



## 1./ 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

## 2./ DATOS DEL DEPORTE

Nombre del deporte que practica:		Características del deporte que practica:	
¿Desde cuándo lo practica? Motivo: DD / MM / AA			
Nombre del Club al que pertenece:		Dirección:	
Es usted: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Aficionado		¿Posee algún tipo de Registro o Licencia? Especifique: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha recibido entrenamiento especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Dónde? Especifique: Nombre: Lugar:	
Lugar en que practica este deporte:		¿Entrena usted con algún tipo de arma o equipo de seguridad personal? Especifique: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuántas veces a la semana lo practica?		¿Participa en competencias nacionales o extranjeras? Indique lugares: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipos de Competencias o Eventos efectuados:	Próximos 12 meses ¿Cuántas veces?		Últimos 12 meses ¿Cuántas veces?
Accidentes sufridos en la práctica de este deporte:	Fechas	Heridas sufridas	Secuelas
Indique Nombre, Dirección y Teléfono del médico que lo atendió:			

## 3./ DATOS 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