

## 跳伞问卷

被保险人姓名	身份证/护照/军官证号码	投保单号码
--------	--------------	-------

1. 您从事跳伞活动已有多长时间？

\_\_\_\_\_

2. 跳伞次数

上一年中\_\_\_\_\_次； 前一年中\_\_\_\_\_次； 接下来一年中\_\_\_\_\_次

3. 您通常起跳高度是多少？

\_\_\_\_\_

4. 您是否是正式的跳伞俱乐部成员？若是，请详述。

\_\_\_\_\_

5. 您是否参加表演赛或竞赛？若是，请详述。

\_\_\_\_\_

6. 您是否因跳伞活动而接收报酬？若是，请详述。

\_\_\_\_\_

7. 您是否是空降部队成员？若是，请详述。

\_\_\_\_\_

8. 备注

\_\_\_\_\_

本人谨此声明以上说明属实，并与其他告知事项一样，均构成贵公司之保险合同一部分。

\_\_\_\_\_  
投保人签署

\_\_\_\_\_  
被保险人签署（若为未成年人则由其法定监护人签名）

\_\_\_\_\_  
见证人签署

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 在\_\_\_\_\_签署