

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 <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/>			Número de identificación			RTN	
Fecha de nacimiento Día   Mes   Año		Edad	Lugar de nacimiento: Municipio   Departamento			Nacionalidad(es) 1   2	
Género M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			Actividad económica principal Asalariado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/>			
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 <b>estudiante o ama de casa</b> , 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Institución		Cargo público		Período	
¿Usted actúa en nombre propio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si su respuesta es negativa, especifique a continuación:					
Nombre completo			Identidad		Relación (financiera, personal)		
¿Es usted un cliente APNFD? APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas		Indicar que actividad APNFD realiza: Se solicita adjuntar constancia de inscripción en la URMOPRELAFT					
¿Es usted PEP? 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si su respuesta fue sí, favor detalle:	
De 0 – 3 <input type="checkbox"/>		De 4 – 6 <input type="checkbox"/>		Fuente de ingresos:		Valor mensual estimado:	
De 7 – 10 <input type="checkbox"/>		De 11 – 20 <input type="checkbox"/>		Realiza transacciones en moneda extranjera		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
De 21 – 50 <input type="checkbox"/>		De 50 en adelante <input type="checkbox"/>		Tipo de moneda Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:		¿Pertenece a un grupo financiero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Detalle a qué grupo financiero
¿Es usted un cliente APNFD? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si su respuesta fue afirmativa, ¿Cómo lo hace? Seminarios <input type="checkbox"/> Capacitaciones <input type="checkbox"/> Trifolios <input type="checkbox"/> 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)

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

¿Son todos los accionistas o asociados, antes descritos, los beneficiarios finales? Sí  No

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos de L 500,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menos de L 500,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 500,000 a 1 millón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 500,000 a 1 millón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 1 millón a L 5 millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 1 millón a L 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 L 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

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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
--------	---------------------------------	--------	---------------------------------

Solicitud: Yo	
Comparezco ante SEGUROS CREFISA, S.A. Solicitando Fianza por L	
(	Valor en letras
Destinada a caucionar ante:	Nombre Beneficiario de la Fianza
Por las resultas de mis actuaciones como	

## Bancos y Asociaciones donde tiene cuentas y/o depósitos

Nombre de la institución	Número de cuenta	Clase de cuenta	Saldo

## Parientes cercanos que no vivan con usted

Nombre completo	Parentesco	Profesión	Lugar de trabajo	Teléfono	Dirección de casa	Teléfono

## Antiguos jefes o compañeros de trabajo

Nombre completo	Teléfono	Domicilio	Lugar de Trabajo	Teléfono	Profesión u oficio

## Empleos desempeñados durante los últimos cinco años

Desde Mes Año	Hasta Mes Año	Nombre del patrono	Dirección del patrono	Puesto desempeñado	Causa

¿Posee bienes raíces registrados a su nombre? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿De qué índole?	
¿Ha estado alguna vez sujeto a proceso judicial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Dónde?	
Monto L		¿Ha incumplido alguna obligación anteriormente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Ha sido declarado alguna vez en estado de insolvencia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Es fiador o aval de algún afianzado en esta compañía de seguros, o en otra compañía de seguros o banco? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Detalle que institución	Monto	Aval o Fiador de	

## CONDICIONES GENERALES

La responsabilidad de la "Fiadora" comprende los casos en que el "Fiado" por sí o en connivencia con otros, ROBE, DEFRAUDE, ESTAFE, HURTE O COMETA OTROS ACTOS DELICTUOSOS CONTRA LA PROPIEDAD DEL BENEFICIARIO O LOS BIENES QUE ESTE LE HAYA CONFIADO (EN LOS TERMINOS DEL CODIGO PENAL), mientras esté en el puesto arriba citado o en cualquier otro previo aviso del "Beneficiario" y aceptación de la "Fiadora" del cambio de puesto, en ambos casos por escrito.

