

**SEGURO PARA ENFERMEDADES GRAVES  
CERTIFICADO INDIVIDUAL DE COBERTURA**

SEGUROS CREFISA, S.A. del domicilio de Tegucigalpa, Honduras, denominada en adelante “La Compañía”, emite el presente Certificado de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares, prevaleciendo las últimas sobre las primeras y basándose en las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Contratante. El presente Certificado forma parte integrante de la póliza.

**1. CONTRATANTE:**

**2. TITULAR ASEGURADO**

		<i>NO. CERTIFICADO</i>		<i>NO. PÓLIZA</i>	
<i>Nombre y Apellido:</i>	<i>Cédula:</i>	<i>Fecha de Nacimiento:</i>	<i>Edad:</i>	<i>Sexo:</i>	
<i>Domicilio:</i>			<i>Teléfono:</i>		
<i>Profesión y/o Ocupación:</i>		<i>Correo electrónico</i>			

**3. PLAN CONTRATADO:**

**3.1 COBERTURA Y SUMA ASEGURADA**

<b>COBERTURA</b>	<b>SUMA ASEGURADA TITULAR</b>
Cobertura al Diagnóstico de las Enfermedades Graves incluidas en el condicionado particular por primera vez	
<b>PRIMA MENSUAL</b>	

**3.2 BENEFICIARIOS: El propio Asegurado titular de la póliza**

**4. OTRAS CONDICIONES:**

- a. Se deja expresa constancia que ninguna enfermedad distinta al Diagnóstico de Enfermedades Graves incluidas en el Condicionado Particular con cobertura en virtud de la presente póliza.
- b. La cobertura indicada tendrá un período de carencia de noventa (90) días contados desde la fecha de vigencia, indicada en el numeral 6. Así, la Compañía solo pagará los beneficios correspondientes por el diagnóstico de Enfermedades Graves incluidas en el Condicionado Particular ocurrido después de transcurrido dicho plazo y durante la vigencia de la presente póliza.
- c. En caso de que al Asegurado se le diagnostique Enfermedades Graves incluidas en el Condicionado Particular dentro del período de carencia establecido, la Compañía se limitará a devolver todas las primas pagadas bajo esta póliza, liberándose así la Compañía de la obligación de efectuar cualquier otro pago o prestar cualquier otro beneficio.
- d. Se deja expresamente establecido que esta cobertura no cubre ningún tipo de Enfermedad Grave incluidas en el Condicionado Particular diagnosticada o que haya

sido conocido con anterioridad a la fecha de vigencia del seguro, indicada en el numeral 6.

**5. DATOS DE PAGO:**

*Medio de Pago*

tarjeta de crédito

tarjeta de débito

**La fecha de vencimiento del pago de la prima es cada mes, el mismo día que inicia la vigencia de este seguro.**

**6. VIGENCIA**

*Desde:*

*a las*

*00:01horas*

En fe de lo cual, se firma el presente Certificado en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

**Firma Autorizada**