**INFORMACIÓN PREVIA AL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO DE SEGUROS**

**REGLAMENTO SOBRE COMERCIALIZACIÓN DE SEGUROS**

**Con base en el Reglamento sobre Comercialización de seguros, artículos 24, 25 y 26, he recibido la Información previa al perfeccionamiento del contrato del SEGURO DE \_\_\_Ins Medical Regional.**

**Información recibida por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL CLIENTE**

**Entregada el: \_\_\_\_\_\_\_05/10/2023\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA**

**Información entregada por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOMBRE Y FIRMA DEL INTERMEDIARIO**