



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./ AUTOMOVILISMO - MOTOCICLISMO - MOTONAUTICA

Tipo de Deporte o Actividad:		¿Por cuánto tiempo lo ha estado practicando?		Fecha de la última carrera DD / MM / AA		
Lugar de la última carrera o donde practica la actividad		¿Ha tomado usted clases profesionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre:		¿Cuándo?		
¿Tiene usted una licencia especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Escuela:		Especifique todas las licencias que tenga:				
¿Tiene usted un vehículo de carrera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Marca y Modelo:		Máxima velocidad:		
Clase:		Motor: Marca y Modelo:		H.P.:		
¿Participa usted en cualquier otro tipo de carreras? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles?				¿Profesionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tipo de Carrera	Próximos 12 meses		Últimos 12 meses		13-60 Meses pasados	
	¿Cuántas veces?	Km / Millas	¿Cuántas veces?	Km / Millas	¿Cuántas veces?	Km / Millas

3./ BUCEO - SUBMARINISMO

¿Está usted licenciado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre de Organización:		Fecha de emisión: DD / MM / AA		
¿Es usted Miembro de cualquier Club u Organización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre:		¿Bucea usted solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Bucea usted con Tanque? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha formado usted parte de un rescate? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Dónde?		¿Ha rescatado usted alguna Persona Varada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Dónde?				
Por favor indique los sitios donde usted bucea:						
Bucea usted en: Lagos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cavernas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Bajo Hielo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Océano Abierto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Volcanes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
¿Cuánto tiempo tiene usted Buceando?		Con Tanque: Desde: / /		Sin Tanque: Desde: / /		
Profundidad	Próximos 12 meses		Últimos 12 meses		13-60 Meses pasados	
	¿Cuántas veces?	¿Duración?	¿Cuántas veces?	¿Duración?	¿Cuántas veces?	¿Duración?
HASTA 35 FT. / 10 MTS.						
HASTA 70 FT. / 25 MTS.						
HASTA 100 FT. / 30 MTS.						
MAS PROFUNDO						

4./ PARACAIDISMO EN CAIDA LIBRE

¿Desde cuándo usted lo practica? DD MM AA / /	Frecuencia:	Fecha del último salto: DD MM AA / /
¿Cuántos saltos ha llevado a cabo?	¿Pertenece usted a algún Club? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre:	Máxima altura del salto:
Tipo de paracaídas usado:		Tipo de aeronave de la cual salta:

5./ LANZAMIENTO EN ICAROS O SIMILARES

¿Desde cuándo ha estado usted practicando? DD MM AA / /	Frecuencia:	Fecha de la última actividad: DD MM AA / /	
¿Cuántos saltos ha llevado a cabo?	¿Pertenece usted a algún Club? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre:	Máxima altura del salto:	
Máxima altura volada:	Altura promedio volada:	Máxima distancia volada:	Mínima distancia volada?
¿Compite usted? Explique: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Vuela usted artículos experimentales? Explique: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

6./ OTRAS ACTIVIDADES

Tipo de Deporte:	Peligros involucrados:		
¿Desde cuándo usted lo practica? DD MM AA / /	Frecuencia:	¿Pertenece usted a algún Club? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre:	
¿Se ha lesionado usted en este deporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:		
¿Ha sido usted penalizado por violar los reglamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:		

7./ OBSERVACIONES

--

DECLARACION 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. 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