Seguro Planes Individuales
Solicitud de Accidentes Personales

AIG Seguros México, S.A. de C.V. Insurgentes Sur 1136, Col. del Valle. 03219 México, D.F. Aptdo. 1400 06000 / 01 800 001 1300 / 5488 4700

Solicito a AIG Seguros México, S.A. de C.V., la celebración de un contrato de seguro contra accidentes personales y para tal efecto, proporciono la siguiente información:

Día | Mes | Año

Datos del contratante

Nombre del solicitante (apellido paterno, materno y nombres)

R.F.C.:

Domicilio (Calle, número, colonia, municipio, estado, código postal)

Teléfono casa:

Teléfono oficina:

Teléfono celular:

Fecha de nacimiento: Día | Mes | Año

Estado civil:

Sexo: M | F

Ingreso mensual: $

Ocupación:

Correo electrónico:

Datos del asegurado

Nombre del solicitante (apellido paterno, materno y nombres)

R.F.C.:

Domicilio (Calle, número, colonia, municipio, estado, código postal)

Teléfono casa:

Teléfono oficina:

Teléfono celular:

Fecha de nacimiento: Día | Mes | Año

Estado civil:

Sexo: M | F

Ingreso mensual: $

Correo electrónico:

Ocupación:

Nombre de la empresa donde labora:

Datos de los asegurados adicionales (cónyuge / hijos)

Nombres completos (apellido paterno, materno y nombres)

Fecha de nacimiento:

Cónyuge — Día | Mes | Año

Hijo 1: — Día | Mes | Año

Hijo 2: — Día | Mes | Año

Hijo 3: — Día | Mes | Año

Hijo 4: — Día | Mes | Año

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.

Designación de beneficiarios del titular

Nombres completos (apellido paterno, materno y nombres)	Fecha de nacimiento:	Parentesco:	Porcentaje:
	Día Mes Año		
	Día Mes Año		
	Día Mes Año		
	Día Mes Año		

Advertencia:
En el caso de que se desee nombrar a beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior, porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de los menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Cada uno de los asegurados diferentes al titular (cónyuge y/o hijos mayores de 12 años), deberán asignar a sus beneficiarios en un formato por separado.

Plan elegido

Salud AIG		Módulo:	Bienestar Escolar		Módulo:
Bienestar AIG		Módulo:	Bienestar Plus		Módulo:
Bienestar Senior		Módulo:	Bienestar Integral		Módulo:
Bienestar Seguro		Módulo:			

Desde			Vigencia del Seguro	Hasta			Moneda	Forma de pago	Prima total
Día	Mes	Año		Día	Mes	Año	MNP		

Selección médica (sólo para Salud AIG)

1. ¿Ha sido rechazado o aceptado de manera condicionada (con una prima adicional o limitantes de la cobertura y/o exclusiones específicas), en alguna solicitud para una póliza de vida, accidentes, incapacidad, enfermedades graves o seguro médico con cualquier compañía en el pasado? Si No

2. Actualmente estás recibiendo cualquier tipo de consulta médica, tratamiento o medicación, que no sea para padecimientos menores (por ejemplo: resfriado común, gripe o alergias), o tiene la intención de consultar un médico para obtener una opinión médica, realizar estudios, tratamientos o cirujías en un futuro próximo? Si No

Si al menos una de las respuestas es afirmativa, la persona no tendrá acceso a las coberturas del producto de Salud AIG.

El solicitante está obligado a declarar a la aseguradora, de acuerdo a este cuestionario, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueda influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a la aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del contrato.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Firmado en: _____ a: _____ de: _____ de 20 _____

X _____ Firma del asegurado

Nombre del agente (para control interno): _____ Clave del agente (para control interno): _____

La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número PPAQ-S0012-0026-2010 de fecha 09/03/2010