

## SEGURO DE GASTOS MÉDICOS COLECTIVO CONDICIONES PARTICULARES

Póliza No. :  
Fecha de Emisión :  
Concepto :  
Moneda :  
Tipo de Operación :

### Vigencia de la Póliza

Desde  
Hasta

### Datos de Contratante | Asegurado

Contratante | Asegurado

Identidad

RTN

Teléfono(s)

Correo Electrónico

Dirección Domicilio

Dirección Cobro

Departamento

Municipio

Ciudad

### Descripción de Cobertura:

#### Riesgos Cubiertos:

La Compañía reembolsará los necesarios, razonables y acostumbrados gastos médicos incurridos por los Asegurados (Asegurados titulares o Asegurados como dependientes) como parte de los beneficios contratados, por las clases de cuidados aquí descritos durante la continuación del Aditamento, sujetos a las disposiciones manifestadas en el Aditamento. Sin embargo, los beneficios estipulados en la Fecha Efectiva del Aditamento son sólo aquellos por los cuales la cantidad de beneficios se muestra en Cobertura de Seguro.

#### Coberturas Adicionales:

Las cuales no generan ningún costo adicional para el Asegurado

#### Suma Asegurada

#### Deducibles

**Datos del Cesionario**

El presente seguro esta cesionado:

A favor de

Hasta por

**Detalle de Prima**

Prima neta

Gastos de Emisión

Prima Anual Total de Seguro

Forma de pago

Medio de pago

---

**FIRMA AUTORIZADA****Datos del Intermediario**

Nombre del Agente

Código de agente

Teléfono

Canal

Correo electrónico

MAPFRE Seguros Honduras, S.A., denominado en adelante “LA COMPAÑÍA, con domicilio en la Ciudad de Tegucigalpa, Honduras; y el Contratante arriba indicado quien en lo sucesivo se denominará “EL ASEGURADO”, convienen en asegurar el riesgo que a continuación se describe, de conformidad con los términos y condiciones del presente Contrato y sujeto a las declaraciones contenidas en la solicitud del seguro, documento base de la póliza.

En testimonio de lo cual, la Compañía emite la presente póliza, en la Ciudad de: \_\_\_\_\_  
República de Honduras, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

---

**FIRMA AUTORIZADA**