CUESTIONARIO DE AUTOMOVILISMO

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

AMATEUR _____ PROFESIONAL _____

1. ¿Desde cuándo participa usted en carreras de automóviles? _____

Clase de Licencia: _____ Fecha de expedición:_____ ¿Donde? _____

Autoridad que la expide: _____

2. ¿Es Ud. propietario del vehículo que pilotea? SI _____ NO_____

Tipo de Automóvil: _____ Grupo _____ Marca _____

Tipo _____ Cilindrada _____

Costo aproximado del equipo que pilotea: _____

3. Número y tipos de carreras en las que usted ha participado o tiene previsto participar.

Género	**En total hasta ahora**	**En los últimos 12 meses**	**En los próximos 12 Meses**
Rallye			
Carrera de velocidad			
Carrera en cuesta			
Carrera en circuito cerrado			
Carrera en autódromo			
Carrera en carretera			
Stock car			
Karting			
Otras (Especifique)			

4.- ¿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. _____
_____
_____

5.- Existe alguna otra información que desee añadir. _____
_____
_____

CUESTIONARIO DE AUTOMOVILISMO

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 recisión del contrato de seguro que llegare a celebrarse, resultando en consecuencia la perdida 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