SEGUROS LAFISE

SOLICITUD DE FIANZAS

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo del Solicitante:				
Primer nombre	Segundo nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido Casada
Tipo Identificación: Tarjeta Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐		Número de Identificación:		Sexo: M ☐ F ☐
Nacionalidad:	Lugar de Nacimiento:			Fecha de Nacimiento: Día Mes Año
Edad	Estado Civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐	Profesión, Ocupación u Oficio:		
Nombre completo del Cónyuge:				
Negocio o Lugar de Trabajo.	Posición/Cargo que Desempeña	Tiempo de laborar en la empresa:		

DIRECCION DEL TRABAJO

Barrio/Colonia/Calle/Avenida	Bloque y No. de Casa	Ciudad o Municipio
Departamento	Teléfono Oficina	Fax
Correo Electrónico	Sitio Web	
Periodo del Seguro:	Desde	Hasta

DIRECCION DE DOMICILIO

Barrio o Colonia	Calle o Avenida	Bloque y No. de casa
Ciudad o Municipio	Departamento	Teléfono
Otras referencias del domicilio	Apdo. Postal	
Fax	Correo Electrónico	Sitio Web

DIRECCIÓN DE COBROS

Barrio o Colonia	Calle o Avenida	Bloque y No. de Casa
Ciudad o Municipio:	Departamento	Teléfono
Otras referencias de Ubicación	Apdo. Postal	
Fax	Correo Electrónico	Sitio Web

BENEFICIARIO

Nombre, Razón o Denominación Social

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución SS No. 1831/18-11-2010

INFORMACION PERSONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA SOLICITANTE

Nombre completo del representante legal (como aparece en el documento de identidad)				
Primer nombre	Segundo nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido Casada
Tipo de Identificación Tarjeta de identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de residente ☐			Numero Identificación	Sexo ☐ ☐
Edad	Estado Civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐	Profesión, Ocupación u Oficio:		Fecha nacimiento Día Mes Año
Nombre completo del cónyuge				
Dirección completa de residencia				
Dirección completa de la empresa donde labora				
Correo Electrónico	Teléfono Residencia	Fax	Sitio Web	
Negocio o Lugar de Trabajo	Cargo/Posición que desempeña	Tiempo de Laborar en la Empresa		
Especificar detalladamente la fuente de sus ingresos				
¿Mantiene pólizas suscritas con otra (s) aseguradora (s)? (Especificar compañía aseguradora, tipo seguro, suma asegurada)				
Beneficiarios (anotar nombre (s) completo (s) en letra de molde)				

PERSONA JURIDICA QUE ESTA SOLICITANDO EL SEGURO

Nombre, razón o denominación social de la persona jurídica (adjuntar fotocopia, escritura social y reformas)		
Giro o actividad económica	Fecha inicio operaciones	
Nombre comercial	RTN (adjuntar fotocopia)	No. De inscripción registro mercantil
Especificar detalladamente la fuente de sus ingresos (adjuntar estados financieros actualizados)		
¿Mantiene pólizas suscritas con otra (s) aseguradora (s)? (Especificar compañía aseguradora, tipo seguro, suma asegurada)		
Beneficiarios (anotar nombre (s) completo (s) en letra de molde)		

DIRECCION DE LA PERSONA JURIDICA SOLICITANTE

Barrio o colonia	Calle o Avenida	Bloque y No. de casa
Cuidad o municipio	Departamento	Teléfono
Otras referencias de domicilio	Apdo. Postal	
Fax	Correo Electrónico	Sitio Web

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución SS No. 1831/18-11-2010

PARA NEGOCIOS MERCANTILES O INDUSTRIALES
Nombre del propietario del negocio:
Nombre del presidente:
Nombre del Gerente General:
Grupo Financiero al que pertenece:

DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
Concepto (Descripción del proyecto cuyo cumplimiento debe garantizarse)	
Para Garantizar:	
Monto del Contrato:	
Plazo Ejecución:	Orden de Inicio:
Acta de Recepción (Adjuntar) con Fecha:	

DETALLE DE LA FIANZA REQUERIDA

Tipo de Fianza	Porcentaje Requerido (%)	Monto Afianzado	Periodo de Vigencia	Desde	Hasta
Sostenimiento de la Oferta					
Cumplimiento de Contrato					
Anticipo					
Buena Calidad de Obra					
Cumplimiento de Pago (Crédito)					
Aduanera					
Alquiler					
Judicial					
Otra					

CONTRAGARANTIAS OFRECIDAS PARA ESTA SOLICITUD

Tipo : Fiduciarias ☐ Hipotecarias ☐ Prendarías ☐ Otras ☐

Detalle

Nombre Aval	Direccion	Telefono

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución SS No. 1831/18-11-2010

Para facilitar el tramite, sírvase acompañar la siguiente información según el caso:

1. Fotocopia contrato
2. Estados financieros
3. Fotocopia documentos personales
4. Permiso de operación
5. Otros que la compañía estime conveniente.
5. Formulario CNBS
6. Principales socios
7. Constitución de la empresa y reformas
8. Recibo de un servicio público (luz, agua o teléfono)

OBLIGACIONES DEL SOLICITANTE

En caso de que Seguros Lafise, Honduras, otorgue la fianza solicitada y como consecuencia de ella, de sus modificaciones o prorrogas , tenga que pagar alguna reclamación derivada de cualquier responsabilidad contractual que legalmente sea establecida, me comprometo a reintegrar todo lo que por ese concepto haya quedado cubierto, así como los gastos y costas que la reclamación del beneficiario haya originado, debiendo además indemnizarlo con el pago de intereses a la tasa vigente del sistema financiero al momento del pago, sobre el importe de todas las erogaciones en que incurra.

Aun cuando Seguros Lafise, Honduras., realice algún pago sin consentimiento expreso no me opondré su derecho de recuperación y pagos mencionados en la cláusula anterior, las excepciones que se hubieren podido hacer ante el acreedor al tiempo de efectuar el pago.

Seguros Lafise, Honduras., tendrá derecho a suspender la vigencia que expida o a cancelarla de conformidad con la ley en cualquier momento que lo estime conveniente sin que para ello sea necesaria la expresión de causa.

El asegurado manifiesta que todos los datos asentados en la presente solicitud son verdaderos, que ha leído completamente el contenido de las Condiciones Generales de la póliza y que ha recibido las explicaciones de las condiciones estipuladas que contendrá el contrato de seguro y sus anexos a suscribir, a las cuales ambas partes nos comprometemos. En testimonio de lo cual el asegurado afirma la presente solicitud.

El seguro entrara en vigor al ser aceptada esta solicitud, por Seguros Lafise Honduras.

Dado en la Ciudad de _____ el día _____ del mes _____ del Año_____		
Firma del asegurado o representante legal	Firma del Agente	Numero
	Aprobó	Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA		
Clase de Fianza	Fecha de Emisión:	Entrega de fianzas:
Agente No.		Día y Hora:
Duración de la Fecha:		Agente:
Vigencia desde:	Hasta:	Doc. Accesorio:
Contra garantía:		
Autorización	Fecha:	Prima neta:
Contratos:	Tipo de cambio:	Impuesto:
		Gasto:
		Sub- total:
Otros:		Total:

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución SS No. 1831/18-11-2010