

CUESTIONARIO GENERAL CORONAVIRUS/COVID-19

Número de Póliza

Nuevo Negocio

Adición de Dependiente

Rehabilitación o Cambio de póliza

I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PRINCIPAL Y SUS DEPENDIENTES

Nombre y Apellido

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)

II. POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON EL MAYOR DETALLE POSIBLE:

1. ¿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?

Si No **En caso afirmativo, por favor detalle debajo en la sección III**

2. ¿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?

Si No **En caso afirmativo, por favor detalle debajo en la sección III**

3. ¿Usted o algún solicitante ha resultado positivo en la prueba para COVID-19? Si No

En caso afirmativo, por favor detalle debajo en la sección III incluyendo fecha de diagnosis, tipo de tratamiento, incluyendo si tratado en el hogar y/o medicamentos tomados y fecha en la que recibió prueba negativa post virus COVID-19.

4. ¿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?

Si No **En caso afirmativo, por favor detalle debajo en la sección III**

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

Si No

En caso afirmativo, por favor detalle en la sección III, y en conjunto con este formulario envíe copia de su expediente médico del ingreso hospitalario, informe médico sobre estatus de salud actual, radiografía de tórax reciente y hemograma reciente.

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

b. Fecha en la que experimento una recuperación completa

6. ¿Usted o alguno de los solicitantes ha presentado o presenta actualmente alguna complicación, tales como problemas pulmonares (respiratorios), renales, hepáticos o cardíacos relacionados con la infección por COVID-19?

Si **No** **En caso afirmativo, por favor detalle debajo en la sección III**

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

Si **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?

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

III. SI CONTESTO "SÍ" A ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR PROVEA UNA EXPLICACIÓN A CONTINUACIÓN:

Nombre y Apellido	Detalles de Respuestas Afirmativas	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"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IV. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Usted entiende y está de acuerdo con que:

a) 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.

b) Entiendo que cualquier declaración falsa, ya sea por referencia, omisión u otro motivo, resultará en perdida de la cobertura o negación de reclamos por beneficios.

Firma del Solicitante o Titular

Nombre y Apellido

Fecha