

**CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS**

1. Nombre del Propuesto Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Mes    Día    Año

2. ¿Está usted usando o ha usado en el pasado las siguientes drogas?

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
|   | SÍ                    | NO                    |
| a) Derivados del Opio: heroína, morfina, demerol, metadona                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Barbitúricos: Amital, Fenobarbitúrico, Seconal, Nembutal, Pentobarbitúrico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Marihuana, hashish, cannabis   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Anfetaminas: Bencedrina, Dexedrina, Metadrina                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Cocaína  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Alucinógenos: LSD, DMT, Mescalina, Peyote, Lidocaína                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Otra _____   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. En caso afirmativo, favor suministrar detalles a continuación:

Tipo	Cantidad usada	Frecuencia de uso	Fechas	
			Desde	Hasta

4. ¿Ha recibido tratamiento médico por el uso de drogas?    SÍ     NO

En caso afirmativo, especifique fechas y nombres de doctores e instituciones consultadas \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. Por favor escriba cualquier otra información que con respecto a uso de drogas considere importante.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cualquier persona que con conocimiento e intención de causar daño, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presenta una reclamación o una solicitud conteniendo información falsa, incompleta o engañosa podría incurrir en responsabilidad penal y podría ser juzgado por los delitos y contravenciones que establecen las leyes, adicional a las consecuencias que por omisión o inexacta declaración establece el Código de Comercio.

Manifiesto que las declaraciones y respuestas arriba indicadas son completas y verdaderas y formarán parte de cualquier póliza que se emita en base a ellas.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes    Día    Año

\_\_\_\_\_  
Firma del Propuesto Asegurado

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos de Guatemala, según resolución número 395-2014 de fecha 10 de abril de 2014.