

CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA GRUPO TEMPORAL A UN AÑO RENOVABLE
DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación o Razón Social INST. DE SEG. Y SERV. SOC. DE LOS TRABAJADORES DEL EDO.		Giro Mercantil, Actividad u Objeto Social		
Nacionalidad		R.F.C. con Homoclave		Firma Electrónica Avanzada
Calle, Avenida o Vía RIO RHIN NO.3 INT. PISO 10	Número (Exterior e Interior) S/N	Colonia o Urbanización CUAUHTEMOC	Ciudad o Población	País de Origen
Alcaldía, Municipio o Demarcación Política CUAUHTEMOC	Entidad Federativa	Estado CIUDAD DE MEXICO	Código Postal 06500	
Correo Electrónico		Teléfono 1		Teléfono 2

DATOS	DESCRIPCIÓN
Razón Social	No use abreviaciones al escribir el nombre de la Empresa, Gobierno Federal, de los Estados o de los Municipios.
Domicilio	No use abreviaciones al escribir dirección completa del Contratante.
Número de Póliza	Para uso exclusivo del Contratante.
Fecha de Ingreso a la Empresa	Día, mes y año en el que el Solicitante presta sus servicios con contrato de trabajo (para uso exclusivo del Contratante).
Alta Solicitada a partir del Nombre del Asegurado	Fecha a partir de la cual el Solicitante quedará asegurado en Seguros Argos, S.A. de C.V. No use abreviaturas al escribir su nombre.
R.F.C. o CURP	Escriba su Registro Federal de Contribuyentes o su Clave Única de Registro de Población.
Fecha de Nacimiento	Día, mes y año en el que nació.
Género	Marque con una cruz el que corresponda.
Estado Civil	Marque con una cruz el que corresponda.
Designación de Beneficiarios	Escriba los nombres completos de la persona o las personas que quiera dejar como beneficiarios del seguro, la cantidad o porcentaje que quiera dejarles, así como beneficiarios sustitutos.
Lugar y Fecha	Cítese la localidad y fecha en donde fue elaborado este Consentimiento.
Firma del Representante Legal	Deberá firmar aquella persona que sea el Representante Legal del Contratante.
Firma del Asegurado	Estampe su firma para otorgar su consentimiento para ser asegurado en esta póliza.

Las Condiciones Generales de la presente póliza, le serán entregadas en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la contratación, adicional a éstas si así usted lo desea podrá consultarlas y/o descargarlas en nuestra página web www.segurosargos.com en el apartado condiciones generales; en donde podrá consultar las exclusiones y limitaciones del producto así como un anexo de abreviaturas de uso no común.

Usted podrá consultar en el apartado Condiciones Generales de nuestra página web www.segurosargos.com las exclusiones y limitaciones del producto, así como un anexo de abreviaturas de uso no común.

Datos de la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía: Titular: Lic. Mario Alfredo Troncoso López, Correo Electrónico: mtroncoso@segurosargos.com, Suplente: Silvia Isabel Arévalo Osuna, Correo Electrónico: sarevalo@segurosargos.com, Teléfono: 55 1500 6326 Dirección: Tecoyotitla número 412, Colonia Ex-Hacienda de Guadalupe, Chimalistac, CP. 01050, Ciudad de México.