

## SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL CON ASISTENCIA DE REPATRIACION “MI TIERRA CATRACHA” CONDICIONES PARTICULARES

<b>Póliza No.:</b>		<b>Endoso No.:</b>	
<b>Vigencia:</b>	<b>días</b>	<b>Desde:</b>	<b>Hasta:</b>
		12:00 Horas.	12:00 Horas.

DATOS GENERALES	
<b>Asegurado:</b>	<b>Identificación No.:</b>
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfonos:</b>	<b>Correo:</b>

**Seguros LAFISE Honduras, S. A.**, denominada en adelante “**La Aseguradora**”, del domicilio de Tegucigalpa, M.D.C, Honduras, C.A., y **{nombre del asegurado}** denominado en adelante “**EL ASEGURADO**”, hemos convenido en la celebración del presente contrato de seguro. La Póliza de Seguro aquí mencionada, está constituida por los documentos indicados en la cláusula primera de las Condiciones Generales y por las Condiciones Particulares, que se adhieren y forman parte integrante del Seguro de Accidentes Personales Adulto Mayor de la presente Póliza.

Factor Cambio:	Moneda:
<b>Coberturas y Beneficios</b>	<b>Suma Asegurada</b>
Muerte por cualquier causa - natural o accidental del Asegurado	
Asistencia de Repatriación de Restos Mortales.	

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

### BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA

Nombre Completo	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
<b>Total Porcentaje de Designación</b>			

### BENEFICIARIO DEL SERVICIO DE REPATRIACIÓN

Nombre Completo	No. Identificación	Parentesco

**SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL  
CON ASISTENCIA DE REPATRIACION “MI TIERRA CATRACHA”  
CONDICIONES PARTICULARES**

<b>Póliza No.:</b>		<b>Endoso No.:</b>		<b>Tipo:</b>	
<b>Vigencia:</b>	<b>días</b>	<b>Desde:</b>	12:00 Horas.	<b>Hasta:</b>	12:00 Horas.

**CONDICIONES ESPECIALES**

**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) 2276-1717 ext. 10900.
- **WhatsApp:** (504) 3300-4040
- **Correo:** servicioalcliente@seguroslafise.hn
- **Sitio Web:** www.lafise.com/slh

Forman parte las condiciones generales de la póliza y Anexo de Condiciones de Servicio de Asistencia de Repatriación.

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**