

CONDICIONES PARTICULARES  
**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ASISTENCIA DE VIAJES**  
SPN-F.BS-

**Datos del Asegurado:**

No. de Póliza:

Nombres y Apellidos:

D.N.I. :

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Domicilio:

Teléfono:

Profesión y/o Ocupación:

Correo electrónico:

**Coberturas:****Suma Asegurada:**

- Muerte Accidental
- Asistencia de Viajes

**También se aplicarán las coberturas o beneficios del Anexo I de la Asistencia de Viajes**

Prima Anual : L.

Gastos de Emisión: L.

Recargo Fraccionamiento: L

Prima Total: L.

Total Asegurados en la Póliza

La emisión, firma debidamente autorizada, y sello de este Certificado más el pago de la prima correspondiente renueva la Póliza arriba referida por la vigencia aquí indicada, en sus condiciones Generales y Especiales, así como en todas las disposiciones vigentes a la terminación del periodo anterior

**Designación de Beneficiario en caso de fallecimiento:**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | DNI | Fecha de Nacimiento | Parentesco | Porcentaje |
|-----------------|------------------|---------------|----------------|-----|---------------------|------------|------------|
|                 |                  |               |                |     |                     |            |            |
|                 |                  |               |                |     |                     |            |            |

**Vigencia:****Desde:****a las 00:00 horas****Importante:**

Conforme al artículo 1141 y 143 del Código de Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo. La omisión en las declaraciones, inexactitud o falsedad de éstas respecto de los hechos que se preguntan, origina la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en estas declaraciones.

En fe de lo cual, se firma el presente Certificado en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras a los \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

**Firma Autorizada**