

CUESTIONARIO DE MOTOCICLISMO



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

1. ¿Tiene usted licencia? SI ____ NO ____ Número de licencia y fecha de expiración _____

2. ¿Es usted propietario de una motocicleta? SI ____ NO ____

Marca: _____ Modelo: _____ Capacidad en C.C. _____

3. USO (detalle):

a) Transporte y/u Ocupación:

Solo Transporte: _____

Como parte del trabajo cotidiano (detalle): _____

b) Recreativo (detalle):

Solo como paseo: _____

Frecuencia: _____

Pertenece a algún Club o Grupo (NOMBRE): _____

c) Deportivo (detalle):

Participa usted en competencias con motocicleta? SI ____ NO ____

Amateur ____ Profesional ____

Circuito Cerrado ____ Campo travesía ____ Carretera ____ Otros (Especificar) _____

Número de eventos por año: _____ Velocidad máxima alcanzada: _____

4. ¿Recibe Patrocinio? SI ____ NO ____ Monto del Patrocinio: _____

Nombre del Patrocinador: _____

5. ¿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 MOTOCICLISMO



6. 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