



AIG Seguros México S.A. de C.V.

Insurgentes Sur 1136, Colonia Tlacoquemécatl del Valle 03219, Ciudad de México

Tel: 01 (55) 5488 4700

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

Datos Personales y Aviso de Privacidad

Los datos personales serán tratados de conformidad con lo dispuesto en La Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, la reglamentación respectiva y el aviso de privacidad de AIG Seguros México, S.A. de C.V. (AIG)

AIG puso a su disposición su aviso de privacidad antes de llenar esta solicitud. AIG no divulga datos personales a algún tercer, excepto en la forma establecida en su aviso de privacidad. Usted podrá consultar, en cualquier momento, el aviso de privacidad de AIG en la página de internet:

<https://www.aig.com.mx/content/dam/aig/lac/mexico/documents/brochures/aig-aviso-de-privacidad-integral-abril-2018-limpio.pdf>

Folio:_____

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

DATOS DEL ASEGURADO (TITULAR)

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s))

DOMICILIO (Calle, Número, Colonia, Municipio, Estado, Código Postal)

RFC_____ Teléfono _____

Fecha de nacimiento_____ Estado Civil _____

Sexo_____ Ocupación_____ Correo Electrónico_____

DATOS DE ASEGURADOS ADICIONALES (CÓNYUGE/HIJOS)

NOMBRE DEL **CÓNYUGE** DEL SOLICITANTE (Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s))

Fecha de nacimiento_____ Sexo_____

Ocupación_____

NOMBRE DEL **HIJO 1** DEL SOLICITANTE (Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s))

Fecha de nacimiento_____ Sexo_____

Ocupación_____

**AIG Seguros México S.A. de C.V.**

Insurgentes Sur 1136, Colonia Tlacoquemécatl del Valle 03219, Ciudad de México

Tel: 01 (55) 5488 4700

NOMBRE DEL **HIJO 2** DEL SOLICITANTE (Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s))

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Ocupación _____

NOMBRE DEL **HIJO 3** DEL SOLICITANTE (Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s))

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Ocupación _____

SELECCIONE EL PRODUCTO A CONTRATAR

Bienestar Senior			
Cobertura	Modulo 1	Modulo 2	Modulo 3
Indemnización por Muerte Accidental	200,000	300,000	400,000
Indemnización por Pérdidas Orgánicas por Accidente "B"	200,000	300,000	400,000
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente	100	150	200
Indemnización por Fractura de Huesos	20,000	25,000	30,000
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (Aplica deducible por \$500 MN)	50,000	75,000	100,000
Asistencia Funeraria	Incluida	Incluida	Incluida
Prima Mensual por persona (IVA No Incluido)	\$249	\$299	\$352
Asistencia Funeraria			
Asistencia funeraria para el titular	Amparada		
Asesoría y gestión en los trámites de defunción a realizar	Amparada		
Asesoría y apoyo telefónico en cancelación de cuentas bancarias y créditos	Amparada		
Marque con una "X" el cuadro de la opción elegida			

Bienestar AIG**Sumas Aseguradas Titular**

Cobertura	Modulo 1	Modulo 2	Modulo 3	Modulo 4
Indemnización por Muerte Accidental	400,000	600,000	800,000	1,000,000
Indemnización por Pérdidas Orgánicas por Accidente "B"	400,000	600,000	800,000	1,000,000
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente	200	300	400	500
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (Aplica deducible por \$500 MN)	100,000	150,000	200,000	250,000
Asistencia Funeraria	Incluida	Incluida	Incluida	Incluida
Prima Mensual por Titular Opción Individual (IVA No Incluido)	\$ 249	\$ 315	\$ 375	\$ 439
Prima Mensual por Titular Opción Familiar (IVA No Incluido)	\$ 379	\$ 459	\$ 539	\$ 619
Marque con una "X" el cuadro de la opción elegida				

