

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra de molde

A. DATOS DEL ASEGURADO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA	Código de Contratante:	Vinculación:
No. de solicitud:	No. de póliza:	

Tipo de Fianza que solicita:

Mantenimiento de oferta <input type="checkbox"/>	Cumplimiento <input type="checkbox"/>	Fidelidad <input type="checkbox"/>	Monto de la Fianza _____
Anticipo <input type="checkbox"/>	Calidad <input type="checkbox"/>	Otros <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 Día Mes Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Edad Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad			
1	2	3	
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica	Estado civil 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 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"/>			
¿Ha desempeñado algún cargo público usted o un familiar suyo en los últimos 4 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(Si aplica) Cargo:	(Si aplica) Instituciones:	
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Aplica para nacionales y extranjeros)			
¿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		Teléfono
			Nombre de la empresa (2)		
Nombre de la empresa (1)		Teléfono	Proveedores principales		Teléfono
			Nombre de la empresa (2)		
¿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 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		

IV. Vigencia

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al medio día
--------	--------------	--------	--------------

V. Información de Otros Seguros

¿Tiene otros seguros con la compañía?	Si <input type="checkbox"/> 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

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 del Productor

Código del Productor