

SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS

Solamente Seguro de Vida	Seguro	de Vida y Ga	asto ivieuico		n solo para do Principal	Incl		-	pendier			nciusion sol Dependiei	
Nombre del Contratante:			<u> </u>	No. Póliz		<u> </u>	cipai				da por el c	ontratante	ites 🕥
											•		
Nombre Completo del Asegu	rado Prin	cipal:											
Fecha de ingreso a laborar de	el Contrat	ante		N. ID					Edad:			Genero:	F M
Fecha de Nacimiento (Día-Mo	es –Año)			Lugar de	Nacimiento					$\overline{\cap}$			
Profesión , Ocupación u Ofici	0		Estad	do Civil						Ingr	eso Mensı	ıal	
			Nom	bre del Cony	/ugue								
Dana an i Iba	Estatura	a:	24645	la Cala	el		11						
Peso en : Lbs	Mts		iviedico d	ie Cabecera(i	El que Usualme	ente Cor	isuita	1)					
Kilos			Hospital	o Clínica que	lo Atiende					\bigcirc			
Dirección Completa de Resid	encia			Teléfo	no Residencia			Ofic	ina		Celula	ır	
				E. Mai	ıı				Fax	$\overline{\mathbf{x}}$			
Empresa donde Trabaja			Área:	Cargo:						Tiemp	o de Labor	ar:	
Dirección Labora:			País	Teléfo	no	Fax			Correo	Electro	ónico		
								ш					
			- Dependiente	_						-		I	
Nombre Completo	Sexo	Parentesco	Ocupa	ción	Peso	Estatui	ra		na de imiento		Edad	N. de Identifica	ción
								IVac	iiiiieiito			identifica	CIOTI
										$\overline{\exists}$			
										(1)			
	C'4				- us de Dain	-11.			1				
Un Tanida Alguna Vaz Ustad a			onario de Salu		_	-		-			idonto(s)	a.'.a aa	ha raaihida
Ha Tenido Alguna Vez Usted o A atención médica. Ha padecido,													
· ·		Pregunt				SI	NO					ra quien es	
								af	firmativ	a la Re	spuesta.		
1.Padecimiento cerebro vasc cabeza ,embolia, trauma y ot		yendo ictus,	tumores cerebral	es, migraña	dolores de					(1)			
2.Padecimiento de cerebro o		nervioso incl	uyendo Depresiói	n ,ansiedad,	epilepsia,	+							
bulimia, anorexia, ideas suici	das entre	otras											
3. Padecimiento Cardiovascul								_					
de pecho, infartos, electroca insuficiencia venosa, trombo	_		.colesterol o tripil										
4. Padecimiento de la vista u		lteración vas			5,								
		lteración vas			5,			-		O			
5. Padecimiento del sistema	oídos		cular, soplos y otr	ros						<u>ო</u>			
hiperactividad bronquial y ot	oídos respirator ros.	rio incluyend	lo asma, EPOC, en	fisema, bron	nquitis crónica,					<u></u>			
	oídos respirator ros.	rio incluyend	lo asma, EPOC, en	fisema, bron	nquitis crónica,					<u></u> <u> </u>			
hiperactividad bronquial y ot	oídos respirator ros. do hernia	rio incluyend	icular, soplos y otr lo asma, EPOC, en itis, reflujo ,gastro	fisema, bron pesofágico y o	nquitis crónica, otros					<u>т</u>			
hiperactividad bronquial y ot 6.Sistema digestivo incluyend	oídos respirator ros. do hernia urinario, li	rio incluyend hiatal, gastri	icular, soplos y otr lo asma, EPOC, en itis, reflujo ,gastro res de vejiga, píelo	fisema, bron pesofágico y o o nefritis, hid	nquitis crónica, otros				_				
hiperactividad bronquial y ot 6.Sistema digestivo incluyend 7.Padecimiento del sistema u exámenes de orina con prote	oídos respirator ros. do hernia urinario, li einuria y/	rio incluyend hiatal, gastri itiasis ,tumoi o hematuria	do asma, EPOC, en itis, reflujo ,gastro res de vejiga, píelo con glucosa en o	fisema, bron pesofágico y o o nefritis, hid rina	otros Ironefrosis,								
