

CUESTIONARIO COVID-19

Para agregarse y formar parte de mi solicitud de seguro de vida

Nombre del solicitante titular

Cédula o pasaporte

Fecha de Nacimiento

a) En el último mes:

I. Se le ha aconsejado aislamiento aunque no presente síntomas (por ejemplo, por rastreo de contactos) debido a COVID-19 (excluyendo las órdenes obligatorias del gobierno de permanecer en casa), o ha tenido una prueba positiva de anticuerpos para COVID-19 (una prueba de respuesta inmune producida por el cuerpo en respuesta a una infección previa), SI NO

II. Há estado en contacto con una persona sospechosa o confirmada de tener COVID-19? SI NO

III. Tuvo que aislarse como resultado de un viaje SI NO

b) En los últimos 3 meses, há tenido síntomas de COVID-19 (por ejemplo, tos persistente, dificultad para respirar, fiebre, etc.), o se há aislado por consejo médico debido a presentar síntomas? SI NO

c) ¿Ha tenido algún resultado positivo para la prueba de antígeno COVID-19? (una prueba para detectar la presencia del virus en el cuerpo) SI NO

En caso afirmativo:

• ¿cuándo fue esto?

• ¿Requirió ingresar a un hospital? SI NO

• En caso afirmativo,

• ¿Requirió ingresar a la unidad de alta dependencia (UAD), unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de tratamiento intensivo (UTI) o admisión en la unidad de cuidados críticos (UCC)? SI NO

• ¿Requirió soporte de un ventilador? SI NO

• Si la respuesta es afirmativa sobre las preguntas a) o b) o c);

¿Se há recuperado completamente de sus funciones físicas, siendo capaz de realizar normalmente sus tareas ocupacionales o diárias, sin ningún síntoma o restricción (por ejemplo, dificultad para respirar o fatiga)? SI NO

En caso afirmativo, ¿cuándo se recuperó totalmente?

• ¿Le ha sido aplicada la vacuna contra Covid-19? SI NO

En caso afirmativo indicar fechas de la aplicación

• ¿Presentó alguna reacción o efecto secundario a la vacuna? SI NO

De ser afirmativo, proporcionar información al respecto:

Nota: Si ha tenido Covid dentro de los anteriores seis meses al llenado de formulario, es necesario incluye un informe medico tratante que indique su condición con la enfermedades, tratamiento y condición actual.

Certifico que la información antes mencionada es correcta.

Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedores de seguros y/u otros proveedores de salud para revelar a IFS información y documentación de mi expediente clínico.

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que la relación comercial aquí solicitada no entrará en vigor mientras no sea aceptado por Seguros SURA, S. A. (en lo adelante "La Aseguradora"). Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora, para que verifique y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, Maestro de Cedulados de la Junta Central Electoral o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, que resulte necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable. De igual forma, autorizo expresamente a Seguros SURA, S. A., para el tratamiento de los datos de carácter personal que me conciernen, reconociendo que la información compartida quedará sujeta a la "Política General de Privacidad y Seguridad de la Información" de La Aseguradora que puede ser consultada en: <https://www.segurossura.com.do/politicas-de-privacidad/> donde se informa, entre otros aspectos, del tratamiento de la información y cómo ejercer los derechos de acceso, rectificación y cancelación. Asimismo, autorizo de manera libre, consciente, voluntaria y expresamente a La Aseguradora para que pueda ceder y transferir mis datos, incluyendo la transmisión internacional, exclusivamente con la finalidad de ejecutar las prestaciones convenidas en el contrato de seguros, comercialización o de servicios suscrito con La Aseguradora, según aplique.

Reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de La Aseguradora, sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal dominicano, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil dominicano. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemne de toda reclamación a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo. La Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sea sujeto obligado.

Lugar y fecha

Nombre y firma del titular