



## Guía de llenado para Formato de Reclamación pago de siniestro Persona Física

PÓLIZA SEGURO COLECTIVO DE RETIRO SECRETARÍA DE SALUD



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

seguros  
**ARGOS**

Sección I. Información General del Asegurado, son datos generales llenado obligatorio.



seguros ARGOS

RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO PERSONA FÍSICA

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

SECCION I. INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO

|                     |                  |           |
|---------------------|------------------|-----------|
| Apellido Paterno    | Apellido Materno | Nombre(s) |
| Fecha de Nacimiento | Género           |           |
| DÍA    MES    AÑO   | FEMENINO         | MASCULINO |

Sección II. Información General del Asegurado, incluye ocupación y domicilio, llenado obligatorio



SECCION 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 el) |
| Calle, Avenida o Vía                               | Número (Interior y Exterior) | Colonia o Urbanización | Ciudad o Población   |
| Delegación, Municipio o Demarcación Política       | Entidad Federativa           | Estado                 | Código Postal  |
| Teléfono Particular                                | Correo Electrónico           | RFC con homoclave      | CURP   |
| Teléfono Celular                                   | Teléfono de Oficina          |                        |  |

Se debe capturar el mismo dato

Dato opcional

Si alguno de los datos de la sección II no se puede llenar se debe poner la leyenda “No tiene” o “No existe” dependiendo cuál sea el caso

## Sección II. Información del Siniestro, llenado obligatorio

**SECCION III. INFORMACION DEL SINIESTRO**

Número(s) de póliza(s)

Fecha del Siniestro: DÍA  MES  AÑO

Causa del siniestro

Tipo de siniestro:

Fallecimiento  Muerte Accidental  Intervención Quirúrgica

Retiro  Graves Enfermedades  Invalidez

Pérdidas Orgánicas  ¿Cuál?(es)

Anticipo por Enfermedad Terminal  ¿Qué porcentaje se solicita?  %

Cobertura Conyugal  Cobertura Descendientes  Cáncer

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

| Nombre de la Compañía  | Suma Asegurada       |
|------------------------|----------------------|
| 1 <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5 <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Se debe marcar como de trámite solicitado Retiro

Este apartado debe dejarse en blanco.

## Sección IV. Datos del solicitante

En esta sección deberá llenar los espacios de Apellido Paterno, Apellido Materno y Nombre(s).

| RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO   |     |                              |  |
|--|-----|------------------------------|--|
| INFORMACIÓN SOLICITANTE PERSONA FISICA   |     |                              |  |
| Este formato deberá ser llenado por cada uno de los beneficiarios y/o solicitantes. 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. |     |                              |  |
| SECCION IV. DATOS DEL SOLICITANTE (SI EL SOLICITANTE ES EL ASEGURADO NO LLENAR ESTA SECCION)   |     |                              |  |
| Apellido Paterno   |     | Apellido Materno             | Nombre(s)  |
| Fecha de Nacimiento  |     | Género                       | Parentesco con el Asegurado  |
| DÍA  | MES | AÑO                          | FEMENINO   |
| RFC con homoclave  |     | CURP                         | Número de Serie del Certificado Digital FIEL (si se cuenta con el) |
| Calle, Avenida o Vía   |     | Número (Interior y Exterior) | Colonia o Urbanización   |
| Delegación, Municipio o Demarcación Política   |     | Entidad Federativa           | Estado   |
| Teléfono Particular  |     | Teléfono Celular             | Teléfono de Oficina  |
|  |     |                              | Ciudad o Población   |
|  |     |                              | Código Postal  |
|  |     |                              | Correo Electrónico   |

## Sección V. Información del representante o apoderado legal

Nota importante: Esta sección sólo deberá ser llenada en caso de que el asegurado o el beneficiario estén realizando la reclamación a través de un representante o apoderado legal (esto también aplica en el caso de menores beneficiarios en que alguno de los padres o el tutor esté realizando la reclamación en su nombre), en caso contrario se debe dejar en blanco la sección.