hiperactividad bronquial y ot 6.Sistema digestivo incluyend 7.Padecimiento del sistema u exámenes de orina con prote 8.Padecimiento de los órgano	oídos respirator ros. do hernia urinario, li einuria y/	rio incluyend hiatal, gastri itiasis ,tumor o hematuria uctores mas	do asma, EPOC, en itis, reflujo ,gastro res de vejiga, píelo con glucosa en o culino o femenino	fisema, bron pesofágico y o o nefritis, hid rina	otros Ironefrosis,					a)/uda a			
hiperactividad bronquial y ot 6.Sistema digestivo incluyend 7.Padecimiento del sistema u exámenes de orina con prote	oídos respirator ros. do hernia urinario, li einuria y/ os reprod citología c	rio incluyend hiatal, gastri itiasis ,tumoi o hematuria uctores mas con alteració	lo asma, EPOC, en itis, reflujo ,gastro res de vejiga, píelo con glucosa en o culino o femenino n y otros	fisema, bron pesofágico y o pefritis, hid rina pincluyendo	nquitis crónica, otros Ironefrosis,					e ayuda a			
hiperactividad bronquial y ot 6.Sistema digestivo incluyend 7.Padecimiento del sistema u exámenes de orina con prote 8.Padecimiento de los órgano endometriosis, miomatosis, o 9. Padecimientos sanguíneos	oídos respirator ros. do hernia urinario, li einuria y/ os reprod citología c s, anemia,	rio incluyend hiatal, gastri itiasis ,tumor o hematuria uctores mas con alteració leucemia, sa	lo asma, EPOC, en itis, reflujo ,gastro res de vejiga, píelo con glucosa en o culino o femenino n y otros angrados, y trasto	fisema, bron pesofágico y o peritis, hid rina pincluyendo rnos de la cir	nquitis crónica, otros lronefrosis, rculación.					e a)/uda a			
hiperactividad bronquial y ot 6.Sistema digestivo incluyend 7.Padecimiento del sistema de exámenes de orina con protes 8.Padecimiento de los órgandendometriosis, miomatosis, o 9. Padecimientos sanguíneos 10.Transtornos endocrinos con 10.Transtornos endocrinos con 10.	oídos respirator ros. do hernia urinario, li einuria y/ os reprod citología c s, anemia,	rio incluyend hiatal, gastri itiasis ,tumor o hematuria uctores mas con alteració leucemia, so etes y/o hipe	do asma, EPOC, en ditis, reflujo ,gastro res de vejiga, píelo con glucosa en o culino o femenino n y otros angrados, y trasto erglicemia, hipotir	fisema, bron pesofágico y o perittis, hid rina pincluyendo rnos de la cir oidismo, síno	otros Ironefrosis, rculación.					le ayuda a			
hiperactividad bronquial y ot 6.Sistema digestivo incluyend 7.Padecimiento del sistema u exámenes de orina con prote 8.Padecimiento de los órgano endometriosis, miomatosis, o 9. Padecimientos sanguíneos	oídos respirator ros. do hernia urinario, li einuria y/ os reprod citología c s, anemia,	rio incluyend hiatal, gastri itiasis ,tumor o hematuria uctores mas con alteració leucemia, so etes y/o hipe	do asma, EPOC, en ditis, reflujo ,gastro res de vejiga, píelo con glucosa en o culino o femenino n y otros angrados, y trasto erglicemia, hipotir	fisema, bron pesofágico y o perittis, hid rina pincluyendo rnos de la cir oidismo, síno	otros Ironefrosis, rculación.								
