

CUESTIONARIO DE CHARRERIA



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

AMATEUR _____ PROFESIONAL _____

1. ¿Es usted miembro de algún club o asociación? SI _____ NO _____ ¿De cuál? _____

2. ¿Desde que fecha la viene practicando? _____

3. ¿Con qué frecuencia la práctica? _____

4. Cite las suertes que suele practicar

<input type="checkbox"/> Desfile	<input type="checkbox"/> Coleadero	<input type="checkbox"/> Jineteada de Yeguas	<input type="checkbox"/> Manganas a Caballo
<input type="checkbox"/> Cala de Caballo	<input type="checkbox"/> Escaramuza Charra	<input type="checkbox"/> Terna	<input type="checkbox"/> Paso de la Muerte
<input type="checkbox"/> Piales	<input type="checkbox"/> Jineteada de Toros	<input type="checkbox"/> Manganas de Pie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro (Especifique)	_____		

5. ¿Participa en competencias de Charro Completo? SI _____ NO _____

6. ¿Ha sufrido usted algún accidente en la práctica de esta actividad? SI _____ NO _____

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

8. Existe alguna otra información, sobre esta actividad 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