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 alquien 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)?
   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
   - Tos
   - Dificultad para respirar
   - Malestar (cansancio similar a la gripe)
   - Rinorrea (secreción de moco de la nariz)
   - Dolor de garganta
   - Síntomas gastrointestinales como nauseas, vómitos y/o diarrea

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

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

Confirmo 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 divulgar cualquier información material conocida por mí puede invalidar mi(s) cobertura(s) de seguro.

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

_____

Firma del propuesto asegurado