hiperactividad bronquial y ot 6.Sistema digestivo incluyend 7.Padecimiento del sistema de exámenes de orina con protes 8.Padecimiento de los órgandendometriosis, miomatosis, o 9. Padecimientos sanguíneos 10.Transtornos endocrinos con 10.Transtornos endocrinos con 10.	oídos respirator ros. do hernia urinario, li einuria y/ os reprod citología c c, anemia, omo diabo geno com	rio incluyend hiatal, gastri tiasis ,tumor o hematuria uctores mas con alteració leucemia, sa etes y/o hipe no Lupus, De	do asma, EPOC, en ditis, reflujo ,gastro res de vejiga, píelo con glucosa en o culino o femenino n y otros angrados, y trasto erglicemia, hipotir	fisema, bron pesofágico y o perintis, hid rina pincluyendo rnos de la cii oidismo, síno , Fiebre Reur	nquitis crónica, otros lronefrosis, rculación. drome mática					le ayuda a			
hiperactividad bronquial y ot 6.Sistema digestivo incluyend 7.Padecimiento del sistema de exámenes de orina con protes 8.Padecimiento de los órgandendometriosis, miomatosis, o 9. Padecimientos sanguíneos 10.Transtornos endocrinos co 11.Trastorno de la piel o colá	oídos respirator ros. do hernia urinario, li einuria y/ os reprod citología c c, anemia, omo diabo geno com	rio incluyend hiatal, gastri tiasis ,tumor o hematuria uctores mas con alteració leucemia, sa etes y/o hipe no Lupus, De	do asma, EPOC, en ditis, reflujo ,gastro res de vejiga, píelo con glucosa en o culino o femenino n y otros angrados, y trasto erglicemia, hipotir	fisema, bron pesofágico y o perintis, hid rina pincluyendo rnos de la cii oidismo, síno , Fiebre Reur	nquitis crónica, otros lronefrosis, rculación. drome mática					e ayuda a			
hiperactividad bronquial y ot 6.Sistema digestivo incluyend 7.Padecimiento del sistema de exámenes de orina con protes 8.Padecimiento de los órgandendometriosis, miomatosis, o 9. Padecimientos sanguíneos 10.Transtornos endocrinos co 11.Trastorno de la piel o colá	oídos respirator ros. do hernia urinario, li einuria y/ os reprod citología c c, anemia, omo diabo geno com	rio incluyend hiatal, gastri tiasis ,tumor o hematuria uctores mas con alteració leucemia, sa etes y/o hipe no Lupus, De	do asma, EPOC, en ditis, reflujo ,gastro res de vejiga, píelo con glucosa en o culino o femenino n y otros angrados, y trasto erglicemia, hipotir ermatitis, Psoriasis o incluyendo Artrit	fisema, bron pesofágico y o perintis, hid rina pincluyendo rnos de la cii oidismo, síno , Fiebre Reur	nquitis crónica, otros lronefrosis, rculación. drome mática	SI	NO		ombre o	de la po	-	ra quien es	
hiperactividad bronquial y ot 6.Sistema digestivo incluyend 7.Padecimiento del sistema de exámenes de orina con protes 8.Padecimiento de los órgandendometriosis, miomatosis, o 9. Padecimientos sanguíneos 10.Transtornos endocrinos co 11.Trastorno de la piel o colá	oídos respirator ros. do hernia urinario, li einuria y/ os reprod citología c c, anemia, omo diabo geno com a Musculo	rio incluyend hiatal, gastri tiasis ,tumor o hematuria uctores mas con alteració leucemia, so etes y/o hipe no Lupus, De Desquelético	do asma, EPOC, en ditis, reflujo ,gastro res de vejiga, píelo con glucosa en o culino o femenino n y otros angrados, y trasto erglicemia, hipotir ermatitis, Psoriasis o incluyendo Artrit	fisema, bron pesofágico y o perintis, hid rina pincluyendo rnos de la cii oidismo, síno , Fiebre Reur	nquitis crónica, otros lronefrosis, rculación. drome mática	SI	NO		ombre o	de la po	ersona pai	ra quien es	



SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS

15.P	roblemas de la columna vertebral, inclu	yendo he	ernia disc	cal, lumbago,	tumore	es y otros			
	e han realizado a usted o sus dependier		n exame	n especial de	laborat	torio,			
	sonido, mamografía, laparoscopia u otr la estado usted o sus dependientes recl		ın hasnit	tal a institució	انسنه مک	243	-	-	
	sta usted o alguno de sus dependientes a recibido usted o alguno de sus depend						\perp		
19.П	a recibido disted o alguno de sus depend	ulentes n	ombrau	os transiusioi	ies de s	Saligia			
20.Pi	ractica usted o alguno de sus dependier	ntes algúr	n tipo de	deporte prof	fesiona	l o amateur			
	sted o alguno de sus dependientes ha s nioterapia	ido some	etido a ci	rugía , radiote	erapia d				
22. F	la padecido usted o alguno de sus depe		de gláno	dula mamaria	, galact	orrea			
	titis, quistes, tumores, gigastom <mark>astia, ot</mark> ie le ha aconsejado a uste <mark>d o alguno de</mark>		ndientes	s una oneracio	ón quir	úrgica o	_		
	imiento pero usted decidió no haría.	sus ucpc	indicine	o una operació	on quii	urgicu o			
	a habido para usted <mark>o sus dependientes</mark>			n médica ,sigr	no, sínt	oma o			
accio	dente que no se ha <mark>ya mencionado en es</mark>	te cuesti	onario						
Si ha r	espondido SI a cu <mark>alquiera de las pregun</mark>	tas anter	riores o h	na padecido d	e algúr	trastorno de salu	ıd no men	cionado en esta so	plicitud , favor especificar nombr
	ciente, diagnostic <mark>o, cirugía o tratamient</mark>								
#	Nombre		D	iagnostico		Tratamiento		Fecha	Médico o Hospital
	2/2 12 22 22 12 12								
_	na vez alguna compañía de seguro le ha dientes?	denegad	o, apiaza	ado o ilmitado		guro de vida, de ad SI NO	ccidentes	o de salud a ústed	o alguno de sus
	olicitado o recibido beneficio de hospital	lización, i	incapacio	dad o algún ot			lico de alg	una compañía de s	seguros?
		,					0		5
Tierخ	ne o ha tenido usted o alguno de los dep	endiente	es nomb	rados alguno	de los :	siguientes seguros	;?		
Tino	d. C	CI		1					
HPO	de Seguro	SI	NO	Nombre de	l Asegu	ırado	As	seguradora	Numero de Póliza
Про	Salud	51	NO	Nombre de	l Asegu	ırado	As	seguradora	Numero de Póliza
Про	_	31	NO	Nombre de	el Asegu	urado	As	seguradora	Numero de Póliza
Про	Salud	31	NO	Nombre de	el Asegu	urado	As	seguradora	Numero de Póliza
	Salud Vida Accidentes Personales								Numero de Póliza
SECC	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia				Benef	icio de vida) su	ıma Aseş	gurada Lps.	
SECC	Salud Vida Accidentes Personales				Benef		ıma Aseş		Numero de Póliza Porcentaje %
SECC	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia				Benef	icio de vida) su	ıma Aseş	gurada Lps.	
SECC	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia				Benef	icio de vida) su	ıma Aseş	gurada Lps.	
SECC	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia				Benef	icio de vida) su	ıma Aseş	gurada Lps.	
SECC	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia bre Completo de Beneficiario Principal	rios (ap			Benefi Fech:	icio de vida) su a de Nacimiento	ıma Aseş	gurada Lps.	Porcentaje %
SECC	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia	rios (ap			Benefi Fech:	icio de vida) su	ıma Aseş	gurada Lps.	
