

# EMISIÓN

## SEGURO COLECTIVO DE SALDO DEUDOR DE TARJETAHABIENTES

EMITIDO EN LEMPIRAS

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

AGENTE:  
TELEFONO:

## VIGENCIA DE LA POLIZA

**DESDE:** 31/12/2021 **HASTA:** 31/12/2022 ~ 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.	0.00
Prima:	L.	0.00
Gastos De Emisión:	L.	0.00
I.S.V.:	L.	0.00
<b>Prima Total:</b>	<b>L.</b>	<b>0.00</b>

QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE EL ASEGURADO Y SEGUROS ATLANTIDA. 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 XXXXXX de 20XX.

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA

I N C I S O :

D I R E C C I O N :

P A I S : H O N D U R A S

M U N I C I P I O :

D E P A R T A M E N T O :

C O L O N I A :

\* \* \* O B J E T O D E S E G U R O : \* \* \*  
COBERTURA SUMA ASEGURADA  
- COBERTURA BASICA: FALLECIMIENTO L.  
- ANTICIPO POR INVALIDEZ O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE AMPARADO

SUMA ASEGURADA

L .

SUMA ASEGURADA TOTAL

L .

---

FIRMA AUTORIZADA

---

FIRMA AUTORIZADA

**CONDICIONES ESPECIALES**



\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA

## 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:	<b>L.</b>	<b>0.00</b>
Costo de Fraccionamiento:	<b>L.</b>	<b>0.00</b>
Prima Total	<b>L.</b>	<b>0.00</b>

### 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 póliza.

En fe de lo cual se firma y sella el presente anexo, en Tegucigalpa, M.D.C., a los XX días del mes de XXXXX de 20XX.

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA