

RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO PERSONA FÍSICA

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)
----------------------------------------------------	--------------------	--------------	--------------------------------------------------------------------

¿Tiene alguna otra nacionalidad y/o residencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tributa en otro país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

En caso afirmativo. Especificar: _____ En caso afirmativo. Especificar: _____

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- _____

4- _____

5- _____ Fallecimiento Muerte Accidental Intervención Quirúrgica Retiro Graves Enfermedades

6- _____ Invalidez Pérdidas Orgánicas ¿Cuál?(es) _____ Cáncer

7- _____ Anticipo por Enfermedad Terminal ¿Qué porcentaje se solicita? ____ % Cobertura Descendientes

8- _____ Otros: Especifique: _____ Cobertura Conyugal RDXH

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- _____

SECCIÓN IV. DATOS DEL SOLICITANTE (SI EL SOLICITANTE ES EL ASEGURADO NO LLENAR ESTA SECCIÓN)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento
------------------	------------------	-----------	---------------------

País de Nacimiento	Nacionalidad	Género	Parentesco con el Asegurado
--------------------	--------------	--------	-----------------------------

FEMENINO MASCULINO

¿Tiene alguna otra nacionalidad y/o residencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tributa en otro país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

En caso afirmativo, especificar: _____ En caso afirmativo, especificar: _____

Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio	RFC con Homoclave	CURP
----------------------------------------------------	-------------------	------

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
---------------------	------------------	---------------------	--------------------

SECCIÓN 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 : Asegurado Beneficiario

DATOS DEL REPRESENTANTE O APODERADO LEGAL

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

Fecha de Nacimiento	País de Nacimiento	Nacionalidad
---------------------	--------------------	--------------

Día ____ Mes ____ Año ____

¿Tiene alguna otra nacionalidad y/o residencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Tributa en otro país? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

En caso afirmativo, especificar: _____ En caso afirmativo, especificar: _____

RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO PERSONA FÍSICA / INFORMACIÓN SOLICITANTE PERSONA FÍSICA

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.

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:

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 en la Ciudad de México.

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 Póliza PAGA

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 sustituirá el más amplio finiquito que en derecho proceda a 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.

SECCIÓN VI. DATOS ADICIONALES DE LA ENTREVISTA PERSONAL DEL CLIENTE

Además de los Datos de Identidad proporcionados en la Secciones I y IV de este formato, el Cliente declara lo siguiente información complementaria del solicitante de pago de suma asegurada y/o en su caso del contratante de póliza PAGA:

¿Cuenta con firma electrónica avanzada? No Si En caso afirmativo favor de indicar el número de serie: _____

¿Desempeñó, desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en México? NO SI

En caso afirmativo especificar:

Cargo	Dependencia
-------	-------------

¿Desempeñó, desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en el extranjero? NO SI

En caso afirmativo especificar:

Cargo	Dependencia	País extranjero
-------	-------------	-----------------

¿Algún pariente cercano desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en México o en el extranjero? NO SI

En caso afirmativo especificar:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	
Cargo	Dependencia	País extranjero (en su caso)	Parentesco

Responder sólo si es Persona Física con Actividad Empresarial:

¿Tiene Usted vínculos comerciales en o con entidades en países considerados de alto riesgo (enunciativamente: Irán, República Democrática de Corea, Nicaragua, Panamá, Jamaica, Albania, Barbados, Haití, Islas Caimán, Siria, Turquía; Emiratos Árabes, Yemen)? No Si En caso afirmativo, favor de precisar el país: _____

¿Actúa usted por cuenta propia? NO SI

En caso negativo, favor de especificar a favor de quien se actúa: SE ACTÚA A FAVOR DE: (Precisar nombre de la persona a favor de quien actúa y especificar el tipo de relación o vínculo con la misma)

¿En qué entidad federativa nació? _____ Si nació en país extranjero, favor de indicar la población o estado en que nació: _____

AUTOCERTIFICACIÓN Y DECLARACIÓN FIRMADA

Declaro BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que la información manifestada y proporcionada a SEGUROS ARGOS, S.A. DE C.V. es real y cierta, obligándome a notificarle de manera inmediata cualquier cambio de circunstancias o corrección respecto de la misma. Asimismo, reconozco y manifiesto que, para la celebración de la operación referida en esta Solicitud, así como para la contratación, en su caso, de la póliza PAGA, actúo: a mi nombre y por cuenta propia / a nombre o por cuenta de un tercero denominado _____, con quien mantengo una relación o vínculo de _____.

Asimismo, manifiesto que los recursos o fondos que se utilicen o se lleguen a utilizar en operaciones vinculadas con la póliza PAGA, en su caso, solicitada, provienen de la ocupación, profesión, actividad o giro del negocio manifestado en este documento.

