

1	# INE ó # PASAPORTE (Vigentes) (Enviar foto x ambos lados)													
2	NOMBRE COMPLETO													
3	FECHA DE NACIMIENTO													
4	ESTADO CIVIL													
5	CIUDAD y ESTADO DE NACIMIENTO													
6	DOMICILIO CON CODIGO POSTAL													
7	TELEFONO PARTICULAR													
8	TELEFONO CELULAR													
9	CORREO ELECTRONICO													
10	RFC y CURP													
11	ESTATURA Y PESO													
12	FUMA?													
13	TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS? TIPO, FRECUENCIA, DESDE CUANDO?													
14	USA DROGAS?													
15	TIENE DIABETES?													
16	ES HIPERTENSO?													
17	HAS PADECIDO COVID? FECHA? FUISTE HOSPITALIZADO?													
18	USA MOTOCICLETA? MARCA, CILINDRAJE													
19	QUE DEPORTE PRACTICA Y FRECUENCIA													
20	EMPRESA DONDE TRABAJA, INDIQUE PUESTO Y DOMICILIO													
21	CUANTOS SON INGRESOS MENSUALES (APROX)													
22	BENEFICIARIOS	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE</th> <th>RELACION</th> <th>PORCENTAJE</th> <th>FECHA NACIMIENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRE	RELACION	PORCENTAJE	FECHA NACIMIENTO	1				2			
		NOMBRE	RELACION	PORCENTAJE	FECHA NACIMIENTO									
1														
2														
23	3 REFERENCIAS NO FAMILIARES CON TELEFONO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE</th> <th>TELEFONO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRE	TELEFONO	1		2		3					
		NOMBRE	TELEFONO											
		1												
2														
3														
24	TIENE OTRA OCUPACION?													
25	TRABAJO EN GOBIERNO ULTIMOS 4 AÑOS? PUESTO?													
26	HA RECIBIDO CLASES PARA PILOTO? VIAJA EN AVIONETAS?													
27	TIENE ANTECEDENTES PENALES?													
28	LE HAN NEGADO O EXTRAPRIMADO ALGUN SEGURO?													
29	ESTA ASEGURADO EN VIDA ACTUALMENTE? COMPAÑÍA?													
30	ALGUN FAMILIAR HA TENIDO DIABETES? QUIEN?													
31	TE HAN OPERADO DE ALGO? TIPO? CUANDO?													
32	PADECE O HA PADECIDO ENFERMEDAD HEPATICA, MENTAL, RENAL, PULMONAR, NUROLOGICA, CARDIOVASCULAR, EPILEPSIA, ESCLEROSIS MULTIPLE, CANCER, FIEBRE REUMATICA, SIDA, COVID-19 TUMORES, LUPUS, LEUCEMIA, ALCHOLISMO Y DROGADICION?													
33	ACTUALMENTE TOMAS ALGUN MEDICAMENTO?													
34	TIENE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD NO PREGUNTADA?													