Seguros Atlántida

Edificio SONISA, Costado Este Plaza Bancatlan
Apto. 3373, Tegucigalpa, Honduras, C.A.
Tel (504) 2232-4014/2280-0007 Fax (504) 2232-3688/2239-9960

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL**
**No. DE PÓLIZA:**
**No. DE ENDOSO:**



# EMISIÓN
# SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

**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/20xx **HASTA:** xx/xx/20xx 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. |
| **Prima Gravada:** | L. |
| **Prima Exenta:** | L. |
| **Prima Comercial:** | L. |
| **Gastos De Emisión:** | L. |
| **I.S.V.:** | L. |
| **Prima Total:** | L. |

**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, X de XX de 20XX.**

**FIRMA AUTORIZADA**

**SEGUROS ATLANTIDA**

Seguros Atlántida

Edificio SONISA, Costado Este Plaza Bancatlan
Apto. 3373, Tegucigalpa, Honduras, C.A.
Tel (504) 2232-4014/2280-0007 Fax (504) 2232-3688/2239-9960

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL**
**No. DE PÓLIZA:**
**No. DE ENDOSO:**



## RIESGOS CUBIERTOS Y LIMITES DE RESPONSABILIDAD

INCISO:

DIRECCIÓN:

PAÍS: DEPARTAMENTO:
MUNICIPIO: COLONIA:

**OBJETO DEL SEGURO: RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRACONTRACTUAL**

| COBERTURA | SUMA ASEGURADA |
|---|---|
| -COBERTURA BÁSICA RESPONSABILIDAD CIVIL INMUEBLES Y ACTIVIDADES | L. |
| SUMA ASEGURADA | L. |
| SUMA ASEGURADA TOTAL | L. |

FIRMA AUTORIZADA

SEGUROS ATLANTIDA

Seguros Atlántida

Edificio SONISA, Costado Este Plaza Bancatlan
Apto. 3373, Tegucigalpa, Honduras, C.A.
Tel (504) 2232-4014/2280-0007 Fax (504) 2232-3688/2239-9960

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL**
**No. DE PÓLIZA:**
**No. DE ENDOSO:**



# LISTADO DE DEDUCIBLES

FIRMA AUTORIZADA

GERENCIA GENERAL

Seguros Atlántida

Edificio SONISA, Costado Este Plaza Bancatlan
Apto. 3373, Tegucigalpa, Honduras, C.A.
Tel (504) 2232-4014/2280-0007 Fax (504) 2232-3688/2239-9960

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL**
**No. DE PÓLIZA:**
**No. DE ENDOSO:**



## CONDICIONES PARTICULARES

Seguros Atlántida

Edificio SONISA, Costado Este Plaza Bancatlan
Apto. 3373, Tegucigalpa, Honduras, C.A.
Tel (504) 2232-4014/2280-0007 Fax (504) 2232-3688/2239-9960

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL**
**No. DE PÓLIZA:**
**No. DE ENDOSO:**



# RESUMEN DE CLÁUSULAS

Seguros Atlántida

Edificio SONISA, Costado Este Plaza Bancatlan
Apto. 3373, Tegucigalpa, Honduras, C.A.
Tel (504) 2232-4014/2280-0007 Fax (504) 2232-3688/2239-9960

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL**
**No. DE PÓLIZA:**
**No. DE ENDOSO:**



# 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 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 No. 8 "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 x días del mes de xxxx de 20xx.

**FIRMA AUTORIZADA**

**GERENCIA GENERAL**