

Nombre(s):

Apellido paterno:

Apellido materno:

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):

Número de folio / Póliza:

1. ¿En qué tipo(s) de actividad(es) participa ejemplo: Canto rodado, caminata, alpinismo, escalódromo, montañismo, senderismo, etc.?

2. ¿Por cuánto tiempo has estado activo en este deporte? ¿solo o en grupo?

3. ¿Con qué frecuencia participas?

4. ¿En qué lugar geográfico lo realizas?

5. Favor de indicar el equipo utilizado:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Altimetro | <input type="checkbox"/> Cuerdas perlon y ganchos de seguridad | <input type="checkbox"/> Radio transmisor-receptor |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo GPS | <input type="checkbox"/> Casco | <input type="checkbox"/> Arnés de alpinismo |
| <input type="checkbox"/> Botas de montañismo | <input type="checkbox"/> Pitons o toucans (picos) | <input type="checkbox"/> Mapa y brújula |
| <input type="checkbox"/> Anclas de seguridad | <input type="checkbox"/> Teléfonos móviles / Celular | <input type="checkbox"/> Pico de nieve |
| <input type="checkbox"/> Faros o linternas | <input type="checkbox"/> Pico de alpinista / adze | <input type="checkbox"/> Crampons |
| <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno | <input type="checkbox"/> Portaledge | <input type="checkbox"/> Asensores mecánicos |
| <input type="checkbox"/> Levas, camalots, dispositivos de seguridad (resortes) | <input type="checkbox"/> Chocks & Nuts, hexes | <input type="checkbox"/> Tapones |
| <input type="checkbox"/> Ropa invernal | <input type="checkbox"/> Tornillos | <input type="checkbox"/> Etriers o escaleras de red |

6. ¿A qué alturas / niveles escalas?

Altura y nivel promedio	Altura y nivel máximo a la fecha	Altura y nivel máximo planeado (próximos dos años)

7. ¿Alguna vez has escalado solo o en la noche?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

8. Además de lo mencionado anteriormente ¿has escalado o tienes planeado escalar alguna vez en otro país?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

País y locación	Fechas

9. Favor de proporcionar detalles de los títulos oficiales o certificaciones obtenidos:

Títulos	Fecha en que lo obtuviste

10. ¿Pertenece a algún club o asociación relacionado?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

11. ¿Has tenido alguna lesión o accidente que requiera atención médica causada por esta actividad?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles incluyendo fechas:

12. Favor de proporcionar cualquier información adicional que consideres importante:

Declaración

Confirmando que todas las respuestas que he proporcionado son de mi total conocimiento, verdaderas y que no he omitido ninguna información material que pudiera influenciar la evaluación o aceptación de esta solicitud.

Estoy de acuerdo que este formato constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de proporcionar cualquier hecho conocido por mí, podría invalidar mi póliza de seguro(s).

Nombre completo _____

Fecha _____

Nombre y firma