

CUESTIONARIO ESPECIAL COVID-19

NOMBRE: _____

NO. ID: _____

A fin de poder evaluar su solicitud, le solicitamos responder las siguientes preguntas relacionadas al COVID-19

Marque **SÍ** o **NO** a las siguientes preguntas

EN EL ÚLTIMO AÑO:

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Ha sido diagnosticado positivo de COVID-19? | SÍ | NO |
| Si es así, ¿Cuándo sucedió? Detallar: _____ | | |
| a) En el caso de haber sido diagnosticado positivo | | |
| ¿Ha sido hospitalizado(a) por COVID-19? | SÍ | NO |
| ¿Ha quedado con secuelas pulmonares y respiratorias, problemas de fatiga y agotamiento físico? | SÍ | NO |
| ¿Se ha recuperado completamente? | SÍ | NO |
| ¿Ha regresado a sus actividades normales? | SÍ | NO |
| 2. ¿Ha presentado síntomas como tos persistente, fiebre o temperatura elevada y dificultad respiratoria? | SÍ | NO |
| Si es así, ¿Cuándo sucedió? Detallar: _____ | | |
| 3. ¿Ha sido vacunado contra Covid-19? | SÍ | NO |

Declaro que todas mis respuestas en este cuestionario son completas, verídicas, a mi mejor conocimiento y entiendo que estas respuestas serán la base para que la Compañía evalúe apropiadamente el riesgo a cubrir incluyendo mis dependientes elegibles. Acepto que omisiones, inexactitudes, ocultamientos o declaraciones falsas, pueden resultar en la negación de los beneficios o en la declinación de reclamaciones que de otra forma pudieran estar cubiertas y eximirá de responsabilidad a **SAGICOR PANAMA, S.A.**

Firma: _____

Fecha: _____