

## SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO 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 Básica

- Muerte Accidental

Coberturas Adicionales: Mediante el pago de la prima adicional correspondiente:

### Rangos de Edad

- Edad Mínima de Ingreso: Quince (15) años
- Edad Máxima de Ingreso: Sesenta y cinco (65) años
- Edad Máxima de Permanencia: Setenta (70) años

La tasa a aplicar en la presente póliza es de XXX % mensual.

**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**