

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

Datos generales

Nombre del Solicitante:

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 ☐ No ☐

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 ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa, favor detallar:

3. ¿Ha estado usted en contacto con alguna persona enferma en los últimos 15 días?

Sí ☐ No ☐ No estoy seguro (a) ☐

Si la respuesta es afirmativa, favor detallar:

4. ¿Durante los últimos 15 días ha presentado alguno de los siguientes síntomas?:

Sí ☐ No ☐

☐ Tos seca

☐ Dificultad respiratoria

☐ Perdida del olfato

☐ Secreción nasal

☐ Falta de aire

☐ Perdida del gusto

☐ Malestar general

☐ Dolor de garganta

☐ Brote en piel de manos y piernas

☐ Fiebre

☐ Diarrea

Otras

5. ¿Ha estado usted en contacto con un caso (persona) sospechoso, probable o positivo en Coronavirus?

Sí ☐ No ☐ No estoy seguro (a) ☐

Si la respuesta es afirmativa, favor detallar la fecha del primer contacto:

Día

Mes

Año

6. ¿Tiene o ha tenido usted:

☐ Enfermedades crónicas del corazón

☐ Cáncer

☐ Enfermedades pulmonares

☐ Recibe tratamiento con inmunosupresores

☐ Nada

Otras

7. ¿Se ha hecho la prueba del hisopado nasal? Si la respuesta es afirmativa, indique el resultado y motivo:

Sí ☐ No ☐

Positivo ☐ Negativo ☐

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 ☐ No ☐

En sala ☐ UCI ☐

¿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 ☐ No ☐

10. ¿Está usted vacunado contra el COVID-19? ¿Cuál vacuna?

Sí ☐ No ☐

• Si la respuesta es afirmativa, favor detallar las fechas en que fueron colocadas

Primera dosis: / / Segunda dosis: / /

Tercera dosis: / /

• ¿Tuvo alguna reacción adversa?

Sí ☐ No ☐

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 cuadrícula 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

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

Página 1 de 1