



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. Indicar detalladamente cuáles son las actividades que realiza mientras bucea

2. ¿Cuántos años lleva usted dedicado a la actividad del buceo comercial?

3. ¿Qué tipo de certificación y nivel tiene usted?

4. Indique un promedio de la cantidad de inmersiones que realiza anualmente

5. ¿Cuál es normalmente la profundidad máxima alcanzada por usted?

6. ¿Cuál es normalmente la duración máxima alcanzada por usted?

7. ¿En qué lugares usualmente bucea? ☐ Océano ☐ Ríos ☐ Lagos ☐ Puertos ☐ Otros, especifique8. ¿Ha realizado usted desactivación de bombas o trabajo de eliminación de minas? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar detalle)9. ¿Usa usted explosivos como parte de su trabajo? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar detalle)10. ¿Ha sufrido algún accidente realizando la práctica de buceo? ☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, dar fecha y detalles de lo ocurrido)

Fecha y detalle de lo ocurrido	Tratamiento recibido	Cuánto tiempo estuvo ausente de su trabajo
--------------------------------	----------------------	--



11. Ha padecido de enfermedades relacionadas a la actividad de buceo como:

☐ Enfermedad de descompresión  
☐ Barotraumas

☐ Narcosis de Nitrógeno  
☐ Otros, especifique:

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