

Fianza de Cumplimiento de Contrato

Solicitud de Fianza (Persona Natural)



Expediente No.

Marcar con la opción escogida

1. Datos Generales del Contratante Persona Natural Comerciante Individual

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN
Tarjeta de Identidad <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carnet de Residente <input type="radio"/>		No. de Identificación:		
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Ciudad	País	D	M	A
Estado Civil	Soltero <input type="radio"/>	Casado <input type="radio"/>	Separado <input type="radio"/>	Viudo <input type="radio"/>
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ocupación Actual	Asalariado <input type="radio"/>	Independiente <input type="radio"/>	Pensionado <input type="radio"/>	Ama de Casa <input type="radio"/>
Profesión u oficio	Actividad económica		Actividad comercial	
Nombre de la empresa donde labora		Posición/Cargo que desempeña		Antigüedad laboral
¿Posee negocio propio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				
Nombre del Negocio:				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				
Nombre de la Institución		Nombre del cargo desempeñado		Hasta
Si su ocupación actual es Ama de casa o Estudiante complete lo siguiente:				
Nombre completo de la persona de quien depende económicamente:				
No. De Identificación	Relación o Afinidad		Actividad económica	

Dirección Completa de Residencia: Cobro Notificaciones

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono de residencia	Celular

Dirección Completa de Trabajo: Cobro Notificaciones

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,edificio		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono	Fax

Información Financiera del Asegurado

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 34,648.17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 00.01	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 34,648.18	L 69,296.34	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 69,296.35	L 111,493.90	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 111,493.91	L 230,987.80	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 230,987.81	L 577,469.50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 577,469.51	En adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 10,000,000.01	En adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Detalle el origen de los recursos: _____

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Fuente	Valor mensual	Tipo de Moneda: Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra: <input type="radio"/>
¿Posee Productos en Banco Davivienda? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Tipo de Producto(s):		

2. Información Otros Seguros

¿En qué otra Compañía tiene o ha tenido seguros?	Qué tipo de Seguros?	Suma Asegurada
Número de Siniestros ocurridos en los últimos tres años?		

3. Beneficiarios del Seguro

Nombre/Razón o Denominación Social	N°. de Identidad/RTN	Número de Teléfono	Valor del Endoso

Cobertura:

La Afianzadora tendrá la obligación de pagar al Beneficiario por el daño o por pérdida efectivamente sufrida, debido al incumplimiento del Afianzado y hasta la suma límite de responsabilidad consignada en las Condiciones Particulares, si el Afianzado incumple totalmente su obligación específica de ejecutar los trabajos consignados en el Contrato, pero en caso de incumplimiento parcial de la obligación principal el pago que estará obligada a realizar la Afianzadora.

4. Datos de la Fianza

Nombre del Afianzado:						
Fianza para garantizar:						
Beneficiario de la Fianza:						
Monto del Contrato:				Fecha de Inicio: Día	Mes	Año
Plazo de la obra:						

5. Beneficiarios del Seguro

%	Tipo de Fianza	Importe de la Fianza	Tasa %	Prima Neta	Impuesto	Gasto
	Cumplimiento de Contrato					

Indique la vigencia de la(s) fianza(s) solicitada(s) seleccionando el inciso correspondiente.

Vigencia	Desde: Día	Mes	Año	Hasta: Día	Mes	Año
Vigencia	Desde: Día	Mes	Año	Hasta: Día	Mes	Año

Observaciones:	
Se le requiere cláusula especial: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Se le requiere formato especial: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

6. Contragarantía Fiduciaria

Nombre del Aval:	Teléfono:
Dirección :	
Nombre del Aval:	Teléfono:
Dirección :	
Nombre del Aval:	Teléfono:
Dirección :	

Contragarantía Hipotecaria: (Describir)	

7. Información Adicional

¿Le han sido otorgadas fianzas en esta Compañía anteriormente?		SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	
Indique la Institución Bancaria con que Ud. Trabaja habitualmente:				
Tiene cuenta de Cheques?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	¿Tiene préstamos? SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Tiene Cuenta de Ahorros?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	¿Otros?	

Quando se trate de fianzas de oferta y sea favorecido con el contrato, indique el monto de otras fianzas a solicitar relacionadas con dicho contrato:

Anticipo:

Cumplimiento:

En caso de que se emita una fianza de oferta: Es entendido y convenido entre las partes que Seguros Bolívar Honduras S.A., (Seguros Davivienda), no está obligada a otorgarnos las fianzas de cumplimiento de contrato y anticipo si no conviene a sus intereses, independientemente de que se hayan constituido contragarantías de cualquier naturaleza.

8. Autorización

Declaración de Origen de Fondos y Autorización para consulta y reporte a las Centrales de Riesgo

Declaro que 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. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, la Compañía de Seguros 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 de la Compañía Aseguradora frente al asegurado. Asimismo, autorizo a esta Compañía de Seguros a reportar, procesar, solicitar y consultar la información necesaria sobre mi comportamiento crediticio en las Centrales de Riesgo y mis operaciones reportadas en la Central de Información del Sistema Asegurador.

El contratante hace constar que conoce y acepta las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

Las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza se encuentran disponibles para su revisión en la página www.davivienda.com.hn

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros

Firma de Aprobación