



**Cuestionario practicas  
De "Alpinismo"**

**Forma parte integrante de la solicitud de seguro presentada por:**

**Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

1. Pertenece a algún club o asociación: \_\_\_\_\_

2. Desde cuando practica usted este deporte: \_\_\_\_\_

3. Es aficionado o profesional: \_\_\_\_\_

4. Frecuencia de la práctica: \_\_\_\_\_

5. Lo practica a nivel nacional o internacional: \_\_\_\_\_

6. Especifique el lugar en que lo practica: \_\_\_\_\_

7. Con guía de alta montaña o instructor: \_\_\_\_\_

8. La realiza en grupo o solo: \_\_\_\_\_

9. Utiliza equipo especial: \_\_\_\_\_

10. Especifique: \_\_\_\_\_

11. Ha sufrido algún accidente: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

12. En caso afirmativo indicar cuando, de qué naturaleza y cuales han sido sus consecuencias:

\_\_\_\_\_

13. Altitud máxima alcanzada: \_\_\_\_\_

14. Se esta preparando para algún evento especial: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

**De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de firma



## Cuestionario practicas De "Buceo"

Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene usted entrenamiento formal como Inmersionista autónomo?: \_\_\_\_\_

2. ¿Es usted miembro de un Club?: \_\_\_\_\_ ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

3. ¿Sus inmersiones son como aficionado o profesional?: \_\_\_\_\_

4. Objeto de las inmersiones: \_\_\_\_\_

5. ¿Desde cuando hace usted inmersiones?: \_\_\_\_\_

6. Tipo de equipo utilizado y fecha de fabricación : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Cuántas inmersiones hace usted por año?: \_\_\_\_\_

8. ¿Hace usted inmersiones en el mar, en puertos, en lagos, en ríos o en canales? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. ¿Qué profundidad alcanza habitualmente? \_\_\_\_\_

10. ¿Cuál ha sido la mayor profundidad alcanzada? \_\_\_\_\_

11. ¿Se inmerge generalmente solo o en grupo?: \_\_\_\_\_

12. ¿Practica cacería submarina?: \_\_\_\_\_

13. ¿Ha tenido algún accidente o sufrido trastornos durante o después de sus inmersiones?: \_\_\_\_\_

14. ¿Cuántas Veces?: \_\_\_\_\_

15. ¿En que fechas?: \_\_\_\_\_ duración de los trastornos: \_\_\_\_\_

16. Naturaleza y duración del tratamiento: \_\_\_\_\_

17. Naturaleza de las secuelas: \_\_\_\_\_

18. ¿Es usted examinado periódicamente por un médico?: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES ADICIONALES: \_\_\_\_\_

**De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de firma



## Cuestionario practicas De "Motociclismo"

Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### 1. EXPERIENCIA

¿Desde cuando participa en carreras de motocicletas?: \_\_\_\_\_

Clase de licencia: \_\_\_\_\_ ¿De que fecha?: \_\_\_\_\_

¿Dónde?: \_\_\_\_\_

¿En que calidad?: Profesional \_\_\_\_\_ Aficionado: \_\_\_\_\_

Moto (s) marca (s): \_\_\_\_\_

Cilindrada: \_\_\_\_\_

### 2.- NUMERO Y TIPOS DE CARRERAS (En las que ha participado o tiene previsto participar):

Género	En total hasta ahora	Número de Carreras	
		En los últimos 12 meses	En los próximos 12 meses
Moto cross	_____	_____	_____
Carrera de velocidad	_____	_____	_____
Carrera de cuesta	_____	_____	_____
Carrera en Circuito	_____	_____	_____
Cerrado	_____	_____	_____
Carrera sobre césped	_____	_____	_____
Carrera en carretera	_____	_____	_____
Trial	_____	_____	_____
Moto Foot	_____	_____	_____
Otras	_____	_____	_____

### 3) ACCIDENTES

¿Ha tenido algún accidente durante las carreras? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fechas: \_\_\_\_\_

Heridas Sufridas \_\_\_\_\_

### 4) OBSERVACIONES ADICIONALES: \_\_\_\_\_

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de firma



**Cuestionario practicas  
De "Charrería"**

Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1.- ¿Pertenece a algún club o asociación?: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo especifique a cual: \_\_\_\_\_

2.- ¿Desde que fecha la viene practicando?: \_\_\_\_\_

3.- ¿Con que frecuencia?: \_\_\_\_\_

4.- Cite las suertes que suele practicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.- ¿Participa en competencias de charro completo?: \_\_\_\_\_

6.- ¿Qué lugares visita para realizar esta actividad?: \_\_\_\_\_

7.- ¿Ha tenido algún accidente al practicar esta actividad?: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces?: \_\_\_\_\_ ¿En que fechas?: \_\_\_\_\_

8.- ¿Cuáles fueron las consecuencias, que tratamiento se le prescribió y durante cuanto tiempo?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES ADICIONALES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de firma



**Cuestionario practicas  
De "Equitación"**

Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1.- ¿Pertenece a algún club o asociación?: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo especifique a cual: \_\_\_\_\_

