

SEGURO DAVIDA PROTECCIÓN CÁNCER CONDICIONES PARTICULARES

ASEGURADO
DOMICILIO

No. DE POLIZA:
No. DE EXPEDIENTE:
VIGENCIA DESDE:
VIGENCIA HASTA:
No. FACTURA:

Agente:

<i>Suma Asegurada</i>	<i>Prima Total</i>	<i>No. Pagos:</i>	
<i>Nacimiento</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo:</i>	<i>Plazo del Seguro</i>

COBERTURAS

Suma Asegurada

Beneficio Básico por Primer Diagnóstico de Cáncer
Beneficio Adicional por Gastos Funerarios
Servicio de Asistencia Psicológica

PROGRAMA DE PAGOS

Esta póliza cancela y reemplaza automáticamente una anterior de este mismo producto tomada por el mismo asegurado.
El NO PAGO de la prima o de sus fracciones dentro del plazo establecido, procede a la terminación de este Contrato de Seguros.

Firmado en Tegucigalpa, M.D.C. Republica de Honduras, C.A., en la Fecha de emisión y emitido por

FIRMA AUTORIZADA

DIRECTORA GENERAL DE SEGUROS