

## 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 descendes a la mina: Sí ☐ No ☐

5. ¿Con qué frecuencia descendes 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.**