

## Cuestionario de actividades agrícolas y/o ganaderas (gastos médicos mayores)

Para facilitar los trámites de este cuestionario, por favor llénalo con letra de molde y tinta negra. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

### Datos generales del solicitante

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Ubicación del predio (municipio, población y estado): \_\_\_\_\_

2. ¿Es de tu propiedad? Sí  No

3. Nombre o razón social del predio: \_\_\_\_\_

4. ¿Qué se ha cultivado en los últimos 3 años?: \_\_\_\_\_

5. ¿Con qué tipo y cantidad de maquinaria agrícola se cuenta para el cultivo de dicho predio?: \_\_\_\_\_

6. Número promedio de trabajadores por año: \_\_\_\_\_

7. ¿A cuántas toneladas han ascendido tus cosechas en los últimos 3 años? \_\_\_\_\_

8. ¿En el último ciclo agrícola a cuánto ascendieron tus ingresos por este concepto? \$ \_\_\_\_\_

En caso de ser ganadero indicar ubicación del ganado, de qué tipo es, el número de cabezas y si son de tu propiedad:

9. Independientemente de lo anterior, ¿realizas otras actividades? Sí  No

10. En caso afirmativo, indicar tipo de actividades, horario, ubicación e ingresos: \_\_\_\_\_

11. ¿Existen demandas o juicios promovidos en tu contra? En caso afirmativo favor de aclarar: Sí  No

Observaciones adicionales: \_\_\_\_\_

**El abajo firmante, declara haber contestado verídicamente a estas preguntas comprendiendo que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, serán de aplicación las disposiciones comprendidas en la vigente Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de firma

**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 1 de diciembre de 2015, con número CGEN-S0034-0229-2015.**

## Cuestionario de actividades mineras (gastos médicos mayores)

Para facilitar los trámites de este cuestionario, por favor llénalo con letra de molde y tinta negra. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

### Datos generales del solicitante

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es tu puesto en la empresa? \_\_\_\_\_

2. ¿Desde qué fecha desempeñas esta actividad? \_\_\_\_\_

3. ¿Qué tipo de materiales son extraídos de la mina? \_\_\_\_\_

4. Indicar si desciendes a la mina: Sí  No

5. ¿Con qué frecuencia desciendes a la mina? \_\_\_\_\_

6. ¿Hasta qué profundidad? \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál es la profundidad media y máxima de las galerías? \_\_\_\_\_

8. ¿Utilizas explosivos? Sí  No

9. ¿Con qué sistemas de seguridad cuenta la mina? \_\_\_\_\_

10. ¿Existe servicio médico? Sí  No

11. ¿Has sufrido algún accidente? Sí  No  ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

12. Tipo de lesión: \_\_\_\_\_

13. ¿Estuviste incapacitado? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

14. ¿Existen aún secuelas?: Sí  No  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Observaciones adicionales:

**El abajo firmante, declara haber contestado verídicamente a estas preguntas comprendiendo que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, serán de aplicación las disposiciones comprendidas en la vigente Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de firma

**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 1 de diciembre de 2015, con número CGEN-S0034-0229-2015.**

## Cuestionario de actividades radiaciones ionizantes (gastos médicos mayores)

Para facilitar los trámites de este cuestionario, por favor llénalo con letra de molde y tinta negra. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

### Datos generales del solicitante

Apellido paterno \_\_\_\_\_

Apellido materno \_\_\_\_\_

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Nombre de la empresa donde laboras: \_\_\_\_\_

2. Domicilio: \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es tu función? \_\_\_\_\_

4. Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

5. Frecuencia y duración de los trabajos \_\_\_\_\_

6. ¿Trabajas con sustancias radioactivas? Sí  No

7. ¿Desde cuándo trabajas con sustancias radioactivas? \_\_\_\_\_

8. ¿A qué categoría de radio-isótopo estás expuesto? \_\_\_\_\_

### 9. Patrimonio de aceptabilidad de dosis

Adjunta una copia de tu ficha de irradiación anual.

¿Has tenido una irradiación accidental? Sí  No  ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

(adjunta la ficha del año correspondiente)

### 10. Contaminación

¿Se te ha encontrado no apto para el trabajo? Sí  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el diagnóstico?: \_\_\_\_\_

Duración de la interrupción: \_\_\_\_\_

Fecha del regreso al trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha y resultado de los exámenes de control: \_\_\_\_\_

**El abajo firmante, declara haber contestado verídicamente a estas preguntas comprendiendo que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, serán de aplicación las disposiciones comprendidas en la vigente Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de firma

**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 1 de diciembre de 2015, con número CGEN-S0034-0229-2015.**

## Cuestionario para pasajeros aviación (gastos médicos mayores)

Para facilitar los trámites de este cuestionario, por favor llénalo con letra de molde y tinta negra. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

### Datos generales del solicitante

(Destinado únicamente a pasajeros que no utilizan solamente aviones de líneas comerciales, internacionales y nacionales)

Apellido paterno \_\_\_\_\_

Apellido materno \_\_\_\_\_

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué clase de aeronave usas?