SECC	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia bre Completo de Beneficiario Principal	rios (ap			Benefi Fech:	icio de vida) su a de Nacimiento	ıma Aseş	gurada Lps.	Porcentaje %
SECC	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia bre Completo de Beneficiario Principal	rios (ap			Benefi Fech:	icio de vida) su a de Nacimiento	ıma Aseş	gurada Lps.	Porcentaje %
SECC	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia bre Completo de Beneficiario Principal	rios (ap			Benefi Fech:	icio de vida) su a de Nacimiento	ıma Aseş	gurada Lps.	Porcentaje %
SECC Nom Nom	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia bre Completo de Beneficiario Principal	egencia	plica sc	olo para el E	Benefi Fech:	icio de vida) su a de Nacimiento a de Nacimiento	Pa	gurada Lps.	Porcentaje % Porcentaje %
SECC Nom Nom	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia bre Completo de Beneficiario Principal bre Completo de Beneficiario de Contin	gencia	olica so	olo para el E	Senefi Fech: Fech:	icio de vida) su a de Nacimiento a de Nacimiento	Pa Pa así mismo no	gurada Lps. prentesco prentesco será efectivo si no me o	Porcentaje % Porcentaje % encuentro trabajando activamente en la
Nom Nom	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia bre Completo de Beneficiario Principal	gencia	olica so	olo para el E	Senefi Fech:	icio de vida) su a de Nacimiento a de Nacimiento a de Nacimiento	Pa Pa así mismo no eador a dedu	gurada Lps. prentesco prentesco prentesco prentesco prentesco prentesco prentesco	Porcentaje % Porcentaje % Porcentaje % a. Autorización: Por la presente autorizo
Nom Nom	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia bre Completo de Beneficiario Principal bre Completo de Beneficiario de Contin contendido y convenido que el presente seguro no se ectiva del convenio de afiliación de mi empleador. Se iter médico, hospital o clínica, IHSS, ministerio de su ue tenga datos o información sobre mi o mis depend	gencia rá efectivo I ii el plan del alud o cualc	plica so	olo para el E	Fech:	a de Nacimiento a de Nacimiento a de Nacimiento ASEGURADORA RURAL : ión, autorizo a mi emple ualquier otro proveedo amen , dictamen o hosp	Pa Pa Pa Pa así mismo no eador a dedu r de servicios oitalización a control de contr	gurada Lps. arentesco	Porcentaje % Porcentaje % Porcentaje % a. Autorización: Por la presente autorizo de empleados y tenedores de la póliza del URAL o a sus representantes autorizados
Nom Nom Queda e fecha efecha efe a cualqua cuspo questa info	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia bere Completo de Beneficiario Principal bere Completo de Beneficiario de Contin	gencia rá efectivo I i el plan del alud o cualc lientes con mientos psi	hasta que s s seguro es quier otra ir referencia e quiátrico, tr	plo para el E	Fech:	a de Nacimiento a de Nacimiento a de Nacimiento a de Nacimiento ASEGURADORA RURAL a ión, autorizo a mi emple cualquier otro proveedo amen, dictamen o hosp rogas narcóticas o de alc	Pa Pa Pa así mismo no eador a dedu r de servicios oitalización a cohol tambiér	gurada Lps. Irentesco Irentesco	Porcentaje % Porcentaje % Porcentaje % Porcentaje % encuentro trabajando activamente en la a. Autorización: Por la presente autorizo e empleados y tenedores de la póliza del URAL o a sus representantes autorizados ganización o persona que tenga cualquier
Nom Nom Queda e fecha effecha effecha e cualque gresto que fonformace fonfo	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia bre Completo de Beneficiario Principal bre Completo de Beneficiario de Contin contendido y convenido que el presente seguro no se ectiva del convenio de afiliación de mi empleador. Se iter médico, hospital o clínica, IHSS, ministerio de su ue tenga datos o información sobre mi o mis depend	gencia rá efectivo I ii el plan del alud o cual lientes con imientos psi intes a dar in	hasta que s I seguro es quier otra ir referencia a quiátrico, tr	olo para el E sea aprobado y en sobre la base de c sistitución guberna a cualquier tratam ratamiento bajo el a ASEGURADORA	Fechi Fechi Fechi Fechi Fechi Initido por contribucamental o iluso de de RURAL o	a de Nacimiento ASEGURADORA RURAL : ión, autorizo a mi emple ualquier otro proveedo amen , dictamen o hosp rogas narcóticas o de ale a sus representante aut	Pa Pa Pa así mismo no eador a dedu r de servicios oitalización a c cohol tambiér orizados una	gurada Lps. Irentesco Irentesco	Porcentaje % Porcentaje % Porcentaje % Porcentaje % a. Autorización: Por la presente autorizo o empleados y tenedores de la póliza del URAL o a sus representantes autorizados ganización o persona que tenga cualquier rización será tan válida como su original.
