

SOLICITUD DE REHABILITACIÓN

Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras o si falta alguno de los datos solicitados o la firma del Asegurado.

SECCIÓN I. DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
País de Nacimiento	Nacionalidad	Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio
Fecha de Nacimiento	Teléfono Particular	Teléfono de Oficina
Número de serie del certificado Digital de la FEA (Anotar solo si cuenta con él)		
Día _____ Mes _____ Año _____	CURP	RFC con Homoclave
Correo Electrónico		

DIRECCIÓN DEL ASEGURADO (EN CASO DE HABER CAMBIADO DESDE SU CONTRATACIÓN)

Calle, Avenida o Vía	Número (Interior y Exterior)	Colonia o Urbanización	Ciudad o Población
Alcaldía, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal

SECCIÓN II. CUESTIONARIO MÉDICO

En caso de respuestas afirmativas, dar detalles en los cuadros siguientes:	Nombre de las enfermedades, estudios o tratamientos	Fecha en que las sufrió o se le practicaron	Condición Actual
¿Ingiere bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
1. ¿Padece actualmente alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
2. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
3. ¿Padece o ha padecido enfermedades del corazón?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
4. ¿Padece o ha padecido cáncer o tumores?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
5. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad que haya requerido de más de 2 meses de tratamiento o haya requerido de tratamiento continuo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
6. ¿Padece o ha padecido diabetes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
7. ¿Padece o ha padecido de presión arterial alta?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
8. ¿Padece o ha padecido enfermedades infecciosas como hepatitis o SIDA?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
9. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Detallar: _____	_____
10. ¿Sufre de alguna invalidez o ha sufrido algún padecimiento que lo haya invalidado o incapacitado por un periodo mayor a 3 meses?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
11. Si es mujer, ¿está embarazada actualmente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiempo de Embarazo: _____	_____
12. Estatura _____ Mts. / Peso _____ Kgs.			

Contestar SI o NO en el espacio. Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades: (En caso de contratar la COBERTURA CONYUGAL Y/O COBERTURA DE DESCENDIENTES, la respuesta debe ser en relación a la salud del cónyuge y/o de los dependientes.)

_____ Diabetes	_____ Enfermedad Mental y/o del Cerebro _____ Cáncer o Tumores Malignos	_____ Alcoholismo y/o utiliza Drogas y/o Enervantes
_____ Infartos y/o Enfermedades del Corazón	_____ Insuficiencia Renal	Ha sufrido o sufre algún padecimiento que lo haya invalidado o incapacitado por un periodo mayor a 3 meses Cantidad Frecuencia
_____ Enfermedades del Hígado	_____ Hipertensión Arterial	
_____ Enfisema y/o Fibrosis Pulmonar	_____ SIDA	
Hábitos	Tipo	

¿Usa o ha usado drogas o estimulantes? Si No Nota: Anexar copia de identificación oficial con firma.
Le informamos que los datos aquí señalados serán registrados para la actualización de su póliza.

AVISO DE PRIVACIDAD

Para mayor información respecto de nuestro aviso de privacidad consulte el reverso de este formato o visite 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 y financieros, 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