Sumas Aseguradas (Opción Familiar)**Cónyuge**

Cobertura	Modulo 1	Modulo 2	Modulo 3	Modulo 4
Indemnización por Muerte Accidental	200,000	300,000	400,000	500,000
Indemnización por Pérdidas Orgánicas por Accidente "B"	200,000	300,000	400,000	500,000
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente	100	150	200	250
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (Aplica deducible por \$500 MN)	50,000	75,000	100,000	125,000

Hijos

Cobertura	Modulo 1	Modulo 2	Modulo 3	Modulo 4
Indemnización por Muerte Accidental	100,000	150,000	200,000	250,000
Indemnización por Pérdidas Orgánicas por Accidente "B"	100,000	150,000	200,000	250,000
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente	50	75	100	125
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (Aplica deducible por \$500 MN)	25,000	37,500	50,000	62,500

**AIG Seguros México S.A. de C.V.**

Insurgentes Sur 1136, Colonia Tlacoquemécatl del Valle 03219, Ciudad de México

Tel: 01 (55) 5488 4700

Asistencia Funeraria Opción Individual	
Asistencia funeraria para el titular	Amparada
Asesoría y gestión en los trámites de defunción a realizar	Amparada
Asesoría y apoyo telefónico en cancelación de cuentas bancarias y créditos	Amparada

Asistencia Funeraria Opción Familiar	
Asistencia funeraria con cobertura familiar (titular, cónyuge, hijos)	1 evento al año para el grupo familiar
Asesoría y gestión en los trámites de defunción a realizar	1 evento al año en caso de muerte de alguna persona que se encuentre dentro del grupo familiar
Asesoría y apoyo telefónico en cancelación de cuentas bancarias y créditos	1 evento al año en caso de muerte de alguna persona que se encuentre dentro del grupo familiar

MINIMED

Beneficios	Sumas Aseguradas		
	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Gastos Funerarios	30,000	45,000	60,000
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente (Ded 500)	30,000	45,000	60,000
Diagnóstico de Cáncer General	300,000	450,000	600,000
Indemnización por Diagnóstico de Infarto al Miocardio	300,000	450,000	600,000
Indemnización por Diagnóstico de Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC)	300,000	450,000	600,000
Asistencias Incluidas			
Médica			
- Ambulancia en caso de emergencia	1 evento al año		
- Orientación Médica Telefónica	Ilimitada		
- Orientación Nutrimental	Ilimitada		
- Orientación Emocional	Ilimitada		
- Descuentos y Referencias Médicas	Ilimitada		
- Médico a Domicilio	Con costo preferencial		
- Referencias Dentales	Ilimitada		
Funeraria	Hasta 20,000		
Prima Mensual Individual - IVA No Incluido	\$ 172	\$ 258	\$ 344
Prima Mensual Familiar - IVA No Incluido (Incluye Titular, cónyuge e hijos)	\$ 482	\$ 637	\$ 896
Marque con una "X" el cuadro de la opción elegida			

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS	PORCENTAJE	PARENTESCO

Los asegurados adicionales tendrán como beneficiarios a su sucesión legal**ADVERTENCIA**

En el caso de que se desee nombrar como 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.



AIG Seguros México S.A. de C.V.

Insurgentes Sur 1136, Colonia Tlacoquemécatl del Valle 03219, Ciudad de México

Tel: 01 (55) 5488 4700

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de 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 incondicional de disponer de la suma asegurada.

EL SEGURO NO PUEDE OTORGARSE A QUIENES DESEMPEÑEN LOS SIGUIENTES EMPLEOS U OFICIOS: bombero, domador, fumigador, limpieza de ventanas a más de 50 metros de altura, minero, perforador de pozos, petrolero, torero, trapequista, albañil, periodista, chofer y policía, fuerzas o grupos para el mantenimiento de la paz y seguridad privada.

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 haya influido en la realización del contrato.

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

FECHA: _____ DE _____ DE _____

Firma del Solicitante

NOMBRE DEL AGENTE (para control interno)	CLAVE DEL AGENTE

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas, a partir del día 26 de mayo de 2015, con el número PPAQ-S0012-0010-2015/CONDUSEF-002505-01