



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. ¿Pertenece a alguna asociación o club? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar detalles)
2. ¿Está usted reconocido por la federación correspondiente de su país? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar detalles y nombre de la federación)
3. ¿Durante cuánto tiempo se ha dedicado a la espeleología?
4. ¿Con qué frecuencia practica la espeleología? (Indique el número de veces al año)
5. ¿En qué lugares efectúa esta práctica? (Si es fuera del territorio nacional, especificar la frecuencia y si estos son organizados por un club)
6. ¿Cuál es su categoría? ☐ Fácil ☐ Difícil ☐ Muy crítico
7. ¿Usted realiza esta práctica solo o acompañado? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar detalles)
8. ¿Practica usted la espeleología submarina? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar detalles)
9. ¿Pertenece usted a algún grupo de rescate? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar detalles)
10. ¿Ha solicitado alguna vez la intervención de un grupo de rescate cuando estaba practicando espeleología? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar detalles)
11. ¿Existe algún otro tipo de actividad de riesgo que pueda influir en las condiciones de contratación de esta cobertura de seguro, tales como intentos de records, nuevas exploraciones, etc.? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar detalles)

12. 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