



Advertencia para todos los solicitantes. Todos los renglones de este cuestionario deberán ser llenados por completo, aún cuando se trate de una solicitud de renovación, o de una solicitud para el incremento de la suma asegurada de una póliza ya existente. El solicitante deberá declarar todos los detalles de su historial médico y no deberá omitir absolutamente nada, aún habiendo razones para creer que dichos detalles sean irrelevantes, aún estando en perfecto estado de salud y aunque todos los análisis e investigaciones médicas resultaran satisfactorios. El omitir información requerida tendrá como resultado el dejar sin valor y sin efecto a la presente póliza.

Datos Personales

Apellidos:		Nombres:		Fecha de Nacimiento: Día Mes Año		
Estatura:	Peso:	Equipo:				
Categoría / Liga:				Posición en que juega:		
Dirección:						

El solicitante deberá llenar esta solicitud escribiendo con letra de molde y tinta negra.

- 1.- ¿Se encuentra usted en este momento libre de lesiones y jugando para su equipo? (especifique) Sí No
- 2.- ¿Ha perdido usted en los últimos 12 meses más de dos partidos consecutivos debido a lesiones o a enfermedad? Sí No
En caso afirmativo indique fechas, razones y número total de juegos perdidos _____
- 3.- ¿Se encuentra usted en este momento en perfecto estado de salud y lo ha estado durante los doce meses anteriores a Sí No
esta solicitud de seguro? En caso afirmativo proporcione detalles _____
- 4.- ¿Ha consultado a un médico durante los dos últimos años? *En caso afirmativo indique fechas, y las razones de dichas consultas* Sí No
- 5.- ¿Tiene usted algún defecto físico o dolencia? *En caso afirmativo proporcione detalles* Sí No
- 6.- ¿Tiene algún problema de la vista o ha sufrido Usted de alguna enfermedad de los ojos? *En caso afirmativo proporcione detalles* Sí No
- 7.- ¿Tiene algún problema de audición o ha sufrido Usted de alguna enfermedad de los oídos? *En caso afirmativo proporcione detalles* Sí No
- 8.- ¿Ha sufrido alguna vez de: Apendicitis, Asma, Alta o Baja Presión Sanguínea, Hemorragias, Diabetes Mellitus, Dispepsia, Convulsiones, Gota, Hernias, Parálisis, Hemorroides, Reumatismo y/o Infecciones Reumáticas, Infecciones de la Piel, Várices, Enfermedades o Trastornos del Pecho o del Sistema Respiratorio, Corazón, Estómago, Vejiga o del Sistema Nervioso? Sí No
En caso afirmativo proporcione detalles y fechas _____
- 9.- ¿En los últimos cinco años, se ha sometido usted a alguna intervención quirúrgica, ha sufrido de alguna otra enfermedad o ha tenido algún Accidente? *En caso afirmativo proporcione detalles y fechas* Sí No
- 10.- ¿Tiene usted algún motivo para pensar que necesitará ser intervenido quirúrgicamente en el futuro? Sí No
- 11.- ¿Esta usted asegurado contra accidentes o gastos médicos? *En caso afirmativo por favor indique con qué compañía y la suma asegurada* . Sí No

12.- ¿Ha estado usted asegurado contra accidentes o gastos médicos? Sí No

En caso afirmativo por favor indique con qué compañía y la suma asegurada _____

13.- ¿Ha hecho usted alguna reclamación con respecto a accidentes y enfermedad o gastos médicos? Sí 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

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

15.- ¿Alguna compañía aseguradora le ha cancelado alguna vez su póliza o rechazado su solicitud de renovación? Sí No

En caso afirmativo proporcione detalles, fechas y motivos del rechazo o de la cancelación _____

16.- ¿Practica usted algún otro deporte a nivel profesional además del deporte que representa a su ocupación normal? Sí No

En caso afirmativo por favor explique _____

Declaración del Profesional

Por medio de la presente declaro que, en lo mejor de mis conocimientos, los detalles y respuestas aquí indicadas son verdaderos y correctos, 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.

Fecha	El Declarante:
-------	----------------

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 pueda 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 se expida tomando como base las consideraciones procedentes de este cuestionario que deberá anexarse al contrato de seguro, y que formará parte integrante de este contrato.

Fecha:	Nombre y Firma del representante del club:
--------	--

Cargo que ocupa: _____

Nota: La compañía no se compromete a aceptar esta solicitud, y se reserva el derecho de imponer restricciones y/o exclusiones como resultado de las informaciones aquí reveladas.

Cuestionario Médico

Las siguientes preguntas deberán ser llenadas por el médico conjuntamente con el jugador.

¿Tiene el jugador alguna lesión o algún historial médico en lo siguiente?

En caso afirmativo por favor indique detalles y fechas. Si no existe historial por favor marcar "NO". No dejar en blancos o marcados con un guión.

El solicitante deberá llenar esta solicitud escribiendo con letra de molde y tinta negra.

Sí	No	Detalles
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cabeza (contusión o pérdida del conocimiento) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuello, Espalda o Espina Dorsal _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hombros _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brazos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manos y Muñecas _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pecho _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caderas _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piernas _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodilla Izquierda _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodilla Derecha _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tobillo y Pie Derecho _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tobillo y Pie Izquierdo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cualquier otra lesión o condición no especificada arriba _____

Estas preguntas deberán ser contestadas por el médico como resultado de un examen físico del jugador:

1.- Estatura: _____ 2.- Peso: _____ 3.- Presión Sanguínea: _____

4.- ¿Existe alguna anomalía o agrandamiento del corazón? (En caso afirmativo por favor suministre un reporte por separado)

Sí No

5.- Existe alguna anomalía en lo siguiente: (proporcionar detalles)

- a) Ojos; _____
 Oídos; _____
 Nariz; _____
 Boca; _____
 Faringe _____

Si la visión o la audición no son normales, por favor indique el grado y la corrección:

b) Sistema Respiratorio _____

6.- ¿Esta usted al corriente de cualquier otro historial médico adicional tal como señales, síntomas o datos descubiertos por pruebas de laboratorio?

Sí No

Por favor explique: _____

Fecha:	Nombre del Médico:	Firma:
Domicilio:		