



BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A.
CUESTIONARIO DE RECUPERACIÓN DE COVID-19

Nombre completo del asegurado propuesto

Por favor responda las siguientes preguntas con tanto detalle como sea posible:

1. ¿En qué fecha fue diagnosticado con el virus SARS-CoV-2/COVID-19?

2. ¿Que tipo de prueba se utilizó para hacer el diagnóstico? (Por favor circule uno)

- rt-PCR (generalmente realizada con un hisopo nasal y de garganta)
- Anticuerpos (generalmente realizada con un pinchazo en el dedo o un análisis de sangre)
- No sé

3. ¿Recibió un informe impreso o electrónico con el resultado de la prueba? En caso afirmativo, incluya una copia con este cuestionario. Si No

4. ¿Por qué se hizo la prueba del COVID-19? (Por favor circule uno)

- Tenía síntomas/estaba enfermo (por favor indique detalles)
- Estuve expuesto a alguien que había tenido COVID-19, pero no tuve síntomas
- Como parte de un programa general de detección/prueba, pero no tuve síntomas
- Otro (por favor indique detalles)

5. ¿En algún momento requirió ingreso en el hospital para observación, cuarentena o tratamiento de COVID-19? Si No

Si es Negativo, por favor indique detalles. Si es afirmativo, por favor responda las siguientes preguntas:

- a) ¿La admisión fue solo para fines de observación o cuarentena y en ningún momento tuvo síntomas y/o requirió tratamiento? Si No
- b) Fecha de admisión _____ Fecha cuando le dieron de alta _____
- c) ¿Requirió tratamiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI)? Si No
- d) ¿Necesitó de una máquina para ayudarlo a respirar? Si No
- e) ¿Qué complicaciones experimentó, como problemas pulmonares (respiratorios), renales, hepáticos o cardíacos relacionados por la infección COVID-19?
(Por favor de detalles).

6. ¿Qué síntomas tiene en este momento?

- a) Fatiga o pérdida de energía Si No
- b) Dificultad en la concentración Si No
- c) Fiebre Si No
- d) Tos Si No
- e) Malestar corporal Si No
- f) Dolor de cabeza Si No
- g) Dificultad para respirar Si No
- h) Depresión Si No
- i) Sin síntomas Si No

7. Fecha en la que experimentó una recuperación completa:

8. ¿Tiene alguna cita o prueba de seguimiento pendiente o recomendada relacionada con su diagnóstico COVID-19? Si No

Si afirmativo, por favor indique las fechas y pruebas:

9. Si está empleado, ¿ha sido certificado para volver a trabajar sin restricciones y con plena capacidad? Si No

Si no, por favor proporcione detalles:

*Si su firma es manuscrita
por favor coloque la huella
de su índice derecho
al lado de la firma.

Firma del asegurado propuesto*

Firma del tomador de póliza
(si no es el asegurado propuesto)

Firma del testigo

Firmada el día

del mes de

del año

BMI Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. Carrera 11 No. 84 A - 09, Oficina 903, Torre Amadeus,
Costado Sur, Bogotá, Colombia PBX (601) 518 7700 contactenos@bmicos.com - www.bmicos.com/colombia

Línea de Servicio al Cliente: 01 800 097 8625

Defensoría del consumidor financiero: Dra. Ana María Giraldo Rincón (defensor principal) / Dr. José Federico Ustáriz (defensor suplente).
Cra. 11A No. 96-51, Oficina 203, Bogotá D.C. teléfono 610 8161 - correo electrónico: defensoriabmi@legalcrc.com

BMI Seguros Colombia

FM/054