

**SEGURO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
BANCOCCI ASISTENCIAS
CONDICIONES PARTICULARES**

Seguros Crefisa, S.A., con sede en Tegucigalpa, Honduras, en adelante referida como "La Compañía", establece este contrato de seguro en función de las declaraciones proporcionadas por el Asegurado Titular al momento de solicitar este seguro, las cuales constituyen los fundamentos de este acuerdo. La Compañía cubrirá los riesgos que se detallan a continuación, limitando su responsabilidad únicamente a aquellos explícitamente especificados en este contrato.

1. Información de la Póliza

Número de la Póliza:	Vigencia:
-----------------------------	------------------

2. Asegurado Titular

Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:	D.N.I.:
Correo Electrónico:	Teléfono:
Ocupación:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio	

3. Familiares Asegurados

3.1. Cónyuge	
Nombre Completo:	Fecha de Inclusión:
Fecha de Nacimiento:	D.N.I.:
Domicilio:	
3.2. Primer Hijo	
Nombre Completo:	Fecha de Inclusión:
Fecha de Nacimiento:	D.N.I.:
3.3. Segundo Hijo	
Nombre Completo:	Fecha de Inclusión:
Fecha de Nacimiento:	D.N.I.:
3.4. Tercer Hijo	
Nombre Completo:	Fecha de Inclusión:
Fecha de Nacimiento:	D.N.I.:

4. Plan Contratado

Cobertura	Suma Asegurada
Cobertura Básica de Renta Diaria por Hospitalización	Incluida
Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de un Accidente	UM
Deducible	
Máximo de Días a Indemnizar	
Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de una Enfermedad	UM
Período de Carencia	
Deducible	
Máximo de Días a Indemnizar	
Servicio de Asistencia Bancocci	
Cobertura Adicional de Inclusión del Cónyuge e Hijos	Incluida / No Incluida
Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de un Accidente	UM
Deducible	
Máximo de Días a Indemnizar	
Indemnización Diaria por Hospitalización a Causa de una Enfermedad	UM
Período de Carencia	
Deducible	
Máximo de Días a Indemnizar	
Prima Mensual	UM

**SEGURO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
BANCOCCI ASISTENCIAS
CONDICIONES PARTICULARES**

5. Datos de Pago

Tarjeta de Crédito

Tarjeta de Débito

En caso de algún problema con el cobro, con el fin de no afectar su cobertura y realizar el cargo correspondiente, procederemos a verificar la tarjeta activa a su nombre dentro del Banco de Occidente.

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

Teléfono de Atención al Cliente: (+504) 2283-6260

Toda Condición Particular que contenga el mismo número de Póliza detallado en este documento y que haya emitido con anterioridad a este quedará sin efecto.

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



Firma del Asegurado Titular



Firma del Gerente General

**SEGURO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
BANCOCCI ASISTENCIAS
CONDICIONES PARTICULARES**

