

SOLICITUD DE FIANZA (Persona Juridica)

SOSTENIMIENTO DE OFERTA..... CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.....
 ANTICIPO..... CALIDAD DE OBRA.....

Póliza No.		Categoría:	
Agencia:	Vigencia Desde:	Hasta:	Hora:
Persona Jurídica <input type="checkbox"/> APNFD <input type="checkbox"/>	Empresa de Gobierno <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/>	Entidad Supervisada <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/>	

A) Datos Generales del tomador de la Fianza y Representante Legal			
RAZON O DENOMINACION SOCIAL		NOMBRE COMERCIAL	
R.T.N. DE LA EMPRESA		NO. DE INSCRIPCIÓN EN REGISTRO MERCANTIL	
FECHA DE CONSTITUCION DÍA MES AÑO		OBJETO SOCIAL Y/O ACTIVIDAD ECONOMICA	
Nombres:		Primer Apellido:	Segundo Apellido:
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:	
Dirección Completa de Residencia:			
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) Origen de sus Recursos		
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:	
Nivel aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (Actividad Principal): De 0 – 3 De 4 – 6 De 7 – 10 De 11-20 De 21-50 50 en adelante	¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si su respuesta es SI detalle: Fuente de ingreso: _____ Valor mensual estimado: _____
	¿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

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 Millones	<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 Crefisa Compañía de Seguros 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 Crefisa, Compañía de Seguros S.A., registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) y la Central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros CNBS; cualquier reclamo presentado y amparado bajo la póliza de la cual forma parte el presente documento.

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.

CONDICIONES GENERALES

1º RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA

La responsabilidad de la Compañía se configura en el caso de que EL AFIANZADO sea legalmente responsable del incumplimiento de la obligación garantizada en la presente Póliza. La responsabilidad de la COMPAÑÍA no excederá en ningún caso del valor total afianzado y se hará exigible sólo con respecto al incumplimiento en que incurra EL AFIANZADO durante la vigencia de la Póliza.

2º ALCANCE DE LA RESPONSABILIDAD

Es entendido que la garantía otorgada en los términos de esta Póliza protege AL BENEFICIARIO contra el incumplimiento de las obligaciones contractuales y, en ningún caso, contra perjuicios de otro orden, por más que se originen directa e indirectamente en dicho incumplimiento.

3º FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO

La fuerza mayor o el caso fortuito eximen de responsabilidad a LA COMPAÑÍA si de acuerdo con los principios generales de derecho exoneran de responsabilidad al AFIANZADO.

En caso contrario, la fuerza mayor o el caso fortuito, darán lugar a una ampliación del plazo para ejecutar el contrato cuyo cumplimiento se garantiza, o a un cambio en sus modalidades de acuerdo con las circunstancias especiales que la fuerza mayor o el caso fortuito hayan creado.

4º NULIDADES

Vician de nulidad la presente Póliza, las afirmaciones falsas o las omisiones maliciosas en que haya incurrido EL BENEFICIARIO y que hayan inducido a la COMPAÑÍA a la concesión de esta garantía. Tendrán el mismo efecto las omisiones o falsedades del AFIANZADO si se han hecho con la complicidad del BENEFICIARIO o con su consentimiento.

5º MODIFICACIONES AL CONTRATO

Cesará la responsabilidad de LA COMPAÑÍA en caso de introducirse sin su conformidad expresa, modificaciones al contrato cuyo cumplimiento se garantiza.

6º PROHIBICION DE TRANSFERIR

Como quiera que la presente Póliza ha sido expedida en consideración a las personas del AFIANZADO Y BENEFICIARIO, no se permite a este último hacer cesión o transferencia de la presente Póliza sin consentimiento escrito de LA COMPAÑÍA. En caso de contravenir esta disposición, esta Póliza quedará automáticamente cancelada y LA COMPAÑÍA será responsable sólo por los actos de incumplimiento que hayan ocurrido con anterioridad a la fecha de la cesión o transferencia.

7º AVISO DE INCUMPLIMIENTO

Si se descubriere que el AFIANZADO ha incumplido en alguna forma el contrato y que este incumplimiento pueda dar origen a indemnización por parte de LA COMPAÑÍA, deberá dársele a ésta, aviso por escrito del tal hecho, a más tardar en el término de veinte (20) días, contados a partir de la fecha en que se haya tenido conocimiento de dicho incumplimiento. Si la falta de este aviso colocare a LA COMPAÑÍA en condiciones que la imposibiliten para obtener el reembolso de las sumas que debe pagar por concepto del incumplimiento. La Compañía podrá abstenerse de efectuar dicho pago mientras aquellas condiciones subsistan.

EL BENEFICIARIO se obliga, una vez conocido el incumplimiento, a suspender todos los pagos al AFIANZADO y a retenerlos hasta que definan las responsabilidades consiguientes.

8º SANCIONES PECUNIARIAS O ECONÓMICAS

La presente Póliza no ampara las sanciones pecuniarias o económicas impuestas al afianzado. En consecuencia tales sanciones serán de cargo del AFIANZADO y no podrán hacerse efectivas a LA COMPAÑÍA.

