

CUESTIONARIO DE CICLISMO



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

AMATEUR _____ PROFESIONAL _____

1. ¿Desde cuándo y donde participa usted en carreras de ciclismo? _____

2. ¿Qué tipo de ciclismo practica usted?

Carreras de velocidad _____ Carreras de Montaña _____ Recreativo _____

3. Lugar de práctica: Velódromo _____ Calles y Carreteras _____ Campo Abierto _____

4. Bicicleta: Marca _____ Tipo _____ Peso _____

5. Participa usted en competencias:

Nacionales Lugares _____

Internacionales Lugares _____

6. Número de competencias por año: _____

7. Describe el equipo de protección que usa: _____

8. Lo practica usted de manera Grupal Individual

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

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

11. 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.

CUESTIONARIO DE CICLISMO



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