

Condiciones Particulares

SPN-F.BS-

SEGURO DE GASTOS MEDICOS POR CIRUGÍA No. SMH1 (número de póliza)

ASEGURADO:

DIRECCION DEL ASEGURADO:

VIGENCIA DESDE:

HASTA:

(AL MEDIO DIA)

Suma Asegurada: L

Prima Anual : L.
Gastos de Emisión: L.
Recargo Fraccionamiento: L.
Prima Total: L.

Total Asegurado en la Póliza No

Cobertura: (Según el Plan a Contratar)

Cubrirán los gastos médicos por una cirugía o intervención quirúrgica realizada al asegurado con fines terapéuticos o con el objetivo de retornar al estado completo de bienestar de la salud del asegurado a través de una incisión y/o laparoscopia o por medio de endoscopia por un cirujano, en un hospital autorizado, ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano y hospitalización mayor a veinticuatro (24) horas.

Asistencia: Cuidado Best Care por enfermedad y accidente.

La emisión, firma debidamente autorizada, y sello de este Certificado más el pago de la prima correspondiente renueva la Póliza arriba referida por la vigencia aquí indicada, en sus condiciones Generales y Especiales así como en todas las disposiciones vigentes a la terminación del periodo anterior.

En testimonio de lo cual, **INTERAMERICANA DE SEGUROS, SA** firma la presente en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., a los xx días del mes de xx del año 20xx.

Firma Autorizada_____
Gerente Seguro de Personas