



SOLICITUD





Solicitud

Individual / Familiar / Padre o madre con hijos

Fecha de solicitud:
| Día | Mes | Año |

¿Qué servicio requieres?

- MY SALUD
 AP
 MY SALUD Y AP

Suma asegurada / Forma de pago
\$ Anual
 Semestral

Datos del Contratante			
Nombre (s) o razón social	Apellido paterno	Apellido materno	
Fecha de nacimiento o de constitución Día Mes Año	Ocupación o profesión	Estado civil	
Domicilio (calle)		Número	Código postal
Colonia	Ciudad	Estado	
Correo electrónico	Teléfono fijo	Teléfono móvil	
Giro, actividad u objeto social	RFC	CURP	
Nombre de la persona representante de la empresa			Fecha de nacimiento Día Mes Año

AP

Datos personales del asegurado titular			
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	
Fecha de nacimiento o de constitución Día Mes Año	Ocupación o profesión	Estado civil	
Domicilio (calle)		Número	Código postal
Colonia	Ciudad	Estado	
Correo electrónico	Teléfono fijo	Teléfono móvil	
RFC	Estatura	Peso	Nombre de la empresa para la cual trabaja

Dependientes por asegurar			
Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento
<input type="checkbox"/> Cónyuge			Estatura Peso Día Mes Año
<input type="checkbox"/> Hijo (a)			Estatura Peso Día Mes Año
<input type="checkbox"/> Hijo (a)			Estatura Peso Día Mes Año
<input type="checkbox"/> Hijo (a)			Estatura Peso Día Mes Año
<input type="checkbox"/> Hijo (a)			Estatura Peso Día Mes Año
<input type="checkbox"/> Hijo (a)			Estatura Peso Día Mes Año
<input type="checkbox"/> Otro (a)			Estatura Peso Día Mes Año
Copago		Copago medicamentos	Copago laboratorio y gabinete

Cuestionario médico		Si	No
---------------------	--	----	----

a) ¿Padece(n) o ha(n) padecido enfermedades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Detalle:

b) ¿Está(n) en tratamiento actualmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Detalle:

c) ¿Alguna vez ha(n) estado hospitalizado(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Detalle:

d) ¿Padece o ha padecido presión arterial alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Detalle:

e) ¿Padece enfermedades endocrinas o metabólicas (diabetes, tiroides, hipertiriodismo, azucar elevada, colesterol, ácido úrico)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Detalle:

f) ¿Practica algún deporte o afición de riesgo: motociclismo, buceo, paracaidismo, alpinismo, equitación, box, lucha, artes marciales, charrería, entre otros? Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Detalle:

Documentos presentados por el cliente		
	Si	No

INE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasaporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones _____ _____ _____ _____

Nombre y firma agente

Firma del contratante

Firma del titular

Formato Designación de beneficiarios

AIG Seguros México, S.A. de C.V.

Insurgentes Sur 1136, Col. Tlacoquemécatl del Valle, 03200,
México, CDMX.

Fecha de solicitud:

| Día | Mes | Año |

Ref. Póliza No: _____ a nombre de: _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Sirva la presente para hacer constar que designo como beneficiario (s) de la póliza de referencia a la (s) persona (s):

Titular	BENEFICIARIO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	PORCENTAJE
Cónyuge				
Dependiente (1)				
Dependiente (2)				
Dependiente (3)				
Dependiente (4)				

El asegurado puede revocar en cualquier tiempo la designación del beneficiario, salvo cuando éste haga renuncia de él y, además la comunique al beneficiario y a la aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

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 instrumento adecuado para tales designaciones.

La Aseguradora efectuará el pago de la indemnización correspondiente conforme a la última designación de beneficiarios que tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por el contrato de seguro.

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.

Nombre completo y firma del asegurado

Los datos personales serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Población de Datos Personales de 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.