

FIANZA ADUANERA SOLICITUD DE FIANZA

Tipo de Persona: Natural Jurídica Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Compañía

Tipo Relación/Rol:					
<input type="checkbox"/> Contratante	<input type="checkbox"/> Afianzado	<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Acreedor	<input type="checkbox"/> Reasegurador	<input type="checkbox"/> Intermediario
<input type="checkbox"/> Beneficiario	<input type="checkbox"/> Apoderado	<input type="checkbox"/> Proveedor	<input type="checkbox"/> Corredor de Reaseguro	<input type="checkbox"/> Otro	<input style="width: 50px;" type="text"/>
ID Cliente	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Categoría Riesgo	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Cliente:	<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Existente
ID Acreedor	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Categoría Riesgo	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Cliente:	<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Existente
No. Trámite	<input style="width: 100px;" type="text"/>	No. Oferta	<input style="width: 100px;" type="text"/>	No. Póliza	<input style="width: 100px;" type="text"/>

1. Datos Personales del Asegurado o del Representante Legal

Apellidos	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Nombres	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Fecha Nacimiento	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Edad	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Lugar de Nacimiento		<input style="width: 150px;" type="text"/>	
Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)
No. Identificación	<input style="width: 150px;" type="text"/>	No. R.T.N.	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Tipo Identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Residencia	No. Seguro Social	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Ocupación	<input style="width: 150px;" type="text"/>	1ra. Nacionalidad	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Profesión	<input style="width: 150px;" type="text"/>	2da. Nacionalidad	<input style="width: 150px;" type="text"/>
¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Ocupación PEP'S	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Nombre Institución	<input style="width: 150px;" type="text"/>
¿Algún pariente suyo se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si su repuesta es si: Nombre		<input style="width: 150px;" type="text"/>	Identificación
<input style="width: 150px;" type="text"/>		<input style="width: 150px;" type="text"/>	
Dirección de Domicilio			
Barrio / Colonia	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Avenida	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Bloque No.	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Calle	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Casa / Edificio No.	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Municipio	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Departamento	<input style="width: 150px;" type="text"/>	País	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Otras referencias de la dirección			
<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>			

Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro

Tel. Casa	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Correo Personal	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Celular	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Forma de Contacto:	<input type="checkbox"/> Tel. Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico
Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Datos del Cónyuge

Apellidos	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Nombres	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Teléfono Casa	<input style="width: 150px;" type="text"/>	No. Identificación	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Celular	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Correo Electrónico	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Ocupación Actual	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Profesión	<input style="width: 150px;" type="text"/>
¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Lugar de Trabajo	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Teléfono	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Dirección de Trabajo	<input style="width: 150px;" type="text"/>		

Datos laborales (Actividad Económica)

Nombre Empresa	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
Tipo de Actividad	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Explicar	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Ámbito de Negocio	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Origen de Fondos	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Cargo o Posición	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Fecha Ingreso	<input style="width: 150px;" type="text"/>

Dirección del Trabajo de asegurado o Representante Legal

Barrio/Colonia	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Avenida	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Bloque No.	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Calle	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Casa/Edificio No.	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Municipio	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Departamento	<input style="width: 150px;" type="text"/>	País	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Tel. Empresa	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Correo Electrónico Trabajo	<input style="width: 150px;" type="text"/>

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:

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			
Cobertura: Brinda la cobertura al riesgo de incumplimiento de las obligaciones contractuales, judiciales y legales en las que pueda incurrir el Afianzado, que devenguen en una pérdida patrimonial para el Asegurado. Por lo que se obliga a indemnizar al Afianzado las pérdidas comprendidas dentro del alcance de la siguiente cobertura			
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:	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Colectiva	Moneda:	<input type="checkbox"/> Lempiras	<input type="checkbox"/> Dólares
Descripción de Cobertura	Porcentaje Requerido (%)	Monto Afianzado	Periodo de Vigencia	Vigencia Desde	Vigencia Hasta
Aduanera					

10. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos			
Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos	
Prima Neta		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:	
Impuesto Sobre Ventas			
Gastos de Emisión			
Prima Total		<input type="checkbox"/> Pago anticipado <input type="checkbox"/> Pago contra entrega de la Fianza	

11. Datos de la Contragarantía Ofrecida para la (s) fianza (s) solicitada (s)			
Tipo:	<input type="checkbox"/> Fiduciarias	<input type="checkbox"/> Hipotecarias	<input type="checkbox"/> Prendarias
	<input type="checkbox"/> 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: _____
