- INSTRUCCIONES:

 Les cuestorario deberá ser llenado y firmado por el asegurador con letra de molde.

 2. Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.

 3. Por el hecho de proporcionar este formulario, la instrución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se resenva conforme a la póliza.

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

Datos del asegurado		Winners de politica
Apelitao patemo, matema y nombre del asegurado titular		recocuse and a second
pellido patemo, matemo y nombre del asegurado afectado		Preciouse (SW) (SW)
Umero certificado del afectado	Fetha de âlta	Nacionalidad Common substitution of the su
Féchia de hacimiento Sexo Parentesco con el titular on Was Ana	trular	Teléfono (dave lada)
Domidilio Cale		Numero exector Numero invertor
Союма	Codayo Pertal Erado Lugar donde trabaja / Empresa	
Gastos: anteriores Lita presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta ulotra compania? Número de sinestro	o accidente en esta u otra compania? Sr 🗀 No 🗀	- Si su respuesta fue afirmativa, complete a continuación:
Schullmente tiene otro seguro? ¿Cuál? Incidente	ompatible and the control of the control of the period of the control of the cont	
Tpo de reclamación: 🔲 Inicial 🔲 Complementaria Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los mimanos cintomas da la enfamodad	Indique tipo de alteraciones ylo sintomas que presentó Dia Mes Año	esertó (1978)
Fecha en que visito por primera vez al médico por esta enfermedad inferiore de su reclamación infigue el motivo de su reclamación	Mes	
Si es accidente, detalle ¿cómo fue? Autoridas que torno conocimiento del accidente Cheara copias del Ministerio Publico En caso de accidente automonifisico Nu Cuenta con seguro de automóni? Si \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	mibre de la compania	Coberture in the property of Comparison del tercero
ración sirado? <u>Días de estanda</u>	Nombre del hospital en que fue atendido	
Si No O		Epocialidad
Médicos que ha consultado en los últimos dos años en los últimos dos en los últimos en los úl	Nombre del médico / especialidad	Teléfono y/o E-màil
atención red binete, ectado (IFE,	ión redablas de la Institución en tesa de accidente. Re do URE, Espaporte y en racio de menories de signa Acta de Nacimiento)	
5. Por Gods médico tratante se debenán llenair las informes médicos carre. Notas: Se le informa que la inexacta o falsa dedaradóin proporcionada en Autoritza e los médicos que la inexacta o falsa dedaradóin proporcionada es Autoritza e los médicos que me hayan assido o examinado, a los riogipital contradicos goldos de administrata que hayan entelos conocimientos de perconales cestos de administrata que hayan entelos conocimientos de perconales cestos de administrata que hayan entelos conocimientos de perconales cestos de administrata que hayan entelos conocimientos de perconales cestos de administrata que hayan entelos conocimientos de perconales cestos de administrata que hayan entelos conocimientos de perconales cestos de actualista de actualista de considerador de contra de conocimientos de	llenar les informes médicos correspondientes y su participadón en el evento. Isa declaración proporcionada en el sigüiente cuestionario releva de toda responsabilidad a la institución. edido o examinado, a los inspitules, dinkias, saratorios, jaboratorios y/o establecimientos de salud a los que haya acudido para el calcula en entre consociente de salud a los que haya acudido para el calcula entre consociente de salud a los que haya acudido para el calcula entre consociente de salud a los que haya acudido para el calcula entre consociente de salud a los que haya acudido para el calcula entre consociente de salud a los que haya acudido para el calcula entre consociente de salud a los que haya acudido para el calcula entre consociente de salud entre consociente de salud entre consociente de la calcula de l	Totamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedal, accidente o lasión y/o a las Esta tria orden judicia lo administrativa toda la Información referente o mis mnecesentes
Seguras, S.A., lo considere coportino, industrie después de ministration conservation de Seguras, S.A., lo considere coportino, industrie después de ministration de seguras, S.A., proportione a cualquier ora ampresa di Nombre y firma del titular	erro. Con la presenta áutorización reviela de cultificar responsabilidad derinada del secreto medicar de erro. Con la presenta áutorización reviela de cultificar responsabilidad derinada del secretor medicar de la celebración de cultificar contrato o cultificar responsabilidad derinada del secretor medicar a del sector sesquador la información requerida y que se denive de este abcumento y de otros que Nombrio y firma del afectado.	ey busquer instruction contains are marganetic announced and population and automatical professional and companies of a busquer professional and and companies of a busquering and advanced defined all states the announced and advanced and acceptanced as a superconstruction and appropriate and acceptances and query proportioners a 2unit Vida Companie de Seguros, S.A., le lifermandon de su conocimiento y que a su vez 2unit requierás y que a december de companies de porte que se que sean de su conocimiento. Nombrie y firma de la afectado.
Dia Mes	Airo	THE PARTY OF THE P
ALAC STOCKS and the state of th	IDPOI	

Este documento esta registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y de Flanzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36A y 36B de la Ley General de Instituciones y Sociedades. Mutualistas de Seguros, por oficio 06-3674-1 11/19376 de fecha 26 de junio de 1995.