Nom Nom Queda e eecha efecha efecha efecha efecha efu cualqui	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia bre Completo de Beneficiario Principal bre Completo de Beneficiario Principal bre Completo de Beneficiario de Contin bre Completo de Beneficiario de Contin bre Completo de Beneficiario de Contin contendido y convenido que el presente seguro no see ectiva del convenio de afiliación de mi empleador. So lier médico , hospital o clínica , IHSS, ministerio de so ue tenga datos o información sobre mi o mis dependier mación la cual puede incluir información sobre trata ción importante no medica sobre mi o mis dependier a al corredor de la póliza (si lo hubiera) que reciba y r solicitud o instrucción que haga el corredor de ASEGL	rá efectivo I ii el plan del alud o cualc lientes con mientos psi- ntes a dar in acepte en JRADORA RI	hasta que s I seguro es Juier otra ir referencia a quiátrico, ti formación mi nombre URAL con re	sea aprobado y en sobre la base de constitución guberna a cualquier tratam ratamiento bajo el a ASEGURADORA cualquier informa elación a esta póliz.	Fechi Fechi Fechi Fechi initido por contribucamental cainento ex siento ex uso de d RURAL o acción, solo as enter	a de Nacimiento a de N	Pa Pa así mismo no eador a dedu r de servicios vitalización a écohol tambiér orizados una notificación prombre o rep	gurada Lps. arentesco será efectivo si no me cir de mi salario la prim médicos o asegurado o dar a , ASEGURADORA R nautorizo a cualquier org fotocopia de esta autor por parte de ASEGURADI resentación para todos l	Porcentaje % Porcentaje % Porcentaje % Porcentaje % a. Autorización: Por la presente autorizo empleados y tenedores de la póliza del URAL o a sus representantes autorizados janización o persona que tenga cualq uier rización será tan válida como su original. ORA RURAL al igual que la póliza efectiva os efectos legales. Certificación: Certifico
Nom Queda e e cualquie a cualqui grupo questa info nformaca cualquie que las r	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia bre Completo de Beneficiario Principal bre Completo de Beneficiario Principal bre Completo de Beneficiario de Contin bre Completo	gencia rá efectivo I i el plan del alud o cualc iientes con i mientos psi ttes a dar in acepte en I JRADORA RI	hasta que s seguro es quiátrico, tr formación mi nombre URAL con re están com	dea aprobado y en sobre la base de constitución guberna a cualquier tratam ratamiento bajo el a ASEGURADORA cualquier informa elación a esta póliz pletas y no existe	Fechi Fechi Fechi Fechi I uso de d RURAL o a se entei ninguna c	a de Nacimiento dión, autorizo a mi emple cualquier otro proveedo amen , dictamen o hoso a sus representante aut citud de información o nderá que la hace en mi i pmisión de información, o derá que la hace en mi o misión de información,	Pa Pa así mismo no eador a dedu r de servicios italización a cohol tambiér orizados una notificación prombre o reperror, inexac	gurada Lps. prentesco será efectivo si no me ecir de mi salario la prim se médicos o asegurado o dar a , ASEGURADORA R a autorizo a cualquier o re fotocopia de esta autor oor parte de ASEGURAD resentación para todos l	Porcentaje % Po
Nom Queda e e cualquie a cualqui grupo questa info nformaca cualquie que las r	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia bre Completo de Beneficiario Principal bre Completo de Beneficiario Principal bre Completo de Beneficiario de Contin bre Completo de Beneficiario de Contin bre Completo de Beneficiario de Contin contendido y convenido que el presente seguro no see ectiva del convenio de afiliación de mi empleador. So lier médico , hospital o clínica , IHSS, ministerio de so ue tenga datos o información sobre mi o mis dependier mación la cual puede incluir información sobre trata ción importante no medica sobre mi o mis dependier a al corredor de la póliza (si lo hubiera) que reciba y r solicitud o instrucción que haga el corredor de ASEGL	gencia rá efectivo I i el plan del alud o cualc iientes con i mientos psi ttes a dar in acepte en I JRADORA