



Forma parte integrante de la solicitud de seguro presentada por:

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Razón social de su empresa \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Formación profesional \_\_\_\_\_

Títulos obtenidos \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo trabaja usted con sustancias radioactivas \_\_\_\_\_

Frecuencia y duración de los trabajos \_\_\_\_\_

¿Cuál es su función? \_\_\_\_\_

¿Lugar de trabajo? \_\_\_\_\_

¿A qué categoría de radio-isótopo esta usted expuesto? \_\_\_\_\_

Patrimonio de aceptabilidad de dosis \_\_\_\_\_

Adjunte una copia de su ficha de irradiación anual \_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted una irradiación accidental? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? (Adjunte la ficha del año correspondiente) \_\_\_\_\_

Contaminación \_\_\_\_\_

¿Se ha encontrado usted en estado de inaptitud?

Completa Sí  No  Provisional diferida Sí  No  Incompleta Sí  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Tratamiento aplicado \_\_\_\_\_ Duración de la interrupción \_\_\_\_\_

Fecha de regreso al trabajo \_\_\_\_\_

Fecha y resultado de los exámenes de control \_\_\_\_\_

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

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

Registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en oficio 06 - 367 - I - 1.1/9019 del 14 de abril de 1993.