2.- ¿Desde que fecha la viene practicando?: \_\_\_\_\_

3.- ¿Con que frecuencia?: \_\_\_\_\_

4.- En caso de que practique alguna suerte charra especifique cuál es o bien, ¿cuál es su especialidad?: \_\_\_\_\_

OBSTACULO \_\_\_\_\_ CARRERAS \_\_\_\_\_ CHARRERIA \_\_\_\_\_

5.- ¿Participa en competencias? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

6.- ¿Dónde la realiza?: \_\_\_\_\_

7.- ¿Ha tenido algún accidente al practicar esta actividad?: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces?: \_\_\_\_\_ ¿En que fechas?: \_\_\_\_\_

8.- ¿Cuáles han sido las consecuencias, que tratamiento se le prescribió y durante cuanto tiempo?: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES ADICIONALES: \_\_\_\_\_

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de firma



**Cuestionario practicas  
De "Motonáutica"**

**Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:**

**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

- 1.- ¿Pertenece a algún club o asociación?: \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo especifique a cual: \_\_\_\_\_
- 2.- ¿Desde que fecha la viene practicando?: \_\_\_\_\_
- 3.- ¿En calidad de Amateur o Profesional?: \_\_\_\_\_
- 4.- Frecuencia de la practica: \_\_\_\_\_
- 5.- ¿Participa en competencias de carreras u otro tipo?: \_\_\_\_\_
- 6.- Cite los lugares que frecuenta para el desarrollo de esta actividad: \_\_\_\_\_
- 7.- Tipo de embarcación: \_\_\_\_\_
- 8.- Potencia en caballos del motor: \_\_\_\_\_
- 9.- ¿La realiza en grupo o solo?: \_\_\_\_\_
- 10.- ¿Cuál es su especialidad?: \_\_\_\_\_
- 11.- ¿Ha sufrido algún accidente?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
- 12.- ¿De que naturaleza?: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de firma



**Cuestionario practicas  
De "Cacería"**

**Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:**

**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

1.- ¿Pertenece a algún club o asociación?: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo especifique a cual: \_\_\_\_\_

2.- ¿Desde cuando practica este deporte?: \_\_\_\_\_

3.- ¿Frecuencia?: \_\_\_\_\_

4.- ¿Caza mayor o menor?: \_\_\_\_\_

5.- ¿Tipo de armas que utiliza?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.- ¿Tiene licencia para usar las armas de cacería?: \_\_\_\_\_

7.- Cite el lugar al que acostumbra ir de Cacería: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8.- ¿Qué medio de transporte utiliza para desplazarse al lugar de la practica?: \_\_\_\_\_

9.- ¿Va solo o acompañado?: \_\_\_\_\_

10.- ¿Ha sufrido algún accidente realizando esta actividad? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿De que naturaleza y consecuencias?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de firma



**Cuestionario de  
"Hábitos"**

**Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:**

**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

- 1.- ¿Actualmente ingiere bebidas alcohólicas?: \_\_\_\_\_  
Cantidad \_\_\_\_\_ Clase de bebidas \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_
- 2.- ¿Ha requerido orientación en relación a sus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas?: \_\_\_\_\_  
En que institución y que fecha: \_\_\_\_\_
- 3.- En caso de pertenecer a AA indique número de aniversarios: \_\_\_\_\_
- 4.- ¿Durante cuanto tiempo ingirió bebidas alcohólicas? \_\_\_\_\_
- 5.- Fecha en que dejo de beber: \_\_\_\_\_
- 6.- Usa o ha usado otro tipo de sustancias como marihuana, cocaína, derivados del opio, anfetaminas, barbitúricos, etc., especifique: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de firma





Cuestionario De "Automovilismo"

Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1.- ¿Desde cuándo participa usted en carreras de automovilismo?: \_\_\_\_\_

Clase de licencia: \_\_\_\_\_ ¿En que fecha?: \_\_\_\_\_ ¿Dónde?: \_\_\_\_\_

2.- ¿En que calidad? Profesional \_\_\_\_\_ Aficionado: \_\_\_\_\_

3.- Automóvil: Grupo: \_\_\_\_\_

Marca: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

Cilindrada: \_\_\_\_\_

NUMERO Y TIPO DE CARRERAS en las que ha participado o tiene previsto participar:

Género	En total hasta ahora	Número de Carreras	
		En los últimos 12 meses	En los próximos 12 meses
Rallye	_____	_____	_____
Carrera de velocidad	_____	_____	_____
Carrera de cuesta	_____	_____	_____
Carrera en Circuito	_____	_____	_____
Cerrado	_____	_____	_____
Carrera en autódromo	_____	_____	_____
Carrera en carretera	_____	_____	_____
Stock Car	_____	_____	_____
Karting	_____	_____	_____
Otras	_____	_____	_____

4) ACCIDENTES

¿Ha tenido algún accidente durante las carreras? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fechas: \_\_\_\_\_

Heridas Sufridas \_\_\_\_\_

Secuelas \_\_\_\_\_

4) OBSERVACIONES ADICIONALES: \_\_\_\_\_

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de firma



## Cuestionario de actividades "Agrícolas"

Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1.- Ubicación del Predio (municipio, población, y estado): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.- ¿Es de su propiedad?: \_\_\_\_\_ en caso negativo especificar: \_\_\_\_\_