RI	hasta que s seguro es quiátrico, tr formación mi nombre URAL con re están com	dea aprobado y en sobre la base de constitución guberna a cualquier tratam ratamiento bajo el a ASEGURADORA cualquier informa elación a esta póliz pletas y no existe	Fechi Fechi Fechi Fechi I uso de d RURAL o a se entei ninguna c	a de Nacimiento dión, autorizo a mi emple cualquier otro proveedo amen , dictamen o hoso a sus representante aut citud de información o nderá que la hace en mi i pmisión de información, o derá que la hace en mi o misión de información,	Pa Pa así mismo no eador a dedu r de servicios italización a cohol tambiér orizados una notificación prombre o reperror, inexac	gurada Lps. prentesco será efectivo si no me ecir de mi salario la prim se médicos o asegurado o dar a , ASEGURADORA R a autorizo a cualquier o re fotocopia de esta autor oor parte de ASEGURAD resentación para todos l	Porcentaje % Po
Nom Nom Queda e fecha effecha effech	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia bre Completo de Beneficiario Principal bre Completo de Beneficiario Principal bre Completo de Beneficiario de Contin bre Completo	gencia rá efectivo I i el plan del alud o cualc iientes con i mientos psi ttes a dar in acepte en I JRADORA RI	hasta que s seguro es quiátrico, tr formación mi nombre URAL con re están com	dea aprobado y en sobre la base de constitución guberna a cualquier tratam ratamiento bajo el a ASEGURADORA cualquier informa elación a esta póliz pletas y no existe	Fechi Fechi Fechi Fechi Interventibuo amental oi iusto de d RURAL o ación, sol a se ente origina o	a de Nacimiento dión, autorizo a mi emple cualquier otro proveedo amen , dictamen o hoso a sus representante aut citud de información o nderá que la hace en mi i pmisión de información, o derá que la hace en mi o misión de información,	Pa Pa así mismo no eador a dedu r de servicios italización a cohol tambiér orizados una notificación prombre o reperror, inexac	gurada Lps. prentesco será efectivo si no me ecir de mi salario la prim se médicos o asegurado o dar a , ASEGURADORA R a autorizo a cualquier o re fotocopia de esta autor oor parte de ASEGURAD resentación para todos l	Porcentaje % Po
Nom Nom Queda e fecha effecha effech	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia abre Completo de Beneficiario Principal abre Completo de Beneficiario Principal abre Completo de Beneficiario de Contin acrica del convenio de afiliación de mi empleador. Si aier médico , hospital o clínica , IHSS, ministerio de su acreda dato o información sobre mi o mis dependi armación la cual puedi incluir información sobre trata ción importante no medica sobre mi o mis dependier a al corredor de la póliza (si lo hubiera) que reciba y as orredor de la póliza (si lo hubiera) que reciba y as orredor de la póliza (si lo hubiera) que reciba y as penalidades que se establecen de esta materia en	gencia rá efectivo I i el plan del alud o cualc iientes con i mientos psi ttes a dar in acepte en I JRADORA RI	hasta que s seguro es quiátrico, tr formación mi nombre URAL con re están com	dea aprobado y en sobre la base de constitución guberna a cualquier tratam ratamiento bajo el a ASEGURADORA cualquier informa elación a esta póliz pletas y no existe	Fechi Fechi Fechi Fechi Interventibuo amental oi iusto de d RURAL o ación, sol a se ente origina o	a de Nacimiento a de N	Pa Pa así mismo no eador a dedu r de servicios italización a cohol tambiér orizados una notificación prombre o reperror, inexac	gurada Lps. prentesco será efectivo si no me ecir de mi salario la prim se médicos o asegurado o dar a , ASEGURADORA R a autorizo a cualquier o re fotocopia de esta autor oor parte de ASEGURAD resentación para todos l	Porcentaje % Po
