



SOLICITUD DE SEGURO FIANZA

Courier☐

Naviero☐

Consolidador☐

Agente Aduanero☐

Otros☐

Para uso exclusivo de la Compañía

Póliza No.:

Zona:

Persona Natural☐

Persona Jurídica☐

Comerciante Individual☐

I. Datos persona natural / representante legal

Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Tipo de identificación Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐				Número de identificación		RTN	
Fecha de nacimiento Día Mes Año		Edad	Lugar de nacimiento: Municipio Departamento		Nacionalidad(es) 1 2		
Género M ☐ F ☐	Estado civil Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión libre ☐			Actividad económica principal Asalariado ☐ Estudiante ☐ Jubilado ☐ Independiente ☐ Ama de casa ☐			
Profesión, ocupación u oficio		Celular		Teléfono fijo		Correo electrónico personal	
Dirección de residencia persona natural / representante legal Departamento Municipio Ciudad							
Colonia		Bloque		Calle		Avenida No. De casa	
Dirección referenciada							
Nombre completo del cónyuge (si aplica)				Número de identidad del cónyuge			
Nombre de la empresa donde labora o nombre del negocio				Giro o actividad económica			
Posición o cargo que desempeña						Fecha de empleo Día Mes Año	
Dirección de la empresa donde labora o negocio propio Departamento Municipio Ciudad							
Colonia		Bloque		Calle		Avenida	
Dirección referenciada							
Teléfono		Correo laboral		Sitio Web		Fax	
Si el asegurado es estudiante o ama de casa , favor proporcionar la siguiente información:		Nombre completo de la persona de quien depende económicamente					
Número de identidad		Actividad económica que desarrolla			Parentesco		
¿Desempeña o ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro años?		Sí ☐ No ☐	Institución		Cargo público		Período
¿Usted actúa en nombre propio?		Sí ☐ No ☐	Si su respuesta es negativa, especifique a continuación:				
Nombre completo			Identidad		Relación (financiera, personal)		
¿Es usted un cliente APNFD? Sí ☐ No ☐ APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas			Indicar que actividad APNFD realiza: Se solicita adjuntar constancia de inscripción en la URMOPRELAFT				
¿Es usted PEP? Sí ☐ No ☐ PEP = Persona Expuesta Públicamente		Si su respuesta es Sí, deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacional y extranjero)					

Información financiera de persona natural / representante legal

Especifique su fuente de ingresos:					
A cuántos salarios mínimos equivale su ingreso mensual (actividad económica principal)		Recibe ingresos diferentes a su actividad principal Sí ☐ No ☐		Si su respuesta fue sí, favor detalle:	
De 0 – 3 ☐	De 4 – 6 ☐	Fuente de ingresos:		Valor mensual estimado:	
De 7 – 10 ☐	De 11 – 20 ☐	Realiza transacciones en moneda extranjera		Sí ☐ No ☐	
De 21 – 50 ☐	De 50 en adelante ☐	Tipo de moneda Dólar ☐ Euro ☐		Otra:	

Referencias bancarias o comerciales

Nombre		Teléfono		Nombre		Teléfono	

II. Datos persona jurídica / contratante de la póliza

Denominación y razón social			
RTN	Fecha de constitución: Día Mes Año	No. De inscripción en registro mercantil	Objeto social y/o actividad económica
¿La empresa tiene oficinas en otros departamentos o en el extranjero? Sí ☐ No ☐ Especifique:		¿Pertenece a un grupo financiero? Sí ☐ No ☐	Detalle a qué grupo financiero
¿Es usted un cliente APNFD? Sí ☐ No ☐ APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas		Indicar que actividad APNFD realiza: Se solicita adjuntar constancia de inscripción en la URMOPRELAFT	
¿La empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo? Sí ☐ No ☐		Si su respuesta fue afirmativa, ¿Cómo lo hace? Seminarios ☐ Capacitaciones ☐ Trifolios ☐ Otros:	

Dirección de la empresa

Departamento		Municipio	Ciudad	Colonia
Calle	Avenida	Bloque		No. De casa
Dirección referenciada				
Teléfono	Correo electrónico		Sitio web	Fax

III. Información de accionistas Detallar sus dueños hasta llegar al beneficiario final

Nombre completo y/o denominación social	Tipo de identificación	No. De identificación	Origen de los fondos	Participación (%)	¿Es un PEP? Sí / No

Si su respuesta es Sí, 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 ☐

Debe completar el formulario de **Certificación de Socios**, si hay un accionista con el 25% de propiedad de la sociedad.

Si su respuesta es negativa favor completar **Certificación de Socios**.

