

Póliza: _____

TRABAJO SEGURO CONDICIONES PARTICULARES

Nombre del Asegurado:	
Fecha de nacimiento:	Documento Nacional de Identificación:
Sexo:	Edad:
Profesión:	Correo electrónico:
Nombre de la empresa donde labora:	Antigüedad:
Domicilio:	
Teléfono:	
Vigencia desde:	Vigencia hasta:

Coberturas	Suma Asegurada:
1. Desempleo involuntario	L.
2. Fallecimiento por causa de accidente	L.

Forma de pago:	Prima
1. Anual <input type="checkbox"/>	L.
2. Mensual <input type="checkbox"/>	L.

Condiciones de la cobertura de Desempleo Involuntario	
Número máximo de cuotas	3 meses
Deducible	30 días
Período de espera	90 días
Continuidad laboral	12 meses
Período activo mínimo	6 meses

Beneficiarios:		
Nombre completo	Parentesco	%

Beneficiarios contingentes		
Nombre completo	Parentesco	%

La Aseguradora pagará la suma indicada en cada cobertura, previa comprobación fehaciente de la ocurrencia del siniestro que ampara cada cobertura, ocurrida dentro del periodo de vigencia. El pago de la cobertura de Desempleo Involuntario será abonado únicamente al medio de pago indicado en la solicitud.

Seguros Atlántida, S.A. conviene en amparar a la persona asegurada de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, siempre y cuando la póliza y las presentes condiciones particulares de la póliza se encuentren en vigor al momento de ocurrir el riesgo cubierto.

La inscripción de las presentes condiciones particulares se hace de conformidad a las declaraciones del Asegurado y del Contratante. Las

presentes condiciones particulares de la póliza entrarán en vigor a partir de las 12:00 horas del día de inicio de vigencia de la Póliza, con término de un (1) año contado a partir de esta fecha y con renovación automática previo débito de la prima correspondiente, sujeto a las condiciones generales de la póliza.

En testimonio de lo cual, se emite la presente Póliza en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. a los xx del mes xxxx del 202x

Gerencia de Suscripción Personas

Gerencia General

