

**SEGURO SALUD POR CÁNCER
CONDICIONES PARTICULARES**

PÓLIZA MAESTRA: VC-00000000-0000-0

CONTRATANTE: NOMBRE COMPLETO

TIPO: NUEVA

Vigencia: Desde: 12 Horas Hasta: 12 Horas

Dirección:

SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A., denominado en adelante **"LA ASEGURADORA"**, con domicilio en Tegucigalpa, Honduras, C.A., y _____ denominado en adelante **"EL CONTRATANTE"**, hemos convenido en la celebración del presente contrato de Seguros, hasta las Sumas Aseguradas y Riesgos indicados a continuación.

Moneda:

ESPECIFICACIONES DE COBERTURAS AMPARADAS

**Suma Asegurada
Total**

Cáncer a primer diagnóstico

Riesgos Cubiertos:

- A la leucemia
- Al linfoma maligno
- A la enfermedad de Hodgkin
- A las enfermedades malignas de la médula ósea
- Al cáncer metastático de piel.

Total Certificados	000
Suma Asegurada Total	0.00



**SEGURO SALUD POR CÁNCER
CONDICIONES PARTICULARES**

CONDICIONES PARTICULARES

PÓLIZA MAESTRA: VC-0000000-0000-0

CONDICIONES PARTICULARES

En los casos que por razones ajenas o no imputables al Asegurado ocurran atrasos en la emisión de dictámenes o certificaciones por parte de las autoridades competentes y/o no se presenten los documentos requeridos en el plazo otorgado en esta Cláusula, o si se demuestra ante la Aseguradora la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, ésta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

La indemnización se realizará conforme a lo establecido en el Artículo 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

En fe de lo cual se firma la presente documento en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., a los _____ días del mes de _____ de 20_____.

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA AUTORIZADA