

CUESTIONARIO DE RIESGOS ESPECIALES FUTBOLISTAS PROFESIONALES

(Para ser llenado por el solicitante)

Esta información es absolutamente confidencial y forma parte integral de la solicitud de su seguro.
Este cuestionario debe ser contestado con información real y actualizada a la fecha en que sea requisitado.

DATOS GENERALES

Apellido paterno, materno y nombre(s) del solicitante

Fecha de nacimiento

R.F.C. (con homoclave)

Estatura

Peso

Sexo Fem. Masc.

Domicilio

Calle (N° exterior / interior)

Colonia

Código Postal

Ciudad / Población

Alcaldía / Municipio

Entidad federativa (estado)

País

Equipo

Categoría / Liga

Posición en la que juega

1. ¿Se encuentra usted en este momento libre de lesiones y jugando para su equipo?

Si No

Especifique

2. ¿Ha perdido usted en los últimos 12 meses más de dos partidos consecutivos, debido a lesiones o enfermedad?

(En caso afirmativo, indique fechas, razones y número total de juegos perdidos)

Si No

3. ¿Se encuentra usted en este momento en perfecto estado de salud y lo ha estado durante los doce meses anteriores a esta solicitud de seguro?

Si No

4. ¿Ha consultado a un médico durante los dos últimos años?

(En caso afirmativo, indique fechas, y las razones de dicha consulta)

Si No

5. ¿Tiene usted algún defecto físico o dolencia?

(En caso afirmativo proporcione detalle)

Si No

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

Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800

Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

insignialife.com

CUESTIONARIO DE RIESGOS ESPECIALES FUTBOLISTAS PROFESIONALES

6. ¿Tiene algún problema de la vista o ha sufrido de alguna enfermedad en los ojos? Si No
(En caso afirmativo proporcione detalle)

7. ¿Tiene algún problema de audición o ha sufrido de alguna enfermedad en los oídos? Si No
(En caso afirmativo proporcione detalle)

8. ¿Ha sufrido alguna vez de: Apendicitis, Asma, Presión Sanguínea, Hemorragias, Diabetes, Dispepsia, Convulsiones, Gota, Hernias, Parálisis, Hemorroides, Reumatismos, Infecciones de la Piel, Varices, Enfermedades o Trastornos de Pecho o del Sistema Respiratorio, Corazón, Estómago o del Sistema Nervioso? Si No

9. ¿En los últimos 5 años se ha sometido a alguna intervención quirúrgica, ha sufrido de alguna otra enfermedad o ha tenido algún accidente? Si No

10. ¿Tiene usted algún motivo para pensar que necesitará ser intervenido quirúrgicamente en el futuro? Si No
(En caso afirmativo proporcione detalle)

11. ¿Está usted asegurado contra accidentes o gastos médicos? Si No
(En caso afirmativo proporcione detalle)

12. ¿Ha hecho usted alguna reclamación con respecto a accidentes o gastos médicos? Si No
(Por favor indique en cada caso la naturaleza de la reclamación, la cantidad de dinero reclamada y el nombre de la compañía de seguros)

13. ¿Alguna vez lo han rechazado o aceptado bajo condiciones especiales para un seguro de vida, accidentes o enfermedad o gastos médicos? Si No
(En caso afirmativo proporcione detalles y fechas)

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

Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800

Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

insignialife.com

CUESTIONARIO DE RIESGOS ESPECIALES FUTBOLISTAS PROFESIONALES

14. ¿Alguna compañía le ha cancelado su póliza o rechazado su solicitud de renovación? Si No
(En caso afirmativo proporcione detalles, fechas y motivos del rechazo o la cancelación)

15. ¿Practica usted algún otro deporte a nivel profesional además del deporte que representa su ocupación? (En caso afirmativo proporcione detalle) Si No

Por medio de la presente declaro, que en lo mejor de mis conocimientos, los detalles y respuestas aquí indicadas son verdaderas y correctas, y que no he retenido intencionalmente ninguna información que pudiera influenciar la decisión de los aseguradores con respecto a esta póliza, se entiende y se acepta que todo lo que he declarado en este formulario se utilizará como base para el contrato de seguro en caso de que la póliza se emita.

LA SIGUIENTE DECLARACIÓN DEBE SER COMPLETADA EN TODAS LAS INSTANCIAS DONDE UN EQUIPO CONTRATA ESTE SEGURO EN NOMBRE DE UN JUGADOR

Nosotros garantizamos que en nuestro mejor conocimiento o creencia, todas las respuestas y hechos aquí contenidos son completos y veraces, han sido correctamente registrados y no tenemos conocimiento de ninguna información que pudiera influir en la decisión de los aseguradores y que estamos dispuestos a aceptar una póliza, sujeta a los términos y condiciones de dicha póliza, que será expedida tomando como base las consideraciones procedentes de este cuestionario que deberá anexarse al contrato de seguro, y que formará parte integrante de este contrato.

Apellido paterno, materno y nombre(s) del Representante del Club

Cargo que ocupa

Lugar y fecha

Firma del Representante del Club

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

Av. Revolución 507, Piso 6, San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800

Tel. 55 3088 - 3663 / 800 00 55555

insignialife.com