

FIANZA DE CUMPLIMIENTO DE PAGO
SOLICITUD DE FIANZA

Tipo de Persona: ☐ Natural ☐ Jurídica ☐ Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Compañía

Tipo Relación/Rol:	☐ Contratante	☐ Afianzado	☐ Asegurado	☐ Acreedor	☐ Reasegurador	☐ Intermediario
	☐ Beneficiario	☐ Apoderado	☐ Proveedor	☐ Corredor de Reaseguro	☐ Otro	
ID Cliente		Categoría Riesgo		Cliente:	☐ Nuevo	☐ Existente
ID Acreedor		Categoría Riesgo		Cliente:	☐ Nuevo	☐ Existente
No. Trámite		No. Oferta		No. Póliza		

1. Datos Personales del Asegurado o del Representante Legal

Apellidos		Nombres	
Fecha Nacimiento		Edad	
		Lugar de Nacimiento	
Sexo:	☐ Femenino ☐ Masculino	Estado Civil:	☐ Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a)
No. Identificación		No. R.T.N.	
Tipo Identificación:	☐ Cédula ☐ Pasaporte ☐ Residencia	No. Seguro Social	
Ocupación		1ra. Nacionalidad	
Profesión		2da. Nacionalidad	
¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos?			
☐ Si ☐ No			
Ocupación PEP'S		Nombre Institución	
¿Algún pariente suyo se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos?			
☐ Si ☐ No			
Si su repuesta es si: Nombre		Identificación	
Dirección de Domicilio			
Barrio / Colonia		Avenida	
		Calle	
Bloque No.		Casa / Edificio No.	
		Municipio	
Departamento		País	
Otras referencias de la dirección			

Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro

Tel. Casa		Correo Personal	
Celular		Forma de Contacto:	☐ Tel. Casa ☐ Celular ☐ Correo electrónico
Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico?			
☐ Si ☐ No			

Datos del Cónyuge

Apellidos		Nombres	
Teléfono Casa		No. Identificación	
Celular		Correo Electrónico	
Ocupación Actual		Profesión	
¿Trabaja?			
☐ Si ☐ No			
Lugar de Trabajo		Teléfono	
Dirección de Trabajo			

Datos laborales (Actividad Económica)

Nombre Empresa			
Tipo de Actividad		Explicar	
Ámbito de Negocio		Origen de Fondos	
Cargo o Posición		Fecha Ingreso	

Dirección del Trabajo de asegurado o Representante Legal

Barrio/Colonia		Avenida	
		Calle	
Bloque No.		Casa/Edificio No.	
		Municipio	
Departamento		País	
Tel. Empresa		Correo Electrónico Trabajo	

Tipo Contratación: ☐ Permanente ☐ Temporal Moneda de ingresos: ☐ Lempiras ☐ Dólares ☐ Euros

Nivel aproximado de Ingresos según el salario mínimo mensual vigente (SMMV)

☐ De 0-3 ☐ De 4-6 ☐ De 7-10 ☐ De 11-20 ☐ De 21-50 ☐ De 50 en adelante

Actividad: ☐ Ama de Casa ☐ Asalariado ☐ Comercian Individual ☐ Pensionado ☐ Negocio Propio

☐ Estudiante ☐ Jubilado ☐ Renta de Bienes ☐ Socio ☐ Otra

Origen de Fondos: ☐ Ahorro ☐ Empresa ☐ Honorarios Legales ☐ Pensión ☐ Salario

☐ Dependientes ☐ Herencia ☐ Negocio Propio ☐ Jubilación ☐ Renta de Bienes

☐ Socio ☐ Otros:

Datos de la persona de quién depende económicamente

Apellidos

Nombres

No. Identificación

Tipo de Dependencia

☐ Tutor☐ Representante Legal

Tipo Identificación:

☐ Cédula☐ Pasparte☐ Residencia

Origen de Ingresos

Actividad Económica

Ocupación

2. Datos Generales de Persona Jurídica

Denominación Social

Nombre Comercial

Registro Mercantil

Matricula No.

Inscripción con Presentación No.

No. Identificación

Tipo de identificación:

☐ R.T.N.☐ Otra

Fecha de Constitución

Lugar de Constitución

País Origen

Países en que opera

Actividad:

☐ Agrícola☐ Civil☐ Comercial☐ Construcción☐ Religiosa☐ Entidad Pública

☐ Industrial☐ Servicios☐ Servicios Financieros☐ Turismo☐ Transporte☐ Otra

Explicar Actividad /Giro del Negocio

Tipo de Empresa:

☐ Publica☐ Privada☐ Otra

Localidad Económica:

☐ Local☐ Nacional☐ Centro Americana☐ Internacional

Ámbito de Negocio:

☐ Negocios Locales☐ Negocios Regionales☐ Negocios Multinacionales

¿Pertenece a un Grupo Económico o financiero?

☐ Si☐ No

Nombre del Grupo

Total Activos

Ingresos Anuales

Moneda de Ingreso:

☐ Lempiras☐ Dólares☐ Euros

Dirección de la Empresa

Barrio/Colonia

Avenida

Calle

Bloque No.

