

DATOS PERSONALES DE BENEFICIARIOS

Le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta.
No será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados

Beneficiario 1: El cliente declara que el domicilio del Beneficiario designado es el mismo que él ha señalado para sí mismo.

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	% Participación
NOMBRE COMPLETO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO	PARTICIPACION DE 1 AL 100%
Fecha de Nacimiento	Calle, Avenida o Vía y Número (Interior y Exterior)	Colonia o Urbanización		
Día ___ Mes ___ Año ___	CALLE CON NUMERO EXTERIOR E INTERIOR	COLONIA		
Ciudad o Población	Alcaldía, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal
CIUDAD	DELEGACION O MUNICIPIO	EDO.	CODIGO POSTAL	

Beneficiario 2: El cliente declara que el domicilio del Beneficiario designado es el mismo que él ha señalado para sí mismo.

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	% Participación
Fecha de Nacimiento	Calle, Avenida o Vía y Número (Interior y Exterior)	Colonia o Urbanización		
Día ___ Mes ___ Año ___	Alcaldía, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal

DATOS OBLIGATORIOS POR BENEFICIARIO

Beneficiario 3: El cliente declara que el domicilio del Beneficiario designado es el mismo que él ha señalado para sí mismo.

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	% Participación
Fecha de Nacimiento	Calle, Avenida o Vía y Número (Exterior e Interior)	Colonia o Urbanización		
Día ___ Mes ___ Año ___	Alcaldía, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal

Beneficiario 4: El cliente declara que el domicilio del Beneficiario designado es el mismo que él ha señalado para sí mismo.

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	% Participación
Fecha de Nacimiento	Calle, Avenida o Vía y Número (Interior y Exterior)	Colonia o Urbanización		
Día ___ Mes ___ Año ___	Alcaldía, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal

AVISO DE PRIVACIDAD

He leído y entendido el Aviso de Privacidad contenido en la hoja 2 de este formato, en el entendido que dicha información y sus actualizaciones se encuentran también disponibles en la página web www.segurosargos.com

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo dispuesto por los artículos 8, 9, 10 y demás relativos y aplicables de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de Particulares, el(la) suscrito(a) solicitante, otorgo mi consentimiento expreso a Seguros Argos, S.A. de C.V. para el tratamiento y transferencia de los Datos Personales, incluyendo aquellos considerados como sensibles, que le he proporcionado en la presente Solicitud. Asimismo, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 15, 16, 17, 18 y demás relativos y aplicables de la citada Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, reconozco y manifiesto que Seguros Argos, S.A. de C.V. ha puesto a disposición del(la) suscrito(a) y/o al Titular de los Datos Personales referidos en mi solicitud, su Política y Aviso de Privacidad, visible en su página web www.segurosargos.com; y quedo enterado(a) que las modificaciones que se lleguen a realizar a los citados documentos de privacidad estarán disponibles en dicha página web.

LUGAR Y FECHA DONDE SE FIRMA

Lugar y Fecha

FIRMA DEL TRABAJADOR

(IDENTICA A SU INE VIGENTE)

Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de enero de 2013 con el número CGEN-S0060-0064-2013

CONSENTIMIENTO SEGURO DE VIDA GRUPO TEMPORAL A UN AÑO RENOVABLE

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.

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 a lo siguiente:

DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación o Razón Social		Giro Mercantil, Actividad u Objeto Social	
País de Origen	Nacionalidad	RFC con Homoclave / N° Identificación Fiscal	
DOMICILIO			
Calle, Avenida o Vía	Número (Exterior e Interior)	Colonia o Urbanización	Ciudad o Población
Alcaldía, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal
Correo Electrónico	Teléfono Particular	Fecha de Constitución	Folio Mercantil

DATOS DE LA PÓLIZA (Para ser llenado por el Agente) Inicio de Vigencia: _____ Fin de Vigencia: _____

Número de Póliza	Fecha de Ingreso a la Empresa	Alta Solicitada a partir del	Subgrupo No.
	Día Mes Año	Día Mes Año	
Adscripción	No. de Certificado	Regla para determinar la Suma Asegurada	



