

SEGURO VIDA COLECTIVO PARA
EXTRAFINANCIAMIENTO TARJETAHABIENTES
CONDICIONES PARTICULARES

Póliza:

DATOS GENERALES					
Contratante.:			Tipo:		
Vigencia:	días	Desde:	12:00 Horas	Hasta:	12:00 Horas.
Dirección:					

SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A., denominada en adelante "LA COMPAÑÍA", con domicilio de Tegucigalpa, Honduras, C.A. y _____, denominado en adelante "EL CONTRATANTE", hemos convenido en la celebración del presente contrato de seguros, hasta las Sumas Aseguradas y Riesgos indicados a continuación:

Moneda:

ESPECIFICACIONES DE COBERTURAS AMPARADAS	Suma Asegurada Total
Muerte por Cualquier causa. (Cobertura Básica)	Amparada
Pago de Suma Asegurada en caso de Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad (Cobertura Opcional)	

Total Certificados	0
Suma Asegurada Total	L. 0.00
Prima Total	L. 0.00

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.63/28-11-2019



**SEGURO VIDA COLECTIVO PARA
EXTRAFINANCIAMIENTO TARJETAHABIENTES
CONDICIONES PARTICULARES**

Póliza:

CONDICIONES PARTICULARES

I. RIESGOS CUBIERTOS:

1.- Muerte por Cualquier causa: Bajo ésta cobertura la Compañía se obliga a pagar al Contratante el saldo insoluto que corresponde al extrafinanciamiento otorgado al Asegurado o Tarjetahabiente a la fecha de fallecimiento de éste, siempre que su certificado y el crédito adicional se encuentren vigentes y la póliza se encuentre en vigor.

2.- Pago de Suma Asegurada en Caso de Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad: La Compañía conviene en pagar al Contratante, la suma asegurada correspondiente a la Cobertura Básica, en un solo y único pago, cuando a consecuencia de un accidente o enfermedad, el Asegurado o Tarjetahabiente adquiera un estado de invalidez de forma total y permanente, siempre que su certificado y Suma Asegurada se encuentren en vigor, a partir del otorgamiento del extrafinanciamiento. Dicho pago se hará efectivo al Contratante a partir de la fecha en que sea admitida por la Compañía, después de obtener las pruebas de la existencia de la incapacidad total y permanente.

Forman parte de esta Póliza las condiciones Generales y las Condiciones Particulares emitida(s)

En fe de lo cual se firma la presente documento en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., a los xx días del mes de xxxx de 2019.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.63/28-11-2019

