

CUESTIONARIO GENERAL COVID 19

Este documento debe ser completado con carácter reservado y confidencial, y sólo será utilizado con el fin de evaluar el riesgo del seguro solicitado a la compañía. Utilice letra de molde y pluma con tinta negra o azul. Cerciórese que todas las preguntas estén debidamente contestadas y firmar el documento al reverso.

I. DATOS GENERALES

a) Información del Solicitante Principal o Titular

NOMBRE (S)	APELLIDO (S)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)

b) Información de Dependientes

NOMBRE (S)	APELLIDO (S)	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	PARENTESCO

II. CUESTIONARIO MÉDICO

1. ¿Usted o alguno de sus dependientes ha realizado viajes fuera del país de domicilio en los últimos 6 meses?

Si _____ No _____

En caso de ser positiva su respuesta, favor especificar los países visitados y las fechas.

2. ¿Usted o alguno de sus dependientes ha tenido contacto con alguna persona que haya sido sometida a realizarse pruebas que diagnostiquen infección presente o pasada de COVID-19?

Si _____ No _____

En caso de ser positiva su respuesta, favor especificar la enfermedad y la fecha en que tuvo contacto con dicha (s) persona (s):

3. ¿Usted o alguno de sus dependientes ha presentado en los últimos 30 días síntomas generales como fiebre, tos, dificultad respiratoria, malestar en la garganta, secreción nasal, falta de olfato, diarrea no explicable, alteraciones en la piel tipo rash, alteración neurológica o cardíaca o algún otro síntoma respiratorio?

Si _____ No _____

En caso de ser positiva su respuesta, favor especificar el (los) síntoma (s) presentar y detallar la persona afectada y así como dónde fue atendida:

4. ¿Usted o alguno de sus dependientes ha sido vacunado contra COVID19?

Si _____ No _____

En caso de ser positiva su respuesta, favor especificar fecha de vacunación, n° de dosis recibida y fabricante de la vacuna para cada una de las personas que aplique:

5. ¿Usted o alguno de sus dependientes ha resultado positivo por alguna prueba del virus del COVID-19 ya sea PCR, Antígenos o serológica de anticuerpos?

Si _____ No _____

En caso de ser positiva su respuesta, favor especificar quiénes marcaron positivo, la fecha en que se realizó la prueba y llenar la parte III del formulario.

III. Condiciones generales de un Caso Positivo COVID19 (Favor marque con una "X" la respuesta).

Nota: Si más de una persona tiene antecedentes de COVID19, favor colocar el detalle e indicar la persona en el recuadro de cada pregunta.

1. ¿Su enfermedad tuvo una duración de?:

Explicación:

- Menos de 14 días _____
- Más de 14 días _____
- No sé o no recuerdo _____

2. El tratamiento recibido fue:

Explicación:

- Sólo vigilancia por 14 días _____
- Medicamentos orales _____
- Medicamentos intramusculares _____
- Medicamentos intravenosos _____

3. Tratamiento con oxígeno:

Explicación:

- No lo recibí _____
- Recibí oxígeno por cánula _____
- Nasal _____
- Recibí oxígeno por máscara _____
- Requerí ser intubado _____

4. ¿Presentó complicaciones?

Explicación:

- Ninguna _____
- Neumonía _____
- Problemas del corazón _____
- Problemas Neurológicos _____
- Otros, describa cuáles _____

5. Su condición actual es:

Explicación:

- Normal _____
 - Fatiga _____
 - Sensación de falta de aire _____
 - Algunas secuelas _____
- Describe cuáles _____

6. El tiempo de incapacidad laboral fue de:

Explicación:

- 14 días _____
- Más de 14 días y menos de 1 mes _____
- Más de 1 mes _____

Declaro bajo seriedad del juramento, que cada una de las respuestas que anteceden son exactas, verdaderas y completas y estoy de acuerdo para que sean tomadas como base para la emisión o rehabilitación de este seguro. De igual forma, entiendo que cualquier información falsa, errónea o inexacta puede ser causal del rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro.

Firma del Asegurado Propuesto: _____ Fecha: _____

Firma y Nombre del Corredor: _____ Fecha: _____