3.- Nombre o razón social del predio: \_\_\_\_\_

4.- ¿Qué se ha cultivado en los últimos 3 años?: \_\_\_\_\_

5.- ¿Con que tipo y cantidad de maquinaria agrícola se cuenta para el cultivo de dicho predio?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.- Número promedio de trabajadores por año: \_\_\_\_\_

7.- ¿A cuántas toneladas o unidades han ascendido en los últimos 3 años su cosechas?: \_\_\_\_\_

8.- ¿En el último ciclo agrícola a cuanto ascendieron sus ingresos por este concepto?: \_\_\_\_\_

9.- ¿Hay noticias de que en el municipio en donde se encuentra ubicado su predio se cultiven enervantes?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10.- En caso de ser ganadero indicar ubicación del ganado, de que tipo es, el número de cabezas y si son de su propiedad: \_\_\_\_\_

11.- Mencionar que tipo de actividades realiza como agricultor y el horario que destina a éstas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12.- Independientemente de lo anterior realiza otras actividades: \_\_\_\_\_

13.- En caso afirmativo indicar tipo de actividades, horario, ubicación e ingresos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14.- ¿Existen demandas o juicios promovidos en su contra? \_\_\_\_\_ en caso afirmativo favor de indicar: indicar:

Naturaleza de la demanda o juicio: \_\_\_\_\_

Juzgado o tribunal en el que esta radicado: \_\_\_\_\_

Causa del juicio o demanda y cuantía del mismo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de firma



## Cuestionario de "Radiaciones Ionizantes"

Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1.- Razón social de su empresa: \_\_\_\_\_

2.- Domicilio: \_\_\_\_\_

3.- FORMACION PROFESIONAL: Títulos obtenidos: \_\_\_\_\_

4.- ¿Desde cuando trabaja con sustancias radioactivas?: \_\_\_\_\_

5.- Frecuencia y duración de los trabajos: \_\_\_\_\_

6.- ¿Cuál es su función?: \_\_\_\_\_

7.- ¿Lugar de trabajo?: \_\_\_\_\_

8.- ¿A que categoría de radio-isótopo esta usted expuesto?: \_\_\_\_\_

9.- **PATRIMONIO DE ACEPTABILIDAD DE DOSIS**

Adjunte una copia de su ficha de irradiación anual.

¿Ha tenido una irradiación accidental? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_  
(adjunte la ficha del año correspondiente)

10.- **CONTAMINACION**

¿Se ha encontrado ya en estado de ineptitud?

Completa	Si _____	No _____
Provisional diferida	Si _____	No _____
Incompleta	Si _____	No _____

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Diagnóstico?: \_\_\_\_\_

Duración de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha del regreso al trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha y resultado de los exámenes de control: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de firma



**Cuestionario para  
"Mineros"**

**Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:**

**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

1.- Grado de estudios: \_\_\_\_\_

2.- ¿Cuál es su puesto en la empresa?: \_\_\_\_\_

3.- Indicar si baja a las minas: \_\_\_\_\_

4.- ¿Desde que fecha desempeña esta actividad?: \_\_\_\_\_

5.- ¿Qué tipo de materiales son extraídos de la mina?: \_\_\_\_\_

6.- ¿Con que frecuencia baja usted a la mina?: \_\_\_\_\_

7.- ¿Hasta que profundidad?: \_\_\_\_\_

8.- ¿Cuál es la profundidad media y máxima de las galerías?: \_\_\_\_\_

9.- ¿Utiliza explosivos?: \_\_\_\_\_

10.- Cite con que sistemas de seguridad cuentan en la mina: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11.- ¿Existe servicio médico?: \_\_\_\_\_

12.- ¿Ha sufrido algún accidente? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

13.- Tipo de lesión: \_\_\_\_\_

14.- ¿Estuvo incapacitado?: \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

15.- ¿Existen aún secuelas?: \_\_\_\_\_ ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de firma



## Cuestionario para "Paracaidista"

Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1.- **LICENCIA** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Desde Cuándo: \_\_\_\_\_

Fecha de la última renovación: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

2.- **EXPERIENCIA**

Número total de saltos efectuados hasta la fecha: \_\_\_\_\_

Número de saltos por año: \_\_\_\_\_

3.- **SALTOS ACTUALES Y FUTUROS**

¿Es miembro de un Club?: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

¿De cuál?: \_\_\_\_\_

Salto con apertura automática: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Salto con apertura retardada o dirigida Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Salto para fines experimentales Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, de que tipo: \_\_\_\_\_

¿Desde que altura?: \_\_\_\_\_

4.- **ACCIDENTES**

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_ ¿De que naturaleza?: \_\_\_\_\_

¿Cuáles han sido sus consecuencias?: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de firma



**Cuestionario practicas  
De "Tauromaquia"**

**Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:**

**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

1. ¿Pertenece a algún Club o Asociación? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo especifique a cual: \_\_\_\_\_

