

Fianza de Cumplimiento de Contrato

Solicitud de Fianza (**Persona Jurídica**)



Expediente No.

Marcar con ☒ la opción escogida

1. Datos Generales del Contratante Persona Jurídica ☐ Empresa de Gobierno ☐ Entidad Supervisada ☐ ONG ☐

Razón Social		Nombre Comercial	
Tipo de Capital: Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐		R.T.N (adjuntar fotocopia):	
Giro/actividad económica:		URMOPRELAFT	
Nombre del Contador:			
No. Inscripción en Registro Mercantil (anexar copia escritura social)		País de Constitución	Fecha de Constitución
Dirección Completa:			
Departamento	Municipio	Teléfono	Fax
Correo electrónico		Sitio Web	
¿La Empresa pertenece a un Grupo Financiero o Económico? Si ☐ No ☐			
Nombre del Grupo Financiero o Económico:			
¿La Empresa cuenta con filiales en el extranjero? Si ☐ No ☐		¿Dónde?	
¿La Empresa previene y controla el lavado de activos y financiamiento al terrorismo? Si ☐ No ☐			
Proveedores Principales			
Nombre Completo		Nombre Comercial	

Información Financiera

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 250,000.00	☐	☐	L 00.01	L 500,000.00	☐	☐
L 250,000.01	L 500,000.00	☐	☐	L 500,000.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 500,000.01	L 1,000,000.00	☐	☐	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐	L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐	L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	☐	☐
L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	☐	☐	L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	☐	☐
L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	☐	☐	L 20,000,000.01	L 30,000,000.00	☐	☐
L 20,000,000.01	En adelante	☐	☐	L 30,000,000.01	En adelante	☐	☐

Detalle el origen de los recursos: _____

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si ☐ No ☐		Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐
Fuente	Valor mensual	Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: ☐
¿Posee Productos en Banco Davivienda? Si ☐ No ☐ Tipo de Producto(s):		

Información de Accionistas o Asociados (con el 5% o más de participación)		Cantidad de Accionistas:	
Tipo de Documento	No. De Documento	Nombre y/o Razón Social	% de Participación

"En caso de tener más accionistas reportar la totalidad accionaria en una Hoja Adicional"

Favor indicarnos los miembros que forman parte de la Junta Directiva

Nombre	Puesto que desempeña en la Junta Directiva

2. Datos Generales del Representante Legal

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN
Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐		No. de Identificación:		
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Ciudad	País	D M A		F ☐ M ☐
Estado Civil	Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐			
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ocupación Actual	Asalariado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐			
Profesión u oficio		Actividad económica	Actividad comercial	
Nombre de la Empresa donde labora		Posición/Cargo que desempeña	Antigüedad laboral	
¿Posee negocio propio? Si ☐ No ☐				
Nombre del Negocio:				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si ☐ No ☐				
Nombre de la Institución		Nombre del cargo desempeñado	Desde	Hasta

Dirección Completa de Residencia:

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

Dirección Completa de Trabajo:

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

Información Financiera del Representante Legal

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 34,648.17	☐	☐	L 00.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 34,648.18	L 69,296.34	☐	☐	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 69,296.35	L 111,493.90	☐	☐	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 111,493.91	L 230,987.80	☐	☐	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	☐	☐
L 230,987.81	L 577,469.50	☐	☐	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 577,469.51	En adelante	☐	☐	L 10,000,000.01	En adelante	☐	☐

Detalle el origen de los recursos: _____

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si ☐ No ☐		Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐	
Fuente:	Valor mensual:	Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: ☐	

3. Persona Autorizada para contratar (En caso de que sea distinta al Representante Legal)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN
Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐		No. de Identificación:		
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo
Ciudad	País	D M A		F ☐ M ☐
Estado Civil	Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐			
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ocupación Actual	Asalariado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐			
Profesión u oficio	Actividad económica	Actividad comercial		
Nombre de la Empresa donde labora		Posición/Cargo que desempeña		Antigüedad laboral
¿Posee negocio propio? Si ☐ No ☐				
Nombre del Negocio:				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si ☐ No ☐				
Nombre de la Institución	Nombre del cargo desempeñado		Desde	Hasta

Dirección Completa de Residencia:

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

Información Financiera de la Persona Autorizada para Contratar

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 34,648.17	☐	☐	L 00.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 34,648.18	L 69,296.34	☐	☐	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 69,296.35	L 111,493.90	☐	☐	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 111,493.91	L 230,987.80	☐	☐	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	☐	☐
L 230,987.81	L 577,469.50	☐	☐	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 577,469.51	En adelante	☐	☐	L 10,000,000.01	En adelante	☐	☐

Detalle el origen de los recursos: _____

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si ☐ No ☐		Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐	
Fuente:	Valor mensual:	Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra ☐	

4. Información Otros Seguros

¿En qué otra Compañía tiene o ha tenido seguros?	Qué tipo de Seguros?	Suma Asegurada

Numero de Siniestros ocurridos en los últimos tres años?

5. 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.

6. 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:									

7. 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 ☐ NO ☐	Se le requiere formato especial: SI ☐ NO ☐

8. Contragarantía Fiduciaria

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

Contragarantía Hipotecaria: (Describir)

9. Información Adicional

¿Le han sido otorgadas fianzas en esta Compañía anteriormente?		SI ☐	NO ☐
Indique la Institución Bancaria con que Ud. Trabaja habitualmente:			
Tiene cuenta de Cheques?	SI ☐	NO ☐	¿Tiene préstamos? SI ☐
Tiene Cuenta de Ahorros?	SI ☐	NO ☐	¿Otros? NO ☐

Cuando 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.

10. Autorización

Dedación 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:

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros

Firma del Solicitante

Firma de Aprobación