| SECCION V. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL   |     |                                    |                                       |
|--|-----|------------------------------------|---------------------------------------|
| Esta sección solo debe llenarse si quien suscribe la Reclamación de Pago de Siniestro es Representante Legal o Apoderado Legal del Asegurado o del (los) Beneficiario(s). Marque con una "X" los intereses de la (s) persona (s) que representa: |     |                                    |                                       |
| El (la) Suscrito (a) represento los intereses de :   |     | <input type="checkbox"/> Asegurado | <input type="checkbox"/> Beneficiario |
| DATOS DEL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL  |     |                                    |                                       |
| Apellido Paterno   |     | Apellido Materno                   |                                       |
| Nombre(s)  |     |                                    |                                       |
| Fecha de Nacimiento  |     | País de Nacimiento                 |                                       |
| DÍA  | MES | AÑO                                | Nacionalidad                          |
| Número de Serie del Certificado Digital FIEL (si se cuenta con el)   |     |                                    |                                       |
| Calle, Avenida o Vía   |     | Número (Interior y Exterior)       |                                       |
| Colonia o Urbanización   |     | Ciudad o Población                 |                                       |
| Delegación, 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                               |                                       |

## Sección Forma de pago. Elección de medio de pago de indemnización

En este apartado se debe elegir como medio de pago de la indemnización: Transferencia electrónica.

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: **PAGA**  
 (PÓLIZA DE Administración Garantizada Argos): La póliza PAGA se emite a nombre del beneficiario con una cobertura de renta vitalicia diferida, a través del cuál, es posible disponer parcial o totalmente de del monto de la liquidación más intereses a partir del segundo día hábil posterior a la aceptación de la reclamación. Asimismo, permite realizar movimientos en la cuenta indicada por el titular de acuerdo a las instrucciones dadas por él en forma telefónica. Esta forma de pago aplica automáticamente en el caso de pagos mayores a 35 Salarios Mínimos Generales Mensuales vigentes del D.F.

**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 CUÁL SE REALIZARÁ EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA**

Cheque
  Transferencia Electrónica
  Póliza PAGA

En este apartado se deberá indicar número de cuenta del asegurado y cuenta CLABE a la que se realizará el pago de la indemnización.

EN EL CASO DE HABER SELECCIONADO TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O PÓLIZA PAGA, FAVOR DE PROPORCIONAR LOS DATOS SIGUIENTES

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

Acepto que la expedición de la póliza PAGA, el comprobante de depósito, o la constancia de recibo 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.

El siguiente apartado se debe dejar en blanco.

### DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PÓLIZA PAGA

**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, quién 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.

**EN CASO DE FALLECIMIENTO EL SALDO DE MI PATRIMONIO SE DEBERÁ ENTREGAR A LA SIGUIENTE PERSONA:**

**Beneficiario:** 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, Exterior) |                    | Colonia o Urbanización |                 |
| DÍA                 | MES  | AÑO                |                        |                 |
| Ciudad o Población  | Delegación, Municipio o Demarcación Política       | Entidad Federativa | Estado                 | Código Postal   |
|                     |  |                    |                        |                 |

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

## Sección Final Fecha y Firma.

En esta última sección se debe anotar el lugar y la fecha de llenado de esta solicitud así como la firma del solicitante o del representante legal (según corresponda).

### 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 Seguro y Artículo 140 y demás relativos y aplicables de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Si Usted suscribe esta Solicitud en su carácter de Representante o Apoderado Legal del Asegurado, debe completar tanto la Sección I, como la Sección II de este instrumento. Si Usted representa los intereses de los beneficiarios, debe llenar todas las Secciones del mismo. 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 Solicitante | Firma del Representante o Apoderado Legal (si aplica) |
|---------------|-----------------------|---|
|               |                       |   |

# Ejemplo de llenado.

## Información para efectos ilustrativos.

### SECCIONES I Y

| SECCION I. INFORMACIÓN GENERAL DEL ASEGURADO |    |     |    |                  |      |          |                          |           |                                     |  |  |
|--|----|-----|----|------------------|------|----------|--------------------------|-----------|-------------------------------------|--|--|
| Apellido Paterno                             |    |     |    | Apellido Materno |      |          |                          | Nombre(s) |                                     |  |  |
| PEREZ  |    |     |    | PEREZ            |      |          |                          | JUAN      |                                     |  |  |
| Fecha de Nacimiento                          |    |     |    |                  |      | Género   |                          |           |                                     |  |  |
| DÍA  | 01 | MES | 01 | AÑO              | 1980 | FEMENINO | <input type="checkbox"/> | MASCULINO | <input checked="" type="checkbox"/> |  |  |

