

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra de molde

**A. DATOS DEL ASEGURADO**

|                                                        |                               |                     |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------|
| <b>PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA (AFIANZADORA)</b> | <b>Código de Contratante:</b> | <b>Vinculación:</b> |
| <b>No. de solicitud:</b>                               | <b>No. de póliza:</b>         |                     |

**Tipo de Fianza que solicita:**

|                                                  |                                                   |                                    |                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mantenimiento de oferta <input type="checkbox"/> | Cumplimiento de Contrato <input type="checkbox"/> | Fidelidad <input type="checkbox"/> | Monto de la Fianza _____                                                                                              |
| Anticipo <input type="checkbox"/>                | Calidad <input type="checkbox"/>                  | Aduanera <input type="checkbox"/>  | Fidelidad para Corredores <input type="checkbox"/> Crédito <input type="checkbox"/> Judicial <input type="checkbox"/> |

**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 <input type="checkbox"/> Carnet de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> | No. de documento                                                                                                                                                                         | Fecha de vencimiento del documento<br>Día   Mes   Año                |
| RTN contratante natural o representante legal                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Lugar de nacimiento                                                                                                 | Fecha de nacimiento<br>Día   Mes   Año                                                                                                                                                   | Edad   Sexo<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Nacionalidad<br>1   2   3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                          |                                                                      |
| Profesión, ocupación, oficio o actividad económica                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                     | Estado civil<br>Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> |                                                                      |
| 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<br>L 0.00 - L 27,000.00 <input type="checkbox"/> L 27,000.01 - L 53,000.00 <input type="checkbox"/> L 53,000.01 - L 89,000.00 <input type="checkbox"/> L 89,000.01 - L 177,000.00 <input type="checkbox"/> L 177,000.01 - L 442,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a L 442,000.01 <input type="checkbox"/> |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                          |                                                                      |
| ¿Ejerce o ha ejercido un cargo público nacional o internacional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                   | Cargo:                                                                                                              | Periodo:                                                                                                                                                                                 | Institución:                                                         |
| En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)<br>No aplica completar formulario para el Representante Legal                                                                                                               |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                          |                                                                      |
| ¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                          |                                                                      |
| APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                          |                                                                      |
| ¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                          |                                                                      |

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                  |           | Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:                    |                                           |                                                                            |             |
| APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas                                 |           |                                                                               |                                           |                                                                            |             |
| ¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |           | ¿Cliente es ONG/OSFL? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                           | ONG = Organismo No Gubernamental<br>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 <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> | ¿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