Edificio No.

Municipio

Departamento

País

Otras referencias

Dirección de Cobro de la Empresa

Barrio/Colonia

Avenida

Calle

Bloque No.

Casa/Edificio No.

Municipio

Departamento

País

Otras referencias

Contacto

Tel. Empresa 1

Correo Electrónico

Tel. Empresa 2

Página Web

Fax

Nombre del contacto

Composición Accionaria:

Nombre del Accionista	No. Identificación	Es PEP’S?		% de Acciones	Monto Acciones
		Si	No		
		Si	No		
		Si	No		
		Si	No		
		Si	No		
		Si	No		
		Si	No		
		Si	No		
		Si	No		
				Total Acciones	

Especificar Beneficiario Final o Controlante de la Sociedad

Miembros de la Junta Directiva

Nombre Completo	No. Identificación	Cargo en la Junta

NOTA: Si la información es mayor a las líneas disponibles para describir, favor adjuntar la información en documento aparte.
Establecer la estructura de acciones "Al Portador", cuando aplique.

3. Referencias Bancarias o Comerciales

Nombre de la Institución	Teléfono	Tiempo de la Relación Comercial

4. Referencia de los Principales Proveedores

Nombre del Proveedor	Nombre del Proveedor	Tiempo de la Relación Comercial

5. Referencias Personales

Nombre completo	Teléfono	Domicilio

6. Referencias Laborales

Nombre de la empresa	Años de Laborar	Puesto

7. Seguros con otra compañía

Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

8. Especificación del Riesgo

I. Datos del Objeto a Afianzar

Esta Fianza garantiza a las personas que hayan prestado servicios de mano de obra o suministrado materiales a un tercero, que recibirán las sumas que éste les adeude, no pagadas, en concepto de mano de obra prestada o materiales suministrados en cumplimiento de la obra objeto del contrato.

Descripción del Objeto a Afianzar

Valor del Proyecto o Contrato

Plazo de Ejecución

Fecha de Inicio

No. Licitación

No. Contrato

No. Proyecto

No. Orden de Compra

Compra Menor

No. Préstamo

Fecha de Acto Público

Hora de Acto Público

II. Datos del Acreedor o Beneficiario

Nombre del Beneficiario

Relación

No. Identificación

Dirección:

Barrio o Colonia

Zona

Calle

Avenida

Bloque No.

Casa No.

Ciudad o Municipio

Departamento

País

Teléfonos

Otras Referencias de la Dirección

9. Descripción de Coberturas, Límites de Sumas Afianzadas y Primas

Tipo de Fianza:

Individual

Colectiva

Moneda:

Lempiras

Dólares

Descripción de Cobertura	Porcentaje Requerido (%)	Monto Afianzado	Periodo de Vigencia	Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Cumplimiento de Pago					

10. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos

Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos FORMA DE PAGO: Queda establecido que la prima total de la fianza será en un solo pago. En caso de convenir forma de pago diferente especificar: Pago anticipado Pago contra entrega de la Fianza
Prima Neta		
Impuesto Sobre Ventas		
Gastos de Emisión		
Prima Total		

11. Datos de la Contragarantía Ofrecida para la (s) fianza (s) solicitada (s)

Tipo:

Fiduciarias

Hipotecarias

Prendarias

Otras

Datos de Contragarantía Fiduciaria:

Nombre Completo	No. Identificación	No. De Fianzas en las que sirve de Aval	Total Obligación

Datos de Contragarantía Hipotecaria:

Descripción	Ubicación	Área M2	Valor M2	Valor Actual

Datos de Contragarantía Prendaria:

Descripción	Valor Actual

Datos de Otras Contragarantías:

Descripción	Valor

Agravación del Riesgo: El Asegurado deberá comunicar a La Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas (24) horas siguientes al momento en que las conozca, a efecto de que ésta fije la sobreprima que pueda resultar en caso de aceptación del riesgo agravado. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía en lo sucesivo, responsabilidad que concluirá quince (15) días después de comunicar tal decisión al Asegurado.

El Seguro entrará en vigor al ser aprobada y emitida esta solicitud por Seguros Lafise Honduras, S.A.

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. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio de la información aquí presentada, la Compañía de Seguros está facultada a dar por terminado la relación según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora frente al asegurado.
4. Hago constar que conozco, doy fe de haber leído, entendido y que por tanto acepto todas y cada una de las condiciones generales y especiales que forman parte de la póliza.

Autorizo a Seguros Lafise Honduras, Sociedad Anónima (Seguros Lafise, S.A.) para verificar, por cualquier medio legal, toda la información que he proveído para efectos de las relaciones o seguros que sustentan esta solicitud.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO LA PRESENTE SOLICITUD.

Lugar y Fecha: _____

Firma del Solicitante o Del Representante Legal: _____

Nombre del Intermediario: _____ % De Comisión: _____

No. Registro CNBS: _____ Firma del Intermediario: _____

Nombre del Sub Agente: _____ Nombre del Promotor: _____

Mercado: _____

Revisado por: _____ Fecha de Revisión: _____

Aprobado por: _____ Fecha de Aprobación: _____

Observaciones: _____

