

CONSENTIMIENTO SEGURO DE VIDA GRUPO TEMPORAL A UN AÑO RENOVABLE

Por la presente otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza de Seguro de Vida Grupo que el contratante ha tomado con Seguros Argos, S.A. de C.V.

DATOS DEL CONTRATANTE

Denominación o Razón Social

Giro Mercantil, Actividad u Objeto Social Nacionalidad R.F.C. con Homoclave Firma Electrónica Avanzada

Calle, Avenida o Vía y Número (Exterior e Interior)

Colonia o Urbanización

Ciudad o Población

Municipio o Delegación

Entidad Federativa

Estado

Código Postal

Correo Electrónico

Teléfono 1

Teléfono 2

DATOS DE LA PÓLIZA

Número de Póliza

Fecha de Ingreso a la Empresa

Alta Solicitada a partir del

Subgrupo No.

Día ____ Mes ____ Año ____

Día ____ Mes ____ Año ____

Adscripción No. de Certificado

Regla para Determinar la Suma Asegurada

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Fecha de Nacimiento

Género

Estado Civil

Nacionalidad

Día ____ Mes ____ Año ____

Femenino ____ Masculino ____

Soltero(a) ____ Casado(a) ____

Calle, Avenida o Vía y Número (Exterior e Interior)

Colonia o Urbanización

Ciudad o Población

Municipio o Delegación

Entidad Federativa

Estado

Código Postal

Correo Electrónico

Teléfono Particular

RFC o CURP

Ocupación Actual

Puesto

¿En qué consisten sus labores?

Coberturas

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre completo, parentesco y porcentaje

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

OBSERVACIONES:

El Asegurado manifiesta bajo protesta de decir verdad, que goza de buena salud ya que no se le ha diagnosticado enfermedad alguna o se ha invalidado. El Contratante igualmente declara que el Asegurado aparenta buena salud y no le ha sido otorgada o se encuentra en proceso de otorgar ningún tipo de invalidez. El contratante y el Asegurado otorgan su consentimiento para el tratamiento de sus respectivos datos personales, en terminos de la ley vigente y del Aviso y Política de Privacidad disponibles en www.segurosargos.com

Lugar y fecha

Firma del representante legal del Contratante

Firma del Asegurado

INSTRUCCIONES PARA LLENAR ESTE CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL

El presente Consentimiento deberá ser escrito con claridad y letra de molde por el propio Asegurado.

| DATOS | DESCRIPCIÓN |
|-------------------------------|---|
| Razón Social | No use abreviaciones al escribir el nombre de la Empresa, Gobierno Federal, de los Estados o de los Municipios. |
| Domicilio | No use abreviaciones al escribir dirección completa del Contratante. |
| Número de Póliza | Para uso exclusivo del Contratante. |
| Subgrupo No. | Para uso exclusivo del Contratante, quien consignará el número de Subgrupo al cual pertenecerá. |
| Fecha de Ingreso a la Empresa | Día, mes y año en el que el Solicitante presta sus servicios con contrato de trabajo (para uso exclusivo del Contratante). |
| Alta Solicitada a partir del | Fecha a partir de la cual el Solicitante quedará asegurado en Seguros Argos, S.A. de C.V. |
| Nombre del Asegurado | No use abreviaturas al escribir su nombre. |
| R.F.C. o CURP | Escriba su Registro Federal de Contribuyentes o su Clave Única de Registro de Población. |
| Fecha de Nacimiento | Día, mes y año en el que nació. |
| Ingreso Mensual | Escriba el sueldo nominal mensual que actualmente percibe. |
| Género | Marque con una cruz el que corresponda. |
| Estado Civil | Marque con una cruz el que corresponda. |
| Ocupación Actual | Escriba el nombre de la actividad preponderante que desarrolla y una breve descripción de en qué consiste. |
| Designación de Beneficiarios | Escriba los nombres completos de la persona o las personas que quiera dejar como beneficiarios del seguro, la cantidad o porcentaje que quiera dejarles, así como beneficiarios sustitutos. |
| Lugar y Fecha | Cítese la localidad y fecha en donde fue elaborado este Consentimiento. |
| Firma del Representante Legal | Deberá firmar aquella persona que sea el Representante Legal del Contratante. |
| Firma del Asegurado | Estampe su firma para otorgar su consentimiento para ser asegurado en esta póliza. |