SEGURO DE PROTECCIÓN CONTRA ELCÁNCER
CERTIFICADO INDIVIDUAL

No. Póliza	No. Certificado	Fecha de Vigencia	Fecha de Emisión

Contratante			
Asegurado			
Cédula		**Fecha de Nacimiento**	

COBERTURA	SUMA ASEGURADA
Cobertura de Cáncer : Diagnóstico por Primera Vez	UM
Período de Carencia	XX días
Período de Espera	XX días

En fe de lo cual, se firma el presente Certificado en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras a los _____ del mes de _____ del año _____.