

SEGURO DE CASCO MARITIMO

No. DE PÓLIZA:

No. DE ENDOSO:

Página 1 de n

EMISIÓN

SEGURO DE CASCO MARITIMO

EMITIDO EN LEMPIRAS

ASEGURADO/CONTRATANTE:

IDENTIDAD/RTN:

DIRECCION:

TELEFONO(S):

COLONIA:

MUNICIPIO:

DEPARTAMENTO:

TIPO DE OPERACION:

AGENTE:

TELEFONO:

VIGENCIA DE LA POLIZA

DESDE: XX/XX/2019

HASTA: XX/XX/2019

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 Condiciones 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 Gravada:	L.	0.00
Prima Exenta:	L.	0.00
Prima Comercial:	L.	0.00
Gastos De Emisión:	L.	0.00
I.S.V.:	L.	0.00
Prima Total:	L.	0.00

QUEDA ENTENDIDO Y ACORDADO QUE EL ASEGURADO Y SEGUROS ATLANTIDA, S.A. HAN LEIDO LAS CONDICIONES GENERALES, CONDICIONES PARTICULARES Y ENDOSOS QUE FORMAN PARTE DE ESTA PÓLIZA. EN FE DE LO CUAL SE FIRMA EN HONDURAS HOY, xx de xxxx de 2019.

FIRMA AUTORIZADA

SEGUROS ATLANTIDA



SEGURO DE CASCO MARITIMO

No. DE PÓLIZA:

No. DE ENDOSO:

Página 2 de n

RIESGOS CUBIERTOS Y LIMITES DE RESPONSABILIDAD

INCISO:

PAIS:

MUNICIPIO:

DESCRIPCION:

DIRECCION:

DEPARTAMENTO:

COLONIA:

*** OBJETO DE SEGURO: CASCO MARÍTIMO ***

COBERTURA

SUMA ASEGURADA

- COBERTURA BÁSICA
DAÑO DIRECTO AVERÍA PARTICULAR
PÉRDIDA TOTAL
INCENDIO EN TIERRA O EN MUELLE

L. .00
AMPARADO
AMPARADO
AMPARADO

SUMA ASEGURADA

L. .00

SUMA ASEGURADA TOTAL

L. .00

FIRMA AUTORIZADA

GERENCIA GENERAL

ORIGINAL



SEGURO DE CASCO MARITIMO

No. DE PÓLIZA:

No. DE ENDOSO:

Página 3 de n

LISTADO DE DEDUCIBLES



FIRMA AUTORIZADA

GERENCIA GENERAL



SEGURO DE CASCO MARITIMO

No. DE PÓLIZA:

No. DE ENDOSO:

Página 4 de n

CONDICIONES PARTICULARES



SEGURO DE CASCO MARITIMO

No. DE PÓLIZA:

No. DE ENDOSO:

Página 5 de n

RESUMEN DE CLAUSULAS



SEGURO DE CASCO MARITIMO

No. DE PÓLIZA:

No. DE ENDOSO:

Página 6 de n

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.

Costo de Fraccionamiento: L.

Prima Total L.

Detalle de pagos

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 quince (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 diez (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 sexta 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 2019.

FIRMA AUTORIZADA

GERENCIA GENERAL

