

**POLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL
SEGURO DE CÁNCER
CONDICIONES PARTICULARES**

Póliza No. _____

Prima Mensual L. _____

Tipo de Plan: _____

Forma de Pago o Cuenta/TC: _____

Seguros del País, S.A., del domicilio en la ciudad de San Pedro Sula, Cortés, Honduras, C.A. de conformidad con las Condiciones de la presente póliza, conviene en asegurar a:

Asegurado	Nombre Completo	Identidad
Titular		
Cónyuge		

Fecha de Inicio del Seguro:

 Desde: ____/____/____ a las 00:00
 Día Mes Año

Coberturas y Sumas Aseguradas de acuerdo con plan contratado

Coberturas	Suma Asegurada
Indemnización por primer Diagnóstico de Cáncer para el asegurado titular.	
Indemnización por primer Diagnóstico de Cáncer para el cónyuge Asegurado (opcional).	
Doble indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Genero. Femenino: *Cáncer de mama *Cáncer cervicouterino Masculino: *Cáncer de Próstata	

Período de Espera: Noventa (90) días calendario

En caso de fallecimiento del asegurado Titular sin haber recibido la indemnización correspondiente a un diagnóstico de cáncer, se designa como beneficiario(s) a:

Nombre	DNI No.	Parentesco	%

Se firma el presente certificado en la ciudad de _____, a los ____ días del mes de _____ del año _____

Firma Autorizada