

GUÍA PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO PERSONA FÍSICA

IMPORTANTE:

La omisión o falta de declaración de datos puede ser motivo de solicitud de información adicional, por lo que es indispensable llenarlo en su totalidad de acuerdo a este instructivo



RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO PERSONA FÍSICA INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____

Fecha de Nacimiento _____ Género _____

Día ____ Mes ____ Año ____ FEMENINO MASCULINO

SECCIÓN II. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADO

Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio _____ País de Nacimiento _____ Nacionalidad _____ Número de Serie del Certificado Digital FIEL (si se cuenta con él) _____

¿Tiene alguna otra nacionalidad y/o residencia? No Si ¿Tributa en otro país? No Si

En caso afirmativo, Especificar: _____ En caso afirmativo, Especificar: _____
Calle, Avenida o Vía _____ Número (Exterior e Interior) _____ Colonia o Urbanización _____ Ciudad o Población _____

Alcaldía, Municipio o Demarcación Política _____ Entidad Federativa _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Particular _____ Correo Electrónico _____ RFC con Homoclave _____ CURP _____

Teléfono Celular _____ Teléfono de Oficina _____

SECCIÓN III. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Número(s) de póliza(s) _____ Fecha del Siniestro _____ Causa del siniestro _____

1- _____ Día ____ Mes ____ Año ____

2- _____ Tipo de siniestro _____

3- _____

4- _____ Fallecimiento Muerte Accidental Intervención Quirúrgica Retiro Graves Enfermedades

5- _____ Invalidez Pérdidas Orgánicas ¿Cuál?(es) _____ Cáncer

6- _____ Anticipo por Enfermedad Terminal ¿Qué porcentaje se solicita? ____ % Cobertura Descendientes

7- _____ Otros: Especifique: _____ Cobertura Conyugal RDXH

Si la reclamación es por fallecimiento y el asegurado contaba con pólizas de seguro de vida con otras compañías favor de indicar el nombre de las compañías y suma asegurada.

Nombre de la Compañía _____ Suma Asegurada _____

1- _____

2- _____

AUTOCERTIFICACIÓN Y DECLARACIÓN FIRMADA

Declaro BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que la información manifestada a SEGUROS ARGOS S.A. DE C.V. es real y cierta, obligándome a notificar de manera inmediata cualquier cambio de circunstancias o corrección respecto de mis datos. Asimismo, reconozco y manifiesto que para la celebración de la operación referida en esta Solicitud actúo:

a mi nombre y cuenta propia a nombre y por cuenta de un tercero denominado _____, con quien mantengo una relación de _____.

SECCIÓN IV. DATOS DEL SOLICITANTE (SI EL SOLICITANTE ES EL ASEGURADO NO LLENAR ESTA SECCIÓN)

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre(s) _____ Fecha de nacimiento _____

País de Nacimiento _____ Nacionalidad _____ Género _____ Día ____ Mes ____ Año ____

Parentesco con el Asegurado _____ FEMENINO MASCULINO

¿Tiene alguna otra nacionalidad y/o residencia? No Si ¿Tributa en otro país? No Si

En caso afirmativo, especificar: _____ En caso afirmativo, especificar: _____

Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio _____ RFC con Homoclave _____ CURP _____

Calle, Avenida o Vía _____ Número (Exterior e Interior) _____ Colonia o Urbanización _____ Ciudad o Población _____

Alcaldía, Municipio o Demarcación Política _____ Entidad Federativa _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Particular _____ Teléfono Celular _____ Teléfono de Oficina _____ Correo Electrónico _____

SECCIÓN V. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL

Esta sección solo debe llenarse si quien suscribe la Reclamación de Pago de Siniestro es Representante Legal o Apoderado Legal del Asegurado o del (los) Beneficiario(s). Marque con una "X" los intereses de la(s) persona(s) que representa:

El (la) suscrito(a) represento los intereses de: Asegurado Beneficiario

SECCIÓN I:

Indicar datos generales del Asegurado, es decir, quien cuenta con la cobertura contratada.

