

## ANEXOS

### ANEXO 1. Actividades de alto riesgo

Actividad profesional

Principales funciones que desempeña

Lugar donde desempeña sus actividades

Seleccione todas las que apliquen:

- Manejo de bebidas alcohólicas       Sustancias o materiales peligrosos  
 Equipos de radiación                       Herramienta o maquinaria peligrosa  
 Armas de cualquier tipo

Detalles de la pregunta anterior

Si ha estado de baja o incapacitado por motivo de su actividad, indique cuándo y por qué motivo

Si ha tenido accidentes profesionales, indique cuántos y cuándo fue el último

Indique si tiene complicaciones o secuelas y su estado actual de salud

Observaciones y comentarios

### ANEXO 2. Deportes de alto riesgo

¿Qué deporte practica?

Nivel: Amateur  Profesional  Desde cuándo

Frecuencia mensual  Lugares donde lo practica

Datos del equipo que utiliza

Si pertenece a algún club, grupo o asociación, especifique

Si cuenta con algún tipo de certificación o licencia, especifique

Si participa en competencias, indique los detalles

Si ha tenido accidentes profesionales, indique cuántos y cuándo fue el último

Indique si tiene complicaciones o secuelas y su estado actual de salud

Observaciones o comentarios

Rúbrica:

Insignia Life, S.A. de C.V.

## ANEXOS

### ANEXO 3. Aviación

Indique si vuela como:

Piloto profesional     Miembro de la tripulación  
 Instructor de vuelo     Piloto aficionado o estudiante  
 Pasajero

Número de horas anuales de vuelo

Tipo de aeronave:

Avión privado     Avión militar     Avioneta  
 Helicóptero     Planeador     Globo aerostático

Tipo de vuelo:

Líneas comerciales (sólo pilotos y miembros de la tripulación)  
 Vuelos recreativos o turismo     Aerotaxi  
 Chárter o carga     Fumigación o inspección  
 Acrobacia prototipo o exhibición

Clase de aeronave (marca, modelo, año, otras características)

Si tiene licencia o certificación, indique año y fecha de última renovación

Si ha tenido accidentes profesionales, indique cuántos y cuándo fue el último

Indique si tiene complicaciones o secuelas y su estado actual de salud

Observaciones o comentarios

### ANEXO 4. Uso de drogas

Nombre de la droga

Motivo del consumo

Cantidad usual  Frecuencia de uso semanal

Fecha de último consumo

Si finalizó su consumo, indique fecha

### ANEXO MÉDICO

**Padecimiento 1**

Fecha de diagnóstico  Tratamiento

Complicaciones y secuelas

Estado actual de salud

Comentarios

## ANEXOS

### ANEXO MÉDICO

Padecimiento 2	Padecimiento 3
Fecha de diagnóstico	Fecha de diagnóstico
Tratamiento	Tratamiento
Complicaciones y secuelas	Complicaciones y secuelas
Estado actual de salud	Estado actual de salud
Comentarios	Comentarios

Nota: En caso de requerir ampliación de la información la compañía lo hará de su conocimiento.

**"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 15 de junio del 2023, con el número CGEN-S0111-0056-2023/CONDUSEF-G-00718-006".**