



Aviso de Siniestro Beneficiario Persona Física

Este documento no será válido si tiene tachaduras o enmendaduras

Favor de llenar una solicitud por cada beneficiario
El beneficiario y/o asegurado deberá llenar todas las preguntas que en adelante se formulan, a menos de que en ella se especifique lo contrario.

Nombre del solicitante (apellido paterno, materno y nombres)

R.F.C (Con Homoclave)

C.U.R.P.:

Domicilio (Calle, Numero, Colonia, Municipio, estado, Código Postal)

Teléfono casa

Teléfono Oficina

Teléfono Otro

Fecha de Nacimiento:

País de Nacimiento:

Nacionalidad:

Correo Electrónico

Día

Mes

Año

Identificación (vigente, con fotografía):

Sí

No

Comprobante de domicilio (si es que la identificación proporcionada no señala su domicilio):

Sí

No

Tipo de identificación Oficial (Pasaporte, IFE, FMI, Cedula Profesional)

Número de identificación / Folio:

Emisor de ID presentada:

Profesión (Incluya grado de estudios):

Ocupación (actividad a la que se dedica)

Nombre de la empresa en la que labora:

Número de Serie del Certificado Digital para la FEA:

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



Aviso de Siniestro

Beneficiario Persona Física (continuación)

Este documento no será válido si tiene tachaduras o enmendaduras

¿Desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional?

Sí	No
----	----

¿Ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresa estatal o funcionario o miembro importante de partidos políticos?

Sí	No
----	----

¿Su cónyuge o padres, hijos, hermanos, cuñados, suegros, se encuentran en alguno de los dos casos anteriores?

Sí	No
----	----

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las 3 preguntas anteriores:

¿Tiene un negocio propio o es accionista de alguna sociedad?

Sí	No
----	----

Actividad o giro de su negocio: _____

Favor anexar al presente formato los documentos siguientes:

1. Identificación vigente, con fotografía (credencial para votar, pasaporte, cedula profesional, cartilla del servicio militar nacional)

Sí	No
----	----

2. Comprobante de domicilio (recibo de pago de luz, teléfono residencial, gas natural, agua, predial). Todos estos documentos a nombre del beneficiario y/o asegurado)

Sí	No
----	----

3. C.U.R.P.

Sí	No
----	----

4. R.F.C.

Sí	No
----	----

5. En caso de beneficiario extranjero, documento que acredite su calidad migratoria.

Sí	No
----	----

6. En caso de beneficiario extranjero, documento que acredite su internación o estancia en el país

Sí	No
----	----

7. Comprobante de inscripción para la FEA (cuando se cuente con ella)

Sí	No
----	----

Por este medio manifiesto bajo protesta de decir verdad que he verificado los datos y la información proporcionada, la cual es la correcta, verdadera y actualizada a esta fecha.

_____, de _____ del año _____  Nombre y firma del beneficiario y/o asegurado



Formulario de Reembolso

Asistencia En Viaje

Le rogamos tenga a bien completar el siguiente formulario y enviarlo junto con la documentación solicitada a la dirección especificada en el último apartado de este documento.

Datos Personales del Asegurado

Por favor, complete todas las secciones del cuestionario en letra imprenta mayúscula

Nombre y apellidos		DNI/Identificación Nacional/Pasaporte/RUT
Domicilio del Titular		
País	Provincia y Ciudad	Código Postal
Teléfono de contacto (Residencia/Oficina)	Teléfono de contacto (Móvil)	E-mail de contacto
Número de Cuenta		Código SORT/Sucursal
Código IBAN (Si aplica)		Nombre del Banco
Código SWIFT/BIC (Si aplica)		Dirección del Banco
Nombre del Banco Intermediario (si aplica)	Código SWIFT/BIC del banco intermediario	Número de cuenta del banco intermediario
Indicar si existe otro seguro que pudiera cubrir este siniestro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indicar cuál y adjuntar copia de la póliza		

Detalles de la Póliza de Viaje

Número de póliza o contrato	Número de referencia (expediente brindado por la central de asistencias):
Fechas de inicio de viaje (dd/mm/año)	Fechas de Regreso del viaje (dd/mm/año)
Número de reserva / ticket	Países destino (bajo itinerario del viaje)

Tipo de Cobertura

Marque con una X el beneficio objeto de su reclamo.

A. Accidentes	B. Equipajes y Demoras	C. Equipajes
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental 24hs. <input type="checkbox"/> Desmembramiento.	<input type="checkbox"/> Demora en la entrega del equipaje <input type="checkbox"/> Perdida / Robo de equipaje <input type="checkbox"/> Daños en el equipaje	<input type="checkbox"/> Cancelación del Viaje <input type="checkbox"/> Interrupción del Viaje <input type="checkbox"/> Demora de Viaje/Vuelo
D. Repatriación	E. Gastos Medicos	E. Otros (Especifique tipo de cobertura reclamada)
<input type="checkbox"/> Evacuación Medica de Emergencia <input type="checkbox"/> Repatriación de Restos Mortales	<input type="checkbox"/> Por Hospitalización <input type="checkbox"/> Por Asistencia Ambulatoria/Dental <input type="checkbox"/> Medicamentos / Medicinas	<input type="checkbox"/> _____ _____

Reserva de derechos:

El presente cuestionario NO constituye un reconocimiento de cobertura del siniestro, pero será utilizado por el asegurador para analizar el mismo, conforme a las disposiciones y condiciones generales de la póliza y/o contrato de servicio en vigencia. La compañía se reserva el derecho de solicitar al reclamante documentación adicional en caso de considerarlo necesario.