IV. Indicar los miembros que conforman la junta directiva y/o consejo de administración (control de la sociedad)

Nombre completo y/o denominación social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	¿Es un PEP? Sí / No

Si su respuesta es Sí, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)

V. Información financiera del contratante (Seleccione los valores que correspondan)

Ingresos y egresos (Lempiras)	Total ingresos anuales	Total egresos anuales	Activos y pasivos (Lempiras)	Total activos	Total pasivos
No tiene	☐	☐	No tiene	☐	☐
Menos de L 500,000	☐	☐	Menos de L 500,000	☐	☐
L 500,000 a 1 millón	☐	☐	L 500,000 a 1 millón	☐	☐
L 1 millón a L 5 millones	☐	☐	L 1 millón a L 5 millones	☐	☐
L 5 millones a L 10 millones	☐	☐	L 5 millones a L 10 millones	☐	☐
L 10 millones a L 25 millones	☐	☐	L 10 millones a L 25 millones	☐	☐
L 25 millones a L 50 millones	☐	☐	L 25 millones a L 50 millones	☐	☐
L 50 millones a L 100 millones	☐	☐	L 50 millones a L 100 millones	☐	☐
Más de L 100 millones	☐	☐	Más de L 100 millones	☐	☐

Referencias bancarias o comerciales

Nombre	Teléfono

Referencias de proveedores que le brindan servicios

Nombre	Teléfono

VI. Información de seguros

Propósito del seguro			
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s) Sí ☐ No ☐		Nombre de la Aseguradora	
Tipo(s) de seguro(s)		Suma(s) asegurada(s)	

VII. Vigencia

Desde:	A las 12:00 horas del medio día	Hasta:	A las 12:00 horas del medio día
--------	---------------------------------	--------	---------------------------------

Por la presente solicito a SEGUROS CREFISA, S.A., del domicilio de Tegucigalpa, M.D.C. el otorgamiento de una fianza hasta por la cantidad de			
LPS ☐	USD ☐		
Destinada a caucionar ante:	Nombre Beneficiario de la Fianza		
Para garantizar el cumplimiento de las responsabilidades como			
Finalidad de la Fianza			

¿Posee bienes raíces registrados a su nombre? Sí ☐ No ☐		Si su respuesta es Sí, favor detallar lo siguiente		
Ubicación exacta	Valor del inmueble	Gravámenes		
		Libre	Hipotecado con	Saldo

¿Se dedica a operaciones especulativas? Sí ☐ No ☐		¿De qué índole?		
¿Ha estado alguna vez sujeto a proceso judicial? Sí ☐ No ☐		¿Dónde?		
Monto L		¿Ha incumplido alguna obligación anteriormente? Sí ☐ No ☐		
¿Ha sido declarado alguna vez en estado de insolvencia? Sí ☐ No ☐		¿Es fiador o aval de algún afianzado en esta compañía de seguros, o en otra compañía de seguros o banco? Sí ☐ No ☐		
Detalle que institución	Monto		Aval o Fiador de	

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 Foreing 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.

VIII. Declaraciones y autorizaciones del asegurado o titular de la póliza

PRIMERO: Declaro que conozco las Condiciones Generales y Especiales de la fianza que se emitirá en caso de que SEGUROS CREFISA, S. A. otorgue la fianza que solicito y si como consecuencia de ella, de sus modificaciones o prórrogas, tuviere que pagar alguna reclamación derivada de hechos delictuosos contra la propiedad, de los que yo sea responsable en razón directa del desempeño de mi cargo y/o ejecución del proyecto detallado en esta solicitud, me obligo a reintegrarle todo lo que por este concepto haya cubierto, así como los gastos y costos que la reclamación del acreedor haya originado, debiendo además indemnizarla con el pago de interés a razón de la tasa anual vigente en la Compañía de Seguros y autorizado por el Banco Central de Honduras a la fecha de incumplimiento, sobre el importe de todas y cada una de las erogaciones indicadas.

SEGUNDO: Aun cuando la Compañía actúe sin mi consentimiento, no podré oponerme a su derecho a la recuperación y pago de accesorios mencionados en la cláusula anterior, las excepciones que se hubieren podido valer ante el acreedor al tiempo de verificar el pago, renunciando a lo preceptuado en el artículo 2039 del Código Civil.

TERCERO: Autorizo a SEGUROS CREFISA, S.A. acceder a la Central de Riesgo de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (C.N.B.S.) y a cualquier otra base de datos gubernamental o privada a consultar datos de las obligaciones que tanto mi representada como mí persona podamos tener en el sistema comercial y financiero.

Dado en la ciudad de _____ el _____ de _____ de _____

_____ Nombre del solicitante	_____ Firma del solicitante	
_____ Nombre del intermediario	_____ Firma del intermediario	_____ Código del intermediario