

**ANEXO: Cuestionario de Vida y Salud
CORONAVIRUS/COVID-19**

El presente documento forma parte de la Solicitud de Seguro.

Nombre del propuesto asegurado: _____

COLECTIVO: _____

Solicitud Nueva
 Inclusión de Asegurados

Hemos recibido su solicitud para una póliza de seguros de “vida y/o salud” del plan _____.
A fin de poder evaluar su solicitud dada la situación de crisis sanitaria que atraviesa el país a consecuencia de la epidemia del Coronavirus COVID-19, le solicitamos responder a las siguientes preguntas que como primer suscriptor de riesgos de esta empresa estoy obligado(a) a hacer.

De no responder a las preguntas de esta entrevista por esta vía no podremos seguir adelante con el trámite de su solicitud y transcurridos 30 días calendario sin haberlas recibido se dará por caducada y retirada, y será archivada sin emitirse póliza alguna.

Según su entender, CONTESTE SI o NO a las siguientes preguntas relacionadas con el COVID-19:

1. Ha sido diagnosticado usted con COVID-19? Sí No

Si ha contestado afirmativamente por favor indicar:

a) Fecha de alta de acuerdo a la nota que le remitiera el Ministerio de Salud (Adjuntar copia de la misma): _____

b) Indicar cómo hizo su cuarentena

- i. En casa / hotel _____
- ii. En hospital sin utilizar la unidad de cuidados intensivos) _____
- iii. En hospital, utilizando la unidad de cuidados intensivos _____

2. Ha estado usted en contacto en los últimos 30 días con alguna persona que haya sido diagnosticada con COVID-19? Sí No

Firma del asegurado: _____