

RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO PERSONA FÍSICA

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO

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

Fecha de Nacimiento	Género
---------------------	--------

Día ____ Mes ____ Año ____ FEMENINO MASCULINO

SECCIÓN 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 él)
--	--------------------	--------------	--

¿Tiene alguna otra nacionalidad y/o residencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tributa en otro país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
---	--

En caso afirmativo. Especificar: _____ En caso afirmativo. Especificar: _____

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

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

Teléfono Particular	Correo Electrónico	RFC con Homoclave	CURP
---------------------	--------------------	-------------------	------

Teléfono Celular	Teléfono de Oficina
------------------	---------------------

SECCIÓN III. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Número(s) de póliza(s)	Fecha del Siniestro	Causa del siniestro
------------------------	---------------------	---------------------

1- _____ Día ____ Mes ____ Año ____

2- _____ Tipo de siniestro

3- _____

4- _____

5- _____ Fallecimiento Muerte Accidental Intervención Quirúrgica Retiro Graves Enfermedades

6- _____ Invalidez Pérdidas Orgánicas ¿Cuál?(es) _____ Cáncer

7- _____ Anticipo por Enfermedad Terminal ¿Qué porcentaje se solicita? ____ % Cobertura Descendientes

8- _____ Otros: Especifique: _____ Cobertura Conyugal RDXH

Si la reclamación es por fallecimiento y el asegurado contaba con pólizas de seguro de vida con otras compañías favor de indicar el nombre de las compañías y suma asegurada.

Nombre de la Compañía	Suma Asegurada
-----------------------	----------------

SECCIÓN IV. DATOS DEL SOLICITANTE (SI EL SOLICITANTE ES EL ASEGURADO NO LLENAR ESTA SECCIÓN)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento
------------------	------------------	-----------	---------------------

Día ____ Mes ____ Año ____

País de Nacimiento	Nacionalidad	Género	Parentesco con el Asegurado
--------------------	--------------	--------	-----------------------------

FEMENINO MASCULINO

¿Tiene alguna otra nacionalidad y/o residencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tributa en otro país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
---	--

En caso afirmativo, especificar: _____ En caso afirmativo, especificar: _____

Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio	RFC con Homoclave
--	-------------------

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

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

Teléfono Particular	Teléfono Celular	Teléfono de Oficina	Correo Electrónico
---------------------	------------------	---------------------	--------------------

SECCIÓN 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
---------------------	--------------------	--------------

Día ____ Mes ____ Año ____

¿Tiene alguna otra nacionalidad y/o residencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tributa en otro país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
---	--

En caso afirmativo, especificar: _____ En caso afirmativo, especificar: _____

RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO PERSONA FÍSICA / INFORMACIÓN SOLICITANTE PERSONA FÍSICA

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.

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

Alcaldía, 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 cual, 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 en 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

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 sustituirá el más amplio finiquito que en derecho proceda a 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.

SECCIÓN VI. DATOS ADICIONALES DE LA ENTREVISTA PERSONAL DEL CLIENTE

Además de los Datos de Identidad proporcionados en la Secciones I y IV de este formato, el Cliente declara lo siguiente información complementaria del solicitante de pago de suma asegurada y/o en su caso del contratante de póliza PAGA:

¿Cuenta con firma electrónica avanzada? No Si En caso afirmativo favor de indicar el número de serie: _____

¿Desempeñó, desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en México? NO SI

En caso afirmativo especificar:

Cargo Dependencia

¿Desempeñó, desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el extranjero? NO SI

En caso afirmativo especificar:

Cargo Dependencia País extranjero

¿Algún pariente cercano desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en México o en el extranjero? NO SI

En caso afirmativo especificar:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)

Cargo Dependencia País extranjero (en su caso) Parentesco

Responder sólo si es Persona Física con Actividad Empresarial:

¿Tiene Usted vínculos comerciales en o con entidades en países considerados de alto riesgo (enunciativamente: Irán, República Democrática de Corea, Nicaragua, Panamá, Jamaica, Albania, Barbados, Haití, Islas Caimán, Siria, Turquía; Emiratos Árabes, Yemen)? No Si En caso afirmativo, favor de precisar el país: _____

¿Actúa usted por cuenta propia? NO SI

En caso negativo, favor de especificar a favor de quien se actúa: SE ACTÚA A FAVOR DE: (Precisar nombre de la persona a favor de quien actúa y especificar el tipo de relación o vínculo con la misma)

¿En qué entidad federativa nació? _____ Si nació en país extranjero, favor de indicar la población o estado en que nació: _____

AUTOCERTIFICACIÓN Y DECLARACIÓN FIRMADA

Declaro BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que la información manifestada y proporcionada a SEGUROS ARGOS, S.A. DE C.V. es real y cierta, obligándome a notificarle de manera inmediata cualquier cambio de circunstancias o corrección respecto de la misma. Asimismo, reconozco y manifiesto que, para la celebración de la operación referida en esta Solicitud, así como para la contratación, en su caso, de la póliza PAGA, actúo: a mi nombre y por cuenta propia / a nombre o por cuenta de un tercero denominado _____, con quien mantengo una relación o vínculo de _____.

Asimismo, manifiesto que los recursos o fondos que se utilicen o se lleguen a utilizar en operaciones vinculadas con la póliza PAGA, en su caso, solicitada, provienen de la ocupación, profesión, actividad o giro del negocio manifestado en este documento.

