



## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

### CONDICIONES PARTICULARES

#### Diseñado de acuerdo a las condiciones negociadas con el (Contratante)

Que se agregan y forman parte de la póliza:

ASSA – Seguro Colectivo de Gastos Médicos	No.
---	-----

Contratante:	
--------------	--

Contribución:	
Seguro Colectivo de Gastos Médicos	Empleado:
	Dependientes:

Vigencia	Desde:	Hasta:	12:00 del meridiano
----------	--------	--------	---------------------

Queda entendido y convenido que los términos y condiciones descritos a continuación forman parte integral de la póliza de **Seguro Colectivo de Gastos Médicos**.

#### **ELEGIBILIDAD:**

**Empleados Activos y Permanentes:** Serán elegibles para pertenecer al grupo asegurado, los empleados activos y permanentes al momento de iniciar la vigencia del seguro. Personas incapacitadas serán elegibles una vez recuperen su Salud y se reincorporen al trabajo activo.

**Dependientes Elegibles:** Estarán cubiertos bajo la póliza el Cónyuge e hijos solteros y reconocidos legalmente por el Asegurado, hijastros e hijos legalmente adoptados, que estudien a tiempo completo y dependan económicamente de los padres.

**CLASIFICACIÓN DE ASEGURADOS:** Serán elegibles los empleados detallados en las siguientes categorías:

Categoría	Descripción
CLASE I	(Describa las características de la categoría de empleados)
CLASE II	(Describa las características de la categoría de empleados)



<b>CUADRO DE BENEFICIOS – SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS</b>		
<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>CLASE I</b>	<b>CLASE II</b>
<b>COBERTURAS</b>	SUMA ASEGURADA	SUMA ASEGURADA
	VITALICIA	VITALICIA
Suma Máxima		
Cobertura Geográfica		
<b>Gastos por SIDA - Porcentaje de la Suma Asegurada</b>		
Reducción de Suma Asegurada al cumplimiento de los XX años.		
<b>DEDUCIBLES</b>		
En Centroamérica: Año Póliza		
Por Asegurado		
Por Grupo Familiar		
Fuera de Centroamérica: Por Incapacidad		
<b>PORCENTAJES DE REEMBOLSO</b>		
En Centroamérica		
Fuera de Centroamérica		
Límite de Coaseguro en C.A En Hospitalización (máximo X por familia en un mismo evento)		
Límite de Coaseguro Fuera de C.A. En Hospitalización		
<b>CUARTO Y ALIMENTACIÓN:</b>		
En Centroamérica		
Fuera de Centroamérica		
<b>CONSULTAS MEDICAS:</b>		
Médico General		
Médico Especialista		



<b>MATERNIDAD:</b>		
<b>OTROS BENEFICIOS</b>		

**CONDICIONES PARTICULARES:** (Detalladas de acuerdo al cuadro de beneficios y condiciones negociadas con el Contratante)

**ASPECTOS GENERALES:** (Detalladas de acuerdo al cuadro de beneficios y condiciones negociadas con el Contratante).

Aplican los demás términos y condiciones descritas en las Condiciones Generales del Seguro Colectivo de Gastos Médicos las cuales puede solicitar al correo [servicioalclienteHN@assanet.com](mailto:servicioalclienteHN@assanet.com) en formato electrónico.

Tegucigalpa, M.D.C. \_\_ de \_\_\_\_ del 20\_\_

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA





# SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CARATULA DE LA PÓLIZA

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CARATULA DE LA PÓLIZA

Fecha:

Plan:

Póliza:

Endoso:

---

**Contratante:**

---

**Datos Personales:**

RTN:

Teléfono:

Celular:

Email:

Dirección:

**Vigencia de la póliza:**

Desde:

Hasta:

Hora Oficial:

Moneda:

---

**Total de Asegurados Cubiertos:**

**Ver Listado Adjunto**

**Coberturas**

**Prima**

Gastos Médicos

(Establecidos en la Cláusula No.1 de las Condiciones Generales,  
numerales 1 al 31

0.00

**Prima:**

**L. 0.00**





# SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS CARATULA DE LA PÓLIZA

Frecuencia Pago

Forma de Pago

Día de Pago

Pago Mensual

L.

Queda entendido que el Asegurado y ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS HONDURAS, S.A., han leído y convenido las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Anexos que forman parte de esta Póliza, en fe de la cual firman en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. xx de xxxx de 20xx

CONTRATANTE

FIRMA AUTORIZADA

