

Aceptación y Selección de Riesgos Covid-19 (Gasto Médico Mayor)

Nombre del asegurado:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombres

I. Cuestionario

	Sí	No
1. ¿Está usted o ha estado en contacto cercano con alguien que ha sido puesto en cuarentena o que ha sido diagnosticado con un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2 / COVID-19)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Algún profesional de la salud le indico estar en cuarentena debido a una exposición al nuevo coronavirus (SARS-CoV-2 / COVID-19)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 14 días? Fiebre <input type="radio"/> Tos <input type="radio"/> Falta de aliento o aire <input type="radio"/> Malestar (cansancio similar a la gripe/cuerpo cortado) <input type="radio"/> Rinorrea (secreción de moco de la nariz) <input type="radio"/> Dolor de garganta <input type="radio"/> Síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y / o diarrea. <input type="radio"/>		<input type="radio"/>
4. ¿Algún profesional de la salud le ha aconsejado que se haga una prueba para descartar un diagnóstico de nuevo coronavirus (SARS-CoV-2 / COVID-19)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Ha dado positivo por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2 / COVID-19)? En caso afirmativo, proporcione la fecha de diagnóstico positivo. Fecha: <input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de abril de 2020, con el número CGEN-H0701-0006-2021/G-01317-001.

Servicio Seguro **800 277 1234**

www.planseguro.com.mx

servicioseguro@planseguro.com.mx

