

Nombre(s): _____ Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____ Número de folio / Póliza: _____

1. ¿Qué tipo de deporte de combate practicas? (boxeo, taekwondo, karate do, judo, esgrima, etc.)

2. Favor de indicar la índole de tu participación:

Recreativa Competitiva Aficionado Profesional

3. En cualquiera de las modalidades mencionadas ¿Con qué frecuencia participas?

4. Favor de proporcionar detalles de las categorías o certificaciones obtenidas:

| Categoría o certificación | Fecha en que lo obtuviste |
|---------------------------|---------------------------|
| | |
| | |
| | |

5. ¿Pertenece a algún club o asociación?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

6. ¿Participas o tienes la intención de participar en competencias o eventos de exhibición?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

7. ¿Has tenido alguna lesión a causa de esta actividad que requiera atención médica y/o hospitalización?

Sí No

Si es así, favor de proporcionar detalles:

8. 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