

RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO PERSONA FÍSICA

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

SECCION I. INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Fecha de Nacimiento DÍA _____ MES _____ AÑO _____	Género FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/>		

SECCION 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 el)
¿Tiene alguna otra nacionalidad y/o residencia? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		¿Tributa en otro país? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, Especificar: _____		En caso afirmativo, Especificar: _____	
Calle, Avenida o Vía	Número (Interior y Exterior)	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		

SECCION III. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Número(s) de póliza(s)	Fecha del Siniestro DÍA _____ MES _____ AÑO _____	Causa del siniestro
1.- _____		
2.- _____		
3.- _____	Tipo de siniestro	
4.- _____	<input type="checkbox"/> Fallecimiento	<input type="checkbox"/> Muerte Accidental
5.- _____	<input type="checkbox"/> Invalidez	<input type="checkbox"/> Pérdidas Orgánicas
6.- _____	<input type="checkbox"/> Anticipo por Enfermedad Terminal	<input type="checkbox"/> ¿Cuál?(es) _____
7.- _____	<input type="checkbox"/> ¿Qué porcentaje se solicita? _____ %	<input type="checkbox"/> Retiro
		<input type="checkbox"/> Graves Enfermedades
		<input type="checkbox"/> Cncer
		<input type="checkbox"/> Cobertura Descendientes
		<input type="checkbox"/> RDXH

