

**SEGURO DE SALDO DE DEUDA
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 Cobertura:

Suma Asegurada

Deducibles

Muerte Por Cualquier Causa

Beneficio de Anticipación de la suma asegurada por riesgo de Invalidez Total y Permanente.

Datos del Cesionario

El presente seguro esta cesionado:

A favor de

Hasta por

Detalle de Prima

Prima neta		Forma de pago	
Gastos de Emisión		Medio de pago	
Prima Anual Total de Seguro			

FIRMA AUTORIZADA**Datos del Intermediario**

Nombre del Agente		Canal	
Código de agente		Correo electrónico	
Teléfono			

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