

SEGURO DE VIDA POR SALDO DE DEUDA TRANQUILIDAD FAMILIAR**CONDICIONES PARTICULARES**

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 documento según los Riesgos Cubiertos y Límites de Responsabilidad descritos más adelante.

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de Póliza:

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo:

Tipo de Identificación:

Número de Identificación:

Edad:

Dirección:

Correo Electrónico:

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Inicio:

Finalización:

RIESGOS CUBIERTOS Y LÍMITES DE RESPONSABILIDAD**Cobertura****Suma Asegurada**

Cobertura de Fallecimiento

Cobertura de Incapacidad Total y Permanente*

Cobertura de Gastos Funerarios

Servicio de Asistencia

Incluida

Prima total

****A partir de los sesenta y cinco (65) años de edad, la cobertura de Incapacidad Total y Permanente continuará vigente hasta una suma asegurada máxima de cien mil dólares (USD 100,000), cuando el saldo adeudado exceda dicho monto.***

SEGURO DE VIDA POR SALDO DE DEUDA TRANQUILIDAD FAMILIAR**BENEFICIARIO PREFERENTE**

Nombre de la Entidad Financiera:

BENEFICIARIOS DESIGNADOS

Nombre Completo	Identificación	Parentesco	Porcentaje
-----------------	----------------	------------	------------

1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

DATOS DEL PAGO

Moneda: Lempiras ☐

Dólares ☐

Medio de Pago:

Prima Mensual:

Por este medio el Asegurado autoriza para que sea cobrado el valor de las primas mensuales durante la vigencia correspondiente.

QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE EL ASEGURADO HA QUEDADO ENTERADO DE LAS CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y ENDOSOS QUE FORMAN PARTE DE ESTA PÓLIZA. EN FE DE LO CUAL SE FIRMA EN HONDURAS HOY, ____ de ____ de 2____.

FIRMA AUTORIZADA

SEGUROS ATLÁNTIDA