9º RESPONSABILIDAD CIVIL

La presente Póliza no ampara los perjuicios o daños que se causen a terceros.

10º INCUMPLIMIENTO DE SEGUROS

Esta Póliza no ampara el incumplimiento originado en la no contratación de cualesquiera otros seguros que haya sido o no mencionados en el contrato.

11º PAGO DE INDEMNIZACIÓN

Si durante la vigencia de esta Póliza ocurriera algún incumplimiento del contrato que cause perjuicios al BENEFICIARIO, éste podrá cobrarle a LA COMPAÑÍA la indemnización correspondiente, con limitación a la suma asegurada. Este pago se hará después de la ejecución del fallo judicial, administrativo o laudo arbitral, a la elección del ASEGURADO BENEFICIARIO, que declare el incumplimiento y al recibir LA COMPAÑÍA la comunicación escrita del BENEFICIARIO en que exija el pago, acompañada de una copia auténtica del respectivo fallo. En todo caso en que hubiere lugar al arbitraje, será necesaria la aprobación de LA COMPAÑÍA al nombramiento que el AFIANZADO haga de árbitro. LA COMPAÑÍA podrá tomar a su cargo el cumplimiento del contrato, caso en el cual se subrogará en los derechos del AFIANZADO contra el BENEFICIARIO. La confesión de la materialidad de un hecho que pudiera hacer el AFIANZADO no se asimilará al reconocimiento de responsabilidad por parte de LA COMPAÑÍA.

12º REDUCCION DE LA INDEMNIZACION

Si el BENEFICIARIO, al momento de descubrirse el incumplimiento o en cualquier momento posterior a éste y anterior al pago de la indemnización, fuere deudor del AFIANZADO por cualquier concepto, la indemnización se disminuirá en el monto de dicha deuda, siempre que la deuda sea clara y determinada y no se oponga su compensación a las leyes vigentes.

13º COASEGUROS

En caso de existir, en el momento del incumplimiento otras Fianzas de Cumplimiento en relación con el mismo Contrato, el importe de la indemnización a que haya lugar se distribuirá entre los afianzadores en proporción a las cuantías de sus respectivas fianzas, sin exceder de la suma afianzada bajo esta póliza.

14º SUBROGACION Y CESION DE ACCIONES

Cubierta que sea alguna suma por concepto de la Garantía a que se refiera la presente Póliza, LA COMPAÑÍA se subroga en los derechos y privilegios del BENEFICIARIO contra las personas responsables hasta concurrencia de la suma pagada por la COMPAÑÍA. EL BENEFICIARIO se obliga para con LA COMPAÑÍA a extender a su favor del documento de cesión, y a cooperar por todos los medios a su alcance, para obtener el reembolso, bien sea judicial o extrajudicialmente, de la suma pagada por LA COMPAÑÍA.

Cualesquiera que hayan sido las circunstancias en que el pago se haya realizado, EL AFIANZADO acepta de una vez como prueba plena de deuda exigible a su cargo el documento suscrito por EL BENEFICIARIO en que éste dé por recibida alguna suma por concepto del seguro a que se refiere la presente Póliza. EL AFIANZADO se obliga a rembolsar a LA COMPAÑÍA dicha suma inmediatamente, acrecida con los intereses comerciales correspondientes, sin necesidad de requerimientos previos judiciales o extrajudiciales ni de notificación personal del documento antes mencionado.

15º VIGILANCIA E INSPECCION

LA COMPAÑÍA queda facultada para supervisar al AFIANZADO en la ejecución del contrato que constituye el objeto de esta Cobertura y para exigir igual vigilancia de parte del BENEFICIARIO. En desarrollo de esta facultad, y cuando las circunstancias lo justifiquen, podrá inspeccionar los libros, documentos o papeles tanto del AFIANZADO como los del BENEFICIARIO que tenga relación con el contrato garantizado por la presente Póliza.

16º DISPOSICIONES INCORPORADAS

La presente Póliza es Ley entre las partes.

En las materias y puntos no previstos ni resueltos en este contrato, se aplicarán las leyes de la República de Honduras.

17º CLAUSULAS INCOMPATIBLES

Si existiere incompatibilidad entre lo dispuesto en el contrato garantizado y las cláusulas de esta Póliza, primarán las cláusulas generales de la Póliza y las particulares que se le hayan adicionado.

18º DOMICILIO

Para todos los efectos de esta Póliza se fija como domicilio de las partes la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, CA

19º ENDOSO DE EXCLUSIÓN LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO

Queda entendido y convenido que a partir del 17 de Febrero del 2017 y de acuerdo a la Resolución SSE No. 114/15-02-2017 emitida por la CNBS, se incluye en las Condiciones Generales de la presente poliza la cláusula descrita a continuación:

El presente Contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos en el que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún Tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva. o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras. Este Endoso se adecuará en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial Contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de Origen ilícito y sus respectivos Reglamentos , en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

En testimonio de lo cual, la Compañía firma la presente Póliza en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., en la fecha contenida en las condiciones particulares de la misma.