2.- ¿Desde que fecha lo viene practicando?: \_\_\_\_\_

3.- ¿Con que frecuencia?: \_\_\_\_\_

4.- Cite las suertes que practica: \_\_\_\_\_

5.- ¿Participa en competencias de charro completas?: \_\_\_\_\_

6.- ¿Qué lugares visita para realizar esta actividad?: \_\_\_\_\_

7.- ¿Ha tenido algún accidente al practicar esta actividad?: \_\_\_\_\_

¿Cuántas Veces? : \_\_\_\_\_ ¿En que fechas?: \_\_\_\_\_

8.- ¿Cuáles fueron las consecuencias, que tratamiento se le prescribió y durante cuanto tiempo?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de firma



**Cuestionario practicas  
De "Esquí Acuático"**

**Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:**

**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

1.- ¿Ha recibido usted una formación especial?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Dónde?: \_\_\_\_\_

2.- ¿Es usted miembro de algún club o asociación? : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿De Cual?: \_\_\_\_\_

3.- ¿Desde cuando practica usted este deporte?: \_\_\_\_\_

4.- Lugar donde lo practica (lagunas, presas, mar): \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

5.- ¿Ha tenido usted algún accidente? : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

¿De que naturaleza?: \_\_\_\_\_

¿Cuáles han sido sus consecuencias?: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de firma



**Cuestionario para Pasajeros  
(Aviación Civil y Militar)**

**(Destinado únicamente a pasajeros que no utilizan solamente aviones de líneas comerciales, internacionales y nacionales)**

Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1.- Que clase de aparato usa Usted

	Si	No	Número de horas anuales
- Turismo	—	—	_____
- Aerotaxi	—	—	_____
- Aviones propios de su empresa	—	—	_____
- Aviones militares	—	—	_____
- Planeadores	—	—	_____
- Helicópteros	—	—	_____
- Globos	—	—	_____

2.- Número total de horas de vuelo anuales \_\_\_\_\_

3.- Ha recibido usted instrucción de piloto aviador Si \_ No\_

4.- Tiene usted planeado pilotear un avión en el futuro Si \_ No \_

**OBSERVACIONES ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de firma





## Cuestionario para Vuelo Delta

Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1).- LICENCIA

Ha recibido usted formación especial Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Donde: \_\_\_\_\_

Es usted miembro de un club: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

De cual: \_\_\_\_\_

Tipo y marca de aparato: \_\_\_\_\_

2).- EXPERIENCIA

Desde cuando practica usted estos vuelos: \_\_\_\_\_

Número total de vuelos efectuados hasta la fecha: \_\_\_\_\_

Número de vuelos anuales previstos: \_\_\_\_\_

3) VUELOS ACTUALES Y FUTUROS

Sector de evolución: Cerca del mar Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

En las montañas Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

En competencias o exhibiciones Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

En vuelos fuera del país Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

4).- ACCIDENTES

¿Ha tenido usted algún accidente? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

de que naturaleza: \_\_\_\_\_

Cuales han sido las consecuencias: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se preguntan podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de firma



**Cuestionario practicas  
De "Esquí en Nieve"**

**Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:**

**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

1.- ¿Desde cuando practica el esquí en nieve?: \_\_\_\_\_

2.- ¿Es miembro de un club?: \_\_\_\_\_

3.- ¿Participa en competencias?: \_\_\_\_\_

4.- ¿Con que frecuencia?: \_\_\_\_\_

5.- Especifique en que especialidad (esquí de fondo, salto, esquí acrobático, o competición de esquí –bob) \_\_\_\_\_

6.- Cite el lugar donde lo practica: \_\_\_\_\_

7.- ¿Ha sufrido algún accidente? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

¿Cuáles han sido sus consecuencias?: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES ADICIONALES:** \_\_\_\_\_

**De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de firma



**Cuestionario Epilepsia**  
(Para ser llenado por su médico tratante)

**Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:**

**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

1.- Indique fecha de la primera crisis: \_\_\_\_\_

2.- ¿Qué tipo de Epilepsia se le diagnosticó?: \_\_\_\_\_

3.- ¿Cuáles son los síntomas que presenta cuando le dan las crisis?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.- Indicar número de crisis que se le han presentado en el año: \_\_\_\_\_

5.- Ha tenido Estatus epiléptico o varias crisis en el mismo día: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.- Fecha de la última crisis: \_\_\_\_\_

7.- ¿Qué medicamento ha recibido en los últimos 2 años y cual recibe en la actualidad?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8.- ¿Cuál ha sido la respuesta al tratamiento?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.- Suplicamos a usted se sirva facilitarnos con carácter devolutivo los últimos estudios (tomografía axial computarizada y/o electroencefalograma) que le hayan sido practicados, o bien la fecha y resultado de los mismos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de firma

EN CASO DE NO TENER MEDICO TRATANTE, ESTE CUESTIONARIO DEBERA SER CONTESTADO POR EL SOLICITANTE ESTAMPANDO SU FIRMA AL CALCE.



