

DEPARTAMENTO DE ATENCION AL AGREMIADO

SERVICIO PRESTADO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHOS	PROCEDIMIENTOS	REQUISITOS	FORMATOS	
FIANZAS DE FIDELIDAD (La fiadora garantiza el pago al beneficiario por cualquier responsabilidad pecuniaria deducida al afianzado por concepto de Hurto, Fraude, Estafa, Solo o en contubernio con otras personas empleados de la institucion debidamente comprobados, mientras desempeñe el cargo)	INSCRIPCION A LA FIANZA DE FIDELIDAD CON LA ASEGURADORA MAPFRE (Según Art. 187 de la Ley Organica del TSC)	PAGO DEL 3.04% SOBRE EL MONTO TOTAL A AFIANZAR (Según clausula suscrita entre la AMHON y la Aseguradora MAPFRE) En base al Art. 129 de la Ley Organica del TSC, para el calculo del Monto a Afianzar)	ENVIO DE CIRCULAR A MUNICIPALIDADES	ALCALDES/AS Copia de Id y RTN Copia de Credencial Constancia de Ingresos Constancia de no haber tenido reparos por el TSC, esta la emite el Auditor o Contador Municipal	FORMULARIOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA ASEGURADORA MAPFRE	
				TESOREROS/AS Copia de Id y RTN Copia de Acuerdo o Nombramiento Constancia de Ingresos Constancia de no haber tenido reparos por el TSC, esta la emite el Auditor o Contador Municipal		
			LLENADO DE FORMULARIOS CON SUS RESPECTIVAS FIRMAS	SOLICUD DE FIANZA DE FIDELIDAD DATOS PERSONALES, FAMILIARES. INFORMACION CONFIDENCIAL DEL SOLICITANTE Y SITUACION ECONOMICA. INFORMACION CONFIDENCIAL DEL FIADOR (aval) Y SITUACION ECONOMICA. FORMATO DE ACEPTACION / AUTORIZACION PARA VINCULACION CON PERSONAS EXPUESTAS (PEP)		
			REVISION PREVIA A ENTREGA A LA ASEGURADORA MAPFRE (1 semana) incluye subsanaciones	ENTREGA DE TODOS LOS DOCUMENTOS YA SEAN COPIAS U ORIGINALES SEGUN SEA EL CASO EN LA OFICINA DE ATENCION AL AGREMIADO		
			ENVIO DE DOCUMENTOS A LA ASEGURADORA MAPFRE PARA RESPECTIVA REVISION Y APROBACION	CERTIFICACION DE APROBACION PARA LA INCORPORACION A LA FIANZA EMITIDA POR LA CORPORACION MUNICIPAL		
			ENTREGA DE LA FIANZA DE PARTE DE LA ASEGURADORA MAPFRE AL DEPTO. DE ATENCION AL AGREMIADO	EMISION DEL PUNTO DE ACTA MUNICIPAL A LA GERENCIA ADMINISTRATIVA - AMHON PARA GESTION DE PAGO A LA ASEGURADORA MAPFRE POR EL MONTO DE LA FIANZA APROBADA		DOCUMENTO REQUERIDO POR AMHON, PARA GESTION DE PAGO DE LA MUNICIPALIDAD A LA ASEGURADORA MAPFRE
			NOTIFICACION A LOS ALCALDES Y TESOREROS PARA FIRMA Y ENTREGA DE LAS FIANZAS	FIRMA DE LA FIANZA Y CONTRARECIBO A MAPFRE		COPIA ARCHIVO
			ENTREGA DE CONTRARECIBO A LA ASEGURADORA MAPFRE	N/A		N/A
<p align="center">NOTA: EN BASE AL ART. 187 Y 129 DE LA LEY ORGANICA DEL TSC, SE REALIZA EL PROCESO DE INSCRIPCION A LA FIANZA CON LA ASEGURADORA MAPRE</p>						


 Lic. Johana Mejia
 Jefe de Atencion al Agremiado
 AMHON



INFORMACION CONFIDENCIAL DEL SOLICITANTE

Nombre completo:

Profesión u oficio:

R.T.N.

