

SOLICITANTE DEL SEGURO

NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) COMPLETO(S)

Marque con una "X" la casilla correspondiente. (Todas las preguntas deben ser contestadas. Si su respuesta es **afirmativa** amplíe quien(es) la padece(n) o padece, la fecha, el tipo de diagnóstico que se obtuvo.)

S= SOLICITANTE, C= CÓNYUGE, H1= HIJO 1, H2= HIJO 2, H3= HIJO 3, H4= HIJO 4

1. ¿Ha(n) contraído la enfermedad COVID-19? Si O No O
- | S | C | H1 | H2 | H3 | H4 |
|---|---|----|----|----|----|
| | | | | | |

Favor ampliar únicamente si hubo complicaciones, hospitalización y/o utilización de oxígeno

Ampliación

Fechas de inicio y final:

2. Además de las enfermedades mencionadas en la solicitud, Si O No O
- | S | C | H1 | H2 | H3 | H4 | Fecha |
|---|---|----|----|----|----|-------|
| | | | | | | |
- ¿Habrà alguna persona en la misma que haya tenido consulta médica, enfermedad, lesión, accidente, operación u hospitalización, condición congénita o realizado alguna prueba diagnóstica que no se haya mencionado en dicha solicitud?

Ampliación:

3. ¿Ha(n) tenido o tiene(n) alguna deformación, cojera, Si O No O
- | S | C | H1 | H2 | H3 | H4 | Fecha |
|---|---|----|----|----|----|-------|
| | | | | | | |
- amputación, algún tipo de incapacidad y si utiliza(n) prótesis o implante, silla de ruedas, algún soporte para caminar o nació(nacieron) sin algún órgano o ha(n) sido donador(es) o receptor(es)?

Ampliación:

CONSENTIMIENTO

Autorizo a cualquier entidad o persona relacionada con mi historial médico a proveer a La Compañía cualquier información que ésta requiera, mía y/o de mis dependientes, sin limitación alguna, asimismo, que la información recopilada o proporcionada por entidades públicas o privadas y la generada de relaciones contractuales, crediticias o comerciales, pueda ser consultada. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verdicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

Guatemala,

DIA	MES	AÑO

Firma del Solicitante