

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES BANCASEGURO

PÓLIZA/SUPLEMENTO:

No. Póliza/Suplemento

DATOS GENERALES DE LA PÓLIZA

Fecha de Emisión:	DD/MM/AAAA	Certificado No.:	Certificado No.:
Lugar de Emisión:	Lugar de Emisión		
Fecha de Inicio de Vigencia:	DD/MM/AAAA a las xxxx		
Fecha de Vencimiento:	DD/MM/AAAA a las xxxx		
Moneda:	Lempiras/Dólares		
Nombre del Agente:	Nombre del Agente	Código del Agente:	Código del Agente

PRODUCTO Y MODALIDAD

Nombre Producto:	Nombre Producto	Modalidad:	Modalidad
Módulo:	Módulo		

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Condiciones Generales No. Disponibles en	Código Condiciones Gen... página web	 Escanea el código QR para conocer las Condiciones Generales de tu póliza.	
Motivo del Suplemento:	Motivo Suplemento	Fecha Efectiva Suplemento:	DD/MM/AAAA a las xx:xx

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre Completo/Razón Social:	Nombres/Razón Social	Tipo y Número de Documento:	RTN 12345678901234
Domicilio Habitual:	Domicilio Habitual		
Email:	Email	Celular:	Celular
Medio de envío de correspondencia:	Medio de envío de correspondencia	Fecha de Alta:	DD/MM/AAAA a las :

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo/Razón Social:	Nombres/Razón Social	Tipo y Número de Documento:	RTN 12345678901234
Fecha de Nacimiento:	DD/MM/AAAA	Sexo:	Sexo
Domicilio Habitual:	Domicilio Habitual		
Email:	Email	Celular:	Celular
Medio de envío de correspondencia:	Medio de envío de correspondencia	Fecha de Alta:	DD/MM/AAAA a las :

OTROS DATOS DEL ASEGURADO

Edad Actuarial:	Edad Actuarial	Edad al Finalizar:	Edad al Finalizar
Ocupación Profesional:	Ocupación Profesional	Tipo de Empleo:	Tipo de Empleo
Actividad de la empresa:	Actividad de la empresa		
Zurdo:	Si/No		

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nombre Completo/Razón Social	Tipo y Número de Documento	Relación	%	Tipo de Beneficiario
Nombres/Razón Social	RTN 12345678901234	Relación		Tomador/Contratante
Nombres/Razón Social	RTN 12345678901234	Relación		Beneficiario nombrado
Nombres/Razón Social	RTN 12345678901234	Relación		Beneficiario de contingencia
Nombres/Razón Social	RTN 12345678901234	Relación		Tutor Legal

DATOS DEL CESIONARIO/ENDOSATARIO

Razón Social:	Razón Social
---------------	--------------

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 31/27/04-2022

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 48/30/10-2025

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

0

PÓLIZA/SUPLEMENTO:

No. Póliza/Suplemento

COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

COBERTURA BASICA		Suma Asegurada	Deductible
1.Muerte Accidental			
COBERTURAS ADICIONALES			
2.Pago Anticipado de Capital Asegurado por Incapacidad Total y Permanente.(PACA)			
3.Renta diaria por Hospitalización			
4.Gastos Medicos en caso de accidente			

DETALLE DE LA PRIMA

Prima Neta:	Prima Neta	Forma de Pago:	Forma de Pago
Recargos/Descuentos:	Recargos/Descuentos	Plan de Pago:	Plan de Pago
Prima sin Impuesto:	Prima sin Impuesto		
Impuesto:	Impuesto		
Gastos de Emisión:	Gastos de Emisión		
Prima del Suplemento:	Prima del Suplemento	Prima Anual Total:	Prima Anual Total

CLÁUSULAS**APLICABLES A LA PÓLIZA**

Código Descripción de la Cláusula

Código Descripción de la Cláusula

APLICABLES AL RIESGO ASEGURADO

Código Descripción de la Cláusula

Código Descripción de la Cláusula

TEXTO DE LAS CLÁUSULAS

Código Descripción de la Cláusula

Texto de la Cláusula

Código Descripción de la Cláusula
Texto de la Cláusula



MAPFRE Seguros Honduras S.A., denominada en adelante "LA COMPAÑÍA", con domicilio en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras y el contratante arriba indicado quien en lo sucesivo se denominará "EL ASEGURADO", convienen en asegurar el riesgo que a continuación se describe, de conformidad con los términos y condiciones del presente contrato y sujeto a las declaraciones contenidas en la solicitud del seguro, documento base de la póliza. En testimonio de lo cual, la compañía emite la presente póliza, en la ciudad de CIUDAD, República de Honduras a los XX días del mes de XXXXXX del año XXXX

MAPFRE Honduras
Torre Morazán, Torre 1, Piso 18
Tegucigalpa, Honduras
Tel. 2262-7373
www.mapfre.com.hn

FIRMA AUTORIZADA
Nombre de quien firma
Puesto de quien firma

Página xx de xx

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES



CONDICIONES ESPECIALES

PÓLIZA/SUPLEMENTO:

No. Póliza/Suplemento

DESCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO

Texto del documento

MAPFRE Honduras
Torre Morazán, Torre 1, Piso 18
Tegucigalpa, Honduras
Tel. 2262-7373
www.mapfre.com.hn

FIRMA AUTORIZADA
Nombre de quien firma
Puesto de quien firma

Página xx de xx

