

DATOS DEL CONTRATANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Póliza No.

Domicilio Particular

Calle y Número	Colonia	Vigencia		
		Día	Mes	Año
Delegación o Municipio	Código Postal	Inicio:		
		Termino:		
Ciudad	Estado	Teléfono		
RFC o CURP	Nacionalidad	Correo Electrónico		
Fecha de Nacimiento		Género		Estado Civil
Día	Mes	Año	Femenino <input type="radio"/>	Masculino <input type="radio"/>
		Soltero(a) <input type="radio"/>		Casado(a) <input type="radio"/>

Nombre completo
DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

Domicilio Particular

Calle y Número	Colonia			
Delegación o Municipio	Código Postal			
Ciudad	Estado	Teléfono		
RFC o CURP	Nacionalidad	Correo Electrónico		
Fecha de Nacimiento		Género		Estado Civil
Día	Mes	Año	Femenino <input type="radio"/>	Masculino <input type="radio"/>
		Soltero(a) <input type="radio"/>		Casado(a) <input type="radio"/>

Forma de pago	Moneda	Prima Total	Primer Pago	Pagos subsecuentes
	US DLS			
Coberturas	Suma Asegurada	Plazo del Seguro	Plazo de Pago	
Fallecimiento	<input type="radio"/> 10,000 US DLS	1 Año	1 Año	

El siguiente endoso forma parte de la póliza:

DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Nombre(s) de (los) Beneficiario(s) (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s))	Parentesco	Participación

Advertencias: En el 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 debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como 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 sólo 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.

HA PADECIDO O PADECE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: DIABETES, SIDA, INSUFICIENCIA RENAL, ENFERMEDADES DEL CEREBRO Y/O MENTALES, HIPERTENSION ARTERIAL, TUMORES MALIGNOS, ENFERMEDADES O CIRUGIAS CARDIOVASCULARES, ENFERMEDADES DEL HIGADO, CANCER, ALCOHOLISMO O DROGADICCION O HA ESTADO SUJETO A UN PROCESO DE INVALIDEZ.

SI NO

Art. 25- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Seguros Argos, S.A. de C.V. pagará los beneficios convenidos en cada una de las coberturas contratadas, de acuerdo a lo estipulado en esta póliza, siempre y cuando la misma se encuentre en vigor.

México, D.F. a ____ de ____ de 20 ____.



Firma del Contratante

Firma del Asegurado

Seguros Argos, S.A. de C.V.