

Cuestionario de Motociclismo -GMM

Nombre de la Persona por Asegurar
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

1. ¿Tiene usted licencia de motociclismo? Sí No Número de licencia, lugar y fecha de expiración

2. ¿Es usted propietario de una motocicleta? Sí No

Marca Modelo: Capacidad en C.C.

3. Uso (detalle):

a. Transporte y/u Ocupación:

Sólo Transporte:

Como parte del trabajo cotidiano (detalle):

b. Recreativo (detalle):

Sólo como paseo:

Frecuencia:

c. Deportivo (detalle):

Participa usted en competencias con motocicleta? Sí No

Amateur Profesional

Especifique el tipo de pista :

Circuito Cerrado Campo travesía Carretera Otros (Especificar)

Número de eventos por año:Velocidad máxima alcanzada:

4. ¿Recibe Patrocinio? Sí No Monto del Patrocinio

Nombre del Patrocinador:

5. ¿Ha sufrido usted algún accidente en la práctica de esta actividad? Sí No

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

.....

6. ¿Existe alguna otra información que desee añadir?.....

.....

.....

Estoy informado de que las omisiones e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo propuesto, conforme al contenido del presente cuestionario, pueden dar lugar a la rescisión del contrato de seguro que llegare a celebrarse y en consecuencia a la pérdida de los derechos derivados del mismo, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Cuestionario de Motociclismo -GMM

En razón de lo anterior declaro y acepto que todos los datos e información proporcionados en el presente cuestionario son verídicos, están completos y se consideran importantes para conocer el riesgo propuesto y, por tanto, servirán de base para la celebración del contrato de seguro que llegare a celebrarse.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

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 mi disposición su Aviso de Privacidad, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos. Se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página www.mnyl.com.mx/aviso-de-privacidad.aspx

Autorizo expresamente a Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. para tratar y transferir mis datos personales que figuran en el presente formato, incluyendo datos financieros o patrimoniales y datos personales sensibles, especialmente aquella información relacionada con mi salud y la salud de los titulares de los datos personales que figuran en la presente solicitud, de conformidad con los términos de este consentimiento y las finalidades primarias descritas en el Aviso de Privacidad de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. Asimismo acepto la responsabilidad de informar a los titulares los datos personales proporcionados en esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.

Fecha:

Día	Mes	Año

.....
Lugar

.....
Firma de la Persona por Asegurar

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de octubre de 2020, con el número CGEN-S0038-0150-2020.