





SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL

CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA GRUPO TEMPORAL A UN AÑO RENOVABLE

Por el presente se certifica que el Asegurado está amparado por la póliza de Seguro de Vida Grupo que el Contratante ha tomado con Seguros Argos, S.A. de C.V., de acuerdo con lo siguiente:

DOMICILIO PARTICULAF	R DEL ASEGURADO Calle, Avenida o Vía, Núi (Exterior e Interior)	mero	Co	olonia o Urbanización
Alcaldía, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal	Teléfono Particular
CURP	F	RFC con Homoclave		Correo Electrónico
El presente Consentimiento del DATOS DE LA PÓLIZA	berá ser escrito con claridad	por el propio Asegurado	D.	
Inicio de Vigencia: Día -	01 Mes 01 Año 2025	Fin de Vigencia: Día _	31_Mes <u>12</u> Año	2025
	de Ingreso FOVISSSTE _Mes Año	Área de Ac		No. de Empleado
No. de Póliza	SIEMPRE Y CUANDO SE REI	ELF.IF EL DESCUENTO F	N RECIBO DE PAGO	POR POTENCIACIÓN
DATOS DEL ASEGURAD		LEGE EL BEGGGENTO I	IN NEOLDO DE L'ACC	TORT OTEROLATION
Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombre (s)	
Fecha de Nacimiento Día MesAño COBERTURAS	Género ☐Femenino ☐ Masculir			Nacionalidad
BASICA POR FALLECIMIENTO MUERTE ACCIDENTAL COLEC	TIVA	PAGO ANTIC SUICIDIO	IPADO DE SUMA ASI	EGURADA POR INVALIDEZ
DESIGNACION DE BENE				
Nom	bre completo		Parentesco	Porcentaje
Avertencias: En el caso de quedad como representante de porque las legislaciones civile u otros cargos similares y no edesignación que se hiciera de de ellos, legalmente puede immoral, pues la designación que disponer de la Suma Asegura Declaraciones y Consentimo protección que la póliza de Se el tratamiento de sus respective encuentran en formato adjunte	los menores para efecto es previenen la forma en que consideran al contrato de se un mayor de edad como replicar que se nombra beneva e se hace de beneficiarios da. ientos: Mientras el asegur guro de Grupo de Vida le ot vos datos personales, en té	de que, en su represe le debe designarse tuto eguro como un instrum epresentante de menor ficiario al mayor de eda en un contrato de seguado cumpla con la definorga. El Contratante y eminos de la Ley vigen	ntación cobre la in pres, albaceas, represon adecuado par es beneficiarios, de ed, quien en todo ca uro le concede el de nición de Grupo As el Asegurado otorga	demnización. Lo anterio resentantes de herederos a tales designaciones. La urante la minoría de edadaso tendría una obligación erecho incondicionado de egurable, gozará de la an su consentimiento para
Sello de Recepción de	Lugar v fed	cha de Elaboración	F	irma del Asegurado

Recursos Humanos









CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO DE SEGURO DE VIDA GRUPO TEMPORAL A UN AÑO RENOVABLE

D^{Λ}	POTA	DEI	COM	TDAT	ANTF
IJ₽	มเบล	UEL	CUN	IKAL	

Denominación o Razón Social Giro Mercantil, Actividad u Objeto Social COMISION EJECUTIVA DEL FOVISSSTE Nacionalidad R.F.C. con Homoclave CEF721226EH7 Calle, Avenida o Vía Colonia o Urbanización Ciudad o Población País de Origen Número (Exterior e Interior) SAN JOSE INSURGENTES CALLE MIGUEL NOREÑA 28 S/N Alcaldía, Municipio o Demarcación Política Entidad Federativa Código Postal Estado **BENITO JUAREZ** CIUDAD DE MEXICO 03900 Correo Electrónico Teléfono 1 Teléfono 2

DATOS	DESCRIPCIÓN
Razón Social	No use abreviaciones al escribir el nombre de la Empresa, Gobierno Federal, de los Estados o de los Municipios.
Domicilio	No use abreviaciones al escribir dirección completa del Contratante.
Número de Póliza	Para uso exclusivo del Contratante.
Fecha de Ingreso a la Empresa	Día, mes y año en el que el Solicitante presta sus servicios con contrato de trabajo (para uso exclusivo del Contratante).
Alta Solicitada a partir del Nombre del Asegurado	Fecha a partir de la cual el Solicitante quedará asegurado en Seguros Argos, S.A. de C.V. No use abreviaturas al escribir su nombre.
R.F.C. o CURP	Escriba su Registro Federal de Contribuyentes o su Clave Única de Registro de Población.
Fecha de Nacimiento	Día, mes y año en el que nació.
Género	Marque con una cruz el que corresponda.
Estado Civil	Marque con una cruz el que corresponda.
Designación de Beneficiarios	Escriba los nombres completos de la persona o las personas que quiera dejar como beneficiarios del seguro, la cantidad o porcentaje que quiera dejarles, así como beneficiarios sustitutos.
Lugar y Fecha	Cítese la localidad y fecha en donde fue elaborado este Consentimiento.
Firma del Representante Legal	Deberá firmar aquella persona que sea el Representante Legal del Contratante.
Firma del Asegurado	Estampe su firma para otorgar su consentimiento para ser asegurado en esta póliza.

Las Condiciones Generales de la presente póliza, le serán entregadas en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la contratación, adicional a estás si así usted lo desea podrá consultarlas y/o descargarlas en nuestra página web www.segurosargos.com en el apartado condiciones generales; en donde podrá consultar las exclusiones y limitaciones del producto así como un anexo de abreviaturas de uso no común.

Usted podrá consultar en el apartado Condiciones Generales de nuestra página web www.segurosargos.com las exclusiones y limitaciones del producto, así como un anexo de abreviaturas de uso no común.

Datos de la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía: Titular: Lic. Mario Alfredo Troncoso López, Correo Electrónico: mtroncoso@segurosargos.com, Suplente: Silvia Isabel Arévalo Osuna, Correo Electrónico: sarevalo@segurosargos.com, Teléfono: 55 1500 6326 Dirección: Tecoyotitla número 412, Colonia Ex-Hacienda de Guadalupe, Chimalistac, CP. 01050, Ciudad de México.