

Cuestionario de actividades agrícolas y/o ganaderas (vida)

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? Sí No

En caso afirmativo favor de aclarar: _____

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

Fecha

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 25 de noviembre de 2015 con número CGEN-S0034-0222-2015.

Cuestionario de actividades mineras (vida)

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 bajas a las minas: Sí No

5. ¿Con qué frecuencia bajas a la mina? _____

6. ¿Hasta qué profundidad? _____

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

8. ¿Utilizas explosivos? Sí No

9. Cita con qué sistemas de seguridad cuentan en la mina: _____

10. ¿Existe servicio médico? Sí No

11. ¿Has sufrido algún accidente? Sí No ¿Cuándo? _____

12. Tipo de lesión: _____

13. ¿Estuviste incapacitado? Sí No ¿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

Fecha

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 25 de noviembre de 2015, con el número CGEN-S0034-0222-2015.

Cuestionario de actividades radiaciones ionizantes (vida)

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? _____

¿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

Fecha

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 25 de noviembre de 2015, con el número CGEN-S0034-0222-2015.

Cuestionario para pasajeros aviación (vida)

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 utilizan aviones privados y particulares además de aviones de líneas comerciales, internacionales y nacionales)

Apellido paterno _____

Apellido materno _____

Nombre(s) _____

Fecha de nacimiento: _____

1. ¿Qué clase de aeronave usas?

		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

Fecha

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 25 de noviembre de 2015, con el número CGEN-S0034-0222-2015.

Cuestionario para pilotos (vida)

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 estás 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

Fecha

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 25 de noviembre de 2015, con el número CGEN-S0034-0222-2015.