

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		Género				
DÍA	MES	AÑO	FEMENINO	MASCULINO		

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)
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		

SECCION III. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Número(s) de póliza(s)	Fecha del Siniestro			Causa del siniestro		
	DÍA	MES	AÑO			
1.-						
2.-				Tipo de siniestro		
3.-				Fallecimiento	Muerte Accidental	Intervención Quirúrgica
4.-						
5.-				Retiro	Graves Enfermedades	Invalidez
6.-						
7.-				Pérdidas Orgánicas	¿Cuál?(es)	
8.-				Anticipo por Enfermedad Terminal	¿Qué porcentaje se solicita?	%
9.-						
10.-				Cobertura Conyugal	Cobertura Descendientes	Cáncer

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	
3	
4	
5	

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*, 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 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, 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. Atender reclamaciones de pago de siniestros y realizar, en su caso, el pago de las sumas aseguradas convenidas, utilizar los datos personales para y en el proceso de atención de reclamación de pago de siniestro; dictamen de procedencia o no de la reclamación presentada; en su caso de procedencia de la reclamación, para el pago de la suma asegurada y/o beneficios adicionales; para efectos de la contratación, emisión, administración, operación y servicios vinculados a la póliza PAGA,10. 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 11. 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: Marzo 26, 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 Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI), en términos de lo previsto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares. Para mayor información visite www.ifai.org.mx

RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO

INFORMACIÓN SOLICITANTE PERSONA FISICA

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			Género			Parentesco con el Asegurado			Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio		
DÍA	MES	AÑO	FEMENINO	MASCULINO							
RFC con homoclave			CURP			Número de Serie del Certificado Digital FIEL (si se cuenta con el)					
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		

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			País de Nacimiento			Nacionalidad			Número de Serie del Certificado Digital FIEL (si se cuenta con el)		
DÍA	MES	AÑO									
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		
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

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

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 constituirá el más amplio finiquito que en derecho proceda en 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.

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, quién 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.**

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)