DATOS DEL ASEGURADO		DATOS DEL TRABAJADOR	
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES (sin abreviaturas)	
Fecha de Nacimiento	Género	Estado Civil	
Día 00 Mes 00 Año 00	<input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO	<input checked="" type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input checked="" type="checkbox"/> CASADO(A)	
R.F.C. con Homoclave	CURP	País de Nacimiento	Nacionalidad
RFC (con o sin homoclave)	CURP COMPLETO	MEXICO	MEXICANA
Firma Electrónica Avanzada	No. de Certificado		
Ocupación Actual	Puesto	Sueldo Mensual	
OPCIONAL	OPCIONAL	OPCIONAL	
¿En qué consisten sus labores?			
OPCIONAL			

DOMICILIO PARTICULAR

Calle, Avenida o Vía	Número (Exterior e Interior)	Colonia o Urbanización	
NOMBRE DE CALLE	NO. #	COLONIA	
Ciudad o Población	Alcaldía, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	
CIUDAD	MUNICIPIO O DELEGACION		
Estado	Código Postal	Correo Electrónico	Teléfono Particular
ESTADO	CODIGO POSTAL	herederos@herederos.com.mx	(00) 000 000 00

FAMILIARES CUBIERTOS POR LA COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS (en caso de tenerla contratada):

El Asegurado declara que el domicilio del beneficiario designado es el mismo que él ha señalado para sí mismo.

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	% Participación
Fecha de Nacimiento	Calle, Avenida o Vía y Número (Exterior e Interior)		Colonia o Urbanización	
Día Mes Año				
Ciudad o Población	Alcaldía, Mpio. o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal

NO APLICA

*Si requiere asignar más de un Beneficiario deberá anexar el formato de DATOS PERSONALES DE BENEFICIARIOS.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Advertencias: En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe 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 deben 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 solo 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.

DATOS DEL PRIMER BENEFICIARIO

El Asegurado declara que el domicilio del beneficiario designado es el mismo que él ha señalado para sí mismo.

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco	% Participación
NOMBRE COMPLETO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PARENTESCO	PARTICIPACION
Fecha de Nacimiento	Calle, Avenida o Vía y Número (Exterior e Interior)		Colonia o Urbanización	
Día 00 Mes 00 Año 00	CALLE CON NO. EXTERIOR E INTERIOR (EN SU CASO)		COLONIA	
Ciudad o Población	Alcaldía, Mpio. o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal
CIUDAD	DELEGACION O MUNICIPIO		EDO.	CODIGO POSTAL

*Si requiere asignar más de un Beneficiario deberá anexar el formato de DATOS PERSONALES DE BENEFICIARIOS.

OBSERVACIONES
Mientras el Asegurado cumpla con la definición de Grupo o Colectivo Asegurable, gozará de la protección que la póliza de Seguro de Grupo o Colectivo de Vida le otorga.

AUTOCERTIFICACIÓN
Declaro BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que la información manifestada a SEGUROS ARGOS S.A. DE C.V. es real y cierta, obligándome a notificar de manera inmediata cualquier cambio de circunstancias o corrección respecto de mis datos.

AVISO DE PRIVACIDAD

He leído el aviso de privacidad señalado en la hoja 2 de este formato y tengo conocimiento que para mayor información podré consultar el mismo y sus actualizaciones en la página web www.segurosargos.com

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo dispuesto por los artículos 8, 9, 10 y demás relativos y aplicables de la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de Particulares, el(a) suscrito(a) solicitante, otorgo mi consentimiento expreso a Seguros Argos, S.A. de C.V. para el tratamiento y transferencia de los Datos Personales, incluyendo aquellos considerados como sensibles, que le he proporcionado en la presente Solicitud. Asimismo, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 15, 16, 17, 18 y demás relativos y aplicables de la citada Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, reconozco y manifiesto que Seguros Argos, S.A. de C.V. ha puesto a disposición del(a) suscrito(a) y/o al Titular de los Datos Personales referidos en mi solicitud, su Política y Aviso de Privacidad, visible en su página web www.segurosargos.com; y quedo enterado(a) que las modificaciones que se lleguen a realizar a los citados documentos de privacidad estarán disponibles en dicha página web.

LUGAR Y FECHA DONDE SE FIRMA	FIRMA DEL REPRESENTANTE SINDICAL	FIRMA DEL TRABAJADOR
Lugar y Fecha	Firma del Representante Legal del Contratante	(IDENTICA A LA FIRMA DEL INE VIGENTE) Firma del Asegurado