



Nombre del solicitante (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)	No. de Solicitud	Fecha de Nacimiento Día Mes Año
---	------------------	--

¿Tiene licencia de Buceo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del Club al que pertenece
--	----------------------------------

¿Qué tiempo tiene haciendo inmersiones?	El buceo que practica es: <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Semi-Autónomo <input type="checkbox"/> No Autónomo
---	--

El buceo autónomo con equipo es de circuito: <input type="checkbox"/> Abierto <input type="checkbox"/> Semi-Cerrado <input type="checkbox"/> Cerrado	El buceo autónomo es de saturación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	--

Las actividades que realiza cuando bucea son:

<input type="checkbox"/> Contemplación de la fauna y flora marina	<input type="checkbox"/> Buceo en cavernas	<input type="checkbox"/> Buceo bajo hielo	<input type="checkbox"/> Buceo en barcos hundidos	<input type="checkbox"/> Salvamento
<input type="checkbox"/> Acuarismo marino	<input type="checkbox"/> Pesca Submarina	<input type="checkbox"/> Exploración	<input type="checkbox"/> Instructor de buceo	<input type="checkbox"/> Fotografía submarina
<input type="checkbox"/> Buceo de noche	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____			

Si sus buceos son profesionales o científicos, describa ampliamente las labores que realiza

Nombre de la empresa o institución para la cual trabaja

Profundidad en pies	Inmersiones deportivas				Inmersiones profesionales			
	Últimos 12 meses		En proyecto próximos 12 meses		Últimos 12 meses		En proyecto próximos 12 meses	
	Número	Tiempo promedio bajo el agua	Número	Tiempo promedio bajo el agua	Número	Tiempo promedio bajo el agua	Número	Tiempo promedio bajo el agua
Menos de 40								
41 a 60								
61 a 100								
101 a 200								
Más de 200								

¿Utiliza explosivo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Máxima profundidad alcanzada	¿Ha sufrido algún accidente al bucear? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	---

Fechas de dichos accidentes	¿Estuvo incapacitado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--

Indicar heridas ocasionadas en esos accidentes

¿Existen secuelas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuáles?
---	----------

Dé usted un relato de sus actividades pasadas en el buceo y lo que piensa hacer en este sentido en el futuro:

¿Desea estar cubierto en este riesgo? Sí No

Por medio del 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 _____	Fecha <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Día</td> <td style="font-size: 8px;">Mes</td> <td style="font-size: 8px;">Año</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año
Día	Mes	Año					

Firma del Solicitante