

# CUESTIONARIO DE PASAJERO EN AERONAVES PARTICULARES



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

1. Las aeronaves que utiliza son:

	Número de horas anuales de vuelo	
Aerotaxi		
Aviones propios de su empresa		
Aviones militares/Gobierno		
Planeadores		
Helicópteros		
Globos/Otros (Especifique)		

2. Tipo de aeronaves (marca, modelo, plazas, número de motores) \_\_\_\_\_

3. Dar detalle indicando los lugares a los que viaja, la finalidad de los mismo y el tipo de pistas de aterrizaje \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene alguna aeronave de su propiedad o tiene proyectado adquirir alguna en el futuro?, En caso afirmativo dar detalles. \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene conocimientos para volar o intenta aprender? \_\_\_\_\_

6. Proporcione toda la información adicional respecto a sus actividades o nexos con la aviación. \_\_\_\_\_

7.- ¿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. \_\_\_\_\_

8.- Existe alguna otra información que desee añadir: \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO DE PASAJERO EN AERONAVES PARTICULARES



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