

Número de solicitud _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

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

1. ¿Usted está, o ha estado en contacto cercano con alguien que ha sido puesto en cuarentena o ha sido diagnosticado de infección por el nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo, por favor indicar detalles y fechas.

SI NO _____

2. ¿Ha sido puesto en cuarentena por una probable exposición al nuevo coronavirus (SRAS-Cov-2/COVID-19)? En caso afirmativo, por favor detalle fechas y ubicación.

SI NO _____

3. ¿Le han recomendado someterse a pruebas para confirmar o descartar un diagnóstico del nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)? O, ¿Está en espera del resultado de una prueba que ha sido procesada en búsqueda del nuevo coronavirus (SRAS-CoV2/COVID-19)?

SI NO _____

4. ¿Ha resultado positivo en la prueba para el nuevo coronavirus (SRAS-CoV-2/COVID-19)? En caso afirmativo, indique la fecha del diagnóstico positivo.

SI NO _____

5. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas dentro de los últimos 30 días? Fiebre o escalofríos | tos | dificultad para respirar | malestar general (fatiga, cansancio) | rinorrea (secreción nasal) | dolor de garganta | síntomas gastrointestinales como náuseas, vómito y/o diarrea | dolores musculares o corporales | dolor de cabeza | pérdida del gusto o del olfato? En caso afirmativo de alguno de estos síntomas, por favor indique cuál y amplíe la información.

SI NO _____

6. Declaración de Viaje

a. Por favor indique su patrón de viajes de los últimos 30 días:

PAÍS	CIUDAD	FECHA DE ARRIBO mm dd aaaa	FECHA DE SALIDA mm dd aaaa

b. Por favor indique sus planes de viajes futuros en los próximos 30 días:

PAÍS	CIUDAD	FECHA DE ARRIBO mm dd aaaa	DURACIÓN PLANEADA mm dd aaaa

7. ¿Actualmente se encuentra en buen estado de salud? En caso negativo, amplíe la información.

SI NO _____

DECLARACIÓN

Confirmando que las respuestas que he proporcionado son, verdaderas y que a mi mejor entender, no he retenido ninguna información que pudiera influir en la evaluación o aceptación de esta solicitud. Estoy de acuerdo en que este documento formará parte de mi solicitud de seguro y que la omisión de revelar cualquier hecho material conocido puede invalidar mi seguro.

Nombre completo del solicitante _____

Acepto

Fecha de la firma _____
mm dd aaaa

ACUERDO DE FIRMA ELECTRÓNICA

Al seleccionar el botón "Acepto", está firmando este cuestionario electrónicamente. Usted acepta que su firma electrónica es el equivalente legal de su firma manual en este documento. Al seleccionar "Acepto" y enviar este documento a nuestra dirección de correo electrónico, a través de nuestro sitio de internet o aplicación, o a través de otros medios digitales que pongamos a su disposición, usted acepta estar legalmente obligado por el contenido del mismo. Este cuestionario puede ser firmado digitalmente, por vía fax, correo electrónico o cualquier otro medio de transmisión en el entendido que las Partes acuerdan que el uso de una firma electrónica cumple con la ley federal ESIFN 2000, Ley Uniforme sobre Operaciones Electrónicas, o cualquier otra ley aplicable.