

**FIANZA DE SOSTENIMIENTO DE OFERTA**  
**SOLICITUD DE FIANZA (PERSONA JURIDICA)**

<b>Póliza No.</b>	<b>Categoría:</b>	
<b>Agencia:</b>	<b>Vigencia Desde:</b>	<b>Hasta:</b>
<b>Persona Jurídica</b> <input type="checkbox"/>	<b>Empresa de Gobierno</b> <input type="checkbox"/>	<b>Entidad Supervisada</b> <input type="checkbox"/>
<b>APNFD</b> <input type="checkbox"/>	<b>ONG</b> <input type="checkbox"/>	<b>PEP</b> <input type="checkbox"/>
<b>Cobertura:</b>		
Garantiza a que el oferente mantendrá invariables las condiciones de su oferta presentada, si el contrato es adjudicado. Este requisito es para poder participar en las licitaciones o cotizaciones promovidas por entidades del Estado y Privadas		

<b>A) Datos Generales del tomador de la Fianza y Representante Legal</b>			
RAZON O DENOMINACION SOCIAL		NOMBRE COMERCIAL	
		FECHA DE CONSTITUCION DIA   MES   AÑO	
R.T.N. DE LA EMPRESA	NO. DE INSCRIPCIÓN EN REGISTRO MERCANTIL		OBJETO SOCIAL Y/O ACTIVIDAD ECONOMICA
Nombres:		Primer Apellido:	Segundo Apellido: Apellido de Casada:
Lugar de Nacimiento: Municipio   Departamento   País			Nacionalidad (es):
Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____		Edad:	RTN:
		Número de Identificación:	
Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Tipo de Identificación: Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/>	
Estado Civil: Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/>			
Nombre Completo del Cónyuge:		No. Identificación de Cónyuge:	
<b>Dirección Completa de Residencia:</b>			
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia:
Bloque:	No. de casa:	Calle:	Avenida:
Otras referencias o señas:			
Teléfono fijo:	Celular:	No. Fax	Otro teléfono:
Correo electrónico:			
Ocupación u Oficio:			

<b>B) Origen de sus Recursos</b>		
Actividad económica principal:		
Ocupación actual:		
Asalariado <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>
Posee negocio propio: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del negocio (si aplica)	Giro o actividad económica del negocio:
Nombre de la empresa donde labora:	Posición / Cargo que desempeña:	Fecha de empleo: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
Es usted una persona expuesta públicamente (PEP) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero)		
Cargo público desempeñado en los últimos cuatro (4) años e institución		
Institución	Cargo Publico	Periodo
Ocupación u Oficio:		

C) Información financiera del Representante Legal	
Especifique su fuente de Ingresos:	
<b>Nivel aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (Actividad Principal):</b>	¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
De 0 – 3	Si su respuesta es SI detalle: Fuente de ingreso: _____ Valor mensual estimado: _____
De 4 – 6	
De 7 – 10	
De 11-20	
De 21-50	
50 en adelante	¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo de Moneda: Dólar Euro Otra _____

D) Información de Fianzas	
Propósito de la Fianza:	
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre de la Aseguradora:
Tipo (s) de Seguro (s):	Suma (s) Asegurada (s):

E) Datos Generales del contratante (cliente o empresa jurídica tomadora de la Fianza)			
Dirección Completa			
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio:
Bloque No:	Edificio:	Calle:	Avenida:
Teléfono No:	Fax No:	Otros teléfonos:	
Correo Electrónico:			
Sitio Web:			
¿Tiene su empresa oficinas en otros departamentos o en el extranjero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)	
¿La Empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

**Información de accionistas (25% de participación) cantidad de accionistas (este debe detallar sus dueños hasta llegar al beneficiario final):**

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Origen de los Fondos	Participación %	¿Es un PEP? SI / NO

*En caso de los accionistas, **que no cuenten** con el porcentaje de participación requerido, o que sea otra Persona Jurídica reportar la totalidad accionaria en una hoja adicional.*

¿Alguno de los socios detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar el primer grado consanguinidad o afinidad? Sí No En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)
---

**¿Son todos los accionistas o asociados, antes descritos, los beneficiarios finales?**

Sí  No

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.43/26-07-2021.

