

## SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS PANAMEDIC

### CONDICIONES PARTICULARES

Nombre del Asegurado Principal:

Número de la Póliza:

Fecha Efectiva  
Mensual

Forma de Pago de las Primas:

Fecha de Aniversario \_\_/Enero

Moneda: Lempiras

Dependientes:

Nombre:  
Efectiva

Parentesco

Fecha de Nacimiento    Fecha

Beneficiarios:

Nombre:

Relación

Porcentaje

**Coberturas Básicas:**

**Suma Asegurada**

**Gastos Médicos:** según coberturas detalladas en la cláusula 1 de las Condiciones Generales

Cobertura de Seguro de Vida – Asegurado Principal

Cobertura de Muerte, Desmembración y Perdida de la Vista Accidentalmente (MyDA) Asegurado

Principal :

Ayuda de Sepelio :

Cobertura de Repatriación de Restos Mortales :

Cobertura de Adelanto del Seguro de Vida por Diagnóstico de Enfermedades Graves :

Coberturas Opcionales:

Son las coberturas distintas de las coberturas básica que se contratan de forma opcional por Asegurado, y que serán descritas en los Anexo Dental de la Póliza

Firma la presente Póliza en la ciudad de \_\_\_\_\_, Honduras., el de \_\_\_\_\_ del 20

Firma Autorizada

# **SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS PANAMEDIC**

## **CONDICIONES PARTICULARES**