## Cuestionario de "Hipertensión Arterial"

(Para ser llenado por el Médico Tratante. Se ruega completar detalladamente el cuestionario con las fechas y aclaraciones correspondientes)

Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Hipertensión Esencial \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Maligna \_\_\_\_\_

Fecha de Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta \_\_\_\_\_

¿Se han investigado las causas?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron los resultados del diagnóstico final? \_\_\_\_\_

¿Tiene tratamiento antihipertensivo?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, cuál : \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Cifras de tensión arterial al:

DIAGNOSTICO			DURANTE TRATAMIENTO			ACTUALES		
Fechas	Sist.	Diast.	Fechas	Sist.	Diast.	Fechas	Sist.	Diast.
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

A su juicio el control del paciente con el tratamiento instituido es:

BUENO \_\_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_\_ POBRE \_\_\_\_\_

Si el tratamiento ha sido descontinuado; indique fecha de la suspensión: \_\_\_\_\_

¿Se han presentado complicaciones? : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo detallar: \_\_\_\_\_

Con motivo de la enfermedad ¿ha estado incapacitado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ y ¿por cuanto tiempo? : \_\_\_\_\_

Fumador: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cigarrillos promedio por día \_\_\_\_\_ Desde cuando \_\_\_\_\_

Proporcione fechas y resultados de los estudios practicados, principalmente Radiografías de Tórax y Electrocardiogramas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de firma



**Cuestionario de "Asma"**  
**(Para ser llenado por su médico tratante)**

Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1.- Indique la fecha de inicio: \_\_\_\_\_

2.- ¿Cuál es el número de crisis promedio por año? : \_\_\_\_\_

3.- Fecha de la última crisis: \_\_\_\_\_

4.- ¿Qué medicamentos recibe en la actualidad? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.- ¿Cuál ha sido su respuesta al tratamiento? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.- Estado Actual : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de firma



**Cuestionario para “Diabéticos”  
(Para ser llenado por el solicitante)**

Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1.- Fecha en que fue diagnosticada la Diabetes: \_\_\_\_\_

2.- Nombre y dirección del médico encargado del tratamiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.- ¿En que consiste su tratamiento actual si es que sigue alguno?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.- ¿Cuál es la cantidad más alta de azúcar que se le ha encontrado en la sangre?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.- ¿Cuál fue el resultado de la última dosificación de azúcar en la sangre?: \_\_\_\_\_

6.- ¿Cuál fue el resultado de la última dosificación de azúcar en la orina?: \_\_\_\_\_

7.- ¿Ha sufrido algún coma diabético? ¿En que fecha?: \_\_\_\_\_

8.- ¿Ha sufrido de angina de pecho, insuficiencia coronaria, infarto del miocardio o hipertensión arterial? ¿En que fecha?: \_\_\_\_\_

**Suplicamos a usted se sirva facilitarnos, con carácter devolutivo, electrocardiogramas, radiografías de tórax y análisis que le hayan sido practicados.**

**De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha de firma



**Cuestionario para "Diabéticos"**  
**(Para ser llenado por el médico tratante)**

Sr. Dr. : \_\_\_\_\_

Por medio de las presentes líneas, y por ser de mi conveniencia, faculto a usted ampliamente para que se sirva proporcionar a SEGUROS GENESIS, S.A. los datos que a continuación se mencionan

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

**Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:**

**Nombre del Solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Fecha en que empezó usted a atenderlos: \_\_\_\_\_

Fecha de los últimos análisis de laboratorio:

Glicemia	Fecha:	Mgs. %	Fecha:	Mgs. %	Fecha:	Mgs. %
	_____					

Glucosuria	Fecha:	Mgs. Lt.	Fecha:	Mgs. Lt.	Fecha:	Mgs. Lt.
	_____					

Tensión Arterial	Fecha:	Mx,	Min..	Fecha:	Mx.	Min.	Fecha:	Mx.	Min.
	_____								

Tratamiento instituido: \_\_\_\_\_

Dieta prescrita: \_\_\_\_\_

¿Sigue el paciente su dieta y su tratamiento con fidelidad? \_\_\_\_\_

¿Existen antecedentes de cómo diabético, infecciones serias, insuficiencia coronaria, angina de pecho, infarto al miocardio, cataratas, nefritis, etc.?

Sírvase dar amplios detalles: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de firma



**CUESTIONARIO FINANCIERO PARA SEGURO DE NEGOCIO  
"SEGURO DE SOCIOS"**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**PUESTO Y FUNCIONES EN LA EMPRESA:** \_\_\_\_\_

1.- Nombre de la Empresa y R.F.C.

\_\_\_\_\_

2.- Giro del negocio y número de empleados:

\_\_\_\_\_

3.- Fecha de inicio de operaciones de la empresa y antigüedad del solicitante en la empresa:

\_\_\_\_\_

4.- Favor de indicar ventas y utilidad neta de los últimos tres años:

	Año 19	Año 19	Año 19
a) Ventas	_____	_____	_____
b) Utilidad Neta	_____	_____	_____

5.- ¿Ha sido la empresa alguna vez declarada en bancarrota, tenido que reestructurar alguna deuda, líneas de crédito y/o préstamos, y si es así favor de proporcionar información completa?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.- ¿Cuántos socios hay en la empresa y cual es su participación?

\_\_\_\_\_

7.- ¿Cuáles son sus activos y pasivos en la empresa?

