

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES- DOLARES

CONDICIONES PARTICULARES

POLIZA No. :

DIRECCIÓN :

R.T.N.:

TELEFONO:

CORREO ELECTRONICO:

PERSONA CUBIERTA AL SEGURO

	D.N.I	Fecha de Nacimiento
Titular	Nombre	

Tipo: Renovación /Póliza nueva:

Moneda USD:

VIGENCIA DE LA POLIZA: DESDE:

HASTA:

FORMA DE PAGO :

VALOR DE LA PRIMA \$:

COBERTURAS AMPARADAS:

COBERTURA BÁSICA		SUMA ASEGURADA \$
MUERTE ACCIDENTAL		

COBERTURAS ADICIONALES	DEDUCIBLE	SUMA ASEGURADA \$
DESMEMBRACION ACCIDENTAL - DÓLARES		
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD PERMANENTE O PARCIAL -Dólares		
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE- DÓLARES		
REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE		
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE		
MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PRIVADO -DÓLARES		
RENTA ADICIONAL MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO TITULAR – Dólares		
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN -Dólares		
ENFERMEDADES GRAVES		
INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE		

En Fe de lo cual PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY HONDURAS S.A., firma y sella en la ciudad de Tegucigalpa M.D.C a los xx días del mes de xx del año xxx

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL GERENTE GENERAL