

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

ASEGURADO:

DIRECCION DEL ASEGURADO:

VIGENCIA DESDE:

HASTA:

(AL MEDIO DIA)

Prima Anual :	L. xx.00
Gastos de Emisión:	L. xx.00
Recargo Fraccionamiento:	L 0.00
Prima Total:	L. xx.00
Total Asegurados en la Póliza No -xx :	X

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 xx días del mes de xx del año 20xx.