



Formato Aviso de accidente

Al momento del accidente, debes reportarte al **800 001 2244, 800 001 1300 ó 800 006 4200**

*Es obligatorio responder todos los campos.

Nombre de la institución	Datos de la póliza			Número de siniestro
	Sucursal	Ramo	Número	

- Formato para la reclamación de gastos médicos por accidentes. **Consideraciones importantes**
1. El informe médico será llenado por el médico que atendió al asegurado.
 2. El aviso de accidente, debe ser llenado por el responsable de la institución y/o el afectado, así el responsable acreditará al afectado como asegurado de la póliza que arriba se señala y validará los datos de ocurrencia del evento.
 3. Es indispensable para la atención médica con pago directo, la presentación en original de la credencial vigente de la institución (en caso de aplicar) y el presente formato debidamente requisitado.

Datos del afectado

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Edad	Teléfono particular ()	Grado y grupo (accidentes escolares)
No. de credencial, matrícula o socio	Nombre del padre, madre o tutor (si el afectado es menor de edad)		Correo electrónico	
Domicilio particular				

Datos del accidente

Describe detalladamente el evento

Fecha	Hora	Lugar donde ocurrió		
	: AM PM	<input type="checkbox"/> En el trayecto	<input type="checkbox"/> En las instalaciones	<input type="checkbox"/> Especificar _____

Datos de la institución

Nombre del responsable	Firma de la institución	Sello de la institución
Puesto	Teléfono particular ()	

Se autoriza a AIG Seguros México para recabar historia clínica, consultas, prescripciones, tratamientos, radiografías, etc. de cualquier hospital, médico o cualquier persona que haya examinado al asegurado con relación a cualquier enfermedad o lesión que haya sufrido. La falsa declaración en el siguiente cuestionario, anula los beneficios del seguro contratado.

Fecha en (lugar) _____ El _____ de _____ del 20____

Consentimiento

AIG Seguros México S.A de C.V. con domicilio en Av. Insurgentes Sur 1136, Tlacoquemécatl del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03219, Ciudad de México, es la entidad responsable del tratamiento de tus datos personales que recabamos directamente de ti, a través del llenado de este formato. Tus datos personales serán usados para verificar la procedencia del siniestro del seguro y dar cumplimiento a las obligaciones derivadas del seguro mencionado. Los datos personales serán tratados de conformidad con lo dispuesto a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, la reglamentación respectiva y los avisos de privacidad aplicables. Al llenar este formato,

estás manifestando tu consentimiento para usar, transferir y almacenar tus datos personales (patrimoniales o financieros y sensibles aquí proporcionados). Podrás revocar tu consentimiento en cualquier momento, sin que se te atribuyan efectos retroactivos, en los términos indicados en el aviso de privacidad de AIG Seguros México, S.A. de C.V., mismo que está a tu disposición en la página de internet: www.aig.com.mx

Manifiesto que leí el aviso de privacidad de la entidad mencionada previamente al proporcionar mis datos personales, los cuales declaro conocer y aceptar en todos sus términos.

X

Nombre y firma del afectado

Nota importante: En caso de ser menor de edad, sólo especificar el nombre del afectado, debiendo firmar el padre, madre o tutor en su nombre.