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

AVISO DE PRIVACIDAD

A. IDENTIDAD Y DOMICILIO. Seguros Argos, S.A. de C.V. (en lo sucesivo "SEGUROS ARGOS") es una Institución de Seguros legalmente constituida y existente de conformidad con la legislación vigente en México, con domicilio en Tecoyotitla No. 412, Colonia Ex-Hacienda De Guadalupe Chimalistac, C.P. 01050, Alcaldía Álvaro Obregón, México, D.F. B. DATOS QUE NOS PROPORCIONAN. Para que nuestros Clientes o Usuarios puedan tener acceso a los productos o servicios de SEGUROS ARGOS, éstos nos proporcionan en forma voluntaria sus Datos Personales siguientes: Nombre Completo, Edad o Fecha de Nacimiento, País de Nacimiento, Nacionalidad, Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio, Domicilio Particular en su lugar de residencia, Teléfono, Correo Electrónico, CURP, RFC (con Homoclave) y Número de Serie del Certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada, Fotografía, preferencias, hábitos, sexo, declaraciones relativas a su Estado de Salud, así como aquellos que se especifican en la Política de Privacidad de SEGUROS ARGOS (visible en su página web www.segurosargos.com) de conformidad con lo dispuesto por los artículos 1, 5, 7, 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguros y demás ordenamientos legales relativos y aplicables a la operación de las Compañías de Seguros en México. La información que proporcionan y se recaba de nuestros Clientes o Usuarios se hace únicamente a través de medios legales y legítimos. *Sólo en caso de contar con ellos. / ** Sólo en caso de que acuda a nuestras instalaciones y en caso de que le sea requerido expresamente como visitante. C. CONFIDENCIALIDAD Y FINES DE USO DE LOS DATOS PERSONALES DE NUESTROS CLIENTES. Los Datos Personales, incluyendo los Datos Sensibles a que se refiere la Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de particulares, que nos proporcionan nuestros Clientes o Usuarios en forma voluntaria, ya sea en forma física, electrónica o por cualquier otro medio, son tratados y guardados en forma confidencial. Asimismo, a través de medios tecnológicos y de procedimientos internos de protección, SEGUROS ARGOS realiza constantemente su mejor esfuerzo para mantener la seguridad de los Datos Personales que sus Clientes y Usuarios le proporcionan, a fin de evitar el acceso no autorizado a los mismos. Los Datos Personales que Argos recaba de sus Clientes se utilizan en y para la realización de actividades lícitas e inherentes a su naturaleza y objeto social. En ese sentido, Argos utiliza los Datos Personales de sus Clientes para: 1. Evaluar y, en su caso, aceptar el riesgo que se propone a Argos, para la celebración del contrato de seguro; 2. Realizar la cobranza de la(s) prima(s) correspondientes a la(s) póliza(s) de seguro que se contrata(n); 3. Llevar a cabo la emisión y entrega de la póliza de seguro que corresponda, endosos y certificados individuales (según el tipo de seguro de que se trate), ya sea en forma física, electrónica o digital, o por cualquier otro medio lícito; 4. Atender las solicitudes de servicios a pólizas como puede ser: Incremento de Suma Asegurada, Cambio de Beneficiarios, Rectificaciones a que se refiere el artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, entre otros; 5. Actualizar su información para proporcionarle debidamente los servicios y/o pólizas contratadas con Argos, para realizar aclaraciones respecto de dichos servicios y/o pólizas, así como para verificar su identidad; 6. Atender las consultas, cancelaciones de servicios o pólizas y/o aclaraciones que los Clientes realicen, vía telefónica, a través del Centro de Atención Telefónica (CAT) de Argos; 7. Atender las cancelaciones de servicios o pólizas, consultas y/o aclaraciones que los Clientes realicen directamente en las Oficinas de Argos y/o en forma directa pero a través de las Oficinas de sus Agentes y Promotores de Seguros; 8. Facilitar, coordinar o canalizar para que se le brinden servicios operados por terceros, que se integran o vinculan a una póliza de seguro como lo son: Membresías de Salud, Asesoría Legal, Asistencia en caso de Repatriación, 9. Para la emisión de comprobantes fiscales digitales a nombre de nuestros clientes, de conformidad con la legislación fiscal vigente, y en general para el cumplimiento de las obligaciones fiscales establecidas en la legislación fiscal vigente en México, 10. Atender y resolver las reclamaciones de pago de siniestros, incluyendo la notificación, en su caso, de: cartas solicitando información adicional en términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, cartas de rechazo de pago de siniestro y avisos de rescisión según lo disponen los artículos 8, 9 y 10, con relación a los artículos 47 y 48 de la Ley sobre el Contrato de Seguro; 11. Para poder realizar notificaciones a asegurados, beneficiarios y cualquier otra persona que deba recibir comunicados por parte de SEGUROS ARGOS, a través de fedatario público, SEPOMEX o cualquier otro medio o servicio de mensajería, comunicación o transmisión de información, así como para visitarlo en su domicilio para la entrega de certificados, pólizas de seguro y/o cualquier otra documentación relacionada con el servicio de aseguramiento que ARGOS le proporcione. 12. Transferir sus datos personales para los propósitos señalados en el Aviso y Política de Privacidad publicados en la página web www.segurosargos.com. 13. Realizar el pago de la indemnización o suma asegurada que, en su caso resulte procedente y 14. Para todos los demás fines previstos en nuestro Aviso de Privacidad visible en la página web www.segurosargos.com. D. EJERCICIO DE DERECHOS ARCO. Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, a través de los procedimientos que hemos implementado. Para conocer dichos procedimientos, los requisitos y plazos, Usted puede consultar nuestra Política de Privacidad visible en la página web www.segurosargos.com y/o se puede poner en contacto con nuestra Oficina de Privacidad, a través del correo electrónico: oficinadeprivacidad@segurosargos.com. Asimismo, le informamos que sus Datos Personales Generales pueden ser transferidos y tratados, dentro de territorio nacional, por personas distintas a esta institución de seguros, para efectos de facilitar, coordinar o canalizar para que se le brinden servicios operados por terceros, que se integran o vinculan a una póliza de seguro como lo son: Membresías de Salud, Asesoría Legal, Asistencia en caso de Repatriación. Cualquier modificación a este Aviso de Privacidad y/o a la Política de Privacidad de esta Institución de Seguros podrá consultarla en nuestra página web www.segurosargos.com. Fecha última actualización: Febrero 26, 2019. En caso de diferencias o inconformidades que surjan respecto de los derechos de nuestros Clientes y Usuarios a la protección de sus datos personales, éstos pueden interponer queja correspondiente ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), en términos de lo previsto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares. Para mayor información visite www.inai.org.mx

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.

