Compañía de Seguros

SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

CONDICIONES PARTICULARES

(Diseñado en base a las condiciones negociadas con el Contratante)

Que se agregan y forman parte de la póliza:

ASSA – Seguro de Accidentes Personales	**No.**	

Contratante:	

Contribución:
Seguro de Accidentes Personales

Vigencia	**Desde:**		**Hasta:**		**12:00 del meridiano**

Queda entendido y convenido que los términos y condiciones descritos a continuación forman parte integral de la póliza de **Seguro de Accidentes Personales**.

Elegibilidad. Serán elegibles para pertenecer al grupo asegurado, los empleados activos y permanentes, detallados en las siguientes categorías:

Categoría	Descripción
CLASE I	(Describa las características de la categoría de empleados)
CLASE II	(Describa las características de la categoría de empleados)

CUADRO DE BENEFICIOS – SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES		
Coberturas	Características y/o Condiciones	Características y/o Condiciones
	CLASE I	**CLASE II**
Cobertura Básica: 1. Fallecimiento por accidente	SUMA ASEGURADA	SUMA ASEGURADA

COMISION NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS
DEPARTAMENTO DE REGISTROS PUBLICOS

Compañía de Seguros

Coberturas Adicionales: 1. Cobertura de Desmembramiento Accidental. 2. Cobertura de Renta por Incapacidad Total y Permanente por Accidente 3. Cobertura de Exención del Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente. 4. Incapacidad Temporal por Accidente. 5. Auxilio de Gastos Fúnebres. 6. Otras según negociación		
Servicios de Asistencia: 1. Asistencia Médica en caso de Asistencia Laboral. 2. Servicio de Asistencia Funeraria 3. Servicio de Asistencia Odontológica.		

RIESGOS CUBIERTOS: (detalle de coberturas de acuerdo al cuadro de beneficios negociado con el Contratante).

ASPECTOS GENERALES: (de Acuerdo las Condiciones negociadas con el Contratante).

Aplican los demás términos y condiciones descritas en las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales Las cuales puede solicitar al correo servicioalclienteHN@assanet.com en formato electrónico.

Tegucigalpa, M.D.C. _____de _____ del 20____.

FIRMA AUTORIZADA **FIRMA AUTORIZADA**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 72/29-11-2019

Compañía de Seguros

Edificio Los Castaños
4to piso Colonia San
Carlos, BL Morazán
Tegucigalpa, Honduras

Teléfono (504) 2202-8300
Fax: (504) 2239-9169

RTN 08019013555048

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Póliza:

Póliza:
Endoso:
Fecha:
Plan: **Tipo de Producción:** DI

Asegurado / Contratante:

Datos personales:
RTN:
Teléfono:

Celular:
Apdo.:
Email:

Dirección:

Vigencia de la póliza:
Desde:
Hasta:

Hora Oficial: 12:00 Meridiano

Total de Unidades Aseguradas: **Ver Listado Adjunto**

COBERTURAS	**PRIMA**
Muerte Accidental	0.00
Desmembramiento Accidental	0.00
Renta por incapacidad Total y Permanente por Accidente	0.00
Exención del Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente	0.00
Incapacidad Temporal por Accidente	0.00
Auxilio de Gastos Fúnebres	0.00
	0.00

Prima: $ 0.00

Total a Pagar

Frecuencia de Pago	Forma de Pago	Día de Pago	Pago Mensual

Asegurado/Contratante

Firma Autorizada

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No. 72/29-11-2019.

COMISION NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS
DEPARTAMENTO DE REGISTROS PÚBLICOS