Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres 395, Col. Campestre Churubusco
C.P. 04200, México D.F. Tel. 5227 3999. www.gnp.com.mx

Documento para uso exclusivo de la Institución

Cuestionario de motociclismo

Forma parte integrante de la solicitud de seguro

Fecha (día mes año)	Póliza No.	Clave del agente

Datos del solicitante

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)

Edad	Fecha de nacimiento (día mes año)	Ocupación habitual

Información de la actividad deportiva u ocupacional

Experiencia ¿Participa en carreras de motocicletas? ☐ Sí ☐ No	¿Desde cuándo?	Tipo de licencia

Expedida por	Lugar de expedición	En calidad de ☐ Profesional ☐ Aficionado

Lugar donde acostumbra practicar el motociclismo

Motocicleta(s)	Marca(s)	Cilindrada	Velocidad máxima alcanzada
Motocicleta(s)	Marca(s)	Cilindrada	Velocidad máxima alcanzada

Número y tipo de carreras en las que ha participado o tiene previsto participar

Género	En total hasta ahora	Número de carreras en los últimos 12 meses	En los próximos 12 meses
Carrera de velocidad			
Carrera en cuesta			
Carrera en circuito			
Carrera en carretera			
Moto-cross			
Carrera sobre césped			
Trial			
Enduro			
Moto-ball / Moto-foot			
Paseos sin competencia			
Otras (especifique)			

¿Ha tenido algún accidente durante las carreras y/o paseos? ☐ Sí ☐ No	Fechas

Heridas sufridas	Secuelas

¿Utiliza motocicleta como medio de transporte? ☐ Sí ☐ No	Especifique ruta y tiempo de uso

Observaciones adicionales

El suscrito declara que las respuestas anteriores son verídicas y acepta que las mismas, formen parte de su solicitud de seguro.

Firma del solicitante

Moto-MV08.inndd