



Guía de llenado para Formato de Reclamación pago de siniestro Persona Física



www.segurosargos.com

seguros
ARGOS

Sección I y II

Información general del asegurado (Datos obligatorios)

Anverso

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
Delegación, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal
Teléfono Particular	Correo Electrónico	RFC con Homoclave	CURP
Teléfono Celular	Teléfono de Oficina		

Dato opcional

- Se deben incluir todos los datos generales del asegurado, incluyendo RFC con homoclave, ocupación, si tiene otra nacionalidad y si tributa en otro país.

Sección III Información del siniestro (Datos obligatorios)

Anverso

SECCION III. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

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

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 _____.

⚠ Se deben incluir número de póliza, fecha del siniestro y tipo de siniestro.

⚠ La Autocertificación SIEMPRE deberá estar requisitada

Sección IV

Datos del Solicitante (Beneficiario)

Reverso

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"/> Sí <input type="checkbox"/>		¿Tributa en otro país? No <input type="checkbox"/> Sí <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
Delegación, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal
Teléfono Particular	Teléfono Celular	Teléfono de Oficina	Correo Electrónico

- Se deben incluir todos los datos generales del beneficiario, incluyendo RFC con homoclave, ocupación, si tiene otra nacionalidad y si tributa en otro país.

Sección V

Información del Representante o Apoderado Legal

Legal Reverso

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 __ Si __		
En caso afirmativo, Especificar: _____			En caso afirmativo, Especificar: _____		
Calle, Avenida o Vía		Número (Interior y Exterior)		Colonia o Urbanización	
Delegación, 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	
				Ciudad o Población	
				Código Postal	
				Correo Electrónico	
				CURP	

⚠ Se deben incluir todos los datos generales del beneficiario, incluyendo RFC con homoclave, ocupación, si tiene otra nacionalidad y si tributa en otro país.

Forma de Pago

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 CUAL 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	Calle, Avenida o Vía y Número (Interior, Exterior)		Colonia o Urbanización	
DÍA _____ MES _____ AÑO _____				
Ciudad o Población	Delegación, 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.

- Incluir forma de pago
- En caso de Transferencia electrónica, deberá incluir nombre del banco, cuenta y clabe interbancaria.

Firma y Fecha

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)

- En esta última sección se debe anotar el lugar y la fecha de llenado de la solicitud, así como la firma del solicitante o del representante legal (según corresponda).