RECLAMACIÓN PARA PAGO DE SINIESTRO PERSONA FÍSICA / INFORMACIÓN SOLICITANTE PERSONA FÍSICA

Para facilitar los trámites de esta solicitud, le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta, así como que marque con una "X", en los cuadros siguientes, el tipo de documentación que adjunta a su reclamación. Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras o falta alguno de los datos y/o documentos solicitados.

Del Asegurado (y, en su caso, solicitante de póliza PAGA)	Del Beneficiario (y, en su caso, solicitante de póliza PAGA)	Del apoderado o representante legal del Asegurado o Beneficiario
<input type="checkbox"/> Credencial para votar con fotografía y firma vigente <input type="checkbox"/> Pasaporte vigente <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio, no más de 3 meses de antigüedad (teléfono, luz, predial, agua o estado de cuenta bancario) <input type="checkbox"/> Cédula de Identificación Fiscal <input type="checkbox"/> CURP (solo si tiene actividad empresarial) <input type="checkbox"/> Otro: Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Credencial para votar con fotografía y firma vigente <input type="checkbox"/> Pasaporte vigente <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio, no más de 3 meses de antigüedad (teléfono, luz, predial, agua o estado de cuenta bancario) <input type="checkbox"/> Cédula de Identificación Fiscal <input type="checkbox"/> CURP (solo si tiene actividad empresarial) <input type="checkbox"/> Otro: Especificar: _____	<input type="checkbox"/> Credencial para votar con fotografía y firma vigente <input type="checkbox"/> Pasaporte vigente <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio, no más de 3 meses de antigüedad (teléfono, luz, predial, agua o estado de cuenta bancario) <input type="checkbox"/> Cédula de Identificación Fiscal. <input type="checkbox"/> CURP (solo si tiene actividad empresarial) <input type="checkbox"/> Otro: Especificar: _____

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 (Exterior e Interior)		Colonia o Urbanización	
Día Mes Año				
Ciudad o Población	Alcaldía, 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 492 y demás relativos y aplicables de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. 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 representó 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.