	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Número de horas anuales durante el último año
Turismo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Aerotaxi	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Aviones propios de tu empresa	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Aviones militares	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Planeadores	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Helicópteros	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Globos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

2. ¿Has recibido instrucción de piloto aviador? Sí  No

3. ¿Tienes planeado pilotear algún tipo de aeronave en el futuro? Sí  No

Observaciones adicionales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**El abajo firmante, declara haber contestado verídicamente a estas preguntas comprendiendo que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, serán de aplicación las disposiciones comprendidas en la vigente Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de firma

**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 1 de diciembre de 2015, con número CGEN-S0034-0229-2015.**

## Cuestionario para pilotos (gastos médicos mayores)

Para facilitar los trámites de este cuestionario, por favor llénalo con letra de molde y tinta negra. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

Cuestionario para personas que siendo pilotos con licencia federal, vuelan aeronaves privadas no pertenecientes a líneas comerciales, autorizadas por el estado, en forma habitual y sin itinerario fijo.

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Tienes licencia federal? Sí  No

2. ¿Qué clase? \_\_\_\_\_

3. Número: \_\_\_\_\_

4. Fecha de expedición: \_\_\_\_\_

5. Fecha de la última renovación: \_\_\_\_\_

6. ¿Tienes aeronave propia? Sí  No

7. ¿Qué tipos de aeronave vuelas? \_\_\_\_\_

8. Total de horas de vuelo como piloto a la fecha: \_\_\_\_\_

9. ¿Los aeroplanos que vuelas son examinados y aprobados de acuerdo con los reglamentos de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes? Sí  No

10. ¿Has sufrido accidentes de aviación? Sí  No

11. En caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

12. ¿Has sido alguna vez sancionado por transgredir los reglamentos de aviación? Sí  No

13. En caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

14. Si eres piloto militar, contesta las siguientes preguntas: \_\_\_\_\_

a. ¿Cuál es tu grado y a qué servicios estas adscrito? \_\_\_\_\_

b. ¿En qué fecha te graduaste como piloto aviador? \_\_\_\_\_

c. ¿Vuelas exclusivamente dentro del territorio de la República Mexicana? Sí  No

Manifiesta a continuación el número de vuelos anuales realizados, expresando "ninguno" si no lo hubo.

Características de los vuelos	Vuelos efectuados						Proyecto para el año próximo	
	En el presente año		Último año		Penúltimo año		Número de despegues	Número de horas
	Número de despegues	Número de horas	Número de despegues	Número de horas	Número de despegues	Número de horas		
Vuelos en aparatos del gobierno (ejército, marina u otros)								
a) Como alumno								
b) Como instructor								
Vuelo de negocios								
Vuelos de alquiler, observación, levantamiento de planos u otros								
Vuelos experimentales, de demostración, de fumigación u otros								
Vuelos en helicóptero								
Aviación deportiva								
Vuelos privados de otro género								

**El abajo firmante, declara haber contestado verídicamente a estas preguntas comprendiendo que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, serán de aplicación las disposiciones comprendidas en la vigente Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de firma

**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 1 de diciembre de 2015, con número CGEN-S0034-0229-2015.**

## Cuestionario para vuelo delta (gastos médicos mayores)

Para facilitar los trámites de este cuestionario, por favor llénalo con letra de molde y tinta negra. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

### Datos generales del solicitante

Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. ¿Desde cuándo practicas estos vuelos? \_\_\_\_\_

2. Número total de vuelos efectuados hasta la fecha: \_\_\_\_\_

3. Número de vuelos anuales previstos: \_\_\_\_\_

4. ¿Has recibido formación especial? Sí  No

5. ¿Dónde? \_\_\_\_\_

6. ¿Eres miembro de un club? Sí  No

¿De cuál? \_\_\_\_\_

7. Tipo y marca de aparato: \_\_\_\_\_

8. Tipo de vuelos:

Cerca del mar Sí  No

En las montañas Sí  No

En competencias o exhibiciones Sí  No

En vuelos fuera del país Sí  No

9. ¿Has tenido algún accidente? Sí  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Cuáles han sido las consecuencias? \_\_\_\_\_

Observaciones adicionales: \_\_\_\_\_

**Si en el futuro participas en pruebas diferentes a las declaradas, solo estarás cubierto si te han sido fijadas nuevas condiciones de tarificación.**

**El abajo firmante, declara haber contestado verídicamente a estas preguntas comprendiendo que, en caso de indicaciones incompletas o falsas, serán de aplicación las disposiciones comprendidas en la vigente Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de firma

**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 1 de diciembre de 2015, con número CGEN-S0034-0229-2015.**

MetLife México, S.A., Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920, Teléfono: 5328 7000, Lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433), [www.metlife.com.mx](http://www.metlife.com.mx)