Información del Siniestro

Fecha de ocurrencia (día/mes/año) y Hora de ocurrencia.		Lugar de la ocurrencia del siniestro
¿Ha sufrido esta enfermedad, lesión o condición similar o recaída de la misma con anterioridad a este suceso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, por favor especificar:		
Importe reclamado		
Importe total de la pérdida (indicar tipo de moneda)	Cantidad que le ha sido devuelta por otros medios	Monto del reclamo en Pesos

Dirección de envío de la documentación

AIG México

Avenida Insurgentes Sur número 1136.
Colonia del Valle.
México, D.F. CP: 03219
+52 55 5488 4854

Firma del Reclamante y autorización para acceder a su información medica

Firma	Lugar y Fecha
-------	---------------

Consentimiento de divulgación de información (Obligatorio)

Entiendo que este Formulario de Reembolso debe ser firmado y presentado ante la compañía de seguros y/o su representante legal a fin de que mi solicitud pueda ser procesada por parte del Departamento de Siniestros. Al proporcionar mi información personal y mi firma, doy mi consentimiento para la recopilación y procesamiento (incluyendo el uso y divulgación) de mi información personal como se describe en Política de privacidad de AIG [Puede acceder a una copia de la misma en www.aig.com.mx] y autorizo a AIG y a todos sus representantes autorizados para verificar toda la información y documentación proporcionada por mí y para recibir e intercambiar información sobre de mí persona. En particular, doy mi consentimiento para la cesión de mis datos personales a nivel internacional.

Este formulario de reembolso no renuncia a ningún término o condición de la póliza de seguro.

Los actos fraudulentos por parte de cualquier persona con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otras personas mediante la presentación de una solicitud que contenga información engañosa o falsa dará lugar a la denegación de la solicitud/reclamo, y puede estar sujeto a sanciones civiles y procesos penales. Este formulario de siniestro debe estar completo y toda la documentación requerida deberá ser presentada con anterioridad al proceso de adjudicación de siniestro.

Estoy de acuerdo en este consentimiento de divulgación de información. También certifico que toda la información incluida en esta presentación es correcta y verdadera.

Firma: _____

Escriba su nombre completo aquí: _____ Lugar y Fecha: _____



Documentación adicional requerida según el tipo de cobertura que se reclama

Sección A – Accidentes

Muerte Accidental 24 horas / Desmembramiento

- Completar formulario de reclamo a suministrar por la Compañía.
- Copia de su pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a su país de residencia.
- Original del Certificado de Defunción del Asegurado y con los sellos originales, expedido por la autoridad competente.
- Documentación pertinente que incluya la orden de alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad permanente.
- Informe de la Fiscalía (Protocolo de Necropsia).
- Fotocopias legibles de la Cédula de Asegurado y de los Beneficiarios o Certificado de Nacimiento en caso de ser los beneficiarios menores de edad.
- Cuando los beneficiarios fueran los herederos del Asegurado, la resolución de declaratoria de herederos dictada por un juez competente.
- Parte policial en caso de accidente de tránsito.
- Cualquier otro documento que solicite la Compañía para comprobar la ocurrencia del accidente.

Sección B - Equipajes

Demoras / Robo / Pérdida

- Comprobantes originales de gastos por compras de efectos personales
- Copia de su pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a su país de residencia
- Informe comprobante de la pérdida, demora y/o daño emitido por el Transporte Público Autorizado responsable (PIR-Property Irregularity Report)
- Informe comprobante de la pérdida emitido por el Transporte Público Autorizado responsable (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente, que señale el peso en kilogramos del Equipaje extraviado
- Declaración por ítem contenido en el Equipaje
- Boleto original de embarque del Equipaje

Sección C - Cancelación / Interrupción / Demora del viaje

- La declaración del Asegurado si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros contratos de asistencia, seguros, sistemas, asistencias o instituciones que otorguen beneficios de Cancelación y/o Interrupción del Viaje y al cual pertenezca el Asegurado
- Copia de su pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a su país de residencia
- La entrega a la Aseguradora de los originales extendidos a nombre del Asegurado de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de los Contratos De Viaje, pasajes, vouchers de hotelería u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación o interrupción; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidas en el inciso anterior
- Carta explicativa con las razones de la cancelación y/o interrupción y el resultado que obtuvo junto a la empresa con la cual el Asegurado celebró el Contrato De Viaje, en la devolución de los valores pagados o adeudados
- Documentos médicos que acrediten la identidad del Asegurado, Compañero De Viaje o Miembro De La Familia de alguno de los dos, en donde se demuestre la veracidad de la Enfermedad De Carácter Súbito o Accidente que diera lugar a la cancelación o interrupción del Viaje
- En caso de fallecimiento de un Miembro De La Familia, el certificado de defunción correspondiente, y en caso de fallecimiento del Asegurado o Compañero De Viaje se registrarán por el procedimiento para la cobertura de Muerte Accidental.
- Denuncia policial del robo del lugar de residencia o domicilio y/o reporte de bomberos en caso de incendio (Solo aplicable para el beneficio de Interrupción del Viaje)
- Recibo de indemnización emitido por el Transporte Público Autorizado Interrupción del Viaje)