SECCIÓN II:

Indicar información adicional del Asegurado, es decir, quien cuenta con la cobertura contratada.

SECCIÓN III:

Indicar número de póliza, datos del siniestro y la causa del mismo.

SECCIÓN IV:

Se deberán indicar los datos del Beneficiario de la Suma Asegurada, puede ser el propio Asegurado titular si es una cobertura en vida.

GUÍA PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO PERSONA FÍSICA

IMPORTANTE:

La omisión o falta de declaración de datos puede ser motivo de solicitud de información adicional, por lo que es indispensable llenarlo en su totalidad de acuerdo a este instructivo



RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO PERSONA FÍSICA / INFORMACIÓN SOLICITANTE PERSONA FÍSICA

Este formato deberá ser llenado por cada uno de los beneficiarios y/o solicitantes. Para facilitar los trámites de esta solicitud, le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

DATOS DEL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Fecha de Nacimiento		País de Nacimiento		Nacionalidad	
Día ___ Mes ___ Año ___					
¿Tiene alguna otra nacionalidad y/o residencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				¿Tributa en otro país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
En caso afirmativo, especificar: _____				En caso afirmativo, especificar: _____	
Calle, Avenida o Vía		Número (Exterior e Interior)		Ciudad o Población	
Alcaldía, Municipio o Demarcación Política		Entidad Federativa		Estado	
Código Postal					
Teléfono Particular		Teléfono Celular		Teléfono de Oficina	
				Correo Electrónico	
Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio		Cargo		RFC con Homoclave	
				CURP	

Acepto que el importe de la liquidación que me corresponde, derivado del pago de la Suma Asegurada amparada, me sea pagado a través de alguno de los medios siguientes:

PAGA (Póliza de Administración Garantizada Argos): La póliza PAGA se emite a nombre del beneficiario con una cobertura de renta vitalicia diferida, a través del cual, es posible disponer parcial o totalmente del monto de la liquidación más intereses a partir del segundo día hábil posterior a la aceptación de la reclamación. Asimismo, permite realizar movimientos en la cuenta indicada por el titular de acuerdo a las instrucciones dadas por él en forma telefónica. Esta forma de pago aplica automáticamente en el caso de pagos mayores a 35 Salarios Mínimos Generales Mensuales vigentes en la Ciudad de México.

CHEQUE: En los casos en el que el pago de la Suma Asegurada se realice a través de cheque, éste se expedirá para abono en cuenta del beneficiario

TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA: Depósito de la Suma Asegurada en la cuenta indicada por el beneficiario

Cheque Transferencia Electrónica Póliza PAGA

EN EL CASO DE HABER SELECCIONADO TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O PÓLIZA PAGA, FAVOR DE PROPORCIONAR LOS DATOS SIGUIENTES

Banco	Número de cuenta	Cuenta Clabe
-------	------------------	--------------

Acepto que la expedición de la póliza PAGA, el comprobante de depósito o la constancia de recibo o cobro del cheque que conserve Seguros Argos, S.A. de C.V., según sea el caso, será la aceptación que la Suma Asegurada fue recibida a mi entera satisfacción y en consecuencia sustituirá el más amplio finiquito que en derecho proceda a favor de esa Aseguradora, por lo que no me reservo derecho o acción legal de ninguna especie que ejercitar en su contra. Y en caso de que hubiese un tercero con mejor derecho de recibir el pago, sacaré en paz y a salvo a Seguros Argos, S.A. de C.V., de cualquier reclamo al respecto.

