



	Año	Mes	Día	No. de Solicitud
Fecha de Nacimiento				

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_  
 (Nombre(s), Apellido paterno, Apellido materno)

Practica el paracaidismo en calidad de: Profesional  Amateur

Nombre del club al que pertenece \_\_\_\_\_

¿Qué tiempo tiene de practicarlo? \_\_\_\_\_

Cantidad de saltos efectuados hasta la fecha \_\_\_\_\_

Cantidad de Saltos efectuados en los últimos 12 meses \_\_\_\_\_

¿Efectúa saltos con apertura automática? Sí  No

¿Efectúa saltos con apertura retardada o dirigida? Sí  No

¿Participa en saltos de exhibiciones o competencias? Sí  No

¿Ha sufrido algún accidente al practicar el paracaidismo? Sí  No

Fecha de dichos accidentes \_\_\_\_\_

Indicar heridas ocasionadas en esos accidentes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Existen secuelas? Sí  No  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Desea estar cubierto en todo riesgo? Sí  No

**Por medio de la presente, manifiesto que las respuestas a todas las preguntas son veraces y estoy de acuerdo en que formen parte de mi solicitud y contrato de seguro.**

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Solicitante \_\_\_\_\_