

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra de molde

A. DATOS DEL ASEGURADO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA (AFIANZADORA)	Código de Contratante:	Vinculación:
No. de solicitud:	No. de póliza:	

Tipo de Fianza que solicita:

Mantenimiento de oferta ☐	Cumplimiento de Contrato ☐	Fidelidad ☐	Monto de la Fianza _____
Anticipo ☐	Calidad ☐	Aduanera ☐	Fidelidad para Corredores ☐ Crédito ☐ Judicial ☐

I. Datos Generales del Tomador del Seguro

Persona natural ☐ Persona jurídica ☐

I.1 Datos Persona Natural/Representante Legal

Nombre comercial			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido de casada	Identidad ☐ Carnet de residencia ☐ Pasaporte ☐	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento Día Mes Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Edad Sexo M ☐ F ☐
Nacionalidad 1 2 3			
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica		Estado civil Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐ Viudo ☐	
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio		Cargo que desempeña	
Tiempo de laborar		Giro de la empresa	
Con que instituciones financieras posee cuentas:		Origen de los recursos	
Nivel aproximado de ingresos L 0.00 - L 27,000.00 ☐ L 27,000.01 - L 53,000.00 ☐ L 53,000.01 - L 89,000.00 ☐ L 89,000.01 - L 177,000.00 ☐ L 177,000.01 - L 442,000.00 ☐ Mayor a L 442,000.01 ☐			
¿Ejerce o ha ejercido un cargo público nacional o internacional? Si ☐ No ☐		Cargo:	Institución:
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros) No aplica completar formulario para el Representante Legal			
¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si ☐ No ☐ Si la respuesta es Si indicar:			
Nombre completo de la persona que representa		Su relación	No. de identidad de la persona que representa
¿Depende económicamente de otra persona? Si ☐ No ☐ Si la respuesta es Si indicar:			
Nombre completo de la persona que representa		Su relación	No. de identidad de la persona de la que depende
¿Cliente es APNFD? Si ☐ No ☐ Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:			
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.			
¿Cliente es Contratista del Estado? Si ☐ No ☐			

Datos del Cónyuge

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico	

I.2 Datos Persona Jurídica

Denominación y razón social					
Objeto social y/o actividad económica	RTN / RUC		No. de inscripción del registro mercantil	Fecha de constitución de la empresa	Día Mes Año
Departamentos o países donde opera					
1	2	3			
Origen de los recursos		Monto aproximado del total de activos (Lempiras)			
Venta o ingresos anuales (Lempiras)		¿Pertenece a un grupo económico?		Si ☐ No ☐ ¿Cuál?	
Nombre de la empresa (1)		Teléfono	Referencias bancarias o comerciales		
			Nombre de la empresa (2)		Teléfono
Nombre de la empresa (1)		Teléfono	Proveedores principales		
			Nombre de la empresa (2)		Teléfono
¿Cliente es APNFD? Si ☐ No ☐		Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:			
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas					
¿Cliente es Contratista del Estado? Si ☐ No ☐		¿Cliente es ONG/OSFL? Si ☐ No ☐		ONG = Organismo No Gubernamental OSFL = Organización Sin Fines de Lucro	

II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal Dirección de cobro

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				Apartado Postal
Teléfono	Celular		Correo electrónico	

III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa Dirección de cobro

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular		Correo electrónico	
Telefax	Apartado Postal		Sitio web	

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al medio día
--------	--------------	--------	--------------

IV. Vigencia**V. Información de Otros Seguros**

¿Tiene otros seguros con la compañía?	Si ☐ No ☐	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?
¿Qué tipo de seguro?			Sumas aseguradas

VI. Datos del Beneficiario Preferente

Nombre completo del Beneficiario	Número de identificación	Participación

VII. Dirección del Beneficiario

Colonia:	Casa número:	Teléfono:	Celular:
Detallar dirección:			
Ciudad:	Municipio:		

En caso de necesitar incluir más beneficiarios solicite hojas para anexarlos

CONFORME AL ARTÍCULO 729 DEL CÓDIGO DE COMERCIO DE HONDURAS, si el Contratante del seguro o Asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del Contrato suscrito o Póliza emitida por La Compañía, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud, en el mismo plazo, podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del Contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la Póliza o Contrato.

Se considerarán aceptadas las ofertas de prórroga, renovación, modificación o restablecimiento de un contrato hechas en carta certificada o cualquier otro medio escrito o electrónico con acuse de comprobación de recibo, si la Aseguradora no contesta dentro del plazo de quince (15) días contados desde el siguiente al de la recepción de la oferta, siempre que no estén en pugna con las disposiciones imperativas del Código de Comercio o de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

Como constancia de haber leído lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y faculto a Ficohsa Seguros para hacer cualquier tipo de investigación al respecto.

Lugar y Fecha

Firma del Cliente o Representante Legal

Nombre y Firma

Código