



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. ¿En cuál de los siguientes deportes participa usted?

- ☐ Hockey sobre hielo ☐ Patinaje sobre hielo ☐ Bobsleigh y/o carreras de trineo ☐ Esquí (Si es así, cuáles de las siguientes modalidades)
- ☐ Biatlón ☐ Esquí travesía/fondo ☐ Descensos ☐ Estilo libre ☐ Hot Dogging ☐ Saltos ☐ Slalom ☐ Slalom Gigante
- ☐ Super Gigante ☐ Slalom paralelo ☐ Otros, especifique: _____

2. ¿Participa en competiciones?

- ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, cuál fue el motivo y resultado de la misma)

3. ¿Es miembro de algún Club o Asociación?

- ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, indicar cuál)

4. ¿Cuánto tiempo lleva practicando este deporte?

5. ¿Con que frecuencia practica o pretende practicar este deporte?

Últimos 12 meses:

Próximos 12 meses:

6. ¿Ha sufrido algún accidente relacionado con este deporte?

- ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, facilite detalles)

7. Indicar los lugares donde usted suele practicar este deporte

8. ¿Participa o pretende participar en intentos de récords mundiales?

- ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, facilite detalles)

9. 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