

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)?

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 náuseas, 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

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

Firmada el \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado propuesto