

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?

		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.