

Cuestionario de inmersiones submarinas

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

Información de la actividad deportiva			
1. ¿Ha tenido entrenamiento para buzo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2. Licencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Obtenida el	3. ¿Es miembro de algún club? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿En cuál?	4. ¿Desde cuándo realiza inmersiones?		En calidad de <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Aficionado
5. Profundidad habitual	6. Profundidad máxima alcanzada	7. ¿En qué tipo de lugares efectúa sus inmersiones? <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Puerto <input type="checkbox"/> Lago <input type="checkbox"/> Ríos <input type="checkbox"/> Canales <input type="checkbox"/> Otros	
8. Número de inmersiones anuales	9. ¿Cuál es el objeto de las inmersiones? <input type="checkbox"/> Deportiva <input type="checkbox"/> Científica <input type="checkbox"/> Otros	10. ¿Qué tipo de aparato usa?	11. Generalmente se inmerge <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> En grupo

12. Si es profesional indicar Nombre de la empresa

Naturaleza y lugar de las actividades	13. ¿Utiliza explosivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

En caso afirmativo, detallar

14. ¿Qué intenciones tiene para el futuro?

15. Accidentes o trastornos sufridos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Durante las inmersiones? <input type="checkbox"/> ¿Después de las inmersiones?	¿En qué fecha?	¿Cuántas veces?
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	-----------------

Naturaleza, duración, tratamiento, secuelas, etc.

¿Control médico periódico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha del último	día	mes	año

Observaciones adicionales

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

Firma del solicitante