

GRAVES ENFERMEDADES, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O CÁNCER

(Este apartado deberá ser llenado por el Asegurado Titular)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Asegurado Titular (completo)			R.F.C. con Homoclave		No. de Póliza
Fecha de Nacimiento		Sexo			Edad
Día _____	Mes _____	Año _____	Femenino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>	_____
Tipo de Reclamación (Especifique)				Especifique la Fecha del Evento	
Intervención Quirúrgica <input type="checkbox"/>		Accidente Cerebro Vascular <input type="checkbox"/>		Infarto Cardíaco <input type="checkbox"/>	
		Insuficiencia Renal <input type="checkbox"/>		Cáncer <input type="checkbox"/>	
				Día _____ Mes _____ Año _____	
Intervenciones Quirúrgicas (Describe en qué consistió)					

DATOS DEL EVENTO

Nombre Completo del Médico que hizo el Diagnóstico o Intervención	
Dirección Completa del Médico que hizo el Diagnóstico o Intervención	
Síntomas o Dolencias que le llevaron a visitar al Médico	
Fecha en que iniciaron esas Dolencias	Nombre del Hospital en que se hizo el Diagnóstico o se llevó a cabo la Int. Quirúrgica
Día _____	
Mes _____	
Año _____	
Dirección del Hospital en que se hizo el Diagnóstico o se llevó a cabo la Intervención Quirúrgica	

Enumere los análisis que adjunta para los cuales se basó el Diagnóstico de la enfermedad y/o la necesidad de la Intervención Quirúrgica:

Clinicos	Patológicos	Gabinete	Otros

En caso de Intervención Quirúrgica señale cual es el comprobante que adjunta

Copia de la factura hospitalaria si la Intervención se realizó en Institución Privada <input type="checkbox"/>	Carta comprobatoria en original y con papel membretado o sellado en la que conste el internamiento y el motivo, si la Intervención se llevó a cabo en Institución Pública <input type="checkbox"/>
--	--

Como requisito legal se solicita copia de su Identificación Oficial, de preferencia de la Credencial de Elector y copia de un comprobante de domicilio si la dirección actual no es la que aparece en la identificación.

El que suscribe, solicita y autoriza a cualquier hospital, al médico o persona que me haya atendido o examinado a cualquier miembro de mi familia, a suministrar a Seguros Argos, S.A de C.V., o a su representante, toda la información con relación a la enfermedad o lesión que haya sufrido, historia clínica, consultas, prescripciones o tratamientos, incluyendo radiografías y copias de expedientes del Hospital o Médico, lo que podrá ser incluido como parte de las pruebas de la reclamación presentada por mí a la Institución. La copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

AVISO DE PRIVACIDAD

Seguros Argos, S.A. de C.V. ("ARGOS") con domicilio en Tecoyotitla No. 412, Colonia Ex Hacienda de Guadalupe, Chimalistac, C.P. 01050, Delegación Álvaro Obregón, en México, Distrito Federal, es responsable de recabar sus Datos Personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección. Los Datos Personales que se recaban en este documento serán utilizados para las siguientes finalidades: (a) Evaluar la aceptación del riesgo propuesto y, en su caso, celebrar el contrato de seguro, (b) Atención de solicitudes de servicios a las pólizas de seguro que, en su caso, se contraten, (c) Atender reclamaciones de pago de siniestros y realizar, en su caso, el pago de las sumas aseguradas convenidas, (d) Recibir y aplicar el pago de primas, (e) Dar cumplimiento a obligaciones contraídas con nuestros clientes, (f) Evaluar la calidad del servicio, (g) Para su debida identificación y cumplimiento a las disposiciones legales vigentes que regulan la operación de esta Institución de Seguros y (h) para todos aquellos fines señalados en la Política de Privacidad visible en la página web de esta Institución de Seguros www.segurosargos.com. Para los fines antes señalados, requerimos obtener sus Datos Generales, consistentes en: Nombre Completo; Fecha de Nacimiento; País de Nacimiento; Nacionalidad; Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio; Domicilio particular completo en su lugar de residencia; Teléfono; Correo Electrónico*; CURP* RFC (con homoclave)* y Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*; [*Solo cuando cuente con ellos], así como Datos relativos a Información Médica respecto del Estado de Salud de la persona a ser asegurada, incluyendo hábitos personales, actividades físicas o deportivas, aficiones o pasatiempos, considerados como sensibles según la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. 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 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: Octubre 28, 2013.

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.