

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

Este formato deberá ser llenado por el solicitante 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.

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | | |
|---|------------------------------|--|-------------------------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s) | Fecha de nacimiento |
| | | | Día ___ Mes ___ Año ___ |
| País de Nacimiento | Nacionalidad | Género | |
| | | <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> 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 |

Acepto que el importe de la liquidación que me corresponde, me sea pagado a través del siguiente medio:

Transferencia Electrónica

No. Cuenta _____ Banco: _____ Cuenta CLABE: _____

TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA: Depósito de la cantidad liquidada en la cuenta indicada por el titular del pago.

Acepto que el depósito que recibo en mi cuenta que conserve Salud Argos, según sea el caso, será la aceptación que la liquidación del pago 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 Salud Argos, 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 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 representa los intereses de los beneficiarios, debe llenar todas las Secciones del mismo. En caso de omitirse algún dato, Salud Argos, 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 Salud Argos, 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 Salud Argos, 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 Solicitante