



## Reglas del cuestionario COVID-19

1. El cuestionario solo se requiere en las solicitudes de beneficios completos o cobertura de primer día.
2. No se requiere el cuestionario para solicitudes de beneficios completos menores de 65 años.
3. Si cualquiera de las preguntas en el cuestionario se responde "sí", posponemos la solicitud por 25 días.

Nombre del asegurado propuesto (por favor imprimir): \_\_\_\_\_

Nombre del dueño (por favor imprimir): \_\_\_\_\_

Fecha de aplicacion: \_\_\_\_\_

Si la respuesta a cualquiera de estas preguntas es "Sí", se pospondrá la presentación de la solicitud de seguro durante 25 días y sujeto a una revisión adicional.

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. En los últimos 30 días, el asegurado propuesto ha sido examinado, diagnosticado, tratado, recibido asesoramiento médico, resultado positivo o sin resultados con respecto a COVID-19 por un miembro de la profesión médica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. En los últimos 30 días, el asegurado propuesto ha sido puesto en cuarentena o autoaislado después de ser tratado, examinado o aconsejado por un miembro de la profesión médica con respecto a COVID-19?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hasta donde sé, las respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y completas. Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de un delito penal y estar sujeto a sanciones bajo la ley estatal.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha