

**EQUIDAD**

Compañía de Seguros S. A.

SEGURO DE VIDA PROTECCIÓN FAMILIAR CONDICIONES PARTICULARES

Equidad Compañía de Seguros, S.A. en adelante denominada "la Compañía" emite esta Póliza conforme al Plan de Seguro contratado, las Condiciones Generales y los Anexos adheridos a la misma, si hubiere, los cuales constituyen el Contrato de Seguro y con base al cual la Compañía garantiza la protección al Asegurado.

Asegurado:		Suma Asegurada: L.	
Domicilio:			
Edad:	DNI:	Sexo:	Profesión y/u Ocupación:
Póliza No.:	Vigencia: Desde		Hasta
Teléfono	Correo electrónico:		
Medio de contratación	Entidad financiera:		

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Muerte	
Adelanto de la suma asegurada en caso de Incapacidad Total y Permanente	
Gastos Fúnebres	
Coberturas Adicionales	
Muerte Accidental o Desmembramiento por Accidente	
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad	
Adelanto del 50% de la Suma Asegurada en Caso de Enfermedades Graves	
Gastos Fúnebres para Familiares Dependientes del Asegurado	
Asistencia Médica	
Ayuda Alimentaria	
Asistencia Funeraria	
Asistencia Repatriación	
Modalidad de pago de la prima _____ (mensual/ anual)	
Prima Comercial	

Beneficiario en caso de muerte del Asegurado

Nombre de Beneficiarios	DNI	Parentesco	Porcentaje Beneficio



EQUIDAD

Compañía de Seguros S. A.

Beneficiario Ayuda Alimentaria:

Nombre de Beneficiarios	DNI	Parentesco	Porcentaje Beneficio

Medio de Pago:

Débito automático a cuenta de: Ahorro Tarjeta de Crédito

En caso de algún problema con el cobro, para no afectar la cobertura se verificarán las cuentas de ahorro que mantiene activas a su nombre dentro de _____ para hacer el débito correspondiente.

La forma de pago de la prima convenida es por adelantado, por lo que, la falta de pago por no disponibilidad de saldo en la cuenta de ahorro o tarjeta de crédito, una vez vencido el período de gracia (30 días), generará la terminación automática de este seguro.

Certificación:

1. Equidad Compañía de Seguros S.A. ha aceptado la inclusión de la persona a quien como Asegurado se emite esta Póliza. La vigencia de este seguro será anual, efectiva a partir de la fecha y hora de su emisión, la misma se renovará automáticamente.
2. Equidad Compañía de Seguros S.A. al recibo de las pruebas fehacientes de la ocurrencia del siniestro durante la vigencia del seguro, pagará al Asegurado o a los beneficiarios designados el valor de la suma asegurada contratada.

En fe de lo cual, se firma la presente Póliza en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras a los ____ de _____ de _____.

Firma Autorizada