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 PECUARIO
No. DE PÓLIZA:
No. DE ENDOSO:

EMISIÓN
SEGURO DE PECUARIO

EMITIDO EN LEMPIRAS

ASEGURADO/CONTRATANTE:
IDENTIDAD/RTN:
DIRECCION:
TELEFONO(S):
COLONIA:
MUNICIPIO:
DEPARTAMENTO:
TIPO DE OPERACION:

AGENTE: 216 OFICINA PRINCIPAL – 10
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.	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. HAN LEIDO LAS CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y ENDOSOS QUE FORMAN PARTE DE ESTA PÓLIZA. EN FE DE LO CUAL SE FIRMA EN HONDURAS HOY, xx de xxxx 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 PECUARIO
No. DE PÓLIZA:
No. DE ENDOSO:

RIESGOS CUBIERTOS Y LIMITES DE RESPONSABILIDAD

*** OBJETO DE SEGURO: SEGURO DE PECUARIO ***

COBERTURA		SUMA ASEGURADA
RIESGOS CUBIERTOS:		
POR MUERTE:		
-ACCIDENTE	L.	0.00
-ENFERMEDAD		AMPARADO
-SACRIFICIO FORZOSO		AMPARADO
SUMA ASEGURADA	L.	0.00

FIRMA AUTORIZADA

GERENCIA GENERAL

COMISIONADO NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS
DEPARTAMENTO DE REGISTROS PÚBLICOS
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO
TEGUCIGALPA, M.D.C. HONDURAS, C.A.

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 PECUARIO
No. DE PÓLIZA:
No. DE ENDOSO:

LISTADO DE DEDUCIBLES

FIRMA AUTORIZADA

GERENCIA GENERAL

COMISION NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS
DEPARTAMENTO REGISTROS PUBLICOS
DIRECCION DE USUARIOS

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 PECUARIO
No. DE PÓLIZA:
No. DE ENDOSO:

CONDICIONES PARTICULARES

Seguros Atlántida

COMISIÓN NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS
DEPARTAMENTO REGISTROS PÚBLICOS
UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO

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 PECUARIO
No. DE PÓLIZA:
No. DE ENDOSO:

RESUMEN DE CLÁUSULAS

Seguros Atlántida

COMISIÓN NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS
DEPARTAMENTO DE REGISTROS PÚBLICOS
PROTECCIÓN AL USUARIO

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 PECUARIO
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.**	**0.00**
Costo de Fraccionamiento:	**L.**	**0.00**
Prima Total	**L.**	**0.00**

Detalle de pagos

Total prima (incluye Costos de Fraccionamientos,
Gastos de Emisión e Impuestos) L. *******0.00
==========

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 (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 "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 XX días del mes de XXXX de 20XX.

FIRMA AUTORIZADA

GERENCIA GENERAL