

# CUESTIONARIO DE ALPINISMO- RAPEL-MONTAÑISMO-Espeleología



NOMBRE DE LA PERSONA POR ASEGURAR (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s))

1.- ¿Pertenece a algún club o asociación? \_\_\_\_\_

2.- ¿Desde cuándo practica usted este deporte? \_\_\_\_\_

3.- ¿Ha recibido capacitación? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso Afirmativo mencione lugar, duración y tipo de certificación: \_\_\_\_\_

4.-Es Aficionado \_\_\_\_\_ Profesional \_\_\_\_\_ Rescate \_\_\_\_\_ Instructor \_\_\_\_\_

5.-Clase y lugares

Clases	Lugares	Altura (mts)	Frecuencia (anual)
Escalada de paredes verticales, ya sean montañosas o artificiales			
Montañismo, Escalada libre en los glaciares			
Senderismo / trekking / paseo por la montaña / descenso utilizando cuerdas			
Montañismo, alpinismo y escalada en rocas:			
Espeleología y expediciones en cavernas:			
Espeleólogo experimentado o acompañado por un espeleólogo experimentado:			
Otros (especificar)			

6.- ¿Con guía de alta montaña o instructor? \_\_\_\_\_

7.- ¿La realiza en grupo o solo? \_\_\_\_\_

8.- ¿Qué equipo de seguridad usa? \_\_\_\_\_

9.- ¿Ha sufrido usted algún accidente en la práctica de esta actividad? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente el accidente sufrido indicando fechas tipo de lesión, alguna secuela, complicaciones, tratamiento y estado actual. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# CUESTIONARIO DE ALPINISMO- RAPEL-MONTAÑISMO-Espeleología



10.- Existe alguna otra información que desee añadir: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por este conducto declaro y acepto que todos los datos e informes proporcionados en el presente cuestionario son verídicos, están completos y se consideran importantes para conocer el riesgo propuesto a esta institución aseguradora, y por lo tanto servirán de base para establecer los términos y condiciones sobre los cuales, en su caso, se pactará el contrato de seguro, constituyendo solo una solicitud de seguro no representando garantía alguna de que la misma será aceptada en los términos expresamente solicitados.

Estoy informado que las omisiones e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo propuesto, conforme al presente cuestionario, pueden dar lugar a la rescisión del contrato de seguro que llegare a celebrarse, resultando en consecuencia la pérdida de los derechos derivados del mismo, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Acepto que Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, puso a disposición su aviso de privacidad, el cual declaro conocer en todos sus términos. Autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V., para tratar y transferir mis Datos Personales, incluyendo la información financiera y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi salud y la de los titulares de los Datos Personales que figuran en la Solicitud de Seguro, de conformidad con los términos de este consentimiento y el aviso de privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona por Asegurar