BlueCross BlueShield Panama

CUESTIONARIO CORONAVIRUS/COVID-19

Completar en LETRA IMPRENTA

El documento debe ser adherido al trámite de la Solicitud de Seguros, en caso de no estar completo, su solicitud no será procesada.

NÚMERO DE SOLICITUD: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐ Nuevo Negocio ☐ Inclusión de Dependiente ☐ Rehabilitación

PÓLIZA NO.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ CERT: ☐ TIPO DE PÓLIZA: ☐ Individual ☐ Colectiva

NOMBRE: ☐ CÉDULA: ☐

CUESTIONARIO DE SALUD

En base a las siguientes preguntas relacionadas con el Coronavirus/COVID-19 y según su leal saber y entender, **Marque SÍ ó NO,** en caso de que usted o algún otro solicitante:

		PRINCIPAL SÍ NO	CÓNYUGE SÍ NO	HIJOS SÍ NO
1.	¿Es profesional de la salud? (Considere como profesional de la salud a: médicos, odontólogos, enfermeras, técnico o auxiliar en enfermería, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacéuticos, visitadores médicos, etc, así como estudiantes de profesiones afines a la salud)	1. ☐☐	☐☐	☐☐
2.	¿Ha recibido la vacuna para Coronavirus/COVID-19? **(Si su respuesta es afirmativa, adjuntar tarjeta de vacunación)**	2. ☐☐	☐☐	☐☐
3.	¿Ha viajado fuera del país en los últimos 30 días? Si la respuesta es afirmativa, Por favor indicar:	3. ☐☐	☐☐	☐☐

Nombre del Solicitante	País(es) visitados	Fechas (dd/mm/aaaa)
		/ /
		/ /

4.	¿Estuvo en contacto con una persona sospechosa o positiva al virus? En caso afirmativo, indicar:	4. ☐☐	☐☐	☐☐

Nombre del Solicitante	Fechas (dd/mm/aaaa)
	/ /
	/ /

5.	¿Ha presentado en los últimos 30 días síntomas generales como: fiebre, dolor muscular, diarrea, decaimiento, dolor de cabeza, dificultad respiratoria o síntomas respiratorios, tales como malestar en la garganta, tos o secreción nasal?	5. ☐☐	☐☐	☐☐
6.	¿Salió positivo a la prueba, o está en la espera de los resultados de la misma?. Si su respuesta es: hospital o Unidad de cuidados intensivos (UCI)? **(adjuntar informe clínico)**	6. ☐☐	☐☐	☐☐

6.1. Su condición, en base a la información médica fue catalogada como:

Principal:	Asintomática ☐	Leve ☐	Moderada ☐	Crítica ☐
Cónyuge:	Asintomática ☐	Leve ☐	Moderada ☐	Crítica ☐
Hijos:	Asintomática ☐	Leve ☐	Moderada ☐	Crítica ☐

6.2.	¿Usted se ha reincorporado a las actividades cotidianas (trabajo, escuela, ejercicios, etc) En caso negativo, indique el nombre del solicitante y motivo.	6.2. ☐☐	☐☐	☐☐

SI HA CONTESTADO SÍ A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS 5 Y 6, FAVOR SUMINISTRAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

#. de Preg	Nombre del Solicitante Principal y/o Dependiente	Fecha dd/mm/aaaa	Lugar de Atención (hogar, hospital, UCI)	Sintomas y/o secuelas y/o medicamentos	Médico tratante	Condición actual/ motivo
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				

DECLARACIÓN: En mi nombre y representación, y en nombre de las personas incluídas en esta solicitud, declaro que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, que no existe circunstancia alguna fuera de las aquí declaradas que puedan agravar el riesgo y que no he omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes patológicos o dolencia alguna sufrida. Acepto que esta solicitud sirva de base para emitir la Póliza y forme parte integral de la misma. Estoy de acuerdo en que la Póliza quede nula y sin efecto alguno en caso de error, inexactitud, falsedad o reticencia de mi parte, sobre circunstancia que de haber sido conocidas por la Compañía le hubiese hecho desistir del Contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas.

PERÍODO DE ESPERA: Acepto que en caso de no contar con al menos 30 días de aplicada una dosis de la vacuna para Coronavirus/COVID-19 al momento de esta solicitud, se establece un período de espera de 3 meses (para solicitante de bajo riesgo) y un período de espera de 12 meses (para personal de la salud y alto riesgo) por Coronavirus/COVID-19, según aplique.

Firma del Asegurado	Firma del Contratante	/ / Fecha (dd/mm/aaaa)

Suscrito y Administrado por Cia. Internacional de Seguros S.A. Licenciatario Independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.
Autorizado para operar como Blue Cross and Blue Shield of Panama.
Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

SENSIBLE