SEGUROS ATLANTIDA
Hacemos *más* por usted.

Edificio SONISA, Costado Este Plaza Bancatlan
Apto. 3373, Tegucigalpa, Honduras, C.A.
Tel (504) 2232-4014/2280-0007 Fax (504) 2232-3688/2239-9960

SEGURO DE VIDA TRANQUILIDAD FAMILIAR
No. DE PÓLIZA: XX-XX-XX
No. DE ENDOSO: XX

EMISIÓN
SEGURO DE VIDA TRANQUILIDAD FAMILIAR

EMITIDO EN LEMPIRAS

ASEGURADO/CONTRATANTE:
IDENTIDAD/RTN:
DIRECCION:
TELEFONO(S):
COLONIA:
MUNICIPIO:
DEPARTAMENTO:
TIPO DE OPERACION:

AGENTE:
TELEFONO:

VIGENCIA DE LA POLIZA

DESDE:	**HASTA:**	Ambas fechas a las 12:00 hrs, Hora local de Honduras

Seguros Atlántida, S.A. denominada en adelante la Aseguradora y de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares estipuladas en la póliza, teniendo prelación las últimas sobre las primeras, emite el presente según los Riesgos Cubiertos y Límites de Responsabilidad descritos más adelante.

Suma Asegurada:	L.
Prima Gravada:	L.
Prima Exenta:	L.
Prima Comercial:	L.
Gastos De Emisión:	L.
I.S.V.:	L.
Prima Total:	L.

QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE EL ASEGURADO Y SEGUROS ATLÁNTIDA. HAN LEIDO LAS CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y ENDOSOS QUE FORMAN PARTE DE ESTA PÓLIZA. EN FE DE LO CUAL SE FIRMA EN HONDURAS HOY, XX de XXX de 201X.

FIRMA AUTORIZADA

SEGUROS ATLANTIDA

SEGUROS ATLANTIDA
Hacemos *más* por usted.

Edificio SONISA, Costado Este Plaza Bancatlan
Apto. 3373, Tegucigalpa, Honduras, C.A.
Tel (504) 2232-4014/2280-0007 Fax (504) 2232-3688/2239-9960

SEGURO DE VIDA TRANQUILIDAD FAMILIAR
No. DE PÓLIZA: XX-XX-XX
No. DE ENDOSO: XX

RIESGOS CUBIERTOS Y LIMITES DE RESPONSABILIDAD

INCISO :
DIRECCION:

PAIS : HONDURAS DEPARTAMENTO:
MUNICIPIO: COLONIA :

*** OBJETO DE SEGURO:TRANQUILIDAD FAMILIAR***

COBERTURA	SUMA ASEGURADA
- COBERTURA BASICA DE FALLECIMIENTO	L.
- COBERTURA GASTOS FÚNEBRES	L.
- ANTICIPO POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	L.
-RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION	L.
-ADELANTO POR ENFERMEDAD TERMINAL	L.
SUMA ASEGURADA	L.
SUMA ASEGURADA TOTAL	L.

FIRMA AUTORIZADA

GERENCIA GENERAL

SEGUROS ATLANTIDA
Hacemos *más* por usted.

Edificio SONISA, Costado Este Plaza Bancatlan
Apto. 3373, Tegucigalpa, Honduras, C.A.
Tel (504) 2232-4014/2280-0007 Fax (504) 2232-3688/2239-9960

SEGURO DE VIDA TRANQUILIDAD FAMILIAR
No. DE PÓLIZA: XX-XX-XX
No. DE ENDOSO: XX

ANEXO PAGOS FRACCIONADOS

Responsable del pago:
Dirección de cobro:
Adherido a y formando
parte de la póliza No:
Operación No:

La Prima y los gastos anotados en la carátula de esta Póliza ha sido calculada en base al período de vigencia solicitado por el Asegurado. Conforme lo estipulado en el Artículo 1130 del Código de Comercio la prima deberá pagarse en el momento de la celebración del contrato, salvo pacto en contrario.

Por el presente anexo se hace constar que se conviene entre el Asegurado y la Aseguradora, como pacto en contrario, modificar el pago en la siguiente forma:

Prima de Contado:	**L.**
Costo de Fraccionamiento:	**L.**
Prima Total	**L.**

Detalle de pagos

Total prima (incluye Costos de Fraccionamientos, Gastos de Emisión e Impuestos) L.

==========

Si la forma de pago convenida no fuera cumplida por el Asegurado, la Aseguradora esperará 30 días después de la fecha en que debió efectuarse el pago; una vez transcurrido tal plazo y no hubiere logrado el cobro de la cantidad adeudada, los efectos del contrato cesaran automáticamente.

Si el incumplimiento del Asegurado fuese con respecto al primer pago fraccionado aquí convenido, no habrá pacto en contrario y el contrato se resolverá de conformidad con las estipulaciones de las condiciones generales de la poliza.

Queda perfectamente entendido y convenido que en caso de siniestro y no obstante el acuerdo de pagos fraccionados, al momento de hacer efectiva la indemnización, el Asegurado deberá cancelar la totalidad de la prima independientemente que las cuotas restantes no hayan llegado a su fecha de vencimiento.

En fe de lo cual se firma y sella el presente anexo, en Tegucigalpa, M.D.C., a los XX días del mes de XXXX de 2018.

FIRMA AUTORIZADA

GERENCIA GENERAL