Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres #395
Colonia Campestre Churubusco
c.p. 04200, México, D.F.

CUESTIONARIO DE RIESGO MOTOCICLISMO

FECHA (dd/mm/aaaa)

Por favor, llene este documento con letra de molde y tinta negra. No omita ningún dato ni utilice abreviaturas. Esta Solicitud no será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.

SOLICITANTE / ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)

MOTOCICLISMO

INICIO DE LA PRÁCTICA (mm/aaaa)

TIPO DE USO	LUGAR DE USO	FORMA DE PRÁCTICA	FRECUENCIA
○ Medio de transporte	○ Ciudad ○ Carretera		○ Hasta 3 veces a la semana ○ Más de 3 veces a la semana
○ Motociclismo ○ Enduro ○ Motocross		○ Amateur	○ Hasta 3 veces a la semana ○ Más de 3 veces a la semana
		○ Profesional (que percibe una remuneración)	

CONSENTIMIENTO

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial S.A.B. (GNP), el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página gnp.com.mx. Por lo anterior:

SOLICITANTE / ASEGURADO

○ Si consiento dicho tratamiento ○ No consiento dicho tratamiento

El Solicitante / Asegurado manifiesta que le fue explicado por el Agente el contenido de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, principalmente en lo que se refiere a las Coberturas, Exclusiones, Periodos de Espera, Cláusulas Generales y/o Particulares, las cuales conoce, entiende y acepta como parte integrante del Contrato a que se refiere este Cuestionario de Riesgo en términos del artículo 7 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Asimismo, tiene conocimiento de que las Condiciones Generales del Plan a contratar también se encuentran en la página gnp.com.mx o bien, puede solicitarlas nuevamente con su Agente de Seguros.

"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 registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día _____ de _____ de _____ con el número _____".

FIRMA DEL SOLICITANTE /ASEGURADO