

**SOLICITUD DE COTIZACION/
CUESTIONARIO MEDICO/
DE DEPORTISTAS**

NOTA IMPORTANTE PARA LOS ASEGURADOS

All sections of the Proposal Form and Medical Examiners Report must be fully completed, even if it is for renewal of, or for an additional amount to, an existing insurance. All details of your medical history must be declared and should not be Omitted because you have been declared fit or told that results of medical investigations have been satisfactory, or because you think, or have been advised, that they are irrelevant or immaterial. Failure to disclose material information may invalidate the policy.

Todos los apartados de esta propuesta de seguro/cuestionario médico tienen que ser debidamente cumplimentado aunque estemos ante una renovación o prima adicional a una póliza existente. Toda información del historial médico deberá ser declarado sin omitir ningún dato aunque Vd. considere que es irrelevante o que todas los análisis son satisfactorios. La omisión de dicha información puede invalidar la póliza

ALL QUESTIONS MUST BE COMPLETED IN INK (TODAS LAS PREGUNTAS DEBERAN SER CONTESTADAS A MANO EN TINTA)

Surname:
Apellido:

First Names:
Nombre:

Address:
Dirección:

Date of Birth:
Fecha de nacimiento:

Team:
Equipo:
Position Played:
Posición en que juega:

League:
Liga

Estimated 12 months basic wage (excluding bonuses):
Salario estimado en los últimos 12 meses (excluyendo bonos):
Guaranteed Bonuse:
Bonos garantizados:

IMPORTANT - ALL MATERIAL FACTS MUST BE DISCLOSED
IMPORTANTE: TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS

1. Are you currently free of injury and playing for your team? **Esta Vd. Actualmente libre de lesiones y jugando para su equipo**

YES NO

2. Have you during the last 12 months missed more than 2 consecutive games due to injury or illness? **¿No ha jugado 2 o más partidos consecutivos en los últimos 12 meses debido a lesión o enfermedad?**

YES NO

If so, enter dates, reason(s) and total number of games missed

Si fuese así por favor detalle causas y número total de partidos no jugados

3. (a) Are you now and have you been perfectly well and in sound health for a year proceeding this application?. **Ha estado y está bien de salud respecto a su estado de salud 1 año antes de la cumplimentación de este cuestionario**

YES NO

- (b) Have you consulted a doctor during the past two years? **¿Ha visitado al médico en los últimos 2 años?**

YES NO

If so, please give dates, and for what reasons.

Si fuese así por favor detalle fechas y causas

- (c) Have you had any X-rays, CAT Scans or MRI Scans in the last 24 months? **¿Le han realizado rayos X, escaners en los últimos 24 meses?**

YES NO

If “YES”, please give Date(s), Reason, ailment(s) and/or medical conditions. **Si contestase “Si” por favor detalle fechas, razones, efectos.**

- (d) Have you any physical defect or infirmity? **¿Sufre algún tipo de defecto físico o dolencia?**

YES NO

If so, please give particulars. **Si fuese así por favor detalle**

- (e) Have you during the last 2 years taken a course of pain reducing or anti-inflammatory medication exceeding 3 weeks? **¿Ha estado tomando en los últimos 2 años algún tipo de medicación anti-inflamatoria o para reducir el dolor más de 3 semanas seguidas?**

YES NO

If so, please give dates and details. **Si fuese así por favor de detalles**

- (f) Is your sight in any way impaired; have you ever suffered from any disease of the eyes? **¿Sufre de alguna insuficiencia en la vista? ¿Ha padecido enfermedad en los ojos?**

YES NO

If so, please give dates and details. **Por favor detallenos**

(g) Is your hearing impaired? Have you ever had any discharge from the ears? **¿Sufre de alguna insuficiencia en el oído? ¿Ha padecido algún tipo de enfermedad?**

