



MAPFRE TEPEYAC

MAPFRE TEPEYAC, S.A.
Boulevard Magnocentro #5 Col. Centro Urbano (Interlomas)
Municipio San Fernando Huixquilucan C.P. 52760 Edo. de México Tel. 5230 7000

CUESTIONARIO DE DEPORTES

Apellido paterno:		Apellido materno:	
Nombre(s):		Edad:	
En caso de realizar más de una actividad, deberá llenar un cuestionario para cada una.			
1. Actividad que realiza:			
<input type="checkbox"/> Equitación <input type="checkbox"/> Artes marciales <input type="checkbox"/> Alpinismo <input type="checkbox"/> Espeleología	<input type="checkbox"/> Paracaidismo <input type="checkbox"/> Boxeo <input type="checkbox"/> Esquí acuático o nieve <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Luchador <input type="checkbox"/> Caza <input type="checkbox"/> Charrería	
2. Motivo:			
<input type="checkbox"/> Aficionado sin competición <input type="checkbox"/> Aficionado con competición <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____			
3. En caso de pertenecer a algún club, proporcionar nombre y antigüedad:			
4. ¿Ha recibido entrenamiento especial?			
En caso afirmativo proporcionar nombre y lugar: _____			
5. Proporcionar los siguientes datos:			
Tipo de licencia:	Fecha de expedición:	Fecha de su última renovación:	
6. Indique características y equipo utilizado del deporte que practica: _____			
7. Lugar y frecuencia con que practica este deporte: _____			
8. Practica este deporte: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> En grupo			
9. ¿Desde cuando practica este deporte?			
10. Número y tipo de eventos efectuados:			
Hasta la fecha:	Durante los últimos 12 meses:	Proyectados para los próximos 12 meses:	
11. ¿Ha sufrido algún accidente en la práctica de este deporte? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo ampliar (fecha ocurrido, tipo de lesión y estado actual): _____			
Declaro que las preguntas y respuestas anteriores corresponden a la verdad y estoy de acuerdo en que forman parte de mi solicitud de seguro.			
Lugar y fecha:			
Firma del Solicitante			