

CUESTIONARIO DE PARAPENTE - VUELO DELTA



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

1.- ¿Ha recibido usted una formación especial? ¿Indicar en qué lugar? ¿Por cuánto tiempo? _____

2.- ¿Es usted miembro de algún club o asociación? ¿De cuál? _____

3.- ¿Desde cuándo practica usted estos vuelos? _____

Número de vuelos efectuados hasta la fecha _____

Número de vuelos anuales previstos _____

Tipo de navegación aérea que utiliza _____

Equipo de seguridad que utiliza _____

4.- Su práctica se realiza a nivel Nacional ☐ Internacional ☐

5.- Objetivo de los vuelos:

	LUGARES	HORAS DE VUELO
RECREATIVA		
PROFESIONAL		
COMO INSTRUCTOR		
ACROBACIAS		
EN COMPETENCIAS O EXHIBICIONES		

6.- ¿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. _____

7.- 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.

CUESTIONARIO DE PARAPENTE - VUELO DELTA



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