Cédula de identidad:

Estado civil:

Edad:

Nacionalidad:

Pasaporte:

Dirección de domicilio:

Teléfono:

Empresa donde trabaja y su dirección:

Teléfono Fijo:

Ext:

Celular:

E-mail:

¿Cuántos años tiene de trabajar en dicha empresa?

¿Tiene estabilidad en su trabajo?

¿Sus ingresos mensuales fijos:

¿Número de personas que dependen de usted?

¿Posee algún tipo de Seguro en esta Compañía?

Lugar y fecha: _____

Firma del Solicitante

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SECTOR ASEGURADOR

COMISION NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS

(Con base a Resolución N° 1393/26-12-2007)

Tipo de Relación: Contratante Asegurado Afianzado Beneficiario Apoderado Proveedor Intermediario
 Otra Cual: _____

I. DATOS PERSONA NATURAL (Para personas jurídicas serán las del Representante)

Primer Apellido		Segundo Apellido			Nombres	
Tipo de Identificación		Identidad <input type="radio"/>		Pasaporte <input type="radio"/>	Carné Residente <input type="radio"/>	RTN / RUC <input type="radio"/>
Número de Documento		Lugar y Fecha de Expedición		Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento
				Día	Mes	Año
				Nombre del Cónyuge		
Género		Nacionalidad		Profesión, Oficio u Ocupación		
Masculino	Femenino					
Dirección Residencia						
Municipio	Departamento	País	Teléfono	Celular	Correo electrónico	
Asalariado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Rentista <input type="radio"/> Socio <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Jubilado <input type="radio"/>						
Empresa donde trabaja		Área		Cargo	Tiempo de Laborar	
Dirección Laboral						
Municipio	Departamento	País	Teléfono	Fax	Correo electrónico	

II. DATOS Y ACTIVIDAD ECONÓMICA PERSONA JURÍDICA

Razón o Denominación Social			Nombre Comercial		RTN / RUC
Dirección Completa					
Municipio	Departamento	País	Teléfono	Fax	Sitio Web
Tipo de Empresa Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/>					
Actividad Económica: Industrial <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Transporte <input type="radio"/> Construcción <input type="radio"/> Agrícola <input type="radio"/> Civil <input type="radio"/> Servicios Financieros <input type="radio"/>					
Otra <input type="radio"/> Cual: _____					

III. DECLARACION DE ORIGEN DE FONDOS Y ACEPTACION DE CLAUSULA

Declaro expresamente que:

- 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
- La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, las Compañías de Seguros están facultadas a dar por terminado el contrato de seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora frente al asegurado.

IV. FIRMA

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO EL PRESENTE DOCUMENTO

 FIRMA CLIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

V. DOCUMENTO REQUERIDOS

- EN TODOS LOS CASOS ES NECESARIO ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (PARA PERSONAS JURIDICAS SE DEBE ADJUNTAR DEL REPRESENTANTE LEGAL).**
 Se requiere adjuntar documentación adicional cuando se suscriban contratos de seguros:
- PERSONA NATURAL (a) COMERCIANTE INDIVIDUAL (a, b, y c)**
 - Fotocopia de la respectiva identificación, ya sea tarjeta de identidad, pasaporte o carné de residente, según corresponda.
 - Fotocopia de la declaración de comerciante individual.
 - Inscripción en el Registro Mercantil y la identificación de las personas autorizadas para contratar en nombre de la empresa, dejando las fotocopias en el respectivo expediente.
- PERSONA JURIDICA**
 - Fotocopia de la Escritura de Constitución y sus reformas.
 - Fotocopia del Registro Tributario Nacional.
 - Fotocopia de la Identidad de los representantes de la sociedad.

FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE SECTOR ASEGURADOR
COMISION NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS
 (Con base a Resolución N° 1393/26-12-2007)

Cuando se suscriban pólizas o se otorguen créditos a sociedades constituidas en el extranjero, domiciliadas en el país, éstas deben presentar los documentos siguientes:

- Fotocopia de la autorización concedida por la Secretaría de Estado en los Despachos de Industria y Comercio.
- La respectiva inscripción en el Registro Mercantil.
- De ambos documentos se deberá dejar copias para el expediente.