YES NO

If so, please give dates and details. **Por favor detalles**

4. (a) Have you ever suffered from Appendicitis, Asthma, Blood Pressure, Blood-spitting, Diabetes, Dyspepsia, Fits, Gout, Hernia, Paralysis, Piles, Rheumatism, or any Rheumatic Infection, Skin Infections, Varicose Veins, or any Diseases or Disorders of the Chest or Respiratory System, Heart, Stomach or Nervous System? **¿Ha sufrido alguna vez apendicitis, asma, alta presión, diabetes, dispepsia, epilepsia, hernia, gota, parálisis, reumatismo o infección reumática, infección de piel, varices o algún desorden en el sistema respiratorio, nervioso, corazón o estómago?**

YES NO

If so, please give dates and state if operation performed.

Si fuese así, por favor detalle y si hubo operación

(b) Have you during the past 5 years had any other operation or suffered from any other illness or accident? **¿Ha sufrido algún otro tipo de operación por enfermedad o accidente en los últimos 5 años?**

YES NO

If so, please give dates and details. **Si fuese así por favor detalle**

(c) Have you any reason to think that you may need to undergo a surgical operation in the future? **Conoce alguna razón por la cual Vd. piensa que tenga que realizarse alguna operación quirúrgica en el futuro**

YES NO

If so, please give details. **Si fuese así por favor detalle**

5. (a) Are you now insured against accident or illness? **¿Está asegurado en este momento por Accidentes o enfermedad?**

YES NO

If so, with whom, and for what benefits? **Si fuese así por favor indique con qué compañía y que capitales**

(b) Have you at any time been insured against accident or illness? **¿Ha estado asegurado contra Accidente y enfermedad?**

YES NO

If so, with whom? **Si fuese así con quien**

If you have answered “YES” to 5(a) and/or 5(b), please advise if you have made any claims in respect of accident or illness. Please state in each case nature of claim, amount and name of Company or Underwriter.

Si hubiese contestado afirmativamente a las preguntas 5(a) y/o 5(b) por favor indique si ha tenido algún siniestro en la cobertura de Accidente y Enfermedad. Por favor facilite en cada caso causa del siniestro, cantidad indemnizada y nombre de la compañía.

6. Have you ever been declined, or accepted on special terms, for Life Insurance or Insurance against Accident or Illness? **¿Le han rechazado o aceptado bajo condiciones especiales en alguna póliza de Vida, Accidente o enfermedad?**

YES NO

(for example, with specially agreed exclusions)

Has any Company or Underwriter ever cancelled or declined to renew your policy?
¿Alguna compañía le ha cancelado o rechazado renovar alguna póliza?

YES NO

7. Do you engage in any sport(s) as a professional other than the sport which is your prime occupation? **¿Practica alguno otro tipo de deporte como profesional que no sea su normal ocupación?**

YES NO

If so, please give details. **Si fuese así por favor detalle**

I hereby warrant that all the answers and statements contained are full, complete and true and have been correctly recorded and I have not withheld any information which is likely to influence the decision of the Company and that I am willing to accept a Policy, subject to the terms and conditions of such Policy to be issued on the basis of and in consideration of the proposal.

Confirmando que toda las respuestas e información son verdaderas y no he omitido ningún dato que pueda influir sobre la decisión de la compañía y que acepto contratar la póliza sujeto a los términos y condiciones establecidos en su condicionado en función de la información contenida en este cuestionario.

Signature of Player:
(Firma del Jugador)

Date:
(Fecha)

The following declaration is to be completed in all instances where a team is effecting this insurance on behalf of a player:- **La siguiente declaración deberá ser completada siempre en el caso de que el equipo esté contratando un seguro en representación de un jugador**

We hereby warrant that to the best of our understanding and belief all the answers and statements herein contained are full, complete and true and have been correctly recorded and we do not know of any other information which is likely to influence the decision of the Company and that we are willing to accept a Policy, subject to the terms and conditions of such Policy, to be issued on the basis of and in consideration of the proposal, which we understand shall be attached to and constitute part of the contract of insurance.

