

# RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO PERSONA MORAL

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

### SECCIÓN I. INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Fecha de Nacimiento	Género
---------------------	--------

Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_  FEMENINO  MASCULINO

### SECCIÓN II. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADO

Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio	País de Nacimiento	Nacionalidad	Número de Serie del Certificado Digital FIEL (si se cuenta con él)
--	--------------------	--------------	--

Calle, Avenida o Vía	Número (Exterior e Interior)	Colonia o Urbanización	Ciudad o Población
----------------------	------------------------------	------------------------	--------------------

Alcaldía, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal
--	--------------------	--------	---------------

Teléfono Particular	Correo Electrónico	RFC con Homoclave	CURP
---------------------	--------------------	-------------------	------

Teléfono Celular	Teléfono de Oficina
------------------	---------------------

### SECCIÓN III. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Número(s) de póliza(s)	Fecha del siniestro	Causa del siniestro
------------------------	---------------------	---------------------

1- Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

2- Tipo de siniestro

3-  Fallecimiento  Muerte Accidental  Intervención Quirúrgica

4-  Retiro  Graves Enfermedades  Invalidez

5-  Pérdidas Orgánicas ¿Cuál?(es) \_\_\_\_\_

6-  Anticipo por Enfermedad Terminal ¿Qué porcentaje se solicita? \_\_\_\_ %

7-  Cobertura Conyugal  Cobertura Descendientes  Cáncer

8-  Otros: Especifique: \_\_\_\_\_

9- \_\_\_\_\_

10- \_\_\_\_\_

Si la reclamación es por fallecimiento y el asegurado contaba con pólizas de seguro de vida con otras compañías favor de indicar el nombre de las compañías y suma asegurada.

Nombre de la Compañía	Suma Asegurada
-----------------------	----------------

1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_

4- \_\_\_\_\_

5- \_\_\_\_\_

### 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](http://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 tarjeta s 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 empleado 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 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 la 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 y 13. Para todos los demás fines previstos en nuestro Aviso de Privacidad visible en la página web [www.segurosargos.com](http://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](http://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](http://www.segurosargos.com) y/o se puede poner en contacto con nuestra Oficina de Privacidad, a través del correo electrónico: [oficinadeprivacidad@segurosargos.com](mailto: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, 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 la 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 y 13. Para todos los demás fines previstos en nuestro Aviso de Privacidad visible en la página web [www.segurosargos.com](http://www.segurosargos.com). Fecha última actualización: Febrero 26, 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](http://www.inai.org.mx)

## RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO PERSONA MORAL / INFORMACIÓN SOLICITANTE PERSONA MORAL

### SECCIÓN I. DATOS DEL SOLICITANTE

Tratándose de Seguros de Grupo en los que el Contratante ha sido designado como Beneficiario en términos de lo dispuesto por el artículo 12 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades no será necesario volver a recabar del mismo toda la información y documentación a que se refiere la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas vigente, siempre y cuando se cuenten con todos los Datos y Documentos requeridos previo a la contratación del seguro, durante el Proceso de Identificación del Cliente, o bien, si existe algún cambio significativo en la Información y/o Documentación proporcionada por el Contratante. En caso de existir un cambio significativo en la información y/o documentación tales como: Cambio de Denominación, Cambio de Representante o Apoderado Legal, Cambios en su actividad, ocupación, profesión o giro del negocio, Modificación en el R.F.C., Cambio de Accionistas y principales Funcionarios, al momento de ocurrir el Siniestro, el Beneficiario deberá requisitar el presente Formato.

Denominación o Razón Social	Fecha de Constitución Día ____ Mes ____ Año ____	Giro Mercantil, Actividad y Objeto Social	
RFC con Homoclave	Folio Mercantil	Número de Serie del Certificado Digital FIEL (si se cuenta con él)	
Calle, Avenida o Vía	Número (Exterior e Interior)	Colonia o Urbanización	Ciudad o Población
Alcaldía, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal
Teléfono	Correo Electrónico		
Nombre Completo del Accionista Principal	Nacionalidad del Accionista Principal	% de participación en el capital social	
Nombre de 3 principales funcionarios		Cargo	
1- _____	_____	_____	
2- _____	_____	_____	
3- _____	_____	_____	

### SECCIÓN II. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL

#### DATOS DEL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Fecha de Nacimiento Día ____ Mes ____ Año ____	País de Nacimiento	Nacionalidad	Número de Serie del Certificado Digital FIEL (si se cuenta con él)
Calle, Avenida o Vía	Número (Exterior e Interior)	Colonia o Urbanización	Ciudad o Población
Alcaldía, Municipio o Demarcación Política	Entidad Federativa	Estado	Código Postal
Teléfono Particular	Teléfono Celular	Teléfono de Oficina	Correo Electrónico
Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio	Cargo	RFC con Homoclave	CURP

Acepto que el importe de la liquidación que me corresponde, derivado del pago de la Suma Asegurada amparada, me sea pagado a través de alguno de los medios siguientes:

**CHEQUE:** En los casos en el que el pago de la Suma Asegurada se realice a través de cheque, éste se expedirá para abono en cuenta del beneficiario. **TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA:** Depósito de la Suma Asegurada en la cuenta indicada por el beneficiario. **FAVOR DE SELECCIONAR LA FORMA A TRAVÉS DE LA CUAL SE REALIZARÁ EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA**

Cheque  Transferencia Electrónica

**EN EL CASO DE HABER SELECCIONADO TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA, FAVOR DE PROPORCIONAR LOS DATOS SIGUIENTES:**

Banco	Número de cuenta	Cuenta Clabe
-------	------------------	--------------

Acepto que el comprobante de depósito, o la constancia de recibido o cobro del cheque que conserve Seguros Argos, S.A. de C.V., según sea el caso, será la aceptación que la Suma Asegurada fue recibida a mi entera satisfacción, y en consecuencia constituirá el más amplio finiquito que en derecho proceda en favor de esa Aseguradora, por lo que no me reservo derecho o acción legal de ninguna especie que ejercitar en su contra. Y en caso de que hubiese un tercero con mejor derecho de recibir el pago, sacaré en paz y a salvo a Seguros Argos, S.A. de C.V., de cualquier reclamo al respecto.

#### OBLIGACIONES Y RESERVAS

Todos los campos requeridos en este documento son de llenado obligatorio de conformidad con lo dispuesto por la Ley Sobre el Contrato de Seguros y Artículo 492 y demás relativos y aplicables de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas. En caso de omitirse algún dato, Seguros Argos, S.A. de C.V. se reserva su derecho para requerirlo como parte de la evaluación de procedencia o no de la presente Solicitud.

#### 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](http://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 Representante o Apoderado Legal