

CONDICIONES PARTICULARES SEGURO DE VIDA COLECTIVO

Póliza Maestra No.: _____ **Endoso No.:** _____ **Tipo:** _____
Vigencia: _____ días **Desde:** _____ 12:00 Horas. **Hasta:** _____ 12:00 Horas.

DATOS GENERALES

Contratante: _____ **Identificación No.:** _____
Dirección: _____
Teléfonos: _____ **Correo:** _____
Beneficiario: _____

Seguros LAFISE Honduras, S. A., denominada en adelante “**La Aseguradora**”, del domicilio de Tegucigalpa, M.D.C, Honduras, C.A., y _____ denominado en adelante “**EL CONTRATANTE**”, hemos convenido en la celebración del presente contrato de seguro.

Factor Cambio: _____ **Moneda:** _____

Coberturas	Suma Asegurada
Muerte por cualquier causa (Cobertura Básica)	
Beneficios Adicionales a la Cobertura Básica sin pago de prima:	
- Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Funerarios	AMPARADA
- Anticipo de suma Asegurada por Enfermedad Terminal	AMPARADA
- Anticipo de Suma Asegurada para Gastos de Repatriación de Restos Mortales	AMPARADA
Coberturas contratadas por medio de convenio expreso y pago de prima adicional:	
Muerte Accidental, Desmembramiento y Pérdida de la Vista Accidental	AMPARADA / EXCLUIDA
Muerte Accidental Calificada	AMPARADA / EXCLUIDA
Pago Anticipado de Capital Asegurado por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente	AMPARADA / EXCLUIDA
Pago Adicional por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente	AMPARADA / EXCLUIDA
Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente	AMPARADA / EXCLUIDA
Gastos Fúnebres	AMPARADA / EXCLUIDA
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	AMPARADA / EXCLUIDA
Desempleo o Incapacidad Temporal	AMPARADA / EXCLUIDA
Asistencia Funeraria	AMPARADA / EXCLUIDA
Asistencia de Repatriación de Restos Mortales	AMPARADA / EXCLUIDA
Asistencia Salud	AMPARADA / EXCLUIDA

DATOS DE LA PÓLIZA

Fecha de Emisión:	Recibo No.	Total Certificados:
Moneda:	Factor Cambio:	Suma Asegurada Total:
Forma de Pago:	No. De Cuotas	Prima Bruta:
		Recargo:
		Descuento:
Datos del Intermediario de Seguros		Prima Neta:
Nombre:		15% Impuesto sobre Ventas:
Dirección:		Gastos de Emisión:
Teléfonos:		PRIMA TOTAL ANUAL:
Correo:		

**CONDICIONES PARTICULARES
SEGURO DE VIDA COLECTIVO**

Póliza Maestra No.:	Endoso No.:	Tipo:
Vigencia: días	Desde: 12:00 Horas.	Hasta: 12:00 Horas.

DESCRIPCION DE CONDICIONES PARTICULARES**FRACCIONAMIENTO DE PRIMA**

La prima y gastos descritos en las condiciones particulares de la Póliza, han sido calculado con base en el período de vigencia solicitado por el Contratante. La prima deberá pagarse en el momento de celebración del Contrato, no obstante por el presente Anexo se conviene entre el Contratante y la Compañía, modificar el pago de la prima de la siguiente forma:

No. Cuota	Fecha de Vencimiento	Prima Neta	Impuesto sobre Ventas	Gastos de Emisión	Prima Total

Si la forma de pago aquí convenida no fuere cumplida por el Contratante, la Compañía procederá al tenor de lo prescrito en el artículo 1133 del Código de Comercio. El incumplimiento de la forma de pago convierte automáticamente el seguro contratado a corto plazo si la Compañía hubiere percibido pago parcial de la prima, aplicándose la tarifa respectiva para establecer el período de vigencia.

No obstante el convenio de pagos fraccionados arriba indicado de la prima anual, la Compañía se reserva el derecho de exigir el pago total del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial, amparado conforme las Condiciones Generales de la Póliza.

Estamos para servirle a través de nuestros canales:

- **Presencial:** En nuestras oficinas a nivel nacional en Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba, Choluteca y Comayagua.
- **PBX:** (504) 2237-4000 ext. 10900.
- **WhatsApp:** (504) 3300-4040
- **Correo:** servicioalcliente@seguroslafise.hn
- **Sitio Web:** www.lafise.com/slh

Forman parte de esta póliza las Condiciones Generales de Seguro de Vida Colectivo.

En fe de lo cual se firma el presente documento en la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma Autorizada

Firma Autorizada