Nom Nom Queda e fecha effecha effech	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia abre Completo de Beneficiario Principal abre Completo de Beneficiario Principal abre Completo de Beneficiario de Contin acrica del convenio de afiliación de mi empleador. Si aier médico , hospital o clínica , IHSS, ministerio de su acreda dato o información sobre mi o mis dependi armación la cual puedi incluir información sobre trata ción importante no medica sobre mi o mis dependier a al corredor de la póliza (si lo hubiera) que reciba y as orredor de la póliza (si lo hubiera) que reciba y as orredor de la póliza (si lo hubiera) que reciba y as penalidades que se establecen de esta materia en	gencia rá efectivo I i el plan del alud o cualc iientes con i mientos psi ttes a dar in acepte en I JRADORA RI	hasta que s seguro es quiátrico, tr formación mi nombre URAL con re están com	dea aprobado y en sobre la base de constitución guberna a cualquier tratam ratamiento bajo el a ASEGURADORA cualquier informa elación a esta póliz pletas y no existe	Fechi Fechi Fechi Fechi Interventibuo amental oi iusto de d RURAL o ación, sol a se ente origina o	a de Nacimiento a de N	Pa Pa así mismo no eador a dedu r de servicios italización a cohol tambiér orizados una notificación prombre o reperror, inexac	gurada Lps. prentesco será efectivo si no me ecir de mi salario la prim se médicos o asegurado o dar a , ASEGURADORA R a autorizo a cualquier o re fotocopia de esta autor oor parte de ASEGURAD resentación para todos l	Porcentaje % Po
Nom Nom Queda e decha effe cualque grupto anto informaca unduriza cualque las ricula que las riculas q	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia abre Completo de Beneficiario Principal abre Completo de Beneficiario Principal abre Completo de Beneficiario de Contin acrica del convenio de afiliación de mi empleador. Si aier médico , hospital o clínica , IHSS, ministerio de su acreda dato o información sobre mi o mis dependi armación la cual puedi incluir información sobre trata ción importante no medica sobre mi o mis dependier a al corredor de la póliza (si lo hubiera) que reciba y as orredor de la póliza (si lo hubiera) que reciba y as orredor de la póliza (si lo hubiera) que reciba y as penalidades que se establecen de esta materia en	gencia rá efectivo I ii el plan del alud o cualc iimientos psi intes a dar in acepte en JRADORA RI verdaderas, la póliza, co	hasta que s l seguro es quier otra ir referencia a quiátrico, ti formación mi nombre URAL con re están com mo lo es, ei	sea aprobado y en sobre la base de constitución guberna ratamiento bajo el a ASEGURADORA cualquier informa elación a esta poletas y no existe n la negación del r	Fechi Fechi Fechi Fechi Fechi Institute of the second of t	a de Nacimiento a de N	Pa	gurada Lps. Irentesco Irentesco	Porcentaje % Po
Nom Nom Queda e decha effe cualque grupto anto informaca unduriza cualque las ricula que las riculas q	Salud Vida Accidentes Personales ION D. Designación de beneficia abre Completo de Beneficiario Principal abre Completo de Beneficiario Principal abre Completo de Beneficiario de Contin abre Completo de Beneficiario de Melledor Salier médico, hospital o clínica, IHSS, ministerio de sue tenga datos o información sobre mi o mis dependier action importante no medica sobre mi o mis dependiero al corredor de la póliza (si lo hubiera) que reciba y resolicitud o instrucción que haga el corredor de ASEGL espuestas o declaraciones en toda esta solicitud son as penalidades que se establecen de esta materia en a del Asegurado Principal	gencia rá efectivo I ii el plan del alud o cualc iimientos psi intes a dar in acepte en JRADORA RI verdaderas, la póliza, co	hasta que s l seguro es quier otra ir referencia a quiátrico, ti formación mi nombre URAL con re están com mo lo es, ei	sea aprobado y en sobre la base de constitución guberna ratamiento bajo el a ASEGURADORA cualquier informa elación a esta poletas y no existe n la negación del r	Fechi Fechi Fechi Fechi Fechi Institute of the second of t	a de Nacimiento a de Nacimiento a de Nacimiento a de Nacimiento ASEGURADORA RURAL : ión, autorizo a mi emple cualquier otro proveedo amen , dictamen o hosp rogas narcóticas o de ale a sus representante aut icitud de información o nderá que la hace en mi n omisión de info rmación, la cancelació n de la póli echa	Pa	gurada Lps. Irentesco Irentesco	Porcentaje % Po