

SOLICITUD DE REHABILITACIÓN

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 ASEGURADO

Día		Mes		Año
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
Día		Mes		Año
CURP		RFC con homoclave		Correo Electrónico
Número de Serie del Certificado Digital de la FEA (Anotar solo si cuenta con el)				

DIRECCIÓN DEL ASEGURADO (EN CASO DE HABER CAMBIADO DESDE SU CONTRATACIÓN)

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 II. CUESTIONARIO MÉDICO

En caso de respuestas afirmativas, dar detalles en los cuadros siguientes:	Nombre de las enfermedades, estudios o tratamientos	Fecha en que las sufrió o se le practicaron	Duración	Condición Actual
1. ¿ Padece actualmente alguna enfermedad ?	SI	NO		
2. ¿ Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico ?	SI	NO		
3. ¿ Padece o ha padecido enfermedades del corazón ?	SI	NO		
4. ¿ Padece o ha padecido cáncer o tumores ?	SI	NO		
5. ¿ Padece o ha padecido alguna enfermedad que haya requerido de más de 2 meses de tratamiento o haya requerido de tratamiento continuo ?	SI	NO		
6. ¿ Padece o ha padecido diabetes ?	SI	NO		
7. ¿ Padece o ha padecido de presión arterial alta ?	SI	NO		
8. ¿ Padece o ha padecido enfermedades infecciosas como hepatitis o SIDA ?	SI	NO		
9. ¿ Ha sido intervenido quirúrgicamente o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica ?	SI	NO	Detallar:	
10. ¿ Sufre de alguna invalidez o ha sufrido algún padecimiento que lo haya invalidado o incapacitado por un periodo mayor a 3 meses ?	SI	NO		
11. Si es mujer, ¿ está embarazada actualmente ?	SI	NO	Tiempo de Embarazo:	
12. Estatura/ Peso	MTS.	KGS.		

Contestar SÍ o NO en el espacio. Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:

(En caso de contratar la COBERTURA CONYUGAL Y/O COBERTURA DE DESCENDIENTES, la respuesta debe ser en relación a la salud del cónyuge y/o de los dependientes.)

Diabetes	Enfermedad Mental y/o del Cerebro	SIDA
Infartos y/o Enfermedades del Corazón	Cáncer o Tumores Malignos	Alcoholismo y/o utiliza Drogas y/o Enervantes
Enfermedades del Hígado	Insuficiencia Renal	Ha sufrido o sufre algún padecimiento que lo haya
Enfisema y/o Fibrosis Pulmonar	Hipertensión Arterial	invalidado o incapacitado por un periodo mayor a 3 meses

Hábitos	Tipo	Cantidad	Frecuencia
¿Ingiere bebidas alcohólicas?	NO	SI	
¿Usa o ha usado drogas o estimulantes?	NO	SI	

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. FINES DE USO DE LOS DATOS PERSONALES. 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 contrate(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 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. C. 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. Para consultar nuestro Aviso de Privacidad Completo o cualquier modificación al mismo 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 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, 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 y financieros, 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 Asegurado