| SECCION 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 el) |  |  |  |
| EMPLEADO DE GOBIERNO                               |  |  |  | MEXICO                       |  |  |  | MEXICANA               |  | NO TIENE   |  |  |  |
| Calle, Avenida o Vía                               |  |  |  | Número (Interior y Exterior) |  |  |  | Colonia o Urbanización |  | Ciudad o Población   |  |  |  |
| AV, INSURGENTES SUR                                |  |  |  | 8000 DEPTO. 300              |  |  |  | GUADALUPE INN          |  | MEXICO   |  |  |  |
| Delegación, Municipio o Demarcación Política       |  |  |  | Entidad Federativa           |  |  |  | Estado                 |  | Código Postal  |  |  |  |
| ALVARO OBREGON                                     |  |  |  | DISTRITO FEDERAL             |  |  |  | DISTRITO FEDERAL       |  | 01020  |  |  |  |
| Teléfono Particular                                |  |  |  | Correo Electrónico           |  |  |  | RFC con homoclave      |  | CURP   |  |  |  |
| 12345678   |  |  |  | correo@argosaegon.com        |  |  |  | PEPJ800101             |  | PEPJ808001HDFMNR01   |  |  |  |
| Teléfono Celular                                   |  |  |  | Teléfono de Oficina          |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |
| 5512345678   |  |  |  | 15001600                     |  |  |  |                        |  |  |  |  |  |

### SECCION II

| SECCION III. INFORMACION DEL SINIESTRO |        |                                     |                                  |                                |                         |                          |                         |  |  |  |  |
|--|--------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--|--|--|--|
| Número(s) de póliza(s)                 |        | Fecha del Siniestro                 |                                  |                                |                         | Causa del siniestro      |                         |  |  |  |  |
| 1.-                                    | 123456 | DÍA                                 | 01                               | MES                            | 01                      | AÑO                      | 2013                    |  |  |  |  |
| 2.-                                    |        | Tipo de siniestro                   |                                  |                                |                         |                          |                         |  |  |  |  |
| 3.-                                    |        | <input type="checkbox"/>            | Fallecimiento                    | <input type="checkbox"/>       | Muerte Accidental       | <input type="checkbox"/> | Intervención Quirúrgica |  |  |  |  |
| 4.-                                    |        | <input checked="" type="checkbox"/> | Retiro                           | <input type="checkbox"/>       | Graves Enfermedades     | <input type="checkbox"/> | Invalidez               |  |  |  |  |
| 5.-                                    |        | <input type="checkbox"/>            | Pérdidas Orgánicas               | ¿Cuál?(es)                     |                         |                          |                         |  |  |  |  |
| 6.-                                    |        | <input type="checkbox"/>            | Anticipo por Enfermedad Terminal | ¿Qué porcentaje se solicita? % |                         |                          |                         |  |  |  |  |
| 7.-                                    |        | <input type="checkbox"/>            | Cobertura Conyugal               | <input type="checkbox"/>       | Cobertura Descendientes | <input type="checkbox"/> | Cáncer                  |  |  |  |  |
| 8.-                                    |        |                                     |                                  |                                |                         |                          |                         |  |  |  |  |
| 9.-                                    |        |                                     |                                  |                                |                         |                          |                         |  |  |  |  |
| 10.-                                   |        |                                     |                                  |                                |                         |                          |                         |  |  |  |  |

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

| Nombre de la Compañía | Suma Asegurada |
|-----------------------|----------------|
| 1                     |                |
| 2                     |                |
| 3                     |                |
| 4                     |                |
| 5                     |                |



# Ejemplo de llenado.

## Información para efectos ilustrativos.

### SECCION IV. ESCRIBIR LOS DATOS DE APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)

| RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO   |     |  |           |
|--|-----|--|-----------|
| INFORMACIÓN SOLICITANTE PERSONA FISICA   |     |  |           |
| Este formato deberá ser llenado por cada uno de los beneficiarios y/o solicitantes. 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. |     |  |           |
| SECCION IV. DATOS DEL SOLICITANTE (SI EL SOLICITANTE ES EL ASEGURADO NO LLENAR ESTA SECCION)   |     |  |           |
| Apellido Paterno   |     | Apellido Materno                                   |           |
| PEREZ  |     | PEREZ  |           |
| Nombre(s)  |     | JUAN   |           |
| Fecha de Nacimiento  |     | Género   |           |
| DÍA  | MES | AÑO  | FEMENINO  |
|  |     |  | MASCULINO |
| Parentesco con el Asegurado  |     | Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio |           |
| RFC con homoclave  |     | CURP   |           |
| Número de Serie del Certificado Digital FIEL (si se cuenta con el)   |     |  |           |
| Calle, Avenida o Vía   |     | Número (Interior y Exterior)                       |           |
| Colonia o Urbanización   |     | Ciudad o Población                                 |           |
| Delegación, Municipio o Demarcación Política   |     | Entidad Federativa                                 |           |
| Estado   |     | Código Postal                                      |           |
| Teléfono Particular  |     | Teléfono Celular                                   |           |
| Teléfono de Oficina  |     | Correo Electrónico                                 |           |

