

---

**Este cuestionario debe ser cumplimentado por el candidato.**

Apellidos:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

---

Por favor, responda a cada pregunta y proporcione detalles cuando corresponda.

---

1. ¿Actualmente tiene, o ha tenido en los últimos 14 días, fiebre acompañada de alguno de los siguientes síntomas: dificultad para respirar, tos seca, disgeusia (trastorno del sentido del gusto) y / o anosmia (pérdida del olfato)?

Sí  No

En caso afirmativo, indique por favor: fechas, duración, tratamiento, resultados de las investigaciones (si corresponde), nombre y dirección del médico / clínica / hospital

---

2. ¿Alguna vez se ha infectado con Covid-19?  Sí  No

En caso afirmativo, indique la fecha: \_\_\_\_\_

Si ya superó la infección, ¿la recuperación fue completa y sin secuelas?  Sí  No

Si ya ha superado la infección, proporcione información sobre el tratamiento recibido y la situación actual \_\_\_\_\_

---

3. En los últimos 14 días, ¿ha tenido contacto con alguien que se haya confirmado que está infectado con el virus?  Sí  No
- 

4. ¿Alguna vez le han recomendado permanecer en cuarentena como medida preventiva?

Sí  No

En caso afirmativo, por favor, indique si se confirmó la infección y fechas \_\_\_\_\_

---

5. ¿Ha sido vacunado con la pauta completa de COVID-19?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor, proporcione detalles sobre el tipo de vacuna

Pfizer  
Moderna  
AstraZeneca  
Janssen  
Coronavac

Sputnik V  
Covaxin  
Sinopharm

Especifique el número de dosis y las fechas de cada una de ellas \_\_\_\_\_

---

Si ha sido vacunado, ¿ha tenido algún efecto adverso grave causado por la vacuna, como trastornos de la coagulación, eventos tromboembólicos, miocarditis, pericarditis u otros?

Sí  No

Por favor, proporcione los detalles: : \_\_\_\_\_

---

---

Por la presente declaro que he contestado completa y verídicamente a las preguntas arriba formuladas y que estoy de acuerdo con que esta declaración junto con la solicitud de fecha \_\_\_\_\_, forme parte integrante del contrato. Entiendo y acepto que la omisión de uno o más hechos o la declaración de información falsa puede invalidar el contrato o puede implicar el rechazo del pago en caso de una reclamación.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona a asegurar