



AIG Seguros México, S.A. de C.V.
Departamento de Siniestros

Día

Mes

Año

En caso de haber sido contratada la póliza con esta compañía. *Es obligatorio responder todos los campos.

Sucursal

Ramo

Número

A nombre de

Presento a revisión documentación solicitando el pago por la cobertura afectada

Gastos médicos por accidente

Deducible

Coaseguro

Hospitalización

Pérdidas orgánicas

Enfermedad grave

Cuál:

Fallecimiento accidental

Gastos funerarios

Otra cobertura

Cuál:

Fecha de ocurrencia

Día

Mes

Año

Ocurrió el siguiente evento (Descripción detallada del evento. Si es necesario, agrega por separado o como anexo la continuación de la descripción detallada del evento)

Monto solicitado para indemnización

\$

Si la cobertura afectada es gastos médicos por accidente. ¿Los comprobantes que presentas, corresponden a los últimos gastos de tu atención médica? Sí No

Si la cobertura seleccionada corresponde a fallecimiento accidental o gastos funerarios, confirmar el parentesco que se tenía con el finado

Datos de contacto

Nombre completo (Nombres, apellidos paterno y materno).

Teléfono hogar/oficina (Incluir clave lada)

Teléfono hogar/oficina (Incluir clave lada)

Correo electrónico

()

()

En caso de que sea procedente conforme a las condiciones generales del contrato de seguro de accidentes personales, la aseguradora procederá a indemnizar al asegurado, al contratante o al beneficiario, según corresponda, por lo que una vez recibida la indemnización, se otorga a AIG Seguros México, S.A. de C.V. el más amplio finiquito y cumplido perdón que en derecho proceda respecto del pago que corresponde a la presente reclamación. En términos de lo dispuesto en el artículo 111 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, una vez pagada la indemnización AIG Seguros México, S.A. de C.V. se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra de el o los causantes del daño.

Acepto y firmo de conformidad

Nombre y firma autógrafa del titular

Nombre y firma autógrafa del afectado

Nombre y firma autógrafa del beneficiario

Notas importantes

- Este formato debe ser firmado por cada persona afectada que haya contratado póliza con la compañía de seguros. En caso de ser menores de edad, sólo especificar nombre del afectado y debiendo firmar el padre o tutor en su nombre. La respuesta a la solicitud será individual por parte de AIG Seguros México, S.A. de C.V.
- Complementa la solicitud de documentos.

Los datos personales serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, la reglamentación respectiva y el aviso de privacidad que está a tu disposición en la página de internet: www.aig.com.mx
Por favor consulta el aviso de privacidad antes de proporcionar tus datos.