

DOMICILIO PARTICULAR DEL ASEGURADO



## 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:

	Calle, Avenida o Vía, Número (Exterior e Interior)		Colonia o Urbanización		
Alcaldía, Municipi Demarcación Pol		Estado	Código Postal	Teléfono Particular	
CU	RP	RFC con Homoclave	Correo Electrónico		
DATOS DE LA PÓ	niento deberá ser escrito con clario P <b>LIZA</b> cia: Día <u>01</u> Mes <u>01</u> Año 20			<u> 2025</u>	
No. de Póliza G040210002380	Fecha de Ingreso ISSSTE DíaMesAño	Área de Adscripción No. de Emp		No. de Empleado	
No. de Póliza G040210002390	APLICA SIEMPRE Y CUANDO SE	REFLEJE EL DESCUENTO	EN RECIBO DE PAGO	POR POTENCIACIÓN	
DATOS DEL ASEC	GURADO				

Apellido Materno

Género

## Día\_\_\_\_ Mes\_\_\_\_Año \_ COBERTURAS

BASICA POR FALLECIMIENTO MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA

**DESIGNACION DE BENEFICIARIOS** 

Apellido Paterno

Fecha de Nacimiento

PAGO ANTICIPADO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ

Nacionalidad

Nombre (s)

SUICIDIO

Estado Civil

## Nombre completo Parentesco Porcentaje

Femenino Masculino Otro Soltero Casado

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

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



Firma del Asegurado



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

DATOS DEL CONTRATANT  Denominación o INST. DE SEG. Y SERV. SOC. DE LO	Giro Mercantil, Actividad u Objeto Social					
	Nacionalidad		R.F.C. con Homoclave ISS6001015A3			
Calle, Avenida o Vía	Número (Exterior e Interior)	Colonia o	Urbanización	Ciudad o Pob	lación	País de Origen
RIO RHIN NO.3 INT. PISO 10	S/N	CUAUHTEMOC				
Alcaldía, Municipio o Demarcación Política Entidad Federativa CUAUHTEMOC			Estado CIUDAD DE MEXICO		Código Postal 06500	
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.

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.

Estampe su firma para otorgar su consentimiento para ser asegurado en esta póliza.

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.