

CUESTIONARIO MÉDICO COMPLETO

Esta solicitud no será válida si presenta tachaduras o si falta alguno de los datos solicitados o la firma del Asegurado.

DATOS DE LA PERSONA POR ASEGURAR

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Estado Civil	Género	Ocupación
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Día _____ Mes _____ Año _____	

ANTECEDENTES FAMILIARES

¿Sus ascendientes o descendientes directos padecen o han padecido de cáncer, diabetes, infarto al miocardio, epilepsia y/o hipertensión? Sí No En caso afirmativo ¿Quiénes y a qué edad empezaron a padecerlo?

Parentesco	Edad	Padecimiento

CUESTIONARIO MÉDICO

En caso de respuestas afirmativas, detallar la información solicitada:

1. ¿Padece o ha padecido enfermedades de los siguientes aparatos y sistemas?

a) Del aparato respiratorio: entre otras bronquitis crónicas, asma, tuberculosis o enfisema

Sí No

b) Del aparato digestivo: entre otras úlcera en el estómago o duodeno, enfermedades del hígado, de la vesícula biliar, intestino delgado, intestino grueso o colon

Sí No

c) Del aparato genitourinario: entre otras de los riñones, de la próstata o de la vejiga

Sí No

d) Del sistema endocrino: entre otras diabetes, hipertiroidismo

Sí No

e) Del sistema nervioso: entre otras, pérdida del conocimiento, convulsiones, trastornos nerviosos o mentales, parálisis o epilepsia

Sí No

f) Del sistema músculo esquelético: entre otras de la columna vertebral, osteoporosis, de las rodillas o hernias de cualquier tipo

Sí No

g) Enfermedades infecciosas como hepatitis B o C, SIDA o herpes

Sí No

h) Enfermedades del corazón o presión arterial alta

Sí No

i) Cualquier otra que se haya manifestado por más de 8 días

Sí No

2. ¿Tiene algún defecto visual o auditivo?

Sí No

3. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?

Sí No

4. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad?

Sí No

5. ¿Está en tratamiento actualmente?

Sí No

6. ¿Tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?

Sí No

7. ¿Le falta algún miembro, parte de él o tiene alguna deformidad?

Sí No

8. Alguna vez le han practicado:

a) Electrocardiogramas

Sí No

b) Pruebas de laboratorio

Sí No

c) Radiografías, ultrasonidos o resonancias magnéticas.

Sí No

9. Estatura _____ Mts. Peso _____ Kgs.

Sí No

10. ¿Ha variado su peso más o menos 10 kgs. en los últimos 6 meses?

Sí No

11. ¿Padece o ha padecido de cáncer o cualquier tipo de tumor?

Sí No

En caso de respuestas afirmativas, dar detalles:

Solo para solicitantes mujeres.

12. Padece o ha padecido enfermedades:

a) De los ovarios

Sí No

b) De la matriz

Sí No

c) De mama

Sí No

13. ¿Está embarazada?

Sí No

Fechas, resultados de laboratorio y gabinete, estado actual, nombre y domicilio del médico tratante, etc.

Número de: Partos _____ Cesáreas _____ Abortos _____

14. Alguna vez se le ha practicado:

a) Papanicolaou

Sí No

b) Mamografía

Sí No

15. ¿Actualmente padece o ha padecido infección o está en espera de un resultado de detección de Covid-19?

Si No En caso afirmativo deberá responder el Cuestionario COVID-19

HÁBITOS

- | | Tipo | Cantidad | Frecuencia |
|--|---|--|------------|
| 1. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| 2. ¿Usa o ha usado drogas estimulantes? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| 3. ¿Fuma o fumaba? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | No. de cigarros por día: _____ | |
| 4. ¿Realiza vuelos en aeronaves no comerciales? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tipo de Aeronave: _____ | |
| 5. ¿Practica motociclismo, automovilismo, motonáutica, buceo, alpinismo, equitación, tauromaquia, contiendas de velocidad u otro deporte arriesgado? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | No. de Horas: _____ Principales rutas: _____ | |
| | | Nombre del deporte: _____ | |
| | | Amateur: _____ Profesional: _____ | |
| 6. ¿Tiene algún pasatiempo que practique regularmente? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tipo de actividad: _____ | |

ATENCIÓN: INDISPENSABLE LEER ANTES DE FIRMAR

He sido informado que las omisiones, falsas e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes del riesgo, conforme el presente cuestionario pueden dar lugar a la rescisión del contrato que llegara a celebrarse y en consecuencia, a la pérdida de los derechos derivados del mismo, aunque tales hechos no hayan influido en la realización del siniestro.

NOTA IMPORTANTE (debe leerse antes de firmar):

Se previene al solicitante que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro debe declarar todos los hechos a que se refiere este examen médico tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante para la apreciación del riesgo que se le pregunte, facultará a Seguros Argos, S.A. de C.V. (ARGOS) para considerar rescindido de pleno derecho el contrato.

Para efectos internos de ARGOS:

Autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, o a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a ARGOS todos los informes que se refieren a mi salud, incluso todos los datos de enfermedades anteriores, en virtud de que he solicitado un seguro a ARGOS. Para el efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional, y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento, o en cualquier momento en que ARGOS lo considere oportuno.

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-605/7731.1/325249. Nuestro domicilio se ubica en Tecoyotitla 412, Colonia Ex-Hacienda de Guadalupe Chimalistac, C.P. 01050, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México. ¿Que 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 anterioridad se podrán 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 financiero 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 internos 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 (a) (s) primas(s) correspondientes a (a) (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, endosos 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 2o de la Ley sobre el Contrato de Seguro, entre otros; 5. Actualizar su información para proporcionarles 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 sí mismos 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 visitarlos 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; 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, intermediario 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, promociónales, 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 su ley a 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 de 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 correspondiente a la rectificación de datos personales, el Titular debe indicar las modificaciones a realizarse y aportar la documentación que sustente su petición y (vii) Cualquiera 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: oficinaprivacidad@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 de los servicios de SEGUROS ARGOS, o 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 visitarlos 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 es 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: Otorgó mi consentimiento No otorgó mi consentimiento

Para tratamiento de Datos Personales para fines secundarios: Otorgó mi consentimiento No otorgó mi consentimiento

En expresión de mi voluntad contenida en este documento y conforme a cada una de sus secciones, leídas, entendidas, aceptadas y requisitadas por el(la) suscrito(a), a continuación, plomo de puño y letra mi firma, así como el lugar y día de su suscripción.

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante