

# CUESTIONARIO - COVID-19

FECHA DE LLENADO

dd	mm	aaaa
----	----	------

NOMBRE DEL / DE LA SOLICITANTE

Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

1. ¿En los últimos 30 días ha estado usted en contacto con un caso (persona) sospechoso, positivo, en cuarentena o ha estado en tratamiento por COVID-19?..... Sí ☐ No ☐

2. ¿En los últimos 30 días le han realizado pruebas para identificar SARS-COV2 / Covid-19?..... Sí ☐ No ☐

Resultado de la prueba: Positivo ☐ Negativo ☐ Fecha: dd mm aaaa

En caso de que tus respuestas anteriores fueran positivas se requiere continuar las siguientes preguntas:

3. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida del sentido del olfato o del gusto                  | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar            |
| <input type="checkbox"/> Cualquier fiebre  | <input type="checkbox"/> Malestar general (cansancio gripal) |
| <input type="checkbox"/> Rinorrea (catarro, descarga mucosa nasal)                   | <input type="checkbox"/> Tos                                 |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta   |  |
| <input type="checkbox"/> Síntomas gastrointestinales como náusea, vómito y/o diarrea |  |

4. ¿Estuvo hospitalizado por COVID?..... Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, por favor especifique fecha y duración: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿ha recibido terapia intensiva?..... Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿fue entubado?..... Sí ☐ No ☐

5. ¿Ha recibido indicación de medicamentos para Covid-19?..... Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, favor de especificar nombre, dosis y tiempo:

6. Favor de indicar la fecha de alta médica y detallar si tuvo alguna complicación o secuela, así como su estado de salud actual.

7. ¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud y puede realizar sus actividades diarias (físicas, laborales, etc.) de manera normal?..... Sí ☐ No ☐

Aseguro que he respondido todas las preguntas de forma correcta y completa y que no he retenido ninguna información. Soy consciente de que la información incompleta o incorrecta puede resultar en la pérdida de la cobertura del seguro. Confirmando que mi estado de salud no ha cambiado desde que solicité el seguro. La información proporcionada en este cuestionario es parte de mi solicitud de seguro.

Lugar de Firma

Firma del titular

En cumplimiento con lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo la "Ley"), su Reglamento y Lineamientos, Skandia Life, S.A. de C.V., (en lo sucesivo "Skandia") con domicilio en Calle Ferrocarril de Cuernavaca número 689, Planta Baja, Colonia Ampliación Granada, Código Postal 11529, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México, pone a su disposición su Servicio de Atención al Titular con número telefónico 55 50 93 02 20 o desde el interior de la República Mexicana al teléfono 800 0217 569, manifestando que, es el Responsable del uso y protección de sus Datos Personales. Del mismo modo, en este acto el beneficiario acepta y reconoce haber leído y conocido el Aviso de Privacidad de Skandia a través de la página de internet <https://www.skandia.com.mx/aviso-de-privacidad/Paginas/default.aspx> y, en tal sentido, otorga su consentimiento expreso para el tratamiento de sus Datos Personales.,



Oficinas de Skandia Life, S.A. de C.V.: Ferrocarril de Cuernavaca No. 689, Planta Baja, Col. Ampliación Granada, C.P. 11529, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México.  
T. (55) 5093 0220 - 800 0217 569  
servicio@skandia.com.mx - www.skandia.com.mx