Para las Asociaciones, Clubes, Patronatos, Iglesias, Asociaciones sin Fines de Lucro, se solicitará la siguiente documentación:

- Fotocopia de la Personalidad Jurídica o Estatutos legalmente autorizados.
- Copia del Registro Tributario Nacional.

Para las Empresas Publicas, Autónomas o Semiautónomas:

- Copia del Registro Tributario Nacional.
- Decreto de Creación.

VI. INFORMACIÓN ENTREVISTA				VII. VERIFICACION DE LA INFORMACION				
Lugar de la Entrevista				Fecha Verificación		Día	Mes	Año
Fecha de la Entrevista		Día	Mes	Nombre y Cargo de quien verifica				
Resultado: Aceptado <input type="radio"/> Rechazado <input type="radio"/>				Firma				
Observaciones				Observaciones				
Nombre Intermediario y/o asesor responsable								
Firma Intermediario y/o asesor responsable								
Compañía				Sucursal				

INFORMACION CONFIDENCIAL DEL FIADOR (O AVAL)

Nombre completo:

Profesión u oficio:

R.T.N.

Cédula de identidad:

Estado civil:

Edad:

Nacionalidad:

Pasaporte:

Dirección de domicilio:

Teléfono:

Empresa donde trabaja y su dirección:

Teléfono Fijo:

Ext:

Celular:

E-mail:

¿Cuántos años tiene de trabajar en dicha empresa?

¿Tiene estabilidad en su trabajo?

¿Sus ingresos mensuales fijos:

¿Número de personas que dependen de usted?

¿Posee algún tipo de Seguro en esta Compañía?

NOTA: Adjuntar constancia de trabajo

Lugar y fecha: _____

Firma del Fiador

**FORMATO DE ACEPTACION / AUTORIZACION PARA VINCULACION CON PERSONAS
EXPUESTAS POLITICAMENTE Y PERSONAS RELACIONADAS.
CUMPLIENDO LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION SB No.348/27-04-2015, ART. 39.**

Sucursal:

Fecha de Autorización:

1.- Identificación de Persona Expuesta Políticamente

1.1 ¿ El solicitante es una Persona Expuesta Políticamente (PEP)?

Si

No

1.2 Describa el cargo o puesto que el Pep desempeña o ha desempeñando _____

1.3 ¿El solicitante es padre, madre, hermano (a), conyuge, hijo (a) de una Persona Expuesta Políticamente (PEP) ?

Si

No

1.4 Si la respuesta del numeral 1.3 es positiva, proporcionar la siguiente informacion:

1.4.1 Parentesco, Afinidad o Relacion con la Persona Expuesta Politicamente: _____

1.4.2 Nombre completo de la persona que origina la relacion de PEP : _____

1.4.3 Institucion / Empresa donde labora la PEP:

1.4.4 Cargo que desempeña la PEP:

2.- Información General del cliente

2.1 Nombres y Apellidos completos: _____

2.2 Nombre y apellidos completos del cónyuge (aplica a personas casadas y en unión libre):

2.7 Monto del seguro solicitado o vigente _____ Prima anual _____

3.- Personas Relacionadas por Afinidad y Consaguinidad (Brindar nombres completos tal como aparece en el documento de identificacion).

Nombre completo de sus padres :

Nombre completo de sus hijos e hijas:

Nombre completo de sus yernos y nueras :

Nombre completo de su abuelo y abuela maternos :

Nombre completo de su abuelo y abuela paternos:

Nombre completo de sus cuñados :

Nombre completo de sus cuñadas :

Nombre completo de sus nietos y nietas mayores de 18 años:

**FORMATO DE ACEPTACION / AUTORIZACION PARA VINCULACION CON PERSONAS
EXPUESTAS POLITICAMENTE Y PERSONAS RELACIONADAS.
CUMPLIENDO LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION SB No.348/27-04-2015, ART. 39.**

Nombre completo de sus hermanos y hermanas:

Nombre completo de su suegro y suegra :

4.¿El PEP es socio, accionista, gerente o representante legal de alguna empresa nacional o internacional?

