

SEGURO DE AUTOMÓVILES
No. DE PÓLIZA: XX – XX -XXXX
No. DE ENDOSO: X

EMISIÓN SEGURO DE AUTOMÓVILES

EMITIDO EN LEMPIRAS

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

INTERMEDIARIO:
TELEFONO:

SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A. DENOMINADA EN ADELANTE LA ASEGURADORA Y DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES Y CONDICIONES PARTICULARES ESTIPULADAS EN LA PÓLIZA, TENIENDO PRELACIÓN LAS ÚLTIMAS SOBRE LAS PRIMERAS, ASEGURA EL VEHÍCULO QUE A CONTINUACIÓN SE DESCRIBE CONTRA LOS RIESGOS ABAJO INDICADOS.

VIGENCIA DE LA POLIZA

DESDE: XX/XX/20XX

HASTA: XX/XX/20XX

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

La suma total asegurada aquí indicada corresponde a las cantidades parciales especificadas dentro del anexo "Riesgos Cubiertos y Limites de Responsabilidad" y/o Condiciones Particulares de esta Póliza.

Suma Asegurada:	L.	
Prima Gravada:	L.	
Seguro de Asiento:	L.	(Prima Exenta)
Prima Comercial:	L.	
Gastos De Emisión:	L.	
I.S.V.:	L.	
Prima Total:	L.	

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE EN CASO DE SER INDEMNIZADA UNA PERDIDA BAJO ESTA PÓLIZA, EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA SE REDUCIRÁ EN UNA SUMA IGUAL AL MONTO DE INDEMNIZACIÓN PAGADA. NO OBSTANTE, EL RESTABLECIMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA A SU VALOR INICIAL SE OPERARÁ AUTOMÁTICAMENTE Y EL ASEGURADO SE COMPROMETE A PAGAR A LA ASEGURADORA UNA PRIMA ADICIONAL INDEPENDIEMENTE DEL TIEMPO QUE FALTE PARA EL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA. TAMBIÉN SE COMPROMETE A DAR AVISO OPORTUNO A LA ASEGURADORA SOBRE EL VALOR DE LOS BIENES REEMPLAZADOS O RESTITUIDOS. EL PAGO DE LA PRIMA ADICIONAL ARRIBA INDICADO DEBERÁ EFECTUARSE PREVIO EL TRÁMITE DEL RECLAMO DE NO REALIZARLO, LA PRESENTE CLÁUSULA QUEDA SIN EFECTO Y VALOR.

TODO PAGO TANTO EN PRIMA COMO DE INDEMNIZACIONES SE HARA EN MONEDA NACIONAL, EN EL DOMICLIO DE LA ASEGURADORA O EN SUS AGENCIAS, LA CANTIDAD MÁXIMA QUE ASCENDERÁ EL SEGURO BAJO ESTA PÓLIZA, QUEDA DETERMINADA EN LAS ESPECIFICACIONES DE LOS RIESGOS DE LA MISMA, DE MANERA QUE LOS PAGOS QUE HACE LA ASEGURADORA, YA SEA POR UNO O VARIOS SINIESTROS, QUE PROVENGAN DE LA REALIZACIÓN DE LOS DIVERSOS RIESGOS CUBIERTOS, NUNCA PODRÁN EXCEDER DE LA CANTIDAD ESTIPULADA EN CADA SECCIÓN DE LA MENCIONADA ESPECIFICACIÓN DE RIESGOS.

QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE EL ASEGURADO Y SEGUROS ATLANTIDA, S.A. 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 XXXXX de 20XX.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA

