil		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>		Género	
				Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad (es)				Profesión, oficio u ocupación	
1					
2					
Móvil _ 1				Móvil _ 2	
Correo electrónico _ 1					
Correo electrónico _ 2					
Nombre del cónyuge (completo)					
<b>Dirección de residencia del contratante / asegurado</b>					
País		Departamento		Municipio	
No. Casa/ lote		Calle(s)		Avenida(s)	
				Teléfono de la residencia	
Detalle el origen de los fondos para contratación del seguro					
¿Es comerciante Individual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Giro del negocio	
Nombre del negocio (Si aplica)					
Lugar de trabajo		Área		Cargo que desempeña	
				Tiempo de laborar	
Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente					
De 0 - 3 <input type="checkbox"/>		De 4 - 6 <input type="checkbox"/>		De 7 - 10 <input type="checkbox"/>	
				De 11 - 20 <input type="checkbox"/>	
				De 21- 50 <input type="checkbox"/>	
				De 50 en adelante <input type="checkbox"/>	
Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Detalle el nombre del cargo					
<b>Dirección laboral del contratante / asegurado</b>					
País		Departamento		Municipio	
No. Casa/ lote		Calle(s)		Avenida(s)	
				Teléfono de la empresa	
Correo electrónico					

<b>DATOS DE PERSONA JURIDICA</b>			
Razón o Denominación Social			
Nombre Comercial		RTN/RUC	Fecha de Constitución
			Día - Mes - Año
Número de registro de la escritura		Pertenece su empresa a un grupo Financiero o Económico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		¿Cuál?	
<b>Tipo de Empresa</b>			
Según la composición de capital		Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>
Según la actividad económica		Industrial <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/>
		Construcción <input type="checkbox"/>	Agrícola <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/>
		Servicio Financieros <input type="checkbox"/>	
Según la forma jurídica		APNFD <input type="checkbox"/>	Empresas Nacionales con fines de lucro <input type="checkbox"/>
		Escuelas Públicas <input type="checkbox"/>	Instituciones sin Fines de Lucro <input type="checkbox"/>
		Embajadas <input type="checkbox"/>	Empresas del Estado <input type="checkbox"/>
			Empresas extranjeras que operan en Honduras <input type="checkbox"/>
			Cooperativas <input type="checkbox"/>
Departamento y/o países en que opera			
<b>Dirección de la oficina principal de la persona jurídica</b>			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa
Correo electrónico			
<b>III. VIGENCIA DE LA FIANZA</b>			
Desde Día - Mes- Año al medio día		Hasta Día - Mes - Año al medio día	
<b>IV. MONEDA</b>			
Moneda en que se emitirá la fianza:		Lempiras <input type="checkbox"/>	Dólares estadounidenses <input type="checkbox"/>
<b>V. INFORMACIÓN DE CESIONARIO</b>			
El seguro derivado de esta solicitud, será cesionado?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
A Favor de _____		Hasta por _____	
<b>VI. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS</b>			
¿Tiene otros seguros con la compañía?		¿Qué tipo de seguro?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Con cuál otra compañía tiene o tenía seguros?		¿Qué tipo de seguro?	
<b>VII. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA</b>			
Dirección de residencia del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección laboral del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección de la oficina principal de la persona jurídica <input type="checkbox"/>	Correo electrónico <input type="checkbox"/>

<b>B. DATOS DEL RIESGO</b>			
<b>Tipo de fianza solicitada</b>			
Licitación <input type="checkbox"/>	Calidad de obra <input type="checkbox"/>	Anticipo <input type="checkbox"/>	Cumplimiento de contrato <input type="checkbox"/>
Aduanera <input type="checkbox"/>	Fidelidad <input type="checkbox"/>	Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>
<b>Datos de la fianza</b>			
Suma afianzada			
Garantiza			
Beneficiario			

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.99/12-10-2020.

**Enlistar referencias bancarias**

Nombre	Ocupación	Dirección

¿Posee bienes raíces o negocios registrados a su nombre? Si    No

En caso de ser afirmativos, detalle lo siguiente:

Ubicación	Descripción	Valor	Gravámenes

**I. COBERTURAS, PRIMAS Y DEDUCCIONES**

Por la presente Fianza y dentro de los límites fijados en la misma, La Afianzadora garantiza que el afianzado, salvo fuerza mayor o caso fortuito debidamente comprobados, llevara a cabo la ejecución del proyecto o suministro, todo de conformidad con los términos establecidos en el contrato al efecto firmado entre el afianzado y el beneficiario.