Firma del Asegurado

SOLICITUD DE REHABILITACIÓN

AVISO DE PRIVACIDAD

A. IDENTIDAD Y DOMICILIO. Seguros Argos, S.A. de C.V. (en lo sucesivo "SEGUROS ARGOS") es una Institución de Seguros legalmente constituida y existente de conformidad con la legislación vigente en México, con domicilio en Tecoyotitla No. 412, Colonia Ex-Hacienda De Guadalupe Chimalistac, C.P. 01050, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México. **B. DATOS QUE NOS PROPORCIONAN.** Para que nuestros Clientes o Usuarios puedan tener acceso a los productos o servicios de SEGUROS ARGOS, éstos nos proporcionan en forma voluntaria sus Datos Personales siguientes: Nombre Completo, Edad o Fecha de Nacimiento, País de Nacimiento, Nacionalidad, Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio, Domicilio Particular en su lugar de residencia, Teléfono, Correo Electrónico, CURP, RFC (con Homoclave) y Número de Serie del Certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada*, Fotografía**, preferencias, hábitos, sexo, declaraciones relativas a su Estado de Salud, así como aquellos que se especifican en la Política de Privacidad de SEGUROS ARGOS (visible en su página web www.segurosargos.com) de conformidad con lo dispuesto por los artículos 1, 5, 7, 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguros y demás ordenamientos legales relativos y aplicables a la operación de las Compañías de Seguros en México. La información que proporcionan y se recaba de nuestros Clientes o Usuarios se hace únicamente a través de medios legales y legítimos. *Sólo en caso de contar con ellos. / ** Sólo en caso de que acuda a nuestras instalaciones y en caso de que le sea requerido expresamente como visitante. En caso de que nuestros Clientes o Usuarios utilicen como instrumento de pago de las primas de los contratos de seguro que celebre con SEGUROS ARGOS, con cargo a cuentas bancarias o tarjetas de crédito o débito, se recaba de éstos sus datos personales de carácter patrimonial o financieros que contienen, según corresponda, el número de cuenta bancaria, el número de la tarjeta de crédito o débito, la fecha de vencimiento, número o código de seguridad de la tarjeta de crédito o débito y, en su caso, fotografía de la tarjeta de crédito o débito correspondiente o asociada al pago de la prima. En los casos en que soliciten como instrumento de pago de las primas de los contratos de seguros celebrados con SEGUROS ARGOS, el descuento a su nómina, deben proporcionar sus datos personales de carácter patrimonial o financiero que contienen: importe de su salario y su número de empleo o dato que lo identifique ante su patrón o pagador de nómina, para que se le realice el descuento correspondiente. **C. CONFIDENCIALIDAD Y FINES DE USO DE LOS DATOS PERSONALES DE NUESTROS CLIENTES.** Los Datos Personales, incluyendo los Datos Sensibles a que se refiere la Ley Federal de Protección de Datos Personales en posesión de particulares, que nos proporcionan nuestros Clientes o Usuarios en forma voluntaria, ya sea en forma física, electrónica o por cualquier otro medio, son tratados y guardados en forma confidencial. Asimismo, a través de medios tecnológicos y de procedimientos internos de protección, SEGUROS ARGOS realiza constantemente su mejor esfuerzo para mantener la seguridad de los Datos Personales que sus Clientes y Usuarios le proporcionan, a fin de evitar el acceso no autorizado a los mismos. Los Datos Personales que Argos recaba de sus Clientes se utilizan en y para la realización de actividades lícitas e inherentes a su naturaleza y objeto social. En ese sentido, Argos utiliza los Datos Personales de sus Clientes para: 1. Evaluar y, en su caso, aceptar el riesgo que se propone a Argos, para la celebración del contrato de seguro; 2. Realizar la cobranza de la(s) prima(s) correspondientes a la(s) póliza(s) de seguro que se contrate(n); 3. Llevar a cabo la emisión y entrega de la póliza de seguro que corresponda, endosos y certificados individuales (según el tipo de seguro de que se trate), ya sea en forma física, electrónica o digital, o por cualquier otro medio lícito; 4. Atender las solicitudes de servicios a pólizas como puede ser: Incremento de Suma Asegurada, Cambio de Beneficiarios, Rectificaciones a que se refiere el artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, entre otros; 5. Actualizar su información para proporcionarle debidamente los servicios y/o pólizas contratadas con Argos, para realizar aclaraciones respecto de dichos servicios y/o pólizas, así como para verificar su identidad; 6. Atender las consultas, cancelaciones de servicios o pólizas y/o aclaraciones que los Clientes realicen, vía telefónica, a través del Centro de Atención Telefónica (CAT) de Argos; 7. Atender las cancelaciones de servicios o pólizas, consultas y/o