

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.

“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

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

Página 1 de 1