

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 labo	oras:	
2. Domicilio:		
3. ¿Cuál es tu función?		
4. Lugar de trabajo:		
5. Frecuencia y duración de los traba	ajos	
6. ¿Trabajas con substancias radioad	ctivas? Sí No	
7. ¿Desde cuándo trabajas con subs	tancias radioactivas?	
8. ¿A qué categoría de radio-isótopo	estás expuesto?	
9. Patrimonio de aceptabilidad de	dosis	
Adjunta una copia de tu ficha d	de irradiación anual.	
¿Has tenido una irradiación ac	ccidental? Sí No	¿Cuándo?
(adjunta la ficha del año corres	spondiente)	
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 exám	nenes 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.

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

IG-1-160 VER.3