# Ejemplo de llenado.

## Información para efectos ilustrativos.

**SECCION V. Esta sección sólo deberá ser llenada en caso de que el asegurado o el beneficiario estén realizando la reclamación a través de un representante o apoderado legal.**

| SECCION V. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL   |                              |                                    |  |
|--|------------------------------|------------------------------------|--|
| Esta sección solo debe llenarse si quien suscribe la Reclamación de Pago de Siniestro es Representante Legal o Apoderado Legal del Asegurado o del (los) Beneficiario(s). Marque con una "X" los intereses de la (s) persona (s) que representa:   |                              |                                    |  |
| El (la) Suscrito (a) represento los intereses de :   |                              | <input type="checkbox"/> Asegurado | <input type="checkbox"/> Beneficiario                              |
| DATOS DEL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL  |                              |                                    |  |
| Apellido Paterno   | Apellido Materno             | Nombre(s)                          |  |
| Fecha de Nacimiento<br>DÍA    MES    AÑO   | Pais de Nacimiento           | Nacionalidad                       | Número de Serie del Certificado Digital FIEL (si se cuenta con el) |
| Calle, Avenida o Vía   | Número (Interior y Exterior) | Colonia o Urbanización             | Ciudad o Población   |
| Delegación, 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:  |                              |                                    | <input type="checkbox"/> PAGA                                      |
| (PÓLIZA DE Administración Garantizada Argos): La póliza PAGA se emite a nombre del beneficiario con una cobertura de renta vitalicia diferida, a través del cuál, es posible disponer parcial o totalmente de del monto de la liquidación más intereses a partir del segundo día hábil posterior a la aceptación de la reclamación. Asimismo, permite realizar movimientos en la cuenta indicada por el titular de acuerdo a las instrucciones dadas por él en forma telefónica. Esta forma de pago aplica automáticamente en el caso de pagos mayores a 35 Salarios Mínimos Generales Mensuales vigentes del D.F. |                              |                                    |  |

# Ejemplo de llenado.

## Información para efectos ilustrativos.

### SECCION FORMA DE PAGO, FECHA Y FIRMA

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: **PAGA (PÓLIZA DE Administración Garantizada Argos):** La póliza PAGA se emite a nombre del beneficiario con una cobertura de renta vitalicia diferida, a través del cual, es posible disponer parcial o totalmente del monto de la liquidación más intereses a partir del segundo día hábil posterior a la aceptación de la reclamación. Asimismo, permite realizar movimientos en la cuenta indicada por el titular de acuerdo a las instrucciones dadas por él en forma telefónica. Esta forma de pago aplica automáticamente en el caso de pagos mayores a 35 Salarios Mínimos Generales Mensuales vigentes del D.F.

**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 | <input checked="" type="checkbox"/> | Transferencia Electrónica | <input type="checkbox"/> | Póliza PAGA | <input type="checkbox"/> |
|--------|-------------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|

**EN EL CASO DE HABER SELECCIONADO TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O PÓLIZA PAGA, FAVOR DE PROPORCIONAR LOS DATOS SIGUIENTES**

| Banco         | Número de cuenta | Cuenta Clabe       |
|---------------|------------------|--------------------|
| BBVA BANCOMER | 1234567890       | 123456789012345678 |

Acepto que la expedición de la póliza PAGA, el comprobante de depósito, o la constancia de recibo 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.

#### DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PÓLIZA PAGA

**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.

**EN CASO DE FALLECIMIENTO EL SALDO DE MI PATRIMONIO SE DEBERÁ ENTREGAR A LA SIGUIENTE PERSONA:**

**Beneficiario:** 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, Exterior) |                    | Colonia o Urbanización |                 |
| DÍA    MES    AÑO   |  |                    |                        |                 |
| Ciudad o Población  | Delegación, Municipio o Demarcación Política       | Entidad Federativa | Estado                 | Código Postal   |
|                     |  |                    |                        |                 |


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

#### 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 Seguro y Artículo 140 y demás relativos y aplicables de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Si Usted suscribe esta Solicitud en su carácter de Representante o Apoderado Legal del Asegurado, debe completar tanto la Sección I, como la Sección II de este instrumento. Si Usted representa los intereses de los beneficiarios, debe llenar todas las Secciones del mismo. 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 Solicitante  | Firma del Representante o Apoderado Legal (si aplica) |
|--------------------------------|--|---|
| MEXICO D.F. A 01 DE ENERO 2013 |  |   |