

NO. COTIZACIÓN/PLAN/PÓLIZA: \_\_\_\_\_

Datos del asegurado		
Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Primer Apellido

Por favor responda las siguientes preguntas con el mayor detalle posible:

1. ¿Usted está, o ha estado en contacto cercano con alguien que ha sido puesto en cuarentena o diagnosticado con una infección por el nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo indicar:	
Fecha de contacto: DD / MM / AA	Relación con la persona:
Describir la situación:	

2. Si ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días, favor marcar:
<input type="checkbox"/> Cualquier fiebre <input type="checkbox"/> Malestar general (cansancio gripal) <input type="checkbox"/> Síntomas gastrointestinales como náusea, vómito y/o diarrea <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Rinorrea (catarro, descarga mucosa nasal) <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Dolor de garganta
En caso afirmativo indicar:
Fecha: DD / MM / AA

3. ¿Le fue indicado o recomendado por un médico calificado o por un oficial de salud pública autorizado realizar Cuarentena, por haber estado expuesto o en contacto con alguna persona diagnósticada con COVID-19?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo indicar:		
Fecha: DD / MM / AA	Si recibió tratamiento, indicar cual:	Fue dado de alta de la cuarentena <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, anexar el soporte médico de su alta de cuarentena, emitido por una autoridad de salud, junto a los exámenes realizados para la confirmación		

4. ¿Usted ha sido diagnosticado/a con COVID-19 (enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo indicar:		
Fecha del Diagnóstico: DD / MM / AA	Tratamiento:	Estado actual:
Anexar historial médico completo emitido por las autoridades de salud que lo atendieron.		

5. ¿Usted ha requerido ingreso al hospital para observación, cuarentena o tratamiento por COVID-19?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo indicar:	
Fecha de admisión: DD / MM / AA	Fecha dada de alta: DD / MM / AA
¿Requirió tratamiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Necesitó una máquina para ayudarlo a respirar?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿Experimentó complicaciones, como problemas pulmonares (respiratorios), renales, hepáticos o cardíacos relacionados con la infección por COVID-19?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Ya se recuperó completamente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, Favor indicar fecha de su recuperación total		
Fecha: DD / MM / AA		
En caso de que aplique, favor anexar el soporte médico de su alta, emitido su médico tratante o por una autoridad de salud, junto a los exámenes realizados durante su ingreso y de control.		

6. ¿Tiene citas o pruebas de seguimiento pendientes o recomendadas relacionadas con su diagnóstico de COVID-19?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, indique fechas:		
Fecha: DD / MM / AA	Fecha: DD / MM / AA	Fecha: DD / MM / AA
Prueba(s): _____ _____ _____ _____	Prueba(s): _____ _____ _____ _____	Prueba(s): _____ _____ _____ _____

7. Si está empleado, ¿ha sido certificado para volver a trabajar sin restricciones y a plena capacidad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es No, por favor proporcione detalles:		
_____ _____ _____ _____ _____		

8. Declaración de Viaje		
a. Por favor indique si ha viajado de los últimos 14 días:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo indicar:		
Nombre País: DD / MM / AA	Ciudad/es:	Fecha de salida: DD / MM / AA
Fecha de arribo:	Motivo del viaje:	
¿Le fue realizada una prueba para detectar infección por SARS – COV -2 ( Covid-19 ) a la salida o al regreso de su viaje?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo favor adjuntar resultado de su prueba.		
b. ¿Planea viajar en los próximos 30 días?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo indicar:		
Nombre País:	Ciudad/es:	Fecha de salida: DD / MM / AA
Duración esperada:		

