



Día	Mes	Año
-----	-----	-----

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

Estimados,

Considerando que ha sido contratada con esta compañía la póliza Núm.: _____
a nombre de: _____

Presento a revisión la documentación para solicitar a AIG Seguros México, el pago por:

Gastos Médicos por Accidente Fallecimiento Accidental Gastos Funerarios Hospitalización Pérdidas Orgánicas
Otra Cobertura: _____

Debido a que el:

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

 ocurrió el siguiente evento:

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

El monto que solicito sea considerado para indemnizar, es: \$ _____ .00

Datos para contacto

Teléfono particular: (**Clave**) _____ Celular: () _____ **10 dígitos**

Correo electrónico: _____

Datos de transferencia: El titular de la cuenta deberá ser nuestro asegurado (persona afectada o contratante de la póliza) o en caso de ser menor de edad, cualquiera de los Padres. Nombre del Banco: _____ Núm. Cuenta Bancaria: _____

Clabe: _____ **18 dígitos**

Autorizo a AIG Seguros México, S.A. de C.V. a realizar el depósito a mi cuenta bancaria por concepto de pago de indemnización. Los datos contenidos en este documento serán usados con la finalidad de realizar el pago de la indemnización, conforme al contrato celebrado con AIG.

Atentamente

X _____ **Nombre y firma del titular** X _____ **Nombre y firma del afectado**

Con los documentos que entrega, se procederá al análisis del evento ocurrido el _____ de _____ del año _____. 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 los artículos 111 y 152 de la Ley de 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 firma de conformidad

X _____ **Nombre completo del beneficiario**

Notas importantes:

1. 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. La respuesta a la solicitud será individual por parte de AIG Seguros México, S.A. de C.V.

2. 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 su disposición en la página de Internet www.aig.com.mx. Por favor consulta el aviso de privacidad antes de proporcionar tus datos.