Confirmando que según nuestro entendimiento todas las preguntas e información es verdadera y desconocemos si cualquier otro dato pueda influir en la decisión de la compañía y que aceptarán contratar la póliza sujeto a las condiciones y términos establecidos en el condicionado de acuerdo con la información contenida en este cuestionario el cual formara parte de la propia póliza

Signature of Club official (Firma del Club)

.....

Position held:

(Actuando como)

Date:

(Fecha)

The Company do not bind themselves to accept this Insurance, and reserve the right to impose specific exclusions as a result of information disclosed herein.

MEDICAL EXAMINERS REPORT (INFORME MEDICO)

Questions to be answered in conjunction with the player who, if he is under any doubt about the Medical Examiner's knowledge or his condition or medical history, he should advise the Medical Examiner accordingly (player to sign and date page 9 overleaf of this Medical Examiners Report):-

Las preguntas deberán contestarse junto con el propio jugador el cual si estuviese bajo duda sobre algún dato médico o historial médico deberá contactar con el correspondiente médico. (el jugador deberá firmar la pag. 9 de este informe médico)

Is there any injury to or history of injury to the following from when the proposed Insured Person was born to the date of which the medical examination takes place? If so, give **full details and dates**, if no history please tick 'NO', do not leave blank or mark with a dash.

Por favor detalle la lesión o historia de la lesión de acuerdo con las siguientes preguntas desde que la persona asegurada nació hasta que este reconocimiento médico tenga lugar. SI no tuviese ninguna lesión por favor diga que NO, no deje el espacio en blanco o con una cruz.

| | Yes | No | Details(Detalles) |
|---|-----|----|-------------------|
| Head (concussion or unconsciousness) Cabeza (consciente o inconsciente) | | | |
| Back or Spinal Column (Columna dorsal) | | | |
| Shoulders (Hombros) | | | |
| Arms (Brazos) | | | |
| Elbows (Codo) | | | |
| Hands or Wrists (Mano o muñeca) | | | |
| Chest (Torax) | | | |
| Hips (Cadera) | | | |
| Legs (Piernas) | | | |
| Knee, left (Rodilla izda) | | | |
| Knee, right (rodilla derecha) | | | |
| Ankle and Foot, left (Tobillo y pie izda) | | | |
| Ankle and Foot, right (Tobillo y pie drcha.) | | | |

Questions to be answered by Medical Examiner as result of physical examination

Preguntas a contestar por el médico despues de un examen fisico:-

1. Height(**Altura**):
2. Weight(**Peso**):
3. Blood Pressure (**Presion de la sangre**):

4. Is there any enlargement or abnormality of the heart? **¿ Hay alguna anomalía en el corazón)**

YES NO

(If yes, please describe fully on separate report). **Si fuese así por favor realice un informe completo.**

5. (a) Is there any abnormality of the following(**Sufre de alguna anomalía en**):-
 (circle applicable items and give details) **Detallenos**

Eyes, ears, nose, mouth, pharynx? **Ojos, oídos, nariz, boca, faringe**
 (if vision or hearing impaired, indicate degree and correction)

Indique si tiene algun fallo en la vista, oído y grados

(b) Respiratory system? **¿Sistema respiratorio?**

6. Are you aware of any additional medical history: Signs, symptoms or laboratory findings (including X-rays, CAT Scan or MRI Scan)? **¿Es Vd. contrario a ampliar el historial medico con otro ipo de pruebas incluido Rayos X o Scanner? (podría ser requerido un informe confidencial por los aseguradores)**

(A confidential report for Underwriters may be requested)

YES NO

If so, please give dates and details:

En caso afirmativo **Por favor de detalles**

Medical Examiner: Name to be printed clearly:

Medico: Nombre

Dated at on Year

Fecha:

Medical Examiner's Signature:

Firma del médico:

Examiner's P.O.Address:.....

Dirección del médico:

.....

Signature of Player

Firma del jugador

Date(**Fecha**).....