

**PARTE A** Para ser completado por todo propuesto asegurado **PARTE B** Si se ha Recuperado por Covid-19 complete la Parte B

1. Nombre completo del Propuesto Asegurado	2. Cédula / Pasaporte
3. Nacionalidad	4. Fecha de Nacimiento
5. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	

6. Dirección Residencial:

7. Para planes Familiares de Accidentes Personales - Información de Dependientes solicitantes: (Cónyuge e hijos a asegurar solamente)

Nombre	Fecha de Nacimiento	ID/Cédula/Pasaporte	Parentesco

8. En los últimos 14 días, usted o alguno de los solicitantes ha tenido alguno de los siguientes síntomas? Fiebre de cualquier tipo, Tos, Dificultad para respirar, Malestar general (cansancio gripal), Rinorrea (catarro, descarga mucosa nasal), Dolor de garganta, Síntomas gastrointestinales como (nausea, vómitos y/o diarrea), Pérdida del sentido del olfato o del gusto.	Principal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cónyuge e hijos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

En caso afirmativo para alguno de éstos, indique quien, cuál y detalle la información:

9. a. ¿Ha estado en contacto cercano con alguien que ha sido puesto en cuarentena o diagnosticado una infección por el nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo, ¿por favor proporcione detalles	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿Ha sido puesto en cuarentena por una probable exposición al nuevo coronavirus (SRAS-Cov-2/COVID-19)? En caso afirmativo, por favor proporcione detalles, fechas y ubicación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. ¿Le han recomendado someterse a pruebas para confirmar o descartar un diagnóstico de Nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)? o, está en espera del resultado de una prueba que ha sido procesada en búsqueda del nuevo coronavirus (SRAS-CoV2/COVID-19)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. ¿Ha tenido un resultado positivo en la prueba para el nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo, indique la fecha del diagnóstico positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

10. Declaración de Viajes - Por favor indique los viajes que haya realizado en los últimos 15 días:

País	Ciudad	Fecha de arribo	Fecha de salida

11. Declaración de Viajes - Por favor indique sus planes de viajes futuros en los próximos 90 días:

País	Ciudad	Fecha de arribo	Fecha de salida

12. Usted y todos los solicitantes han completado un esquema de vacunación para el SARS-CoV-2 / COVID-19	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a) Qué tipo de vacuna (nombre) fue administrada: b) Fecha de la primera vacunación: _____ c) Fecha de la segunda vacunación: _____ d) ¿Está experimentando efectos secundarios continuos de la vacunación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si la respuesta es "SI", proporcione la información colocando nombre, detalles y fechas en la siguiente página

## CUESTIONARIO DE SALUD RELACIONADO AL CORONAVIRUS COVID-19 DECLARACION JURADA

Nombre y Apellido	Detalles de Respuesta Afirmativa	Fecha (DD-MM-AAAA)

Adjuntar copia de la tarjeta/comprobante oficial de vacunación junto a este cuestionario.

13. ¿Usted y todos los solicitantes, tiene(n) plan(es) de ser vacunado? Si es afirmativo, indique fechas y tipo de vacuna:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. ¿Si Usted es trabajador de la Salud, ha sido vacunado? Adjuntar copia de la tarjeta de vacunación. Si es negativo, la empresa podrá solicitar mayor información.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. La entidad en la que trabaja ¿cuenta con suficiente equipo de protección personal (EPP) para su planta laboral?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
16. ¿Usted y todos los solicitantes, actualmente se encuentra(n) en buen estado de salud y puede(n) trabajar a tiempo completo o realizar actividades diarias normales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

17. Observaciones

### PARTE B Cuestionario de Recuperación (solo aplica si tuvo Covid-19 en el pasado)

Principal	Cónyuge e hijos
18. ¿En qué fecha le diagnosticaron SARS-CoV-2 / COVID-19?	
19. ¿Qué tipo de prueba se usó para hacer el diagnóstico? <input type="checkbox"/> prueba de rt-PCR (generalmente realizada con un hisopo nasal y de garganta) <input type="checkbox"/> prueba de anticuerpos (generalmente realizada con un pinchazo en el dedo o análisis de sangre) Anexe copia(s) de dicho(s) resultado(s) o Certificación del Ministerio de Salud dando el Alta. Anexar copia(s) si ofrece Enfermedades Graves	
20. ¿Alguno de los solicitantes requirió ingreso al hospital para observación, cuarentena o tratamiento de COVID-19?  En caso afirmativo, por favor detalle a continuación y junto a este cuestionario provea copia de su expediente médico del ingreso hospitalario, informe médico sobre el estado de salud actual, resultados de radiografías de tórax u otros estudios recientes.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a) Fecha de admisión	Fecha dado de alta (hospital)
b) ¿Requirió tratamiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c) ¿Necesitó una máquina para ayudarlo a respirar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d) ¿Qué complicaciones experimentó, como problemas pulmonares (respiratorios), renales, hepáticos o cardíacos relacionados con la infección por COVID-19? (por favor proporcione detalles):	
21. Fecha en la que experimentó una recuperación completa:	
22. ¿Tiene citas o pruebas de seguimiento pendientes o recomendadas relacionadas con su diagnóstico de COVID-19? En caso afirmativo, indique fechas y prueba:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
23. Si está empleado, ¿ha sido certificado para volver a trabajar sin restricciones y a plena capacidad? Si la respuesta es No, por favor proporcione detalles:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### DECLARACIÓN Y FIRMAS

Confirmando que todas las respuestas están de acuerdo con mi mejor saber y entender.

Firma <b>X</b> _____	Nombre Impreso del Propuesto Asegurado	Fecha
Firma <b>X</b> _____	Nombre Impreso del Intermediario/Agente/Corredor/Asesor de Seguros	Fecha