

**SUPER SEGURO
CONDICIONES PARTICULARES**

Póliza No. :
Fecha de Emisión :
Concepto :
Moneda :
Tipo de Operación :

Vigencia de la Póliza

Desde
Hasta

Datos de Contratante | Asegurado

Contratante | Asegurado
Identidad RTN
Teléfono(s) Correo Electrónico
Dirección Domicilio
Dirección Cobro
Departamento Municipio Ciudad

Descripción De Coberturas

Cobertura: Suma Asegurada
XXXXXX

- Fallecimiento por Cualquier Causa
- Fallecimiento y Desmembración Accidental
- Suicidio
- Pago Anticipado de capital en caso de Incapacidad Total y Permanente

Rangos de Edad

- Edad Mínima de Ingreso: quince (15) años
- Edad Máxima de Ingreso: sesenta y cuatro (64) años
- Edad Máxima de Permanencia: noventa y nueve (99) años

Detalle de Prima

Prima neta
Gastos de Emisión
Prima Anual Total de Seguro

Forma de pago
Medio de pago

FIRMA AUTORIZADA

Datos del Intermediario

Nombre del Agente

Código de agente

Teléfono

Canal

Correo electrónico

MAPFRE Seguros Honduras, S.A., denominado 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 el seguro, documento base de la póliza.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite la presente póliza, en la Ciudad de: _____
República de Honduras, a los ____ días del mes de _____ del año _____

FIRMA AUTORIZADA