



Forma parte integrante de la solicitud presentada por:

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno

	Día	Mes	Año
Fecha de Nacimiento:			

Experiencia

¿Desde cuándo practica usted el motociclismo? _____

¿Dónde? _____

Clase de Licencia _____

¿De qué Fecha? _____

Moto	Marca	Cilindrada:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Participa en algún tipo de competencias? _____

¿De qué tipo? _____

Antecedentes

¿Ha tenido un accidente durante la práctica? Sí No

¿Fechas? _____

Heridas Sufridas _____

Secuelas _____

Observaciones adicionales eventuales:

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

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante