

Cuestionario de sustancias radioactivas

Forma parte integrante de la solicitud de seguro

Fecha	Póliza No.	Clave del agente
día mes año		

Datos del solicitante		
Apellido paterno		Apellido materno
Edad		Nombre(s)
Fecha de nacimiento	día mes año	Razón social de la empresa donde labora
Dirección (calle y número)		Colonia
Municipio o delegación	Población y/o estado	C.P.
Título obtenido		

Información de la actividad		
¿Desde cuándo trabaja con sustancias radioactivas?	Frecuencia y duración de los trabajos	
¿Cuál es su función?	¿Lugar de trabajo?	
¿A qué categoría de radio-isótopo está expuesto?	Patrimonio de aceptabilidad de dosis	
Adjunte una copia de su ficha de irradiación anual. ¿Ha tenido una irradiación accidental?	<input type="checkbox"/> rems <input type="checkbox"/> m Sv	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo?	día mes año (Adjunte la ficha del año correspondiente)
Contaminación: ¿Se ha encontrado en estado de baja por?		
Invalidez total	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Invalidez transitoria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Invalidez parcial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuándo?	día mes año	Diagnóstico
Tratamiento aplicado		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
Duración de la interrupción	Fecha de regreso al trabajo	Fecha de los exámenes de control
día mes año	día mes año	día mes año
Resultado de los exámenes de control		

Observaciones adicionales
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

El suscrito declara que las respuestas anteriores son verídicas y acepta que las mismas, formen parte de su solicitud de seguro.

Firma del solicitante