

CONDICIONES PARTICULARES

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES ADULTO MAYOR

Póliza No.:		Endoso No.:		Tipo:	
Vigencia:	días	Desde:	12:00 Horas.	Hasta:	12:00 Horas.

DATOS GENERALES

Asegurado:	Identificación No.:
Dirección:	
Teléfonos:	Correo:
Beneficiario:	

Seguros LAFISE Honduras, S. A., denominada en adelante “La Aseguradora”, del domicilio de Tegucigalpa, M.D.C, Honduras, C.A., y {nombre del asegurado} denominado en adelante “EL ASEGURADO”, hemos convenido en la celebración del presente contrato de seguro. La Póliza de Seguro aquí mencionada, está constituida por los documentos indicados en la cláusula primera de las Condiciones Generales y por las Condiciones Particulares, que se adhieren y forman parte integrante del Seguro de Accidentes Personales Adulto Mayor de la presente Póliza.

Factor Cambio:

Moneda:

Se aplicará todo lo establecido en la cláusula No. 1 Coberturas de las Condiciones Generales

Coberturas	Suma Asegurada	% Deducible	Monto Deducible
Muerte Accidental			
Indemnización por Fracturas			
Indemnización por Quemaduras de Segundo o Tercer Grado			

DATOS DE LA PÓLIZA

Fecha de Emisión:	Recibo No.	Suma Asegurada Total:
Moneda:	Factor Cambio:	Prima Bruta:
Forma de Pago:	No. De Cuotas	Recargo:
Datos del Intermediario de Seguros		Descuento:
Nombre:		Prima Neta:
Dirección:		15% Impuesto sobre Ventas:
Teléfonos:		Gastos de Emisión:
Correo:		PRIMA TOTAL ANUAL:

FRACCIONAMIENTO DE PRIMA

La prima y gastos descritos en las condiciones particulares de la Póliza, han sido calculado con base en el período de vigencia solicitado por el Contratante. La prima deberá pagarse en el momento de celebración del Contrato, no obstante por el presente Anexo se conviene entre el Contratante y la Compañía, modificar el pago de la prima de la siguiente forma:

No. Cuota	Fecha de Vencimiento	Prima Neta	Impuesto sobre Ventas	Gastos de Emisión	Prima Total

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES ADULTO MAYOR

Póliza No.:		Endoso No.:		Tipo:	
Vigencia:	días	Desde:	12:00 Horas.	Hasta:	12:00 Horas.

Si la forma de pago aquí convenida no fuere cumplida por el Contratante, la Compañía procederá al tenor de lo prescrito en el artículo 1133 del Código de Comercio. El incumplimiento de la forma de pago convierte automáticamente el seguro contratado a corto plazo si la Compañía hubiere percibido pago parcial de la prima, aplicándose la tarifa respectiva para establecer el período de vigencia.

No obstante el convenio de pagos fraccionados arriba indicado de la prima anual, la Compañía se reserva el derecho de exigir el pago total del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial, amparado conforme las Condiciones Generales de la Póliza.

BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	PORCENTAJE
Total Porcentaje de Designación		

Estamos para servirle a través de nuestros canales:

- **Presencial:** En nuestras oficinas a nivel nacional en Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba, Choluteca y Comayagua.
- **PBX:** (504) 2237-4000 ext. 10900.
- **WhatsApp:** (504) 3300-4040
- **Correo:** servicioalcliente@seguroslafise.hn
- **Sitio Web:** www.lafise.com/slh

Forman parte de esta Póliza las condiciones generales de la póliza.

En fe de lo cual se firma el presente documento en la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma Autorizada

Firma Autorizada