La vigencia de esta Póliza se iniciará en la fecha indicada en la carátula de la misma, también concluirá en la fecha que el "Beneficiario" descubra una pérdida cubierta por esta Póliza, separe al "Fiado" de su servicio, lo cambie de cargo o empleo sin previa aceptación de la "Fiadora", concluya el período por el cual fue pagada la prima por adelantado sin que se haya renovado esta Póliza o la "Fiadora" la dé por concluida por convenir así a sus intereses, de acuerdo con las disposiciones de la Cláusula X de las Condiciones Generales.

I. El "Beneficiario" deberá dar aviso por escrito a la "Fiadora", en sus oficinas centrales de esta ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., dentro del término no mayor de TRES DIAS hábiles siguientes al descubrimiento de hechos que hagan presumir la comisión, por parte del "Fiado", de uno o varios de los delitos que se mencionan en esta Póliza.

II. El "Beneficiario" deberá presentar su reclamación por escrito, en las oficinas de la "Fiadora" en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., dentro de los TREINTA DIAS siguientes al descubrimiento de los hechos a que se refiere la Cláusula anterior, expresar todas las circunstancias en que funde su reclamación y proporcionar todos los informes y datos pertinentes que tenga en su poder.

III. La "Fiadora" hará el pago de la reclamación al "Beneficiario" dentro de los términos a que se refiere el artículo 1140 del Código de Comercio, contados a partir de la fecha en que se presente la reclamación conforme a la Cláusula segunda anterior.

El "Beneficiario" permitirá a la "Fiadora" la inspección de los libros y cuentas que tengan relación con la responsabilidad que se reclame, a fin de que pueda establecerse la procedencia de la reclamación.

IV. La falta de cumplimiento, por parte del "Beneficiario", de lo estipulado con respecto a la reclamación e inspección de libros y cuentas, interrumpirá el término a que se refiere la condición anterior.

V. Si la "Fiadora", en los términos de la condición III, hiciera pago de la probable responsabilidad del "Fiado" sin que hubiere sentencia firme en contra de éste, dicho pago estará supeditado a que la referida sentencia sea condenatoria, y en caso contrario, el "Beneficiario" hará devolución a la "Fiadora" el pago que ésta hubiere efectuado, dentro de los TREINTA DIAS siguientes a la fecha en que quede firme la sentencia absolutoria a favor del "Fiado".

VI. Para los efectos de las condiciones que anteceden, el "Beneficiario" se obliga a proceder con toda diligencia contra el "Fiado" civil o criminalmente, presentando la denuncia o querrela, según el caso; a proceder a la ratificación de la querrela ante las autoridades competentes, a entregar a la "Fiadora" copia certificada de la misma, debidamente ratificada; y a otorgar representación suficiente al abogado que designe la "Fiadora", para que prosiga la acción que se intente contra el "Fiado" todos los gastos derivados del juicio respectivo, posteriores a la demanda o querrela, correrán por cuenta de la "Fiadora", si ésta optare por continuar dicho juicio. El "Beneficiario" se obliga, asimismo, a proporcionar a la "Fiadora" todos los elementos de prueba que ésta solicite y que tengan por objeto comprobar la responsabilidad del "Fiado".

VII. La obligación de la "Fiadora" no podrá exceder de la cantidad estipulada en esta Póliza, aun cuando la responsabilidad del "Fiado", para reparar el daño, fuere mayor.

VIII. La "Fiadora", no será responsable de conformidad con esta Póliza, si se comprueba que el producto del delito cometido por el "Fiado" ha sido utilizado para pagar al "Beneficiario" algún adeudo preexistente o que el hecho fue cometido por culpa de este último.

IX. En caso de que las pérdidas pecuniarias sufridas por el "Beneficiario", con motivo de la infidelidad del "Fiado", fueren superiores al monto de la garantía otorgada mediante esta fianza, cualquier cantidad que llegare a recuperarse después del aviso a que se refiere la Cláusula I, se aplicará primero a cubrir el importe total pagado por la "Fiadora" y si resultare algún excedente en la recuperación se entregara al "Beneficiario" deduciéndose los gastos a que se refiere la Cláusula sexta. Se considerará como daño para la Compañía Fiadora, el monto de las cantidades que, conforme a esta fianza, hubiere pagado al "Beneficiario", Si el pago no se hubiere efectuado todavía por la "Fiadora" la recuperación se aplicará a disminuir el monto de su responsabilidad.

X. La "Fiadora" puede dar por terminada esta fianza, sin expresión de causa mediante notificación al "Beneficiario" y en tal caso, cesará la responsabilidad de la "Fiadora" por hechos imputables al "Fiado" que se produzcan después de la notificación.

En este caso, la "Fiadora" devolverá al "Beneficiario" la parte de la prima no devengada, correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia estipulada en esta Póliza o en su última renovación, si la hubiere.

XI. El "Afianzado" podrá, asimismo, dar por terminada esta fianza, por medio de aviso escrito a la "Fiadora" indicando la fecha de tal terminación. Recibido el aviso, la "Fiadora" hará devolución de la prima no devengada conforme la TABLA DE CANCELACION A CORTO PLAZO. No habrá lugar a devolución alguna, si la "Fiadora" ha efectuado algún pago con cargo a esta fianza o se encuentre pendiente un reclamo contra la misma.

XII. Si el "Beneficiario" desea aumentar el monto de la fianza, lo solicitará por escrito a la "Fiadora" y ésta contestará igualmente por escrito, dentro de los QUINCE DIAS siguientes a la recepción de la solicitud, en el entendido de que, si no lo hace así, se entenderá rechazada. En caso de aceptación de la solicitud de aumento de la suma afianzada, esta Póliza quedará modificada solamente en lo que se refiere a dicha suma, pero todas las demás Cláusulas y condiciones quedarán en su forma original.

XIII. Cuando por cualquier causa haya terminado esta fianza, el "Beneficiario" dispondrá de un término de TREINTA DIAS contados a partir de la fecha de tal terminación, para presentar a la "Fiadora" el reclamo por cualquier responsabilidad cubierta por esta fianza, ocurrida durante su vigencia, y transcurrido este término la Póliza se considerará cancelada y sin ningún valor ni efecto.

XIV. Las renovaciones que se concedan a la presente Póliza, mediante el pago de las primas correspondientes, no hacen que la responsabilidad de la "Fiadora" se acumule por períodos sucesivos de vigencia, es decir que, para cada período de afianzamiento, la responsabilidad de la "Fiadora" por hechos ocurridos durante este lapso, queda limitada a la vigencia de la Póliza o de sus posteriores renovaciones, separadamente.

XV. Las acciones del "Beneficiario" en contra de la "Fiadora", prescribirán en tres años conforme al artículo 1156 del Código de Comercio.

XVI. ARBITRAJE. No obstante, cualquier estipulación en contrario contenida en esta Póliza, queda entendido y convenido que todo evento de litigio proveniente de la interpretación y cumplimiento de la garantía que la misma representa, será sometido a juicio arbitral de equidad, como requisito indispensable que debe agotarse, para que las partes puedan dirimir sus diferencias en los Tribunales de Justicia. Para el efecto, si las partes se pusieren de acuerdo en la designación de un solo árbitro, la persona por ellos designada conocerá y fallará la controversia en concepto de árbitro único; en caso contrario cada parte nombrará un tercer árbitro, en caso de discordia, para que dirima la controversia.

Los árbitros emitirán su laudo a su leal saber y entender, sin someterse a formas legales ni ajustarse a derechos en cuanto al fondo. Si no hubiere acuerdo para el nombramiento del árbitro tercero, éste será nombrado por el Juez Primero de Letras de lo Civil del Departamento de Francisco Morazán a solicitud del "Beneficiario" o de "Fiadora". Los honorarios de los árbitros nombrados por las partes, correrán a cargo de quien los nombres; los del árbitro tercero, así como los costos y gastos que se originen con motivo del arbitraje estarán a cargo de la "Fiadora" y el "Beneficiario" por partes iguales.

XVII. La "Fiadora" no gozará del beneficio de excusión a que se refiere el Código Civil de la República de Honduras, y para la interpretación y cumplimiento de la garantía que esta Póliza representa, se somete expresamente a la jurisdicción de los Tribunales de la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C

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