Cía. Internacional de Seguros, S.A.
Cuestionario Coronavirus / Covid-19

LLENAR ESTA SOLICITUD CON PRECISIÓN, SIN RASPADURAS O ENMIENDAS Y CONTESTAR SIN COMILLAS U OTROS SIGNOS
FAVOR COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA O COMPUTADORA

Número de Solicitud: _____ ☐ Nuevo Negocio ☐ Rehabilitación

Póliza No.: _____ Tipo de Póliza: ☐ Individual ☐ Colectiva

Nombre: _____ Cédula: _____

CUESTIONARIO DE SALUD

En base a las siguientes preguntas relacionadas con el Coronavirus/COVID-19 y según su leal saber y entender, **Marque SÍ ó NO:**

	PROPUESTO ASEGURADO SÍ	NO
1. ¿Es profesional de la salud? (Considere como profesional de la salud a: médicos, odontólogos, enfermeras, técnico o auxiliar en enfermería, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacéuticos, visitadores médicos, etc, así como estudiantes de profesiones afines a la salud)	1. ☐	☐
2. ¿Ha recibido la vacuna para Coronavirus/COVID-19? (Si su respuesta es afirmativa, adjuntar tarjeta de vacunación)	2. ☐	☐
3. ¿Ha viajado fuera del país en los últimos 30 días?Si la respuesta es afirmativa, Por favor indicar:	3. ☐	☐

Nombre del Solicitante	País(es) visitados	Fechas (dd/mm/aaaa)
		/ /
		/ /

4. ¿Estuvo en contacto con una persona sospechosa o positiva al virus? En caso afirmativo, indicar:	4. ☐	☐

Nombre del Solicitante	Fechas (dd/mm/aaaa)
	/ /
	/ /

5. ¿Ha presentado en los últimos 30 días síntomas generales como: fiebre, dolor muscular, diarrea, decaimiento, dolor de cabeza, dificultad respiratoria o síntomas respiratorios, tales como malestar en la garganta, tos o secreción nasal?	5. ☐	☐
6. ¿Salió positivo a la prueba, o está en la espera de los resultados de la misma?. Si su respuesta es: hospital o Unidad de cuidados intensivos (UCI O UCRE)? (adjuntar informe clínico)	6. ☐	☐
6.1.Su condición, en base a la información médica fue catalogada como: Asintomática ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Crítica ☐		
6.2.¿Usted se ha reincorporado a las actividades cotidianas (trabajo, escuela, ejercicios, etc) En caso negativo, indique el nombre del solicitante y motivo.	6.2. ☐	☐

SI HA CONTESTADO SÍ A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS 5 Y 6, FAVOR SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

#. de Preg	Nombre del Prospecto Asegurado	Fecha dd/mm/aaaa	Lugar de Atención (hogar, hospital, UCI o UCRE)	Sintomas y/o secuelas y/o medicamentos	Médico tratante	Condición actual/ motivo
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				

DECLARACIÓN: En mi nombre y representación, y en nombre de las personas incluídas en esta solicitud, declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, que no existe circunstancia alguna fuera de las aquí declaradas que puedan agravar el riesgo y que no he omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida. Acepto que esta solicitud sirva de base para emitir la Póliza y forme parte integral de la misma. Estoy de acuerdo en que la Póliza quede nula y sin efecto alguno en caso de error, inexactitud, falsedad o reticencia de mi parte, sobre circunstancia que de haber sido conocidas por la Compañía le hubiese hecho desistir del Contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas.

_____ Firma del Asegurado

_____ Firma del Contratante

_____ / / Fecha (dd/mm/aaaa)