

Nombre:

Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido

Fecha de Nacimiento: dd / mm / aa Número de Póliza/Solicitud: _____

¿Cuándo comenzó en este deporte? dd / mm / aa

Por favor indique la naturaleza de su participación:

Recreacional Competitivo Amateur Profesional

¿Con qué frecuencia participa?

Proporcione detalles de sus calificaciones, certificaciones o clasificaciones formales obtenidas:

| CALIFICACIÓN | CUANDO SE ALCANZA |
|--------------|-------------------|
| | |
| | |
| | |

¿Es miembro de un club o asociación? Si No

En caso afirmativo, proporcione los detalles y el sitio web de la organización:

¿Alguna vez ha tenido una lesión derivada de entrenamiento o competencia que requiere atención médica?

Si No

En caso afirmativo, proporcione detalles y fechas.

¿Cuáles son los límites máximos que ha alcanzado en la práctica de esta actividad, por ejemplo, velocidad, tiempo, altura, distancia, profundidad, peso, etc.?

Proporcione cualquier información adicional que considere importante:

DECLARACIÓN

Confirmando que las respuestas que he dado son, a mi leal saber y entender, verdaderas, y que no he retenido ninguna información material que pueda influir en la evaluación o aceptación de esta solicitud.

Estoy de acuerdo en que este formulario constituirá parte de mi solicitud de seguro y que la falta de divulgación de cualquier hecho material conocido por mí puede invalidar mi seguro

Nombre(s) y Apellido(s): _____

Firma: _____