

## Cuestionario General: Coronavirus/COVID – 19

Debe de ser completado para propósitos de Suscripción

Numero de Solicitud o Póliza

- Nuevo Negocio  
 Adición de dependiente  
 Rehabilitación

### I. Información del Solicitante Principal o Titular y sus Dependientes

Apellido(s)	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)

### II. Cuestionario Médico

- ¿Usted o algún otro solicitante ha viajado fuera del país de residencia después del 1 de diciembre del 2019?  **Si**  **No** - Por favor díganos que países ha visitado y en qué fechas.
- ¿Usted o algún otro solicitante ha resultado positivo a la prueba para el Coronavirus/COVID-19 o está en la espera de los resultados de dicha prueba?  **Si**  **No**
- ¿Usted o algún otro solicitante ha tenido contacto con un paciente portador de Coronavirus/COVID-19 o con alguien que sospecha que haya estado en contacto con pacientes con Coronavirus/COVID-19?  **Si**  **No**
- ¿Usted o algún otro solicitante ha presentado en los últimos 30 días síntomas generales como fiebre, dolor muscular, decaimiento, dolor de cabeza, dificultad respiratoria o síntomas respiratorios tales como malestar en la garganta, tos o secreción nasal?  **Si**  **No**

Si contesto “Sí”, por favor provea una explicación a continuación:

Nombre y Apellido	Especifique Países visitados, Síntomas y Detalles	Fecha (MM/DD/AA)

### III. Reconocimiento y Autorización

Usted entiende y está de acuerdo con que:

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Solicitante o Titular	Nombre del Solicitante o Titular	Fecha (MM/DD/AA)