**1.1. Riesgos Cubiertos:**

1.1.1. Los riesgos cubiertos son los estipulados en el contrato póliza y en el modelo póliza sometido con esta Nota Técnica.

1.1.2. De forma general, y sin perjuicio de lo estipulado en las condiciones del contrato y en el modelo de póliza, se puede decir que:

1.1.2.1. La fianza otorga al beneficiario una indemnización para resarcir pérdidas debidas al incumplimiento de la obligación contractual del afianzado, como se definen estos en las condiciones del contrato y modelo póliza.

1.1.2.2. La suma afianzada se establece según las políticas de suscripción de la aseguradora y en algunos casos según lo convenido con el afianzado.

Prima comercial

Otros recargos

**Subtotal prima**

Gastos de emisión

Impuesto

**Prima Anual Total de Seguro**

**II. FORMA DE PAGO DE PRIMA**

Contado  Pago fraccionado

No. Pagos \_\_\_\_\_ Primer pago de \_\_\_\_\_ Pagos de \_\_\_\_\_

No obstante a la forma de pago arriba descrita de la prima anual total de seguro, la compañía se reserva el derecho de exigir al asegurado el pago del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial.

### C. OBLIGACIONES DEL SOLICITANTE

PRIMERA. En el caso de que MAPFRE, en lo sucesivo designado como "LA AFIANZADORA", otorgue la fianza solicitada y, como consecuencia de ella, de sus modificaciones o prórrogas, tuviera que pagar alguna reclamación derivada de cualquier responsabilidad pecuniaria que legalmente \_\_\_\_\_ sea establecida, queda \_\_\_\_\_ obligada \_\_\_\_\_ a reintegrarle todo lo que por este concepto haya cubierto, así como los gastos y costos por la reclamación del acreedor haya originado, debiendo además, indemnizarla con el pago de intereses a razón del seis por ciento anual sobre el importe de todas y cada una de las erogaciones mencionadas.

SEGUNDA. Aun cuando la compañía realice algún pago sin \_\_\_\_\_ consentimiento, no podrá \_\_\_\_\_ o mencionarlos en la cláusula anterior, las excepciones que se hubieren podido hacer valer ante el acreedor al tiempo efectuar el pago.

TERCERO. La Compañía tendría derecho a suspender la vigencia que expida o a cancelarla, de conformidad con la ley, en cualquier momento que lo estime conveniente, sin que para ello sea necesario la expresión de causa.

CUARTA. La Póliza de Fianza, salvo de caducidad estipulados, estará en vigor por el término de \_\_\_\_\_ según se manifestó anteriormente y podrá ser renovada por períodos iguales y sucesivos, por acuerdo mutuo entre las partes, siempre que el importe de la prima correspondiente según las tarifas de la compañía en vigor en la fecha de la renovación sea pagada a su vencimiento o antes.

### D. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Declaro expresamente que:

1. 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 hondureño.

2. Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguros y no representa garantía de que la misma será aceptada por MAPFRE; ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los mismos términos solicitados.

3. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.

4. Toda la información anterior, ha sido escrita o dictada por mi, de acuerdo con mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitado. Así mismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mi, que de haber sido debidamente conocidos por MAPFRE hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiera suscrito en condiciones distintas.

5. Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, está circunscrito estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derecho si la misma fuera otorgada; por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgo o analistas de reclamos de MAPFRE, en razón de su naturaleza, MAPFRE deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.

6. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE Seguros Honduras, S.A. está facultada a dar por terminado el Contrato de Seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna para MAPFRE frente al asegurado.

7. Manifiesto que he leído toda la solicitud y las condiciones generales de la póliza a través de mi agente de seguros, las cuales formarán parte íntegra del contrato y que he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ella.

#### E. FIRMAS

Firmado en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ día(s) del mes de \_\_\_\_\_ del año

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del contratante

\_\_\_\_\_

Firma del agente