



Datos del Solicitante

Nombre completo del solicitante

Número de póliza

Tipo de Póliza: Salud Vida

Cuestionario

Sólo completar éste recuadro si la póliza es salud.

1. ¿Ha viajado fuera de su país de residencia en el último mes?
Si la respuesta ha sido Sí, por favor indicar:

A) En los últimos 3 meses ha:

I. ¿Resultado positivo para COVID-19?

II. ¿Estado auto-aislado con síntomas por consejo médico?

III. Si es así. ¿cuándo fue esto?

B) En el último mes:

I. ¿Se le aconsejó que se auto-aislara debido a COVID-19 (excluyendo las órdenes gubernamentales obligatorias de permanecer en casa)?

II. Tuvo tos persistente, fiebre, temperatura elevada o estuvo en contacto con un individuo sospechoso o confirmado de tener COVID-19?

C) En caso afirmativo con respecto a (a) o (b), ¿se ha recuperado completamente y ha regresado a sus actividades normales? Si es así. ¿cuándo fue esto?

Principal	Cónyuge	Hijos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d d m m a a a a	d d m m a a a a	d d m m a a a a
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d d m m a a a a	d d m m a a a a	d d m m a a a a
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d d m m a a a a	d d m m a a a a	d d m m a a a a

Declaro bajo la más solemne fe del juramento que todos los datos e informaciones suministradas en el presente cuestionario son verdaderos, correctos y actualizados y que no he omitido ni alterado ninguna información requerida explícita o implícitamente en este cuestionario, que pueda o pudiere influir en la evaluación y aceptación de la solicitud de seguro. Reconozco que el haber completado y firmado el presente cuestionario no supone la aceptación de WorldWide, hasta tanto la Aseguradora realice la debida evaluación y aprobación del mismo.

Firma

Fecha