

Compañía de Seguros, S.A.

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 <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"> Si la respuesta es afirmativa, favor detallar las fechas en que fueron colocadas Primera dosis: ____ / ____ / ____ Segunda dosis: ____ / ____ / ____ Tercera dosis: ____ / ____ / ____ ¿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 cuadrícula médica mía y/o de mis dependientes.

"Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros ("ASSA") para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cedula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá."

Firma