

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

<b>Póliza No.</b>		<b>Categoría:</b>	
<b>Agencia:</b>	<b>Vigencia Desde:</b>	<b>Hasta:</b>	<b>Hora:</b>
Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Empresa de Gobierno <input type="checkbox"/>	Entidad Supervisada <input type="checkbox"/>	
APNFD <input type="checkbox"/>	ONG <input type="checkbox"/>	PEP <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 del Autorizado para Contratar/ Persona Natural</b>			
Como aparece en el documento de identidad			
Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada:
Identidad No.:	Tipo de Identificación		
	Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet Resd. <input type="checkbox"/>
RTN No.:	Fecha de Nacimiento		Edad
	Día <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento:	Municipio   Departamento   País	Nacionalidad (es)	
Género	Estado Civil		
Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>
	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	
Nombre completo del Cónyuge:		No. Identidad del Cónyuge	
<b>Dirección de Residencia</b>			
Departamento:		Municipio:	
Colonia:	Calle:	Avenida:	
Bloque No.:	Casa No.:	Teléfono Residencia No.:	Numero Celular.:
Otras referencias o señas:			
Profesión u oficio:			
<b>Origen de los recursos</b>			
Actividad económica principal:			
Ocupación actual: Asalariado <input type="checkbox"/>			
Pensionado <input type="checkbox"/>			
Ama de casa <input type="checkbox"/>			
Estudiante <input type="checkbox"/>			
Independiente <input type="checkbox"/>			

**Si el asegurado es estudiante o ama de casa, favor proporcionar la siguiente información:**  
**Información de la persona de quien depende económicamente**

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada:
No. De identidad:		Actividad económica que desarrolla:	Parentesco o Afinidad:	

**Información Financiera del Afianzado**

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 <input type="checkbox"/>	Si su respuesta es SI detalle:
De 4 – 6 <input type="checkbox"/>	Fuente de ingresos: _____
De 7 – 10 <input type="checkbox"/>	Valor mensual estimado: _____
De 11-20 <input type="checkbox"/>	¿Realiza transacciones en moneda extranjera?
De 21-50 <input type="checkbox"/>	

De 50 en adelante	<input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo de Moneda: Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Otra _____
-------------------	--------------------------	---

Nombre de la empresa donde labora:		Posición / cargo que desempeña:		Tiempo de laborar en la empresa:	
Dirección completa de la empresa donde labora:					
Teléfono del Trabajo:		Fax No:		Correo Electrónico:	
Sitio Web:		Departamento		Municipio	
Calle		Bloque		Avenida	
Teléfono No.		Teléfono Fax No.		Otros Teléfonos	
Específicamente detalle su fuente de ingresos:					
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)					
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora (s)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique:					
Nombre de la Aseguradora: _____					
Tipo(s) de Seguro(s): _____ Suma(s) Asegurada(s): _____					
Dos (2) Referencias de las Siguietes; Laborales, Personales, Bancarias o Comerciales:					
1. _____ 2. _____					

### I) Datos de la Póliza

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.