SEGURO DE AUTOMÓVILES
No. DE PÓLIZA: XX – XX -XXXX
No. DE ENDOSO: X

ESPECIFICACIÓN DE RIESGOS

UNIDAD:	CONTRATO:	BIEN:
TIPO:	MARCA:	
MODELO:	AÑO:	
COLOR:	No. PLACAS:	
No. CHASIS:	No. MOTOR:	
	COBERTURA	SUBTOTAL SUMA ASEGURADA
	A - COLISIONES Y VUELCOS ACCIDENTALES	L.
	B1 -INCENDIO, RAYO Y AUTOIGNICIÓN	AMPARADO
	B2 - ROBO TOTAL DE AUTOMÓVIL	AMPARADO
	B3 - HUELGA Y ALBOROTOS POPULARES	AMPARADO
	C - RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS EN SUS BIENES	L.
	D - RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS EN SUS PERSONAS *	L.
	E - ROTURA DE CRISTALES	
	F - EQUIPO ESPECIAL	AMPARADO
	G - CICLÓN, HURACÁN Y OTROS FENÓMENOS NATURALES	AMPARADO
	H - EXTENSION TERRITORIAL:	
	I - GASTOS MEDICOS **	
	J - ACCIDENTES PERSONALES/ASIENTO DE VEHÍCULO	L.
	J1 - INDEMNIZACION POR PERDIDA ACCIDENTAL L. DE LA VIDA **	L.
	J2 - INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	AMPARADO
	* POR DOS O MAS PERSONAS EN UN SOLO ACCIDENTE	
	** POR UNO SOLO Y UNA SUMA MAXIMA POR TODOS	
	SUMA ASEGURADA TOTAL	L.

FIRMA AUTORIZADA

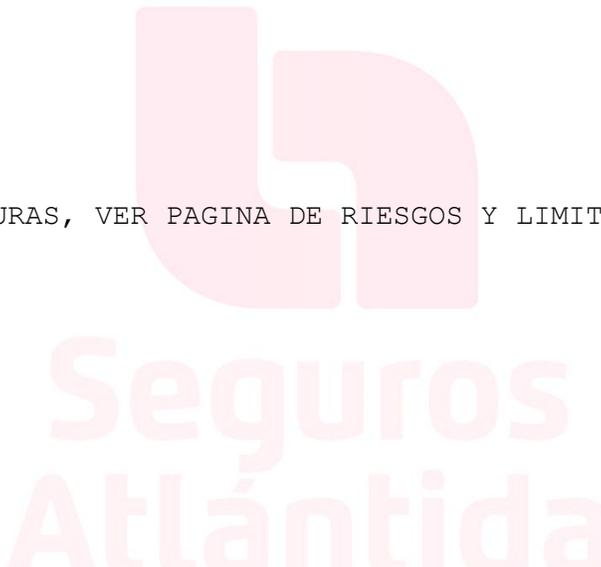
FIRMA AUTORIZADA

SEGURO DE AUTOMÓVILES
No. DE PÓLIZA: XX – XX -XXXX
No. DE ENDOSO: X

DETALLE DE DEDUCIBLES Y COASEGUROS

UNIDAD:	CONTRATO:	BIEN:	
TIPO:	MARCA:		
MODELO:	AÑO:		
COLOR:	No. PLACAS:		
No. CHASIS:	No. MOTOR:		
COB.	DEDUCIBLES	IMP. MIN. DEDUC	COASEGURO
A %			%
B1			%
B2			%
B3			%
C			
D			
E			%
G %			%
H			
I			
J1			
J2			

PARA DETALLE DE COBERTURAS, VER PAGINA DE RIESGOS Y LIMITES DE RESPONSABILIDAD



FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA

SEGURO DE AUTOMÓVILES
No. DE PÓLIZA: XX – XX -XXXX
No. DE ENDOSO: X



FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA

SEGURO DE AUTOMÓVILES
No. DE PÓLIZA: XX – XX -XXXX
No. DE ENDOSO: X

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.	0.00
Costo de Fraccionamiento:	L.	0.00
Prima Total	L.	0.00

Detalle de pagos

No. de Pago x	Fecha de Vencimiento xx/xx/xxxx	Prima Total L. *****
No. de Pago x	Fecha de Vencimiento xx/xx/xxxx	Prima Total L. *****
No. de Pago x	Fecha de Vencimiento xx/xx/xxxx	Prima Total L. *****

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

De no cumplir el Asegurado con la forma de pago convenida, la Aseguradora procederá según lo dispuesto en el Artículo 1133 del Código de Comercio, que establece un plazo de 15 días después del requerimiento de pago para hacer efectivo el saldo, caso contrario quedarán en suspenso los efectos de la póliza, rescindiéndose el contrato 10 días después del plazo mencionado. En todo caso, la Aseguradora tendrá derecho a percibir la prima devengada por el periodo transcurrido de vigencia aplicándose tarifa de corto plazo y podrá exigir el pago mediante la vía ejecutiva.

Si el incumplimiento del Asegurado fuese con el primer pago, no habrá pacto en contrario y el contrato se resolverá de conformidad con la cláusula "Pago de Prima" de las condiciones generales de la póliza.

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 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 20XX.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA