Ficohsa Seguros

SEGURO DE: SEGURO DE GASTOS MEDICOS HOSPITALARIOS INDIVIIDUAL Y FAMILIAR No. SMH1-

ASEGURADO:

DIRECCION DEL ASEGURADO:

VIGENCIA DESDE: HASTA: (AL MEDIO DIA)

Prima Anual : L.
Gastos de Emisión: L.
Recargo Fraccionamiento: L
Prima Total: L.
Total Asegurados en la Póliza No:

Cobertura: Gastos Médicos Hospitalarios (Según el Plan a Contratar)

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 __ días del mes de __ del año__.

Firma Autorizada

Textos registrados en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No.76 25-10-2021 y Según Resolución POL GPU No. 37/16 - 10 -2023