

Folio:

### Instrucciones

Este cuestionario deberá ser llenado en su totalidad con letra de molde, con información completa y detallada, firmado por el Asegurado y el Contratante. Por el hecho de proporcionar este formulario, Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más no queda obligado a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la Póliza.

Este documento no será válido con tachaduras ni enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

### Datos de Póliza

Nombre del Contratante: <b>SILVIA DEL CARMEN PEREZ CARRIZOSA</b>	No. de Póliza: <b>6836204</b>
REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES <b>P I E C I S 7 1 1 0 7 1 1 6 5 T A</b>	Terminación de vigencia (DD/MM/AAAA): <b>08/FEB/2022</b>
Subgrupo:	

### Datos del Asegurado

Apellido paterno: <b>PEREZ</b>	Apellido materno: <b>PEREZ</b>	Nombre(s): <b>CARISA</b>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento: <b>28/SEP/05</b>
REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES <b>P I E P C 0 5 0 9 2 8</b>	HOMOCLAVE	No. de Certificado: <b>16</b>	Edad: <b>16</b>	
Parentesco con el Contratante/Titular: <b>HIJA</b>		Asegurado desde (DD/MM/AAAA): <b>08/FEB/2018</b>		
Ocupación (indicar labores diarias): <b>ESTUDIANTE</b>				

### Datos de la reclamación

Motivo:	Antecedentes Gineco-Obstétricos <input type="checkbox"/>	Pago directo <input type="checkbox"/>	Programación de cirugía o tratamiento <input checked="" type="checkbox"/>	Segunda opinión <input type="checkbox"/>
Tipo:	Accidente <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/>	Reclamación <input type="checkbox"/>
			Inicial <input type="checkbox"/>	Complementaria <input type="checkbox"/>

### Información general

¿Has presentado gastos anteriores por este padecimiento o enfermedad en esta u otra compañía? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	¿En qué compañía?:	Fecha de Reclamación (DD/MM/AAAA):
¿Cuentas actualmente con otro Seguro?: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Núm. Siniestro:	
¿En qué compañía?:		
Fecha en que ocurrió el accidente o la aparición de síntomas de la enfermedad (DD/MM/AAAA): <b>20/07/2021</b>	Fecha de la primer consulta médica (DD/MM/AAAA): <b>23/11/2021</b>	
Indica el diagnóstico o padecimiento: <b>ENFERMEDAD PILONIDAL</b>	Motivo de la atención médica: <b>DOLOR EN LA REGIÓN Y SECRECIÓN</b>	
En caso de ser accidente, detalla cómo y dónde ocurrió e indica, en su caso, la autoridad que tomó conocimiento del accidente (favor de anexar copias M.P.):		

¿Cuentas con Seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Con qué compañía?:	No. de Póliza:
Tipo de cobertura:	Suma asegurada:	Compañía del tercero:
¿Has estado hospitalizado o requieres de hospitalización? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Días de hospitalización:	Hospital: