



**Seguros
Continental**
De la mano contigo

SEGURO DE VIDA COLECTIVO CONDICIONES PARTICULARES

Nombre del Contratante:

Póliza No.

DNI / RTN:

Dirección:

Número de Teléfono:

Correo Electrónico:

Vigencia:

Desde: ____ a las 12:00 PM.

Hasta: ____ a las 12:00 PM.

Suma Asegurada:

Prima Neta:

Impuesto:

Derechos de Emisión:

Prima Total:

Forma de Pago:

Seguros Continental, S.A. con domicilio en la ciudad de San Pedro Sula, República de Honduras, Centro América, que en lo sucesivo se denominará La Compañía, en consideración de las declaraciones contenidas en la Solicitud de seguro que constituye la base del presente contrato, formuladas por _____ llamado en adelante "El Contratante" con domicilio en _____, expide esta Póliza de **SEGURO DE VIDA COLECTIVO**, respaldando las coberturas mencionadas a continuación, hasta por los montos que se consignan frente a cada cobertura, de conformidad con las Condiciones Generales y Particulares que hacen parte integrante de ésta Póliza.

COBERTURA BASICA:

Cobertura Básica	Amparado/ No Amparado	Suma Asegurada
I) COBERTURAS BASICAS MUERTE POR CUALQUIER CAUSA La Compañía se obliga a cubrir la muerte por cualquier causa, excepto por los riesgos excluidos descritos en		



+504 2540-0016



+504 2540-0016
+504 2262-9201



servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn



Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según
Resolución Registro POL GPU No. 44/17-10-2025."



la presente póliza, de los miembros del grupo Asegurado que se describe en las Condiciones Particulares de esta Póliza, previa comprobación de la ocurrencia del siniestro, abonándole en dicho extremo, a los beneficiarios instituidos la indemnización prevista en los Certificados Individuales.

II) PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si un asegurado queda incapacitado total o permanentemente a causa de una enfermedad o accidente, que le impida desempeñar completamente cualquier ocupación con remuneración o ganancia, conforme la póliza y suministra debida prueba de que dicha incapacidad se ha manifestado, la Compañía pagará la suma asegurada de la póliza.

Esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, en cualquiera de los siguientes casos, lo que ocurra primero:

- a) Al pago de la totalidad de la suma asegurada de esta cobertura
- b) Por baja del asegurado del grupo asegurado
- c) Por terminación de la póliza

COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura Básica	Amparado/ No Amparado	Suma Asegurada
III) COBERTURAS ADICIONALES Mediante aceptación expresa y el convenio expreso de los límites de indemnización, así como el pago de la prima adicional correspondiente, la presente Póliza puede extenderse a solicitud del Contratante a cubrir los riesgos que a continuación se indican:		



Seguros Continental

De la mano contigo

a) Indemnización Adicional por muerte accidental o Desmembramiento (Anexo1).

b) Indemnización adicional por muerte accidental calificada (Anexo 2)

c) Reembolso de gastos médicos por accidente (anexo 3)

d) Exoneración de Pago de Prima por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente (Anexo 4).

e) Anticipo de suma asegurada por enfermedad terminal (Anexo 5)

f) Gastos Fúnebres (Anexo 6)

g) Repatriación (Anexo 7)

i) Ayuda alimentaria (anexo 8)

DEDUCIBLES:

Cobertura	Porcentaje o Valor

En testimonio de lo cual Seguros Continental, S.A. firma el presente en la ciudad de San Pedro Sula, Cortés, el día ____.

FIRMA EMISOR

FIRMA AUTORIZADA

+504 2540-0016

+504 2540-0016
+504 2262-9201

servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn

Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según
Resolución Registro POL GPU No. 44/17-10-2025."