<b>9. Vacunación</b>	
La mayoría de las vacunas requieren dos dosis; sin embargo, algunas requieren solo una dosis. Si ha sido vacunado contra el SARS-CoV-2 / COVID-19, proporcione la información a continuación, con el mayor detalle posible, dependiendo de si recibió un esquema de vacunación de una o dos dosis.	
a. ¿Ha completado un esquema de vacunación para el SARS-CoV-2 / COVID-19?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si la respuesta es "SI", proporcione la siguiente información:	
Vacuna de 1 dosis, indique fecha: _____	
Vacuna de 2 dosis, indique: Fecha de la primera vacuna: _____,	
Fecha de la segunda vacuna: _____	
¿Ha experimentado alguno de los efectos secundarios posteriores a la vacunación?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo indicar:	
<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Escalofríos.	<input type="checkbox"/> Dolor Muscular
<input type="checkbox"/> Cansancio o fatiga	<input type="checkbox"/> Náuseas
<input type="checkbox"/> Dolor en el área de la vacuna	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento o hinchazón del área de la Vacuna
<input type="checkbox"/> Otros (Favor ofrecer detalles en el espacio de más abajo)	
En caso de otros síntomas, proporcione detalles:	
_____	
_____	
b. ¿Ha recibido una tarjeta/comprobante oficial de vacunación?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, proporcione una copia del registro.	
Si la respuesta es No, Indique:	
Nombre del médico o centro hospitalario donde fue vacunado: _____	
Dirección del médico o del centro Hospitalario: _____	
Número telefónico del médico o centro Hospitalario: _____	
10. ¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
11. Esta sección debe ser completada solo por trabajadores del área de la Salud (Profesionales registrados relacionados al cuidado de pacientes y de la salud, médicos, enfermeras, profesionales de la salud aliados incluyendo fisioterapeutas, farmacólogos, flebotomistas, bioanalistas, entre otros.)	
Ocupación	
Especialidad Médica (si aplica)	
Naturaleza exacta de sus labores (incluyendo tareas que involucren o no procedimientos médicos)	
Nombre y domicilio de la o las instalaciones en las que trabaje	
Nombre de la Autoridad Sanitaria bajo la cual usted está registrado	
La entidad en la que trabaja ¿cuenta con suficiente equipo de protección personal (EPP) para su planta laboral?	
Por favor responda la siguiente pregunta con el mayor detalle posible:	
¿Usted ha estado o sus obligaciones laborales incluyen el contacto cercano con alguien que ha estado en cuarentena o que ha sido diagnosticado con el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Usted ha estado o sus obligaciones laborales incluyen el contacto cercano con alguien que ha estado en cuarentena o que ha sido diagnosticado con el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso afirmativo, por favor proporcione detalles incluyendo la naturaleza de su trabajo con pacientes con el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19).	
_____	
_____	

## Declaración

Yo \_\_\_\_\_ declaro que las respuestas e informaciones contenidas en este formulario son consistentes, ciertas, completas y han sido correctamente anotadas.

Estoy de acuerdo con que cualquier comunicación escrita con información referente a mí o a mi salud, forme parte de este cuestionario.

Autorizo a cualquier médico, profesional de la salud, institución médica, compañía de seguros, institución financiera, o cualquier otra institución o persona que tenga cualquier registro de conocimiento mío o de mi salud, a que provea dicha información a StateTrust Life and Annuities o a sus reaseguradores. Entiendo que la información obtenida sólo se proporcionará a StateTrust Life and Annuities, reaseguradores, a personas que desempeñen servicios en relación con mi solicitud o reclamo o según se exija legalmente.

Doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta aplicación sea tratada como una versión original para todo efecto por StateTrust Life and Annuities, y de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Yo entiendo y doy mi consentimiento para que en caso de ser necesario la compañía obtenga muestras de sangre, orina, saliva u otras para análisis de Asegurabilidad.

Entiendo que estos exámenes serán realizados exclusivamente por laboratorios autorizados por la compañía y que pueden incluir determinaciones para detectar la presencia de anticuerpos, Covid-19, riesgo de enfermedades cardiovasculares, desórdenes del hígado, riñones, diabetes, hepatitis viral, o desórdenes autoinmunes.

Entiendo que los resultados obtenidos serán entregados solamente a la compañía para la evaluación del riesgo de mi solicitud de seguro de vida y que serán tratados de forma confidencial.

En caso de resultados positivos reservados, seré contactado directamente.

Las declaraciones y respuestas que se muestran arriba son verdaderas.

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Solicitante