



Como consecuencia que en la solicitud de seguro incluyo entre los beneficios adicionales el de **Seguridad Familiar** (SEFA), en el que registro como cónyuge asegurado a: _____ ,
a continuación proporciono la siguiente información relacionada con dicha persona:

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
Dirección de la residencia	Teléfono
Ciudad	Departamento

1. ¿Qué actividades realiza? _____

2. Nombre y dirección del centro del trabajo: _____

3. Relación con el solicitante: ☐ Cónyuge
☐ Madre de mis hijos
☐ Otra. Especifique: _____

4. ¿Vive con el solicitante?
☐ No ☐ Sí

5. ¿Está el solicitante al tanto de las actividades y de la salud del candidato a cónyuge asegurado?
☐ No ☐ Sí

6. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad?
☐ No ☐ Sí

¿Cuál? _____
Nombre y dirección del médico tratante de esta enfermedad: _____

7. Ha consultado algún médico en los últimos 12 meses:
☐ No ☐ Sí
Nombre y dirección del médico y por qué razón lo consultó: _____

8. ¿Ha estado internado en algún hospital o sanatorio?
☐ No ☐ Sí
¿Por qué razón y cuándo? _____

9. ¿Está actualmente bajo algún tratamiento?
☐ No ☐ Sí
¿Qué tratamiento y por qué? _____

10. Padece o ha padecido de:	Sí	No		Sí	No
a) Reumatismo	☐	☐	k) Molestias en la ingestión	☐	☐
b) Angina de pecho	☐	☐	l) Enfermedades:		
c) Infarto	☐	☐	m) Del hígado	☐	☐
d) Enfermedad del corazón	☐	☐	n) De la vesícula biliar	☐	☐
e) Presión arterial alta	☐	☐	ñ) De los riñones	☐	☐
f) Bronquitis crónica	☐	☐	o) De la vejiga	☐	☐
g) Asma	☐	☐	p) Diabetes	☐	☐
h) Tuberculosis	☐	☐	q) Tiene o tuvo algún tumor	☐	☐
i) Úlcera del estómago	☐	☐	r) Desmayos	☐	☐
j) Úlcera del duodeno	☐	☐			

Si alguna respuesta es SI, a continuación proporcione información sobre: la fecha, la duración, el estado actual del padecimiento y dirección del médico tratante: _____

11. ¿Le han practicado alguna operación quirúrgica? ☐ No ☐ Sí
¿Cuál? _____

12. ¿Cuál es su peso? _____ Lbs. 13. ¿Cuál es su estatura? _____ mts.

14. ¿Le falta algún miembro o parte de él? _____

15. Si el candidato es mujer:

a) ¿Padece o padeció alguna enfermedad en la matriz? ☐ No ☐ Sí
¿Qué enfermedad y cuándo la padeció? _____
¿Cuál es su estado actual? _____

b) ¿Padece o padeció alguna enfermedad en los ovarios? ☐ No ☐ Sí
¿Qué enfermedad y cuándo la padeció? _____
¿Cuál es su estado actual? _____

c) ¿Padece o padeció alguna enfermedad en los pechos? ☐ No ☐ Sí
¿Qué enfermedad y cuándo la padeció? _____
¿Cuál es su estado actual? _____

d) ¿Cuántos hijos ha tenido? _____ ¿En parto normal? _____ ¿Por cesárea? _____

e) ¿Está actualmente embarazada? No ☐ Sí ☐ ¿Cuántos meses tiene de embarazo? _____

Declaro que toda la información anterior es verdadera y exacta y aunque no sea de mi puño y letra, debe tomarse como que así fuera, ya que será la base para evaluar la emisión del beneficio adicional seguridad familiar. Así mismo, declaro que cualquier inexactitud o falsedad que aparezca en tal información, da derecho a la compañía a dar por cancelada la cobertura concedida, aunque tal extremo sea descubierto posteriormente al fallecimiento del cónyuge asegurado.

Guatemala, _____

Nombre del solicitante: _____

Número de DPI: _____ Ext. en: _____

Firma: _____