

CUESTIONARIO GENERAL: CORONAVIRUS COVID-19

Debe de ser completado para propósitos de Suscripción Solicitud o Número de Póliza

Nuevo Negocio Adición de Dependiente Rehabilitación o Cambio de póliza

I. Información del Solicitante Principal o Titular y sus Dependientes

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

II. Por favor responda las siguientes preguntas con el mayor detalle posible:

1. Por favor indique si Usted o algún Solicitante ha viajado Internacionalmente en los últimos 30 días y el patrón de viajes:

Nombre y Apellido	País y Ciudad	Fecha de Arribo	Fecha de Salida
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. ¿Usted o algún solicitante ha sido puesto en cuarentena por una probable exposición al COVID-19, está, o ha estado en contacto cercano con alguien que ha sido puesto en cuarentena o diagnosticado una infección por COVID-19?

Sí No *En caso afirmativo, por favor detalle a continuación.*

3. ¿Usted o algún solicitante le han recomendado someterse a pruebas para confirmar o descartar un diagnóstico de COVID-19?

O, ¿está en espera del resultado de una prueba que ha sido procesada en búsqueda COVID-19?

Sí No *En caso afirmativo, por favor detalle a continuación.*

4. ¿Usted o algún solicitante ha resultado positivo en la prueba para COVID-19?

Sí No *En caso afirmativo, por favor detalle a continuación incluyendo fecha de diagnóstico y fecha de examen negativo.*

5. ¿Usted o algún solicitante ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días: Pérdida del sentido del olfato o del gusto, fiebre, dificultad respiratoria, malestar general, dolor de garganta, tos, secreción nasal o síntomas gastrointestinales tales como náusea, vómito y/o diarrea?

Sí No *En caso afirmativo, por favor detalle a continuación.*

CUESTIONARIO GENERAL: CORONAVIRUS COVID-19

6. Usted o algún Solicitante en algún momento requirió ingreso al hospital para observación, cuarentena o tratamiento de COVID-19?

Sí No

En caso afirmativo, por favor detalle a continuación y junto con este cuestionario provea copia del expediente médico del ingreso hospitalario, informe médico sobre estatus de salud actual, resultados de radiografía de tórax reciente.

a. Nombre del Solicitante(s) hospitalizado y motivo:

b. ¿Presento o presenta actualmente alguna complicación, tales como problemas pulmonares (respiratorios), renales, hepáticos o cardíacos relacionados con la infección por COVID-19?

Sí No *En caso afirmativo, por favor detalle a continuación.*

c. Fecha en la que experimento una recuperación completa:

7. ¿Usted y todos los Solicitantes han completado un esquema de vacunación para el SARS-CoV-2 / COVID-19?

Sí No *Si la respuesta es "SI", proporcione la siguiente información:*

a. Qué tipo de vacuna (nombre) fue administrada?

b. Fecha de la primera vacunación:

Fecha de la segunda vacunación:

c. ¿Ha experimentado efectos secundarios o complicaciones de la vacunación?

Sí No *En caso afirmativo, proporcione todos los detalles a continuación.*

Si contesto "Sí" alguna pregunta, por favor provea una explicación a continuación:

Nombre y Apellido	Detalles de Respuestas Afirmativas	Fecha (MM/DD/AA)

III. Reconocimiento y Autorización

Usted entiende y está de acuerdo con que:

- La información aquí provista será analizada y aprobada por la compañía. Mi firma es constancia de que he llenado cuidadosamente esta declaración y que toda la información suministrada por mí son manifestaciones verídicas, completas y correctas para mí y todos los Solicitantes del seguro.
- Entiendo que cualquier declaración falsa, ya sea por referencia, omisión u otro motivo, resultará en pérdida de la cobertura o negación de reclamos por beneficios.

Firma del Solicitante o Titular

Nombre y Apellido

Fecha

MM

DD

AA