

Cuestionario de Exposición al Covid- 19

Nombre completo del asegurado propuesto

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

1. ¿Está usted, o ha estado en contacto directo con alguien que ha sido puesto en cuarentena o que ha sido diagnosticado con el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo por favor proporcione detalles.

Si No

2. ¿Alguna vez ha estado en cuarentena debido a una posible exposición al nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo por favor proporcione fechas y ubicaciones.

Si No

3. ¿Se le ha aconsejado que se haga la prueba para que se declare o descarte un diagnóstico del nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? ¿O está esperando el resultado de una prueba que ya se ha hecho para el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo por favor proporcione detalles.

Si No

4. ¿Alguna vez ha dado positivo para el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo por favor indique la fecha del diagnóstico positivo.

Si No

5. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días?

- Cualquier fiebre Si No
- Tos Si No
- Dificultad para respirar Si No
- Malestar (cansancio similar a la gripe) Si No
- Rinorrea (secreción de moco de la nariz) Si No
- Dolor de garganta Si No
- Síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y/o diarrea Si No

En caso afirmativo a cualquiera de estos síntomas, sirvase indicar cuál y proporcione información completa.

Cuestionario de Exposición al Covid- 19

6. Declaración de viajes:

a. Por favor proporcione sus patrones de viaje durante los últimos 14 días:

PAÍS	CIUDAD	FECHA EN QUE LLEGÓ	FECHA EN QUE PARTIÓ

b. Por favor detalle sus planes de viaje futuros previstos para los próximos 30 días:

PAÍS	CIUDAD	FECHA DE LLEGADA	DURACIÓN PREVISTA

7. ¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud?

Si No

Declaración

Confirmando que todas las respuestas presentadas en este cuestionario son completas y verdaderas y que no he retenido ninguna información material que pueda influenciar la evaluación o aceptación de esta solicitud.

Estoy de acuerdo en que este formulario constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que no divulgaré cualquier información material conocida por mí que puede invalidar mi(s) cobertura(s) de seguro.

Firmada el _____ / _____ / _____
Mes / Día / Año

Firma del asegurado propuesto