

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

PÓLIZA No. _____

1. Nombres y Apellidos del Asegurado: _____
2. Fecha de nacimiento del Asegurado: _____
3. Edad del Asegurado: _____
4. R.T.N _____ 5. Estado Civil: _____
6. Sexo M _____ F _____
7. Ocupación _____ 8. Teléfono casa y oficina: _____
9. Dirección: _____
10. Municipio: _____ 11. Departamento: _____
12. Fecha de Inicio Vigencia: _____ 13. Fecha de Fin Vigencia: _____
14. Correo Electrónico: _____
15. Fecha de Nacimiento: _____

CUADRO DE COBERTURAS

COBERTURA	NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE	PRIMA	PERIODICIDAD DE PAGO DE LA PRIMA

SERVICIOS ADICIONALES PARA DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO DEL FAMILIAR	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO

SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A. con domicilio en la Ciudad de Tegucigalpa, Honduras al recibir pruebas fehacientes de la ocurrencia del siniestro del Asegurado, pagará el importe de la(s) cobertura(s) que procedan de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza. La Póliza entra en vigor en la fecha de inicio arriba indicada. Las primas son pagaderas por el Asegurado al inicio de la vigencia en la periodicidad de pago contratada.

En testimonio de lo cual SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A. firma la presente Póliza en la Ciudad de Tegucigalpa, Honduras, el _____ de _____ del _____

SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.

Firma Autorizada