aclaraciones que los Clientes realicen directamente en las Oficinas de Argos y/o en forma directa pero a través de las Oficinas de sus Agentes y Promotores de Seguros; 8. Facilitar, coordinar o canalizar para que se le brinden servicios operados por terceros, que se integran o vinculan a una póliza de seguro como lo son: Membresías de Salud, Asesoría Legal, Asistencia en caso de Repatriación, 9. Para la emisión de comprobantes fiscales digitales a nombre de nuestros clientes, de conformidad con la legislación fiscal vigente, y en general para el cumplimiento de las obligaciones fiscales establecidas en la legislación fiscal vigente en México, 10. Para poder realizar notificaciones a asegurados, beneficiarios y cualquier otra persona que deba recibir comunicados por parte de SEGUROS ARGOS, a través de fedatario público, SEPOMEX o cualquier otro medio o servicio de mensajería, comunicación o transmisión de información, así como para visitarlo en su domicilio para la entrega de certificados, pólizas de seguro y/o cualquier otra documentación relacionada con el servicio de aseguramiento que ARGOS le proporcione, 11. Para que su agente de seguros lo contacte para brindarle información o algún servicio relacionado con su póliza de seguro, así como para que, en su caso, el agente de seguros realice la cobranza de su póliza a través de tarjeta de crédito o de débito, 12. Si su mecanismo de pago es vía descuento por nómina, para evaluar su capacidad de descuento y pago, 13. Para asignarle y comunicarle, en su caso, un número de identificación personal (NIP) y 14. Para todos los demás fines previstos en nuestro Aviso de Privacidad visible en la página web www.segurosargos.com. **D. TRANSFERENCIA DE DATOS.** Los datos personales de Clientes y Usuarios se podrán transferir a terceros para (a) cumplir con las disposiciones legales vigentes; (b) en acatamiento a mandamiento u orden judicial, (c) siempre que sea necesario para la operación y funcionamiento y/o para ejercer algún derecho o cumplir con alguna obligación de SEGUROS ARGOS, aun cuando ello implique transferir datos de carácter sensible o patrimonial, (d) para poder realizar notificaciones a asegurados, beneficiarios y cualquier otra persona que deba recibir de parte de SEGUROS ARGOS información o comunicados, a través de fedatarios públicos, SEPOMEX o cualquier otro medio o servicio de mensajería, comunicación o transmisión de información, así como para visitarlo en su domicilio para la entrega de certificados, pólizas de seguro y/o cualquier otra documentación relacionada con el servicio de aseguramiento que ARGOS le proporcione, (e) para que se le proporcionen los servicios de asistencia y/o membresías de servicios de terceros que se otorgan en forma adicional y adjunta a la póliza de seguro que contratan nuestros Clientes y (f) para todos los demás fines de transferencia señalados en el Aviso y en la Política de Privacidad disponibles en la página web www.segurosargos.com. En caso de transferencia de los datos personales, ésta siempre se llevará a cabo a través de figuras e instrumentos legales que brinden el nivel de protección y medidas de seguridad adecuados para dichos datos. Si usted no manifiesta su oposición para que sus datos personales sean transferidos, se entenderá que ha otorgado su consentimiento para ello. **E. EJERCICIO DE DERECHOS ARCO.** Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, a través de los procedimientos que hemos implementado. Para conocer dichos procedimientos, los requisitos y plazos, Usted puede consultar nuestra Política de Privacidad visible en la página web www.segurosargos.com y/o se puede poner en contacto con nuestra Oficina de Privacidad, a través del correo electrónico: oficinadeprivacidad@segurosargos.com. Asimismo, le informamos que sus Datos Personales Generales pueden ser transferidos y tratados, dentro de territorio nacional, por personas distintas a esta institución de seguros, para efectos de facilitar, coordinar o canalizar para que se le brinden servicios operados por terceros, que se integran o vinculan a una póliza de seguro como lo son: Membresías de Salud, Asesoría Legal, Asistencia en caso de Repatriación. Cualquier modificación a este Aviso de Privacidad y/o a la Política de Privacidad de esta Institución de Seguros podrá consultarla en nuestra página web www.segurosargos.com. Fecha última actualización: Noviembre 20, 2019. En caso de diferencias o inconformidades que surjan respecto de los derechos de nuestros Clientes y Usuarios a la protección de sus datos personales, éstos pueden interponer queja correspondiente ante el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), en términos de lo previsto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares. Para mayor información visite www.inai.org.mx