



Invalidez total y permanente

Documentación básica necesaria para el análisis del siniestro:

	Póliza Escolar o Grupo (cobertura específica, solo horario escolar/laboral y traslados)	Póliza Escolar o Grupo (24 Horas)	Póliza Individual / Mercados Masivos (24 Horas)	¿Se entregan documentos?	
Formato Carta de Reclamación Vigente, debidamente requisitada con firma autógrafa.	●	●	●	SÍ	NO
Formato de Aviso de Accidente, debidamente requisitado, sellado y firmado.	●			SÍ	NO
Copia de credencial y/o afiliación con la institución contratante (escuela, compañía, club deportivo, asociación, etc.).	●	●		SÍ	NO
Copia de carátula de póliza y/o certificado.			●	SÍ	NO
Formato de identificación del cliente, debidamente llenado y firmado de manera autógrafa por el beneficiario (Art. 492).	●	●	●	SÍ	NO
Copia de identificación oficial vigente (IFE/INE, pasaporte o cédula profesional) del beneficiario.	●	●	●	SÍ	NO
Comprobante de domicilio no mayor a 90 días (teléfono, agua, predial, televisión de paga) del beneficiario.	●	●	●	SÍ	NO
Copia de la cédula CURP vigente del beneficiario.	●	●	●	SÍ	NO
Copia de cédula RFC (solo si cuenta con homoclave) del beneficiario.	●	●	●	SÍ	NO
Últimos 3 estados de cuenta donde aparezca reflejado el cargo correspondiente al pago de la prima del seguro.			●	SÍ	NO
Dictamen médico emitido en hoja membretada por cualquier institución de salud; pública, privada y/o médico especialista que determinó la invalidez total y permanente del afectado. Este informe deberá incluir como mínimo: nombre del afectado, fecha del accidente, fecha de diagnóstico y hallazgos.	●	●	●	SÍ	NO
Estado de cuenta bancario legible, con una antigüedad no mayor a 90 días; deberá incluir: nombre del banco, nombre del titular, número de cuenta, clabe interbancaria y fecha de emisión del documento. Mediante la entrega de estos datos, otorga su consentimiento a esta aseguradora para realizar su pago mediante transferencia de fondos.	●	●	●	SÍ	NO

Nota importante: recuerda que el estado de cuenta que proporciones deberá ocultar el número de tarjeta.

Solicitud de documentos y datos de contacto de la persona (asegurado, agentes, *bróker*) que entrega los mismos a AIG Seguros México. Si estos datos coinciden con los del formato de identificación, no es necesario mencionarlos aquí.

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 del Seguro de Accidentes Personales, la aseguradora indemnizará 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 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.

(Especificar nombre completo)

Acepto y firmo de conformidad

Correo electrónico _____

Teléfono _____

Siniestros Accidentes Personales

(55) 5488 4700

800 00 11 300

siniestros.mexico@aig.com

Oficina Matriz

Insurgentes Sur 1136, Tlacoquemécatl del Valle CP 03200, CDMX

Recepción de documentos

Lunes a jueves: 08:00 a 17:00 horas

Viernes: 8:00 a 14:00 horas

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.