\_\_\_\_\_

8.- ¿Cuál es el valor neto de la sociedad y cuál será la participación del solicitante?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.- ¿Existe algún acuerdo para la compra/venta de acciones?

\_\_\_\_\_

10.- ¿Cuál ha sido la participación del asegurado en las utilidades de cada uno de los últimos tres años?

\_\_\_\_\_

11.- ¿Cómo ha sido calculada la suma asegurada?



12.- ¿Existen pólizas para los otros socios?

---

---

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

---

Firma del Solicitante

---

Fecha



**CUESTIONARIO FINANCIERO PARA SEGURO DE NEGOCIO  
"PERSONA CLAVE"**

**NOMBRE DEL SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

**PUESTO Y FUNCIONES EN LA EMPRESA:** \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa y R.F.C.: \_\_\_\_\_

2.- Giro del negocio y número de empleados:

\_\_\_\_\_

3.- Fecha de inicio de operaciones de la empresa y antigüedad del solicitante en la empresa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.- Favor de indicar ventas actuales y utilidad neta de los últimos tres años:

	Año 19	Año 19	Año 19
a) Ventas	_____	_____	_____
b) Utilidad Neta	_____	_____	_____

5.- ¿Ha sido la empresa alguna vez declarada en bancarrota. Tenido que reestructurar alguna deuda, líneas de crédito y/o préstamos?. Si es así favor de proporcionar información completa.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.- ¿Cuál es el monto total de la nómina de la empresa?

\_\_\_\_\_

7.- ¿Qué salario integrado/utilidad ha recibido la persona clave durante los últimos tres años?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8.- ¿En qué proporción de la utilidad neta contribuye la persona clave?

\_\_\_\_\_

9.- ¿Cómo fue calculada la suma asegurada solicitada?

\_\_\_\_\_

10.- ¿Porqué se ha elegido este plan de seguro?

\_\_\_\_\_

11.- Si la persona clave es socio, indique el porcentaje de sus acciones y el valor actual de las mismas?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12.- Proporcione detalles en caso de existir algún acuerdo o contrato especial entre la empresa y la persona clave?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13.- Indicar detalles en caso de existir alguna otra póliza (en vigor o en trámite) en alguna Cia. De Seguros.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14.- ¿Pretende la empresa solicitar seguros para otros empleados clave?

\_\_\_\_\_



15.- ¿Continuará la póliza en vigor para la persona que reemplace, en caso de que la persona clave abandone la compañía?

---

---

**De acuerdo a la Ley sobre el contrato de Seguros, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de firma**



**CUESTIONARIO FINANCIERO**

ESTE CUESTIONARIO FORMA PARTE DE LA SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA PRESENTADA A ESTA COMPAÑÍA POR:

NOMBRE DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

1) ACTIVIDAD PRINCIPAL COMO FUENTE DE INGRESOS.

a) Descripción de la Actividad:

Profesional \_\_\_\_\_

Comercial \_\_\_\_\_

Otra \_\_\_\_\_

b) La labor se desempeña en forma:

Independiente ( )

Empleado de Empresa o Institución ( )

c) Lugar donde desarrolla sus actividades:

Ciudad, Estado \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

d) Ingresos anuales producto de la actividad principal:

\$ \_\_\_\_\_

2.- Otras ocupaciones o fuente de ingresos:

a) Otro Empleo \_\_\_\_\_  
Inversiones \_\_\_\_\_  
Comercio \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

Detalle brevemente en que consisten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Ingresos anuales producto, de las actividades mencionadas en el inciso anterior:

\$ \_\_\_\_\_

**TOTAL ANUAL DE INGRESOS:** \_\_\_\_\_

3) Capital

a) ¿Cómo se encuentra constituido su Capital?:

Bienes Raices \$ \_\_\_\_\_

Maquinaria y Equipo \$ \_\_\_\_\_

Vehículos \$ \_\_\_\_\_

Efectivo y Valores \$ \_\_\_\_\_

Efectos Personales \$ \_\_\_\_\_



Otros	\$ _____
Sub-total	\$ _____
Adeudos bancarios	\$ _____
Adeudos personales	\$ _____
Adeudos Institucionales	\$ _____
Otros adeudos	\$ _____
Sub-total	\$ _____
CAPITAL TOTAL	\$ _____

4) Créditos

- a) ¿Le han sido otorgados créditos en los últimos 3 años? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 1) Institución \_\_\_\_\_
- 2) Monto \_\_\_\_\_
- 3) Plazo \_\_\_\_\_
- 4) Saldado Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 5) Objetivo del préstamo \_\_\_\_\_
- 6) Ha sido demandado por falta del cumplimiento del crédito Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- b) Si el objetivo de este seguro es para garantizar un préstamo, favor de anotar el objeto y plazo del mismo así como las institución que los otorga:
- \_\_\_\_\_

5.- Si por alguna razón los beneficiarios de la póliza no son sus condescendientes, indique la causa

\_\_\_\_\_

**De acuerdo a la Ley sobre el contrato de Seguros, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o de los beneficiarios en su caso.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma



CUESTIONARIO PARA PERSONAS QUE PRACTICAN  
LA " PESCA"