SECCIÓN VI. DATOS ADICIONALES DE LA ENTREVISTA PERSONAL DEL CLIENTE

Además de los Datos de Identidad proporcionados en la Secciones I y IV de este formato, el Cliente declara lo siguiente información complementaria del solicitante de pago de suma asegurada y/o en su caso del contratante de póliza PAGA:

¿Cuenta con firma electrónica avanzada? No Si En caso afirmativo favor de indicar el número de serie: _____

¿Desempeñó, desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en México? NO SI

En caso afirmativo especificar:

Cargo	Dependencia
-------	-------------

¿Desempeñó, desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el extranjero? NO SI

En caso afirmativo especificar:

Cargo	Dependencia	País extranjero
-------	-------------	-----------------

¿Algún pariente cercano desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en México o en el extranjero? NO SI

En caso afirmativo especificar:

Cargo	Dependencia	País extranjero (en su caso)	Parentesco
-------	-------------	------------------------------	------------

Responder sólo si es Persona Física con Actividad Empresarial:

¿Tiene Usted vínculos comerciales en o con entidades en países considerados de alto riesgo (enunciativamente: Irán, República Democrática de Corea, Nicaragua, Panamá, Jamaica, Albania, Barbados, Haití, Islas Caimán, Siria, Turquía; Emiratos Árabes, Yemen)? No Si En caso afirmativo, favor de precisar el país: _____

¿Actúa usted por cuenta propia? NO SI

En caso negativo, favor de especificar a favor de quien se actúa: SE ACTÚA A FAVOR DE: (Precisar nombre de la persona a favor de quien actúa y especificar el tipo de relación o vínculo con la misma) _____

¿En qué entidad federativa nació? _____ Si nació en país extranjero, favor de indicar la población o estado en que nació: _____

DECLARACIÓN FIRMADA

Declaro BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que la información manifestada y proporcionada a SEGUROS ARGOS, S.A. DE C.V. es real y cierta, obligándome a notificarle de manera inmediata cualquier cambio de circunstancias o corrección respecto de la misma. Asimismo, reconozco y manifiesto que, para la celebración de la operación referida en esta Solicitud, así como para la contratación, en su caso, de la póliza PAGA, actúo: a mi nombre y por cuenta propia / a nombre o por cuenta de un tercero denominado _____, con quien mantengo una relación o vínculo de _____.

Asimismo, manifiesto que los recursos o fondos que se utilicen o se lleguen a utilizar en operaciones vinculadas con la póliza PAGA, en su caso, solicitada, provienen de la ocupación, profesión, actividad o giro del negocio manifestado en este documento.

SECCIÓN V:

Esta sección se llena únicamente si, a través de un poder notarial, se faculta a un tercero para que cobre. De no ser el caso, no se debe llenar.

FORMA DE PAGO:

En caso de seleccionar "Transferencia electrónica" se deben proporcionar los datos solicitados (Banco, número de cuenta y cuenta CLABE). La cuenta bancaria y su titularidad serán verificados en el estado de población proporcionado.

SECCIÓN VI:

Marcar la casilla correspondiente a [] No o [] Si.

Si su respuesta es Si, deben especificar los cargos, dependencias, nombre completo de familiar, parentesco, etc, según se indique en cada rubro.

SECCIÓN VI:

Marcar la casilla Si, sólo si la persona manifiesta tener una actividad con fines comerciales o de industria. En la pregunta ¿Actúa usted por cuenta propia? Si la respuesta es No, en el espacio en blanco debe indicar el nombre de la persona que le solicita realizar el trámite y la relación familiar o de negocio que tenga con la misma. Ejemplo: "Actúa a favor de Nombre Apellido, quien es mi sobrino."

En la pregunta de entidad federativa donde nació, debe indicar el Estado de la República Mexicana del que es originario. Si nació en un país extranjero, debe señalar tanto el País como el estado o población de dicho país, del que es originario. Ejemplo: Estados Unidos de Norteamérica, Michigan; o España, Sevilla.

AUTOCERTIFICACIÓN:

Marcar la casilla "a mi nombre y cuenta propia" Si el cliente selecciona la casilla "a nombre o por cuenta de un tercero", debe proporcionar el nombre de dicho tercero y especificar su relación, ejemplos: cuñado, socio de negocio, sobrino, amigo.

