

**FIANZA DE CALIDAD DE OBRA
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	Segundo apellido		
Tipo de identificación	Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carné de residencia <input type="checkbox"/>		
No. identificación	RTN	Fecha de nacimiento	Lugar 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)					
Dirección de residencia del contratante / asegurado					
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia		
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					
Dirección laboral del contratante / asegurado					
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia		
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa		
Correo electrónico					

DATOS DE PERSONA JURIDICA			
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?		
Tipo de Empresa			
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"/>	Empresas extranjeras que operan en Honduras <input type="checkbox"/>
	Escuelas Públicas <input type="checkbox"/>	Instituciones sin Fines de Lucro <input type="checkbox"/>	Cooperativas <input type="checkbox"/>
	Embajadas <input type="checkbox"/>	Empresas del Estado <input type="checkbox"/>	
Departamento y/o países en que opera			
Dirección de la oficina principal de la persona jurídica			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa
Correo electrónico			
III. VIGENCIA DE LA FIANZA			
Desde	Día - Mes - Año	al medio día	Hasta
	Día - Mes - Año	al medio día	
IV. MONEDA			
Moneda en que se emitirá la fianza:	Lempiras <input type="checkbox"/>	Dólares estadounidenses <input type="checkbox"/>	
V. INFORMACIÓN DE CESIONARIO			
El seguro derivado de esta solicitud, será cesionado?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
A Favor de _____		Hasta por _____	
VI. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS			
¿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?	
VII. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA			
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. DATOS DEL RIESGO			
Tipo de fianza solicitada			
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"/>
Datos de la fianza			
Suma afianzada			
Garantiza			
Beneficiario			

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.18/06-05-2021.

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

<p>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. La Suma Afianzada se establece según las políticas de suscripción de la aseguradora y en algunos casos según lo convenido con el Afianzado.</p>	
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