Forma parte integrante de la solicitud de Seguro presentada por:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Es usted miembro de algún club o asociación Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿De Cual? \_\_\_\_\_

¿Qué tiempo tiene usted de practicar la pesca? \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia la practica? \_\_\_\_\_

¿Qué lugares elige? Rios \_\_\_\_\_ Lagos \_\_\_\_\_ Mar \_\_\_\_\_ Presas \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de equipo utiliza? \_\_\_\_\_

¿Indicar que tipo de pesca mayor o menor? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de embarcación utiliza? \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido algún accidente al practicar esta actividad? \_\_\_\_\_

¿Cuántas Veces ¿ \_\_\_\_\_

¿En que fechas? \_\_\_\_\_

¿Cuáles han sido las consecuencias, que tratamiento se le prescribió y durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

---

---

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato del Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que se refiere este cuestionario que forma parte de la solicitud, tal como los conozca o deba conocer al momento de firmar el mismo, en la inteligencia de que la declaración inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se pregunten podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CUESTIONARIO PARA PERSONAS QUE SIENDO PILOTOS CON LICENCIA FEDERAL, VUELAN AERONAVES PRIVADAS NO PERTENECIENTES A LINEAS COMERCIALES, AUTORIZADAS POR EL ESTADO, EN FORMA HABITUAL Y SIN ITINERARIO FIJO.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

¿Tiene Ud. licencia federal? \_\_\_\_\_ ¿Qué clase? \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Fecha de expedición \_\_\_\_\_

Fecha de la última renovación \_\_\_\_\_ ¿Tiene Ud. aeroplano propio? \_\_\_\_\_ Total de horas de vuelo

como piloto hasta la fecha \_\_\_\_\_ ¿Los aeroplanos que Ud. vuela son examinados y aprobados de acuerdo con los

reglamentos de la Secretaría de Comunicaciones? \_\_\_\_\_ ¿Ha sufrido Ud. accidentes de aviación? \_\_\_\_\_ Sírvase

dar pormenores en caso afirmativo \_\_\_\_\_

¿Ha sido alguna vez sancionado por transgredir los reglamentos de aviación? \_\_\_\_\_ Sírvase dar pormenores en caso afirma-

tivo \_\_\_\_\_

¿Desea Ud. su Póliza totalmente cubierta con extraprima? \_\_\_\_\_

Si es Ud. piloto militar sírvase contestar las siguientes preguntas:

a) ¿Cuál es su grado y a qué servicios está adscrito? \_\_\_\_\_

b) ¿En qué fecha se graduó Ud. como piloto aviador? \_\_\_\_\_

c) ¿Vuela Ud. exclusivamente dentro del territorio de la República Mexicana? \_\_\_\_\_

Sírvase manifestar a continuación el número de vuelos anuales realizados, expresando "ninguno" si no lo hubo

Características de los vuelos	VUELOS EFECTUADOS						Proyecto Para el año próximo	
	En el presente año		Ultimo Año		Penúltimo Año		No. de Despegues	No. de Horas
	No. de Despegues	No. de Horas	No. de Despegues	No. de Horas	No. de Despegues	No. de Horas		
Vuelos en aparatos del Gobierno (Ejército, marina, etc.) a) Como alumno. b) Como instructor								
Vuelos de negocios								
Vuelos de alquiler, observación, levantamiento de planos, etc.								
Vuelos experimentales, de demostración, de fumigación, etc.								
Vuelos privados de otro género								

El suscrito declara que todas sus manifestaciones y respuestas corresponden a la verdad, y que está de acuerdo con que formen parte de su solicitud de seguro.

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE



## CUESTIONARIO PARA FUTBOLISTAS PROFESIONALES

### 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 cualquier información requerida tendrá como resultado el dejar sin valor y sin efecto a la presente póliza.

**Nota: Todo el cuestionario deberá ser llenado con tinta**

### DATOS PERSONALES

Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Equipo: \_\_\_\_\_ Categoría/liga: \_\_\_\_\_

Posición en que juega: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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?

Si: \_\_\_\_\_ 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 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 y dolencia?  
(En caso afirmativo proporcione detalle)

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.- ¿Tiene algún problema de la vista o ha sufrido usted de alguna enfermedad en los ojos? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.- ¿Tiene algún problema de audición o ha sufrido usted de alguna enfermedad en los oídos? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_





---

---

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 usted 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: \_\_\_\_\_

---

11.- ¿Está usted asegurado contra accidentes o gastos médicos?  
(En caso afirmativo por favor indique con qué compañía y la suma asegurada)

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

---

12.- ¿Ha estado usted asegurado contra accidentes o gastos médicos?  
(En caso afirmativo por favor indique con qué compañía y la suma asegurada)

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

---

13.- ¿Ha hecho usted alguna reclamación con respecto a accidentes o enfermedad ó gastos médicos?  
(Por favor indique en cada caso la naturaleza de la reclamación, la cantidad de dinero reclamada y el nombre de la compañía de seguros)

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

---

14.- ¿Alguna vez lo han rechazado o aceptado bajo condiciones especiales para un seguro de vida, accidentes o enfermedad o gastos médicos?  
(En caso afirmativo proporcione detalles y fechas)

