



**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, hipertiroidismo, 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"/>

<b>Observaciones</b> _____ _____ _____ _____
---

\_\_\_\_\_  
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 Protección 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](http://www.aig.com.mx) Por favor consulta el aviso de privacidad antes de proporcionar tus datos.