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

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento DÍA _____ MES _____ AÑO _____
País de Nacimiento	Nacionalidad	Género FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/>	Parentesco con el Asegurado
¿Tiene alguna otra nacionalidad y/o residencia? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		¿Tributa en otro país? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, Especificar: _____		En caso afirmativo, Especificar: _____	
Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio	RFC con Homoclave	CURP	
Calle, Avenida o Vía	Número (Interior y Exterior)	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

SECCION 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

DATOS DEL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Fecha de Nacimiento DÍA _____ MES _____ AÑO _____	País de Nacimiento	Nacionalidad
¿Tiene alguna otra nacionalidad y/o residencia? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>		¿Tributa en otro país? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, Especificar: _____		En caso afirmativo, Especificar: _____
Calle, Avenida o Vía	Número (Interior y Exterior)	Colonia o Urbanización
Alcaldía, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado
Teléfono Particular	Teléfono Celular	Teléfono de Oficina
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 cuál, 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 de 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

FAVOR DE SELECCIONAR LA FORMA A TRAVÉS DE LA CUÁL SE REALIZARÁ EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

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
-------	------------------	--------------

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PÓLIZA PAGA

Advertencias: En caso de que se desee nombrar 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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como un instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios durante la minoría de edad de ellos legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo 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.

EN CASO DE FALLECIMIENTO EL SALDO DE MI PATRIMONIO SE DEBERÁ ENTREGAR A LA SIGUIENTE PERSONA:

Beneficiario: El cliente declara que el domicilio del beneficiario designado es el mismo que él ha señalado para sí mismo.

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	% Participación
Fecha de Nacimiento DÍA _____ MES _____ AÑO _____	Calle, Avenida o Vía y Número (Interior, Exterior)		Colonia o Urbanización	
Ciudad o Población	Alcaldía, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal

* Si requiere asignar más de un Beneficiario deberá anexar el formato de DATOS PERSONALES DE BENEFICIARIOS.

OBLIGACIONES Y RESERVAS

Todos los campos requeridos en este documento son de llenado obligatorio de conformidad con lo dispuesto por la Ley Sobre el Contrato de Seguro y Artículo 492 y demás relativos y aplicables de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Si Usted suscribe esta Solicitud en su carácter de Representante o Apoderado Legal del Asegurado, debe completar tanto la Sección I, como la Sección II de este instrumento. Si Usted representa los intereses de los beneficiarios, debe llenar todas las Secciones del mismo. En caso de omitirse algún dato, Seguros Argos, S.A. de C.V. se reserva su derecho para requerirlo como parte de la evaluación de procedencia o no de la presente Solicitud.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo dispuesto por los artículos 8, 9, 10 y demás relativos y aplicables de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de Particulares, el(la) suscrito(a) solicitante, otorgo mi consentimiento expreso a Seguros Argos, S.A. de C.V. para el tratamiento y transferencia de los Datos Personales, incluyendo aquellos considerados como sensibles, que le he proporcionado en la presente Solicitud. Asimismo, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 15, 16, 17, 18 y demás relativos y aplicables de la citada Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, reconozco y manifiesto que Seguros Argos, S.A. de C.V. ha puesto a disposición del(la) suscrito(a) y/o al Titular de los Datos Personales referidos en mi solicitud, su Política y Aviso de Privacidad, visible en su página web www.segurosargos.com; y quedo enterado(a) que las modificaciones que se lleguen a realizar a los citados documentos de privacidad estarán disponibles en dicha página web.

Lugar y Fecha	Firma del Solicitante	Firma del Representante o Apoderado Legal (si aplica)
---------------	-----------------------	-------------------------------------------------------