AVISO DE PRIVACIDAD

¿Quiénes somos? Seguros Argos, S.A. de C.V. (en lo sucesivo "SEGUROS ARGOS") es una sociedad mercantil legalmente constituida y existente de conformidad con la legislación vigente en México y autorizada por el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para organizarse y funcionar como institución de Seguros, mediante Oficio Número 366-IV-6057/731.1/325249. Nuestro domicilio se ubica en Tecoyotitla 412, Colonia Ex-Hacienda De Guadalupe Chimalistac, C.P. 01050, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México. ¿Qué información recabamos de nuestros Clientes o Usuarios de nuestros servicios? Para que nuestros Clientes o Usuarios puedan tener acceso a los productos o servicios de SEGUROS ARGOS, es necesario que éstos nos proporcionen en forma voluntaria sus Datos Personales siguientes: Datos de carácter general: 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, Número de Serie del Certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada y Fotografía. Si el Cliente o Usuario hace uso de medios electrónicos para la realización de operaciones electrónicas con SEGUROS ARGOS debe proporcionar, además de los datos referidos con antelación se podrá solicitar: Número de Teléfono Celular, Fotografía o imagen (para efectos de reconocimiento facial), huella digital y datos de geolocalización. Datos de carácter sensible: Preferencias o hábitos, sexo y declaraciones relativas a su Estado de Salud. Datos de carácter patrimonial o financiero: 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 empleado o dato que lo identifique ante su patrón o pagador de nómina, para que se le realice el descuento correspondiente. Asimismo, se recaban datos 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. Si nuestro Cliente o Usuario participa en el Programa de Referidos, nos proporciona los datos de contacto de sus referidos (familiares o amigos). Tratamiento Confidencial. 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 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. ¿Para qué nos proporcionan nuestros Clientes o Usuarios sus Datos Personales? 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: Fines Primarios: 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) correspondiente(s) a la(s) póliza(s) de seguro que se contrata(n), incluyendo el intercambio de información con retenedores o pagadores de su prima de seguro, vía descuento por nómina; 3. Llevar a cabo la emisión y entrega de la póliza de seguro que corresponda, endosados 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 proporcionar 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 por 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 proporciona; 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. En su caso, asignación de número de identificación personal (NIP); 14. Para compartir información específica o estadística con la institución financiera en términos de los artículos 102 y 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y/o intermediario de seguros a través del cual se haya colocado la póliza de seguro, como reporte de gestión comercial y contabilizar ventas; y 15. Para todos los demás fines previstos en nuestro Aviso de Privacidad visible en la página web www.segurosargos.com. Fines Secundarios: Exceptuando los Datos Personales Sensibles y Patrimoniales o Financieros, la información personal de carácter general provista por nuestros Clientes o Usuarios también puede ser utilizada para fines publicitarios, promocionales, venta telefónica o telemarketing, administración del sitio web de SEGUROS ARGOS, administración de los servicios de SEGUROS ARGOS, desarrollo de nuevos productos y servicios, encuestas de calidad y satisfacción del Cliente, análisis de uso de productos, servicios y sitio web, y para los demás fines que se especifican en nuestro Aviso de Privacidad visible en www.segurosargos.com. Medios para el ejercicio de derechos del Titular de Datos Personales (Derechos ARCO). De conformidad con lo dispuesto en los Capítulos III y IV de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, los Clientes y Usuarios que nos hayan proporcionado sus Datos Personales pueden ejercer los derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición previstos en el ya citado ordenamiento legal (en adelante los "Derechos ARCO"), esto es que tienen derecho de acceder a sus datos personales que poseemos y a los detalles del tratamiento de los mismos, a rectificarlos en caso de ser inexactos o incompletos, cancelarlos siempre y cuando no sean requeridos para los fines señalados en el presente Aviso de Privacidad o no deban conservarse conforme a lo previsto en la legislación vigente de los Estados Unidos Mexicanos; o bien oponerse al tratamiento de los mismos para fines específicos, siempre y cuando la oposición, sus causas o razones no se contrapongan a los fines necesarios relacionados a su tratamiento o a lo previsto en la legislación vigente de los Estados Unidos Mexicanos. Para el ejercicio de los "Derechos ARCO", y a partir del 1o. de enero del año 2012, los Clientes y Usuarios que nos hayan proporcionado sus Datos Personales deben presentar ante la Oficina de Privacidad de SEGUROS ARGOS una solicitud por escrito. Dicha petición deberá contener cuando menos lo siguiente: (i) Nombre del Titular de los Datos Personales; (ii) Domicilio para recibir comunicaciones de SEGUROS ARGOS; (iii) Documentos que acrediten su identidad. En caso de ser Representante Legal, el instrumento del que se desprendan sus facultades de representación; (iv) Descripción clara y precisa de los datos personales respecto de los que se busca ejercer los derechos; (v) Cualquier otro elemento o documento que facilite la localización de los datos personales; (vi) Cuando la solicitud corresponda a la rectificación de datos personales, el Titular debe indicar las modificaciones a realizarse y aportar la documentación que sustente su petición; y (vii) Cualquier otro elemento de conformidad con la legislación y con la última Política de Privacidad que se encuentren vigentes al momento de la presentación de su solicitud. Tratándose de solicitudes de acceso a la información que resulten procedentes, SEGUROS ARGOS proporcionará la misma ya sea a través de copias simples o bien mediante copias simples digitalizadas. Los datos de contacto para la presentación de las solicitudes referidas en el párrafo anterior son los siguientes: Oficina de Privacidad. Domicilio: Tecoyotitla No. 412, Colonia Ex-Hacienda De Guadalupe Chimalistac, C.P. 01050, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México. Correo Electrónico: oficinadeprivacidad@segurosargos.com. 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 compartir información específica, relacionada con sus Datos Personales de Carácter General, con las personas físicas o morales que tengan el rol de retenedores de su prima de seguro vía descuento por nómina y/o de su patrón bajo la modalidad de retenedor de su prima de seguro vía descuento por nómina. Asimismo, 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, (e) para los demás efectos que se precisan en nuestro Aviso de Privacidad www.segurosargos.com. Modificaciones al Aviso de Privacidad. SEGUROS ARGOS se reserva el derecho de modificar su Aviso y Política de Privacidad de vez en vez, publicando un anuncio destacado en su página web www.segurosargos.com. La fecha de publicación es de: Octubre, 2010. Última actualización: Mayo 14, 2021. Quejas. 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.

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, respecto de mi consentimiento expreso a Seguros Argos, S.A. de C.V. para que mis datos personales y/o los datos personales de quien(es) aparece(n) en la sección de asegurado(s) y/o de beneficiario(s), que les he proporcionado, sean tratados y, en su caso, transferidos, conforme a lo señalado en el Aviso de Privacidad y en la Política de Privacidad de dicha aseguradora, incluyendo aquellos considerados como sensibles, reconozco y manifiesto que, conforme a 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, Seguros Argos, S.A. de C.V. ha puesto a disposición del(la) suscrito(a) y/o del Titular de los Datos Personales referidos en este documento, su Política y Aviso de Privacidad, visibles 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. Por tanto, tanto para el tratamiento de los Datos Personales de mi titularidad y/o de la titularidad de las personas referidas en este documento, manifiesto que: Para tratamiento de Datos Personales para fines primarios: Otorgo mi consentimiento No otorgo mi consentimiento

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante

Firma del Representante o Apoderado Legal (si aplica)