

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