

Nombre completo: N° identificación: 

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

**1. ¿En caso de diagnóstico positivo por COVID-19:**a) ¿Requirió usted hospitalización?:  Si  No

En caso afirmativo favor detallar lo que se solicita a continuación, en caso negativo continuar con la pregunta 2

Centro hospitalario: \_\_\_\_\_

Fecha de hospitalización: \_\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_\_\_

**b) ¿Qué tipo de atención recibió en el centro hospitalario?** Sala de cuidados generales  Sala de cuidados intensivos con ventilación Sala de cuidados intermedios  Sala de cuidados intensivos sin ventilaciónc) ¿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 o Síndrome de COVID Largo)?:  Si  No

En caso afirmativo indique cuáles: \_\_\_\_\_

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

**2. Con respecto a la vacunación:**a) ¿Está usted vacunado contra el Virus SARS-CoV-2 (Covid-19)?:  Si  No

En caso afirmativo indique:

¿Cuántas dosis?: \_\_\_\_\_ Fecha última dosis \_\_\_\_\_

**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.**

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma y número de identificación: \_\_\_\_\_