

# SEGURO DE PROTECCIÓN CONTRA EL CÁNCER CONDICIONES PARTICULARES



MAPFRE Seguros Honduras, S.A., denominado en adelante “LA COMPAÑÍA”, con domicilio en la Ciudad de Tegucigalpa, Honduras; y el Contratante 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

## 1. CONTRATANTE:

---

## 2. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO Y LA PÓLIZA:

|                                 |                         |                             |                    |              |
|---------------------------------|-------------------------|-----------------------------|--------------------|--------------|
|                                 | <b>NO. CERTIFICADO:</b> |                             | <b>NO. POLIZA:</b> |              |
|                                 |                         |                             |                    |              |
| <b>Nombre y Apellido:</b>       | <b>Cédula:</b>          | <b>Fecha de Nacimiento:</b> | <b>Edad:</b>       | <b>Sexo:</b> |
|                                 |                         |                             |                    |              |
| <b>Domicilio:</b>               |                         |                             | <b>Teléfono:</b>   |              |
|                                 |                         |                             |                    |              |
| <b>Profesión y/u Ocupación:</b> |                         | <b>Correo electrónico:</b>  |                    |              |
|                                 |                         |                             |                    |              |

## 3. PLAN CONTRATADO

### 3.1 COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS Y PERÍODOS DE CARENCIA Y ESPERA:

| <b>COBERTURA</b>   | <b>SUMA ASEGURADA</b> |
|--|-----------------------|
| <b>Cobertura de Cáncer – Diagnóstico por Primera Vez</b> | UM                    |
| Período de Carencia                                      | XX días               |
| Período de Espera  | XX días               |

### 3.2 PRIMA POR PAGAR MENSUALMENTE:

| <b>Rango de Edad del Asegurado</b> | <b>Total a Pagar</b> |
|------------------------------------|----------------------|
| De XX a XX años                    | UM                   |
| De XX a XX años                    | UM                   |
| De XX a XX años                    | UM                   |
| De XX hasta los XX años            | UM                   |

**4. DATOS DE PAGO:**

| <b>Medio de Pago:</b>    |                     |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Tarjeta de Crédito. |
| <input type="checkbox"/> | Tarjeta de Débito.  |

\*En caso de algún problema con el cobro, para no afectar la cobertura la Compañía verificará cual es la tarjeta que está activa a nombre del Asegurado dentro de BAC/Credomatic para hacer el cargo correspondiente.

**La fecha de vencimiento del pago de la prima es cada mes, el mismo día que inicia la vigencia de este seguro.**

**5. VIGENCIA:**

|               |                    |
|---------------|--------------------|
| <b>Desde:</b> |                    |
| <b>Hasta:</b> | a las 00:01 horas. |

En fe de lo cual, se firma las presentes Condiciones en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.