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

---

15.- ¿Alguna compañía aseguradora le ha cancelado alguna vez su póliza o rechazado su solicitud de renovación?  
(En caso afirmativo proporcione detalles, fechas y motivos del rechazo o de la cancelación)

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

---

16.- ¿Practica usted algún otro deporte a nivel profesional además del deporte que representa su ocupación normal?  
(En caso afirmativo por favor explique)

Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

---

### DECLARACION

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 INFORMACION QUE PUDIERA INFLUENCIAR LA DECISION DE LOS ASEGURADORES CON RESPECTO A ESTA POLIZA. SE ENTIENDE Y SE ACEPTA QUE TODO LO QUE HE DECLARADO EN ESTE FORMULARIO SE UTILIZARA COMO BASE PARA EL CONTRATO DE SEGURO EN CASO DE QUE LA POLIZA SE EMITA.

FECHA: \_\_\_\_\_

EL DECLARANTE: \_\_\_\_\_



LA SIGUIENTE DECLARACION 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 INCLUIR EN LA DECISIÓN DE LOS ASEGURADORES Y QUE ESTAMOS DISPUESTOS A ACEPTAR UNA POLIZA, SUJETA A LOS TERMINOS Y CONDICIONES DE DICHA POLIZA, QUE SERA EXPEDIDA TOMANDO COMO BASE LAS CONSIDERACIONES PROCEDENTES DE ESTE CUESTIONARIO QUE DEBERA ANEXARSE AL CONTRATO DE SEGURO, Y QUE FORMARÁ PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO.

FECHA: \_\_\_\_\_

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 medico conjuntamente con el jugador.

**¿TIENE L JUGADOR ALGUNA LESION O ALGUN HISTORIAL MEDICO EN LO SIGUIENTE?**  
(En caso afirmativo por favor indique detalles y fechas. Si no existe historial por favor marcar "NO" No dejar espacios en blanco o marcados con un guión.

	SI	NO	DETALLES
<b>Cabeza (compresión o pérdida Del conocimiento)</b>	_____	_____	_____
<b>Espalda o Espina Dorsal</b>	_____	_____	_____
<b>Hombros</b>	_____	_____	_____
<b>Brazos</b>	_____	_____	_____
<b>Codos</b>	_____	_____	_____
<b>Manos y Muñecas</b>	_____	_____	_____
<b>Pecho</b>	_____	_____	_____
<b>Caderas</b>	_____	_____	_____
<b>Piernas</b>	_____	_____	_____
<b>Rodillas Izquierda</b>	_____	_____	_____
<b>Rodilla Derecha</b>	_____	_____	_____
<b>Tobillo y pie derecho</b>	_____	_____	_____



Tobillo y pie izquierdo \_\_\_\_\_

**ESTAS PREGUNTAS DEBERAN SER CONTESTADAS POR EL MEDICO COMO RESULTADO DEL EXAMEN FISICO DEL JUGADOR:**

1.- Estatura: \_\_\_\_\_ 2.- Peso: \_\_\_\_\_ 3.- Presión Sanguínea: \_\_\_\_\_

4.- ¿ Existe alguna anomalía o agrandamiento del corazón? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
(En caso afirmativo por favor suministre un reporte separado)

\_\_\_\_\_

5.- ¿Existe alguna anomalía en lo siguiente?  
(Por favor rodear con un círculo y 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

\_\_\_\_\_

d) Sistema Respiratorio

6.- ¿Está usted al corriente de cualquier otro historial médico adicional, tal como señales, síntomas o datos descubiertos por pruebas de laboratorio?  
( Por favor explique) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
(Por favor escriba claramente)

Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_



**CUESTIONARIO PARA DEPORTES ACUATICOS -  
EMBARCACIONES DE RECREO (motor y vela)**

**NOMBRE Y APELLIDOS** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**OCUPACIÓN** \_\_\_\_\_

Todos los solicitantes deberán cumplimentar la Sección A.

**SECCION "A"**

1. Participa usted en este deporte como:

Aficionado

Profesional

Instructor

2. ¿Es usted miembro de algún Club Náutico, Asociación o Federación? Si es así, especifique el nombre

\_\_\_\_\_

3. ¿Cuántos años lleva practicando este deporte?

4. ¿Con que frecuencia practica este deporte?

Últimos 12 meses \_\_\_\_\_ Próximos 12 meses \_\_\_\_\_

5. ¿En qué lugares suele practicar este deporte? \_\_\_\_\_

6. ¿Ha sufrido algún accidente relacionado con este deporte? Si es así, ¿con que consecuencias?

\_\_\_\_\_

7. En cual de los siguientes deportes participa usted

a) Canoas Si la respuesta es "SI", ¿Participa en eventos celebrados en aguas turbulentas?

b) Competiciones de Lanchas con motor Si la respuesta es "SI", cumplimente también la Sección "B"

b) Embarcaciones a remo Si la respuesta es "SI", ¿Participa en eventos especiales?

a) Wind-Surf Si la respuesta es "SI", ¿Participa en competiciones?