

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Este cuestionario forma parte de la Solicitud de Seguro, con el fin de evaluar aspectos específicos, le agradecemos suministrar la siguiente información:

1. ¿Ha estado usted en aislamiento o cuarentena por alguna causa relacionada al COVID-19?

SI NO En caso afirmativo indique la fecha: _____

2. ¿En el último mes ha estado usted en contacto con alguna persona portadora de COVID-19?

SI NO

3. ¿Ha resultado usted positivo para COVID-19? SI NO

En caso afirmativo indique la fecha: _____

4. ¿Presentó o ha presentado alguno de los siguientes síntomas o condiciones? (Marque con x en caso positivo)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tos seca | <input type="checkbox"/> Secreción nasal | <input type="checkbox"/> Malestar general |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Falta de aire | <input type="checkbox"/> Pérdida de olfato |
| <input type="checkbox"/> Fiebre mayor a 38°C | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> Pérdida del gusto |
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Brotes en la piel | <input type="checkbox"/> Conjuntivitis |
| <input type="checkbox"/> Náuseas o vómito | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del sueño | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

5. En caso de diagnóstico positivo por COVID-19:

a) ¿Requirió usted hospitalización? SI NO

En caso afirmativo indique: Centro hospitalario: _____

Fecha de hospitalización: _____ Fecha de alta: _____

b) ¿Qué tipo de atención recibió en el centro hospitalario?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sala de cuidados generales | <input type="checkbox"/> Sala de cuidados intensivos con ventilación |
| <input type="checkbox"/> Sala de cuidados intermedios | <input type="checkbox"/> Sala de cuidados intensivos sin ventilación |

c) ¿Se ha realizado algún seguimiento o prueba médica posterior a haber sido dado de alta?

SI NO En caso afirmativo indique:

Centro hospitalario y médico que lo realizó: _____

Tipo de seguimiento o prueba médica realizada: _____

Resultados: _____

d) ¿Presenta usted síntomas persistentes (Síndrome Post COVID-19)? SI NO

En caso afirmativo indique cuáles: _____

e) Favor indique la fecha de regreso a su estado físico y actividad normal: _____

6. Con respecto a la vacunación:

a) ¿Está usted vacunado contra el Virus SARS-CoV-2 (Covid-19)? SI NO

En caso afirmativo indique:

Marca: _____ Fecha 1er dosis _____ Fecha 2da dosis _____

b) ¿Tuvo alguna reacción adversa a dicha vacuna? SI NO

En caso afirmativo indique cuáles: _____

Este documento sólo constituye una declaración, por tanto, no representa garantía alguna de que la solicitud de seguro será aceptada por el Instituto Nacional de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Declaro que, según mi leal saber y entender, las respuestas dadas son ciertas y que no he ocultado ninguna información fundamental que pueda influir en la evaluación o aceptación de la presente solicitud de seguro.

Consiento en que el presente cuestionario forma parte de mi solicitud de seguro y en que, si llegase a ocultar un hecho esencial de mi conocimiento, el contrato podrá ser declarado nulo.

Firma: _____

Cédula: _____ Fecha: _____