

Cuestionario de espeleología

Forma parte integrante de la solicitud de seguro

Fecha			Póliza No.	Clave del agente
día	mes	año		

Datos del solicitante				
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)
				Edad
Fecha de nacimiento	día	mes	año	Ocupación habitual
Información de la actividad deportiva				
Experiencia ¿Desde cuándo practica espeleología?		Motivos de esta práctica		¿Es miembro de un club?
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número y tipo de exploraciones en los últimos 2 años			En el próximo año	
Va usted		¿Se trata de cimas, cuevas o grutas ya exploradas?		Duración habitual de las exploraciones
<input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Acompañado	<input type="checkbox"/> A veces acompañado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Días
Profundidad generalmente alcanzada en metros			Profundidad máxima alcanzada en metros	
¿Practica escalada?			¿Utiliza escafandra autónoma?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente
¿Efectúa expediciones de larga duración?			¿Participa como miembro de algún equipo de socorro?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Frecuentemente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente
¿Ha tenido algún accidente por la práctica de la espeleología?		Fechas		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No			
Heridas sufridas				

Secuelas				

Observaciones adicionales				

El suscrito declara que las respuestas anteriores son verdícas y acepta que las mismas, formen parte de su solicitud de seguro.				

Firma del solicitante				