¿Cuándo y dónde fue el viaje reservado?	Fecha Prevista de Inicio de Viaje
Fecha de cancelación / Interrupción del viaje	
¿Por qué motivo fue cancelado o interrumpido su viaje?	
Importe total de su viaje (adjuntar confirmación de reserva)	Cantidad que le ha sido devuelta por otros medios
Cantidad reclamada (indicar tipo de moneda)	



Sección E - Gastos Médicos

Evacuación médica de emergencia / Repatriación de restos mortales

- Certificado extendido por el Médico donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico
- Comprobante de pago original respecto del cual se solicita el reembolso
- Copia de su pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a su país de residencia
- Originales de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de la repatriación de los restos mortales del Asegurado

Sección E - Gastos Médicos

- Certificado extendido por el Médico donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico
- Comprobante de pago original respecto del cual se solicita el reembolso
- Copia de su pasaporte, cédula de ciudadanía, DNI, RUT o identificación personal aplicable a su país de residencia
- Originales de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de la repatriación de los restos mortales del Asegurado

Sección F - Otras (Especifique tipo de cobertura reclamada)

Especifique

Importante:

La compañía se reserva el derecho de solicitar al reclamante documentación adicional en caso de considerarlo necesario. Por favor, tenga en cuenta que por razones administrativas y/o regulatorias, en ocasiones, los proveedores médicos en muchos países, especialmente en los Estados Unidos, envían facturas directamente al paciente, incluso si se les ha proporcionado información de contacto de AIG Travel o si nos hemos comunicado con ellos. Si recibe algún tipo de factura o documentos relacionados, por favor envíelas a nuestro Departamento de Siniestros quien se encargara de la evaluación de su caso.



Preguntas Frecuentes

¿Qué hacer en caso de siniestro?

Entre en contacto con la Central de Asistencias al número correspondiente al país donde usted se encuentra; o solicite a la operadora telefónica local una llamada por cobrar al + 57 1 736 2153 o bien por correo electrónico a la dirección medicalba@aig.com.

Tenga siempre a mano los datos del tomador de la póliza y el número de la misma que figura en su certificado.

¿Cómo puedo hacer una llamada internacional a cobro revertido?

Paso 1: Localice el número de la operadora telefónica del país en donde se encuentra.

Paso 2: Llame a la operadora e infórmele que desea realizar una llamada por cobrar.

Paso 3: Indique a la operadora que usted quiere cobrar al Centro de Asistencia de AIG Travel al + 57 1 736 2153.

Paso 4: Espere en línea hasta que la operadora lo conecte con el Centro de Asistencia.

¿Cómo me registro en un centro médico en caso de que me pidan que complete formularios?

Indique al momento del registro en el cuarto de urgencias, los siguientes datos de su asistencia en viajes:

Compañía:	AIG Travel
Dirección:	PO BOX 0852 Stevens Point, WI 54481-0852 USA
Teléfono:	+ 57 1 736 2153

¿Qué hacer en caso de sufrir una emergencia que no le permita comunicarse con la central de operaciones?

Llame al teléfono de emergencia local en el país en que usted se encuentre (911 o equivalente). Una vez estabilizada la emergencia entre en contacto con la Central de Asistencia para reportar el hecho. En caso de corresponder (acorde a los términos y condiciones de su póliza/certificado), usted deberá abonar los gastos, y una vez de regreso a su país de origen, contra la presentación de facturas, la aseguradora le hará efectivo el reembolso de los gastos sujeto a las condiciones de la misma.

¿Qué hacer en caso de recibir asistencia, pagar por la consulta y no haber podido informar a la Central de Asistencias?

En este caso usted deberá conservar la factura original del servicio y posteriormente solicitar la revisión de su caso ante el Departamento de Siniestros de AIG Travel llamando a los números que se encuentran detallados en su certificado.

¿Qué hacer en caso de recibir cobros por parte de un centro médico por una asistencia en el extranjero brindada por AIG Travel?

Por favor, tenga en cuenta que por razones administrativas y/o regulatorias, en ocasiones, los proveedores médicos en algunos países, especialmente Estados Unidos, envían facturas directamente al paciente, incluso si se les ha proporcionado información de contacto de AIG Travel. Si recibe algún tipo de factura o documentos relacionados, por favor envíelas al Departamento de Siniestros al siguiente correo electrónico tgbogclaims@aig.com y un analista se pondrá en contacto con usted a fin de asesorarle.