



Número de Póliza: \_\_\_\_\_

## Datos del Asegurado

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Fecha de Nacimiento DD / MM / AA ____/____/____	Edad ____	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)		Número de ID ____	Tipo de ID ____	País de Nacimiento ____

1. ¿Está usted normalmente libre de lesiones jugando con su equipo? ☐ No ☐ Sí
2. ¿Durante los últimos 12 meses, ha perdido usted más de 5 partidos consecutivos debido a lesiones o enfermedades? ☐ No ☐ Sí
3. ¿Está usted en este momento y ha estado perfectamente bien y en perfecto estado de salud durante el año anterior a esta solicitud de seguro? ☐ No ☐ Sí
4. ¿Ha asistido a la consulta de un doctor durante los 2 últimos años? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, incluir fecha y razones)
5. ¿Tiene usted algún defecto físico o dolencia? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, detállelos)
6. ¿Está su visión alterada de algún modo? ☐ No ☐ Sí
7. ¿Ha sufrido alguna enfermedad en los ojos? ☐ No ☐ Sí
8. ¿Está su audición alterada? ☐ No ☐ Sí
9. ¿Ha tenido alguna dolencia de oídos? ☐ No ☐ Sí
10. ¿Ha sufrido alguna vez de: ☐ Apendicitis ☐ Asma ☐ Presión Sanguínea ☐ Hemorragias ☐ Diabetes ☐ Dispepsia ☐ Gota ☐ Convulsiones ☐ Hernia ☐ Parálisis ☐ Hemorroides ☐ Várices ☐ Trastornos de Vejiga ☐ Trastornos del Sistema Nervioso ☐ Enfermedad del Estómago ☐ Enfermedad del Corazón ☐ Trastornos de Pecho o del Sistema Respiratorio ☐ Infecciones de la Piel ☐ Reuma u otra enfermedad Reumática (En caso de seleccionar alguna, Indicar las fechas, y si se llevó a cabo una intervención, cuál es su estado actual.)

11. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente durante los últimos 5 años o ha sufrido alguna otra enfermedad o accidente? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, indicar detalles y fechas)

12. ¿Está usted asegurado contra accidentes o enfermedades? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique)

Con quién está asegurado:

Por qué monto está asegurado:

Bajo qué condiciones:

13. ¿Ha estado anteriormente asegurado contra accidentes o enfermedades? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, especifique con quién)



14. ¿Ha hecho reclamaciones con respecto a enfermedades o accidentes?

☐ No

☐ Sí

(En caso afirmativo, por favor indicar en cada paso la naturaleza de la reclamación, cantidad y nombre de la Compañía Aseguradora.)

15. ¿Ha sido usted rechazado o aceptado en términos especiales en seguros de vida o seguros contra accidentes o enfermedades?

☐ No

☐ Sí

16. ¿Practica usted algún deporte/s como profesional adicional al de Futbolista?

☐ No

☐ Sí (En caso afirmativo, facilite detalles)

17. Notas o comentarios adicionales

### Declaración y Firma del Asegurado

Por la presente declaro que todas las respuestas e informaciones en este cuestionario son completas, precisas y ciertas, a mi leal saber y entender, y autorizo a la Compañía a la verificación de las mismas. Este cuestionario forma parte de mi solicitud de seguro de vida/plan de educación/plan de retiro. Cualquier declaración falsa será considerada fraude. También doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

Fecha