Si _____ No _____ En caso de sí completar la siguiente información

Nombre de la Empresa: _____

RTN: _____ País donde se constituyó la Empresa: _____

Cargo que desempeña: _____

En caso de ser socio : _____ % de participación

5. Favor detallar si tiene fuente de ingresos adicionales

Firma del Cliente

Lugar y Fecha

Cliente atendido por

5.- Visto Bueno / Autorización Vinculación del Cliente PEPs

5.1 Han sido completado todos los procedimientos establecidos en la Política "Conozca a su Cliente?"

Si

No

5.2 Razones para mantener la relación con el cliente (para uso del Oficial de Negocios):

Autorizado por :

Nombre Completo y Firma

SOLICITUD DE FIANZA DE FIDELIDAD

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

Por la presente solicito de MAPFRE, del domicilio de Tegucigalpa, M.D.C., el otorgamiento de una fianza individual (o mi inclusión en fianza colectiva, si así procede), por la cantidad de L. _____
 (_____)
 con vigencia a partir del _____ al _____ destinada a caucionar ante _____ para desempeñar el cargo de _____
 (Patrono)

o cualquier otro puesto al que eventual o definitivamente puede ser transferido legalmente para cuyo efecto y bajo protesto de decir verdad suministro los datos que contiene el siguiente

CUESTIONARIO

1. Nombre y apellidos _____

2. Edad _____ 3. Profesión u ocupación _____

3. Domicilios: _____ Teléfono: _____
(Actual)

4. Dirección del trabajo: _____
(Inmediato anterior)
 Tel fijo casa: _____ Oficina _____ Cel. _____ e-mail: _____

5. Lugar y fecha de nacimiento _____

6. Nacionalidad actual _____

7. Estado civil _____ Esposo (a) _____
 Lugar de trabajo _____
 Dirección donde vive: _____
 Tel fijo casa: _____ Oficina _____ Cel. _____ e-mail: _____

8. Número de personas que sostiene parcial o totalmente _____

9. ¿Qué parentesco tiene Ud. con las personas que sostiene? _____

10. ¿Ha sido afianzado anteriormente? _____
 En caso afirmativo, ¿por qué Compañía o persona? _____

11. FAMILIARES CERCANOS

NOMBRE	PARENTESCO	OCUPACION	DIRECCION CALLE, NUMERO LUGAR Y TELEFONOS (FIJO Y CEL.)

14. LUGARES DE RESIDENCIA DURANTE LOS ULTIMOS CINCO AÑOS

DE		A		LUGAR	ACTIVIDAD A QUE SE DEDICO
MES	AÑO	MES	AÑO		

15. ¿Ha estado alguna vez sujeto a proceso judicial? _____ Detalle circunstancias y sentencia dictada

16. Tiempo que tiene de desempeñar el empleo para el que solicita la fianza _____

Fecha de ingreso _____

Sueldos y emolumentos que percibe o percibirá mesualmente L. _____

¿En qué forma le serán pagados? _____

Indole de sus obligaciones _____

¿Ha otorgado alguna otra fianza para desempeñar el mismo empleo? _____

17. ¿Dispone de otros ingresos? ¿Cuál es su cuantía y procedencia? _____

18. ¿Tiene bienes raíces registrados a su nombre? _____ En caso afirmativo, utilice el siguiente cuadro para detallarlos.

UBICACION	DESCRIPCION	VALOR	GRAVAMENES

19. ¿posee negocios propios? _____ ¿En qué consisten? _____
 ¿Qué capital ha invertido en ellos y cuánto le producen? _____

20. ¿Se dedica a operaciones especulativas? _____ ¿De qué índole? _____

21. ¿Ha sido declarado alguna vez en estado de quiebra o de insolvencia? _____

22. ¿Alguna Compañía o persona se ha negado para servirle de fiador? _____

23. POLIZAS DE SEGURO QUE TENGA EN VIGOR EL SOLICITANTE

FECHA DE ADQUISICION	COMPAÑIA	CLASE	VALOR	BENEFICIARIO

OBLIGACIONES DEL SOLICITANTE

PRIMERA: En el caso de que MAPFRE, (en lo sucesivo designada, como "La Compañía) otorgue la fianza que solicito y 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, me obligo a reintegrarle todo lo que por ese concepto haya cubierto, así como los gastos y costos que la reclamación del acreedor haya originado, debiendo además indemnizarla con el pago de intereses a razón del quince por ciento anual sobre el importe de toda y cada una de las erogaciones mencionadas.

