



## 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

¿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:		
Especifique: Tipo de Arma: Calibre:			¿Las armas que utiliza están registradas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Frecuencia de mantenimiento y estado de las armas con las que practica este deporte:			Lugar en que practica este deporte:		
Equipo de seguridad que utiliza:			Practica en competencias: Indique lugares: <input type="checkbox"/> Nacionales <input type="checkbox"/> Extranjeras		
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
Nombre, Dirección y Teléfono del médico que lo atendió:					
Indique qué animales acostumbra cazar:			¿Acostumbra a ir sólo o acompañado? <input type="checkbox"/> Sólo <input type="checkbox"/> Acompañado Si va en grupo, las personas que lo acompañan tienen experiencia en este deporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

## 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