

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS CONDICIONES PARTICULARES

ASEGURADO XXXXX
DOMICILIO XXXXX
XXXXXX
XXXXXXXXX
XXXXXX

No. DE POLIZA: XXX
No. DE EXPEDIENTE: XXX
VIGENCIA DESDE: XXXXX
VIGENCIA HASTA: XXXX
FECHA DE EMISION: XXXXX
No. FACTURA: XXXXXX

Agente: XXX XXXXXX XXXXXXXXX

PROGRAMA DE COBERTURAS

COBERTURAS

Depende de la Cobertura que el Asegurado adquiera,
según lo establecido en la Cláusula No. 1 de las Condiciones Generales
MAXIMO VITALICIO

Suma Asegurada

L.

PROGRAMA DE PAGOS

1)XXXX

DESCRIPCION DEL PLAN

Firmado en Tegucigalpa, M.D.C. Republica de Honduras, C.A., en la fecha de emisión y emitido por XXXXX

FIRMA AUTORIZADA

DIRECTORA GENERAL DE SEGUROS