

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		



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

servicioalcliente@segcon.hn

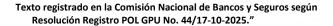


	De la mano contigo			
	la presente póliza, de los miembros del grupo			
	Asegurado que se describe en las Condiciones			
	Particulares de esta Póliza, previa comprobación de la			
	ocurrencia del siniestro, abonándole en dicho			
	extremo, a los beneficiarios instituidos la			
	indemnización prevista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

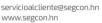
COBERTURAS ADICIONALES

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:		 -	
	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	Cobertura Básica No Amparado 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	Cobertura Básica No Amparado 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











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 e	en la d	ciudad
de San Pedro Sula,	Cortés, el día	·					

FIRMA AUTORIZADA



+504 2540-0016



+504 2540-0016 +504 2262-9201



servicioalcliente@segcon.hn www.segcon.hn



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