

SOLICITUD DE CAMBIOS EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA DE VIDA INDIVIDUAL

Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras o si falta alguno de los datos solicitados o la firma del Asegurado

SECCIÓN I. DATOS DEL CONTRATANTE

Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)		
------------------	--	--	------------------	--	--	-----------	--	--

DOMICILIO PARTICULAR DEL CONTRATANTE

Calle, Avenida o Vía			Número (Interior y Exterior)			Colonia o Urbanización			Ciudad o Población		
----------------------	--	--	------------------------------	--	--	------------------------	--	--	--------------------	--	--

Delegación, Municipio o Demarcación Política				Entidad Federativa				Estado				Código Postal			
--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--------	--	--	--	---------------	--	--	--

País de Nacimiento				Nacionalidad				Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio			
--------------------	--	--	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento				Teléfono Particular				Teléfono de Oficina				Número de Serie del Certificado Digital de la FEA (Anotar solo si cuenta con el)			
---------------------	--	--	--	---------------------	--	--	--	---------------------	--	--	--	---	--	--	--

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

CURP				RFC con Homoclave				Correo Electrónico			
------	--	--	--	-------------------	--	--	--	--------------------	--	--	--

SECCIÓN II. NOMBRE DEL ASEGURADO

Apellido Paterno			Apellido Materno			Nombre(s)		
------------------	--	--	------------------	--	--	-----------	--	--

País de Nacimiento				Nacionalidad				Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio			
--------------------	--	--	--	--------------	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento				Teléfono Particular				Teléfono de Oficina				Número de Serie del Certificado Digital de la FEA (Anotar solo si cuenta con el)			
---------------------	--	--	--	---------------------	--	--	--	---------------------	--	--	--	---	--	--	--

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

CURP				RFC con Homoclave				Correo Electrónico			
------	--	--	--	-------------------	--	--	--	--------------------	--	--	--

DOMICILIO PARTICULAR DEL ASEGURADO

Calle, Avenida o Vía			Número (Interior y Exterior)			Colonia o Urbanización			Ciudad o Población		
----------------------	--	--	------------------------------	--	--	------------------------	--	--	--------------------	--	--

Delegación, Municipio o Demarcación Política				Entidad Federativa				Estado				Código Postal			
--	--	--	--	--------------------	--	--	--	--------	--	--	--	---------------	--	--	--

SECCIÓN III. MODIFICACIONES A EFECTUAR

Solicito a Seguros Argos, S.A. de C.V., que la póliza sea modificada de acuerdo a las siguientes especificaciones:

Cambio de domicilio	Modificación de nombre y / o apellidos
Cambio de forma de pago	Duplicado de póliza
Cambio de conducto de pago	Retiro parcial, importe \$
Cambio de beneficiarios	Retiro total
Cancelación	Cheque Depósito
Otras	Cuenta o CLABE Banco

DETALLE DE LAS MODIFICACIONES

Le informamos que los datos aquí señalados serán registrados para la actualización de su póliza.

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, Delegación 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*, Folografía**, 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 recibe 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 o 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 proporcionarles 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 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 y 10. 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: oficinaprivacidad@segurosargos.com. Asimismo, le informamos que sus Datos Personales Generales pueden ser tratados 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: Septiembre 8, 2015. 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

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, e) (a) 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 (a) 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.

AUTORIZACIÓN

Acepto que la presente solicitud forme parte de la documentación contractual de mi seguro y que los cambios solicitado surtan efecto a partir de que la presente sea aceptada expresamente por Seguros Argos, S.A. de C.V. Todas las condiciones de la póliza, excepto las que pido se modifiquen, quedarán sin alteración.

Lugar y Fecha			Firma del Asegurado		
---------------	--	--	---------------------	--	--

Nombre del Agente		Clave		Sucursal		Firma	
-------------------	--	-------	--	----------	--	-------	--