En caso de que su respuesta sea negativa, favor especifique en la tabla que se detalla a continuación los beneficiarios finales:

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Origen de los Fondos	Participación %	¿Es un PEP? SI / NO

¿Alguno de los socios detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar el primer grado consanguinidad o afinidad?  
 Sí No

*En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)*

**Favor indicarnos los miembros que forman parte de la junta directiva y/o consejo de administración (control de la sociedad)**

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Origen de los Fondos	Participación %	¿Es un PEP? SI / NO

¿Alguno de los de la Junta Directiva y/o Consejo de Administración detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar el primer grado consanguinidad o afinidad?  
 Sí No

*En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)*

**Especifique la procedencia de los fondos para el pago de la prima de la Fianza:**

--

**Información Financiera del Contratante o tomador de la fianza (marque con una X los valores que correspondan)**

Ingresos y egresos	Total ingresos anuales	Total egresos anuales	Activos y Pasivos (Lps.)	Total Activos	Total Pasivos
No tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos de L.500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menos de L.500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.500,000.00 a un Millon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.500,000 a un Millon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 1 Millon a L.5 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Millon a 5 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.5 Millones a L.10 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.5 Millones a 10 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.10 Millones a L.25 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.10 Millones a L.25 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.25 Millones a L.50 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.25 Millones a L.50 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 50 Millones a L.100 Millonres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.50 Millones a L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Más de L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Referencias Bancarias o comerciales del Contratante**

Denominacion Social	Nombre Comercial	Número RTN

**Detalle dos proveedores que le brindan servicios**

Denominacion Social	Nombre Comercial	Número RTN

BENEFICIARIO (A favor de quién debe expedirse la Fianza):

---

---

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Apdo. Postal: \_\_\_\_\_

Giro o Actividad: \_\_\_\_\_

Descripción del Contrato cuyo cumplimiento debe garantizarse:

---

---

---

---

---

Monto del Contrato: \_\_\_\_\_ Firmado el: \_\_\_\_\_

Plazo de la obra: \_\_\_\_\_ Orden de Inicio: \_\_\_\_\_

IMPORTE DE LA GARANTÍA REQUERIDA: (%) \_\_\_\_\_

Lps. ( ) USD ( ) \_\_\_\_\_

Período de la Fianza: \_\_\_\_\_ desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

Contra garantías que se ofrecen: (Firmas de Aval – Bienes Raíces)

---

---

---

---

Ha incumplido algún contrato Público o Privado?

Si  No

En caso afirmativo, especifique:

---

---

Cláusulas adicionales necesarias para la emisión de esta Fianza:

---

---

---

---

**Declaraciones y Autorizaciones del Afianzado**

**A) Firmas**  
Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobare que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas de la póliza contratada se podrían ver afectadas, eximiendo a Seguros Crefisa, S. A. de toda obligación de indemnizar.

Asimismo, declaro que cualquier declaración que se compruebe como falsa e inexacta, sea antes o después a la ocurrencia de un eventual siniestro, causaran la nulidad de la póliza conforme a las disposiciones contenidas en el Art. 1141 del Código de Comercio de Honduras.

Autorizo a Seguros Crefisa, S. A. registrar y consultar en las Bases de Datos de las Centrales de Información administradas por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), del Sistema Asegurador (CISA) y cualquier otra sea pública o privada.

**Nota Importante:** La recepción de esta solicitud por parte de la Compañía no implica la aceptación de la misma, la que deberá ser comunicada al solicitante dentro de los 15 días de la fecha de recepción, de no haber comunicación de aceptación dentro de dicho plazo, se considerara que esta solicitud no ha sido aceptada.

Queda entendido y convenido que la presente Solicitud - Certificado, Carátula, Condiciones Generales y Anexos (si los hubiere) forman parte integrante del Contrato de Seguro.

Dado en la Ciudad de \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**  
(Huella digital si no puede escribir)

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello**  
**Seguros Crefisa S.A.**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Oficial de Negocios**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Oficial del Negocios**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Intermediario**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Intermediario**

**Código No** \_\_\_\_\_

**B) Declaración y origen de fondos y aceptación de clausula.**

**Declaro expresamente que: clausula**

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 la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.