



Cía. Internacional de Seguros, S.A.
ARTES MARCIALES, BOXEO, LUCHA

Apellidos _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Experiencia / formación

Indique tipo de actividad profesional:

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aikido | <input type="checkbox"/> Kung-fu | <input type="checkbox"/> Full contact |
| <input type="checkbox"/> Boxeo americano | <input type="checkbox"/> Kyudo | <input type="checkbox"/> Kárate |
| <input type="checkbox"/> Boxeo inglés | <input type="checkbox"/> Tai-chi-chuan | <input type="checkbox"/> Viet-vo-dao |
| <input type="checkbox"/> Jiu-jitsu | <input type="checkbox"/> Lucha libre | <input type="checkbox"/> Kendo |
| <input type="checkbox"/> Judo | <input type="checkbox"/> Lucha greco-romana | <input type="checkbox"/> Otros |

¿Es Vd.profesional? Si No

¿Está Vd. federado? Si No

¿Es Vd.aficionado? Si No

¿Tiene licencia? Si No Obtenida _____

Fecha de la última renovación _____ Duración _____

¿Participa en competiciones? Si No

En caso afirmativo indique:

Destino (s) _____

Periodo medio de estancia _____

Accidentes Si No Fecha _____

Consecuencias y/o secuelas _____

Estado actual _____

Informaciones Adicionales

Indicar otras informaciones y cualquier detalle que la Compañía deba conocer para fijar las condiciones del riesgo de "Artes marciales, boxeo, lucha"

Nota: Si en el futuro Vd. realiza alguna de estas actividades en otras condiciones distintas de las declaradas, sólo estará cubierto si le han sido fijadas nuevas condiciones de tarificación.

El abajo firmante, declara haber contestada verídicamente a estas preguntas comprendiendo que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, serán de aplicación las disposiciones comprendidas en la vigente Ley sobre Contrato de Seguro.

Lugar, fecha

Firma