

FIANZA DE FIDELIDAD DE INTERMEDIARIOS**No. DE PÓLIZA:****No. DE ENDOSO:**

Página 1 de n

**EMISIÓN
FIANZA DE FIDELIDAD DE INTERMEDIARIOS**

EMITIDO EN LEMPIRAS

AFIANZADO:**IDENTIDAD/RTN:****DIRECCION:****TELEFONO(S):****COLONIA:****MUNICIPIO:****DEPARTAMENTO:****TIPO DE OPERACION:****AGENTE:****TELEFONO:****VIGENCIA DE LA POLIZA****DESDE:****HASTA:**

Ambas fechas a las 12:00 hrs, Hora local de Honduras

Seguros Atlántida, S.A. denominada en adelante la Afianzadora y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares estipuladas en la póliza, teniendo prelación las últimas sobre las primeras, emite el presente según los Riesgos Cubiertos y Límites de Responsabilidad descritos más adelante.

Suma Asegurada:	L.
Prima Gravada:	L.
Prima Exenta:	L.
Prima Comercial:	L.
Gastos De Emisión:	L.
I.S.V.:	L.
Prima Total:	L.

QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE EL AFIANZADO Y SEGUROS ATLANTIDA. HAN LEIDO LAS CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y ENDOSOS QUE FORMAN PARTE DE ESTA PÓLIZA. EN FE DE LO CUAL SE FIRMA EN HONDURAS HOY, ____ de ____ de 201 ____

FIRMA AUTORIZADA

SEGUROS ATLANTIDA



FIANZA DE FIDELIDAD DE INTERMEDIARIOS**No. DE PÓLIZA:****No. DE ENDOSO:****Página 2 de n**

FIANZA DE FIDELIDAD DE INTERMEDIARIOS

Seguros Atlántida, S.A., con domicilio en Tegucigalpa, M.D.C., República de Honduras, C.A., denominada de aquí en adelante la Afianzadora, garantiza por la presente fianza al Beneficiario por las actuaciones del Afianzado en el desempeño de su cargo, según se describe en la solicitud y en las condiciones generales y condiciones particulares adjuntas, las cuales aceptan las partes contratantes como parte integrante del presente contrato.

En testimonio de lo cual, la Afianzadora firma la presente en la misma fecha que se indica en la vigencia de las Condiciones Particulares.

Las condiciones particulares tienen prelación sobre las generales.

FIRMA AUTORIZADA

SEGUROS ATLANTIDA

FIRMA AFIANZADO

FIANZA DE FIDELIDAD DE INTERMEDIARIOS**No. DE PÓLIZA:****No. DE ENDOSO:****Página 3 de n****RIESGOS CUBIERTOS Y LIMITES DE RESPONSABILIDAD****INCISO :****DIRECCIÓN :****PAÍS :****MUNICIPIO :****DEPARTAMENTO :****COLONIA :****CONTRATO :**

*** OBJETO DE SEGURO: FIANZA DE FIDELIDAD DE INTERMEDIARIOS ***
COBERTURA SUMA ASEGURADA

-LA AFIANZADORA GARANTIZA EL PAGO DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES QUE PUEDAN AFECTAR A TERCEROS ATENDIDOS PROFESIONALMENTE POR EL AFIANZADO SUS AGENTES, DEPENDIENTES O APODERADOS; DERIVADOS DE INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y REASEGUROS, RESOLUCIONES DE LA COMISION NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS, NORMAS COMPLEMENTARIAS, Y CONTRATOS QUE TUVIERAN QUE CUMPLIR A RAZON DE SU ACTIVIDAD DE INTERMEDIACIÓN EN LA CONTRATACIÓN DE SEGUROS Y FIANZAS, DE CONFORMIDAD A LOS PRODUCTOS QUE PROMUEVEN LAS INSTITUCIONES DE SEGUROS Y AFIANZADORAS LEGALMENTE AUTORIZADAS.

L.

SUMA AFIANZADA L.

SUMA AFIANZADA TOTAL L.

FIRMA AUTORIZADA

GERENCIA GENERAL



FIANZA DE FIDELIDAD DE INTERMEDIARIOS

No. DE PÓLIZA:

No. DE ENDOSO:

Página 4 de n

LISTADO DE DEDUCIBLES

Seguros
Atlántida

FIRMA AUTORIZADA

GERENCIA GENERAL



FIANZA DE FIDELIDAD DE INTERMEDIARIOS**No. DE PÓLIZA:****No. DE ENDOSO:**

Página 5 de n

CONDICIONES PARTICULARES**FIANZA DE FIDELIDAD DE INTERMEDIARIOS**

Seguros Atlántida, S.A., del domicilio de Edificio SONISA costado Este de Plaza Bancatlan, Tegucigalpa M.D.C., en adelante denominada la Afianzadora, por el presente documento se constituye en FIADOR SOLIDARIO, del Intermediario (_____), inscrito en el Registro de Intermediarios de Seguros y Fianzas que lleva la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, bajo el No. _____ en adelante denominado el Afianzado ó Intermediario, y por consiguiente garantiza el pago de los perjuicios patrimoniales que puedan afectar a terceros atendidos profesionalmente por el Afianzado, sus agentes, dependientes o apoderados; derivados del incumplimiento de obligaciones establecidas en la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, resoluciones de la Comisión, normas complementarias, y contratos que tuvieran que cumplir en razón de su actividad de intermediación en la contratación de seguros, de conformidad a los productos que promueven las Instituciones de Seguros y afianzadoras legalmente autorizadas.

