

Favor completar para propósitos de Suscripción como complemento a la Solicitud de Seguros presentada. Aplica para el Solicitudante Principal como para cada dependiente (en caso de pólizas de salud).

### Datos generales

Nombre del Solicitudante: \_\_\_\_\_

Fecha de completado el cuestionario: \_\_\_\_\_

Día      Mes      Año

### Cuestionario

1. ¿Ha estado usted fuera del país en los últimos 30 días o tiene planeado algún viaje en los próximos 30 días?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, favor detallar los países visitados:	
2. ¿Ha estado usted en algún centro de salud en los últimos 15 días?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, favor detallar:	
3. ¿Ha estado usted en contacto con alguna persona enferma en los últimos 15 días?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro (a) <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, favor detallar:	
4. ¿Durante los últimos 15 días ha presentado alguno de los siguientes síntomas?:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Perdida del olfato <input type="checkbox"/> Secreción nasal <input type="checkbox"/> Falta de aire <input type="checkbox"/> Perdida del gusto <input type="checkbox"/> Malestar general <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Brote en piel de manos y piernas <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Diarrea      Otras _____	
5. ¿Ha estado usted en contacto con un caso (persona) sospechoso, probable o positivo en Coronavirus?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro (a) <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, favor detallar la fecha del primer contacto:	Día      Mes      Año
6. ¿Tiene o ha tenido usted:	
<input type="checkbox"/> Enfermedades crónicas del corazón <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares <input type="checkbox"/> Recibe tratamiento con inmunosupresores <input type="checkbox"/> Nada      Otras _____	
7. ¿Se ha hecho la prueba del hisopado nasal? Si la respuesta es afirmativa, indique el resultado y motivo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
Fecha de la prueba: _____	
8. ¿Ha estado hospitalizado por COVID-19? Si la respuesta es afirmativa, indique si en sala o en la unidad de cuidados intensivos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En sala <input type="checkbox"/> UCI <input type="checkbox"/>
¿Según su médico, qué tipo de sintomatología tuvo su infección COVID-19?	
Leve      Moderada      Severa      Crítica	
9. ¿Tiene usted alguna secuela post COVID-19 o se ha realizado alguna prueba médica post COVID-19 para descartar secuelas? Por favor brinde detalles	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
_____	
10. ¿Está usted vacunado contra el COVID-19? ¿Cuál vacuna?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la respuesta es afirmativa, favor detallar las fechas en que fueron colocadas            Primera dosis: _____ / _____ / _____      Segunda dosis: _____ / _____ / _____            Tercera dosis: _____ / _____ / _____         </li> </ul>	
• ¿Tuvo alguna reacción adversa?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Certifico que la información antes mencionada es correcta.

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores, corredores de seguros y/o otras Compañías de Seguro a revelar a ASSA Compañía de Seguros, S.A. información y documentación del expediente clínico y/o cuadricula médica mía y/o de mis dependientes.

El Firmante, entiende, acepta, reconoce y otorga su consentimiento expreso a ASSA Compañía de Seguros, S.A., filiales, reaseguradoras, socios estratégicos o de negocio y Grupo Económico para que cuando sea necesario y requerido esta puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar los datos personales para los propósitos y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y servicios financieros, incluyendo la de seguros y reaseguros producto de la gestión, negociación y/o contratación de las Pólizas de Seguros, así como, a mantener la confidencialidad de la información, en concordancia con la Ley de Seguros No. 12 de 3 abril de 2012 y la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019.

**Firma**