

**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 G040210002381	Fecha de Ingreso ISSSTE Día ____ Mes ____ Año ____	Área de Adscripción	No. de Empleado
--------------------------------	---	---------------------	-----------------

No. de Póliza G040210002391	<b>APLICA SIEMPRE Y CUANDO SE REFLEJE EL DESCUENTO EN RECIBO DE PAGO POR POTENCIACIÓN</b>
--------------------------------	---

**DATOS DEL ASEGURADO**

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Fecha de Nacimiento

Género

Estado Civil

Nacionalidad

Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

Femenino  Masculino  Otro  Soltero  Casado

**COBERTURAS**

BÁSICA POR FALLECIMIENTO

PAGO ANTICIPADO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ  
SUICIDIO

MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA

**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](http://www.segurosargos.com)

Sello de Recepción de  
Recursos Humanos

Lugar y fecha de Elaboración

Firma del Asegurado

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

## DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación o Razón Social INST. DE SEG. Y SERV. SOC. DE LOS TRABAJADORES DEL EDO.		Giro Mercantil, Actividad u Objeto Social		
Calle, Avenida o Vía RIO RHIN NO.3 INT. PISO 10		Nacionalidad	R.F.C. con Homoclave ISS6001015A3	
Alcaldía, Municipio o Demarcación Política CUAUHTEMOC		Número (Exterior e Interior) S/N	Colonia o Urbanización CUAUHTEMOC	Ciudad o Población CIUDAD DE MEXICO
Correo Electrónico		Entidad Federativa	Estado CIUDAD DE MEXICO	País de Origen Código Postal 06500
			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.
R.F.C. o CURP	No use abreviaturas al escribir su nombre.
Fecha de Nacimiento	Escriba su Registro Federal de Contribuyentes o su Clave Única de Registro de Población.
Género	Día, mes y año en el que nació.
Estado Civil	Marque con una cruz el que corresponda.
Designación de Beneficiarios	Marque con una cruz el que corresponda.
Lugar y Fecha	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.
Firma del Representante Legal	Cítese la localidad y fecha en donde fue elaborado este Consentimiento.
Firma del Asegurado	Deberá firmar aquella persona que sea el Representante Legal del Contratante.
	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 estas si así usted lo desea podrá consultarlas y/o descargarlas en nuestra página web [www.segurosargos.com](http://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](http://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](mailto:mtroncoso@segurosargos.com), Suplente: Silvia Isabel Arévalo Osuna, Correo Electrónico: [sarevalo@segurosargos.com](mailto:sarevalo@segurosargos.com), Teléfono: 55 1500 6326 Dirección: Tecoyotitla número 412, Colonia Ex-Hacienda de Guadalupe, Chimalistac, CP. 01050, Ciudad de México.