



Número de Póliza: _____

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. Indique qué tipo de actividades de montañismo practica usted

2. ¿Cuántas escaladas realiza como promedio anualmente?

3. ¿Con qué frecuencia lo practica?

4. ¿Cuántos años de experiencia tiene usted?

5. ¿Practica usted este deporte de manera individual o acompañado de otras personas?

6. ¿Es usted miembro de algún club? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, por favor dar detalle)

Complete el siguiente Cuadro

Región geográfica en la cual usted escala	Temporada en la cual escala	Nombre de la cordillera que escala	Picos de montaña a los cuales ha llegado	Altitud máxima alcanzada

7. ¿Ha tenido algún accidente en la práctica de este deporte? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, favor detallar y dar fecha)

8. 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