La Suma Afianzada mediante la presente fianza será de hasta _____ Lempiras (L. _____) de conformidad a lo requerido por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros. En caso de reclamo de beneficiarios, tomadores o terceros atendidos profesionalmente por el intermediario, que se consideren afectados por el Afianzado por haberles causado daños o perjuicios patrimoniales al ejercer la función de intermediación, la presente fianza podrá ser exigible hasta por el monto total de la misma, debiendo acompañar las pruebas que acrediten los daños y perjuicios ocasionados.

Para los efectos de esta fianza, la Afianzadora señala como su domicilio el Edificio SONISA costado este de Plaza Bancatlan, Tegucigalpa M.D.C.; para los fines que establece la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, el Afianzado autoriza a la Afianzadora para que la presente fianza sea depositada en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, para su custodia.

Queda entendido y convenido que la responsabilidad derivada de esta fianza se sujet a los términos y condiciones contractuales suscritos entre la Afianzadora y el Afianzado.

La vigencia de la presente fianza será de _____ año desde el _____ de _____ al _____ de _____ del año _____, prorrogable por período similar a opción de la Afianzadora. Sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 1312 del Código de Comercio, vencido el plazo establecido en esta fianza y no habiendo reclamo alguno dentro del mismo, quedará extinguida la responsabilidad de la Afianzadora, dándose por cancelada, aunque el documento original no fuere devuelto.

En fe de lo cual se firma la presente fianza a los _____ días del mes de _____ de _____.

FIRMA AUTORIZADA**FIRMA AUTORIZADA****FIRMA AFIANZADO**

FIANZA DE FIDELIDAD DE INTERMEDIARIOS

No. DE PÓLIZA:

No. DE ENDOSO:

Página 6 de n

Edificio SONISA, Costado Este Plaza Bancatlan

Apto. 3373, Tegucigalpa, Honduras, C.A.

Tel (504) 2232-4014/2280-0007 Fax (504) 2232-3688/2239-9960

RESUMEN DE CLÁUSULAS

**Seguros
Atlántida**

FIANZA DE FIDELIDAD DE INTERMEDIARIOS**No. DE PÓLIZA:****No. DE ENDOSO:****Página 7 de n****ANEXO PAGOS FRACCIONADOS****Responsable del pago:****Dirección de cobro:****Adherido a y formando****Parte de la póliza No:****Operación No:**

La Prima y los gastos anotados en las Condiciones Particulares de esta Póliza ha sido calculada en base al período de vigencia solicitado por el Afianzado. Conforme lo estipulado en el Artículo 1130 del Código de Comercio la prima deberá pagarse en el momento de la celebración del contrato, salvo pacto en contrario.

Por el presente anexo se hace constar que se conviene entre el Afianzado y la Afianzada, como pacto en contrario, modificar el pago en la siguiente forma:

Prima de Contado:	L.
Costo de Fraccionamiento:	L.
Prima Total	L.

Detalle de pagos

No. de Pago	Fecha de Vencimiento	Prima Total
1	06/08/2019	L. *****
Total prima (incluye Costos de Fraccionamientos, Gastos de Emisión e Impuestos)		L. *****
		=====

De no cumplir el Afianzado con la forma de pago convenida, la Afianzadora procederá según lo dispuesto en el Artículo 1133 del Código de Comercio, que establece un plazo de quince (15) días después del requerimiento de pago para hacer efectivo el saldo, caso contrario quedarán en suspenso los efectos de la póliza, rescindiéndose el contrato diez (10) días después del plazo mencionado. En todo caso, la Afianzadora tendrá derecho a percibir la prima devengada por el periodo transcurrido de vigencia aplicándose tarifa de corto plazo y podrá exigir el pago mediante la vía ejecutiva.

Si el incumplimiento del Afianzado fuese con el primer pago, no habrá pacto en contrario y el contrato se resolverá de conformidad con la cláusula "Pago de Prima" de las condiciones generales de la póliza.

Queda perfectamente entendido y convenido que en caso de siniestro y no obstante el acuerdo de pagos fraccionados, al momento de hacer efectiva la indemnización, el Afianzado deberá cancelar la totalidad de la prima independientemente que las cuotas restantes hayan llegado a su fecha de vencimiento.

En fe de lo cual se firma y sella el presente anexo, en Tegucigalpa, M.D.C., a los _____ días del mes de _____ de 2020

FIRMA AUTORIZADA**GERENCIA GENERAL**