seguros ARGOS

ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO | FOVISSSTE FONDO DE LA VIVIENDA DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

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 PARTICULAR DEL ASEGURADO

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

Alcaldía, Municipio o Demarcación Política | Entidad Federativa | Estado | Código Postal | Teléfono Particular

CURP | RFC con Homoclave | Correo Electrónico

El presente Consentimiento deberá ser escrito con claridad por el propio Asegurado.

DATOS DE LA PÓLIZA

Inicio de Vigencia: Día 01 Mes 01 Año 2026 Fin de Vigencia: Día 31 Mes 12 Año 2026

No. de Póliza G040210002461 | Fecha de Ingreso FOVISSSTE Día ____ Mes ____ Año ____ | Área de Adscripción | No. de Empleado

No. de Póliza G040210002471 **APLICA SIEMPRE Y CUANDO SE REFLEJE EL DESCUENTO EN RECIBO DE PAGO POR POTENCIACIÓN**

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre (s)

Fecha de Nacimiento Día ____ Mes ____ Año ____ | Género ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro | Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado | Nacionalidad

COBERTURAS

BASICA POR FALLECIMIENTO
MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA
PAGO ANTICIPADO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ
SUICIDIO

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

Avertencias: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe de 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 debe 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 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.

Declaraciones y Consentimientos: Mientras el asegurado cumpla con la definición de Grupo Asegurable, gozará de la protección que la póliza de Seguro de Grupo de Vida le otorga. El Contratante y el Asegurado otorgan su consentimiento para el tratamiento de sus respectivos datos personales, en términos de la Ley vigente y del Aviso y política de Privacidad que se encuentran en formato adjunto y disponibles www.segurosargos.com

24/11/2026

Sello de Recepción de Recursos Humanos | Lugar y fecha de Elaboración | Firma del Asegurado

SEGURO DE VIDA INSTITUCIONAL

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

DATOS DEL CONTRATANTE

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	Número (Exterior e Interior)	Colonia o Urbanización	Ciudad o Población	País de Origen
CALLE MIGUEL NOREÑA 28	S/N	SAN JOSE INSURGENTES		

Alcaldía, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal
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	Fecha a partir de la cual el Solicitante quedará asegurado en Seguros Argos, S.A. de C.V.
Nombre del Asegurado	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.