

DECLARACIÓN PARA RECLAMACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

Debe ser llenado por cada uno de los beneficiarios mayores de edad, en caso de menores por quien ejerza la patria potestad sobre ellos.

Nombre completo del asegurado			
Número de póliza	Certificado	Suma asegurada	
Lugar y fecha de nacimiento del finado			Edad
Dirección residencial al fallecer			
Ocupación a la fecha del fallecimiento		¿Hasta qué fecha desempeñó su ocupación?	
Lugar, fecha y hora en que ocurrió el accidente		Lugar, fecha y hora del fallecimiento	
¿Dónde y cómo ocurrió el accidente? (Dar detalles)			
Causa específica del fallecimiento			
Autoridad que tomó conocimiento del accidente		Si la defunción fue registrada ante el Ministerio Público indique el número de averiguación previa	
¿Hubo en la muerte del asegurado efectos directos o indirectos causados por el uso de bebidas alcohólicas, por su Ocupación o por el Lugar de residencia?			
Indique si el fallecimiento se debió a:			
Accidente automovilístico _____ Homicidio _____ Suicidio _____ Atropellamiento _____			
¿En qué otras compañías estaba asegurado el finado?			
Nombre	No. de póliza	Fecha de emisión	Suma asegurada
¿Hizo testamento el finado?		Indique si en el testamento se cambiaron los beneficiarios de esta póliza	
¿Por quién fue pagada la última prima?		¿A quién fue pagada y cuándo?	

Este formato solo se requiere en original

HOJA 1 / 2

AIG MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, S.A. DE C.V.

Boulevard Manuel Ávila Camacho N° 36, piso 24. Col. Lomas de Chapultepec, 11000, México, D.F.

Tel: (55) 52-49-31-00 Fax: (55) 52-49-31-39 - www.aigmexico.com.mx

DECLARACIÓN PARA RECLAMACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

Debe ser llenado por cada uno de los beneficiarios mayores de edad, en caso de menores por quien ejerza la patria potestad sobre ellos.

¿Con qué carácter o título reclama?

Nombre completo del reclamante

Fecha de nacimiento

Dirección completa del reclamante(calle, número, colonia, código postal, delegación o municipio, ciudad o población y entidad federativa)

Teléfono

Edad

Fecha en _____ el día _____ de _____ de _____

AUTORIZO AL MÉDICO O MÉDICOS QUE HAYAN ATENDIDO AL ASEGURADO Y A LOS HOSPITALES O CLÍNICAS A LOS QUE HAYA INGRESADO PARA DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, PARA QUE PROPORCIONE A AIG MEXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, S.A. DE C.V., TODOS LOS INFORMES QUE SE REFIERAN A LA SALUD DEL ASEGURADO, ASÍ COMO DATOS DE ENFERMEDADES ANTERIORES, EN VIRTUD DE QUE HE SOLICITADO EL PAGO DE UN SEGURO A DICHA COMPAÑÍA.

PARA TAL EFECTO, RELEVO A LAS PERSONAS ARRIBA MENCIONADAS DEL SECRETO PROFESIONAL.

FIRMA DEL RECLAMANTE

LOS TESTIGOS QUE FIRMAN A CONTINUACIÓN, CERTIFICAN QUE EL BENEFICIARIO MENCIONADO EN ESTA DECLARACIÓN ESTÁ LEGAL Y MORALMENTE CAPACITADO PARA OTORGAR ESTE DOCUMENTO Y QUE ADEMÁS TODAS LAS RESPUESTAS DADAS ARRIBA SON FIDEDIGNAS Y NO SE HA OCULTADO A LA COMPAÑÍA NINGÚN HECHO DE IMPORTANCIA.

Firma

Firma

Nombre: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Este formato solo se requiere en original

HOJA 2 / 2

AIG MÉXICO COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, S.A. DE C.V.

Boulevard Manuel Ávila Camacho N° 36, piso 24. Col. Lomas de Chapultepec, 11000, México, D.F.

Tel: (55) 52-49-31-00 Fax: (55) 52-49-31-39 - www.aigmexico.com.mx