STATETRUST
LIFE & ANNUITIES

Cuestionario de Deporte de Defensa Personal

1./ DATOS DEL ASEGURADO

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Primer Apellido

Fecha de Nacimiento DD MM AA	Edad	Sexo	Estado Civil	Número de ID	País de Nacimiento
/ /		☐ F ☐ M	☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Viudo		

2./ DATOS DEL DEPORTE

Nombre del deporte que practica:	Características del deporte que practica:

¿Desde cuándo lo practica? DD MM AA / / Motivo:

Nombre del Club al que pertenece:	Dirección:

¿Es usted ?	¿Posee algún tipo de Registro o Licencia? Especifique:
☐ Profesional ☐ Aficionado	☐ Si ☐ No

¿Ha recibido entrenamiento especial?	¿Dónde? Especifique:
☐ Si ☐ No	Nombre: Lugar:

Lugar en que practica este deporte:	¿Entrena usted con algún tipo de arma o equipo de seguridad personal? Especifique:
	☐ Si ☐ No

¿Cuántas veces a la semana lo practica?	¿Participa en competencias nacionales o extranjeras? Indique lugares:
	☐ Si ☐ No

Tipos de Competencias o Eventos efectuados:	Próximos 12 meses ¿Cuántas veces?	Últimos 12 meses ¿Cuántas veces?

Accidentes sufridos en la práctica de este deporte:	Fechas	Heridas sufridas	Secuelas

Indique Nombre, Dirección y Teléfono del médico que lo atendió:

3./ DATOS ADICIONALES

4./ DECLARACION DEL ASEGURADO

Por la presente declaro que todas las respuestas e informaciones en este cuestionario son completas, precisas y ciertas, a mi leal saber y entender, y autorizo a la Compañía a la verificaión de las mismas. Este cuestionario forma parte de mi solicitud de seguro de vida / plan de educación / plan de retiro. Cuaquier declaración falsa será considerada fraude. También doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Firma del Asegurado _____ Fecha _____ Firma del Agente _____ Fecha _____