SEGUNDA: Aún cuando la compañía realice algún pago sin mi consentimiento, no podré oponer a su derecho de recuperación y pago de accesorios mencionados en la cláusula anterior, las excepciones que se hubieran podido hacer valer ante el acreedor al tiempo de efectuar el pago.

Facilitamos el Pago de sus Pólizas

Ponemos a su disposición las mejores opciones para el pago de sus primas, de forma que garantice la cobertura de sus pólizas, mediante:

1. Cargo Automático a Tarjeta de Crédito. Pague sus primas mediante Cargo a su tarjeta, o de acuerdo a la forma de pago contratada en la póliza, trabajamos con todas las tarjetas del mercado, elija la de su conveniencia: 

2. Extra financiamiento. Si eres tarjetahabiente de Credomatic o Banco Promerica, paga tus primas con 0% de intereses, con plazos hasta de 12 meses.



Completa el Formulario de Autorización para el pago mediante Tarjeta de Crédito y acumula puntos de acuerdo a los programas vigentes con su proveedor de tarjetas.

En testimonio de lo cual firmo la presente en _____ a los
_____ días del mes de _____ del 20 _____

(F) _____
El Solicitante

(F) _____
El Agente

Identidad N° _____

Fecha de vencimiento _____

INFORME DEL JEFE DE OFICINA O PRINCIPAL

Me he impuesto de las declaraciones y contestaciones que anteceden, que hace el señor _____ y las creo Fidedignas. Ha estado empleado durante _____ y por cuanto sé, y por los informes que tengo, siempre ha desempeñado sus obligaciones de una manera cumplida y satisfactoria. No me consta que se halle en desfalco o atraso alguno en el pago de sus obligaciones y entiendo que ha rendido sus cuentas con puntualidad y exactitud. No tengo antecedente alguno en contra suya, que lo haga desmerecer de la confianza general, ni tampoco encuentro motivo para que no se le conceda la fianza solicitada.

El empleo para el cual solicita la fianza lo desempeña (rá) a partir del _____ de _____
del 20 _____

_____ de _____ del 20 _____

Firma _____ Cargo _____

(SELLO)

CIRCULAR

Con instrucciones de la Junta Directiva a todos los Alcaldes y Alcaldesas del país se les informa que, debido a que las Compañías Aseguradoras no han renovado la fianza de fidelidad a un considerable grupo de Alcaldes y Tesoreros Municipales, se ha establecido negociaciones con la Compañía de Seguros MAPFRE para la adquisición de una póliza colectiva de fianzas, de manera de garantizar que esta normativa exigida por el Tribunal Superior de Cuentas sea otorgada a los 298 Alcaldes y Tesoreros municipales del país.

Los beneficios obtenidos con la Compañía MAPFRE son:

1. Garantía de extender la fianza amparados en la póliza colectiva para todo el gremio
2. Tasa del 3.04 % que incluye impuestos y gastos de emisión
3. Vigencia de un año
4. No se requiere seguro de accidentes personales para el Tesorero.

En ese sentido, la AMHON requiere de una certificación original de Punto de Acta Municipal donde se aprueba la incorporación de las fianzas del Alcalde y Tesorero a la póliza colectiva de fianzas de la AMHON, Así mismo, autorizar a la AMHON la deducción del valor que corresponde por la adquisición de esas fianzas de los fondos de matrícula de vehículos que la AMHON administra a los municipios. Si lo recaudado por matrícula de vehículos, en su municipio no cubre el valor de las fianzas, pueden hacer el pago mediante cheque certificado a nombre de la AMHON o depósito a la cuenta de cheques de la AMHON.

Los requisitos solicitados tanto para el Alcalde como Tesorero son:

1. Copia de identidad y RTN
2. Copia credencial de Alcalde
3. Constancia de trabajo o acuerdo (aplica al Tesorero/a)
4. Constancia de auditoría o contabilidad de la Municipalidad de no tener reparos
5. Llenado en original del formulario (adjunto).

Para mayor información favor contactarse con la Lic. Leiby Oseguera al 9525-9429 o la Lic. Johana Mejía al 9445-4936.



NERY CONRADO CERRATO
Presidente