

**SEGURO DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL PLAN AMIGO  
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

**Detalle de Coberturas:**

Descripción:

**Cubre los gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados en que incurra el Asegurado como parte de los beneficios contratados, como honorarios médicos, hospitalizaciones, consultas, medicamentos y similares.**

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 el 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**