



Seguro de Vida Grupo



"Cada día
protegemos
a **más de 500**
nuevas familias"

Cotización

Tel. 800.265.202.20



**INSTITUTO ELECTORAL Y DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA DEL ESTADO DE JALISCO
 PRESENTE**

En Seguros Argos nos esforzamos por darles a nuestros clientes respuestas adecuadas a sus necesidades de protección con coberturas diferentes y especialmente diseñadas para ofrecerle un servicio de la más alta calidad, por lo cual nos complace tener la oportunidad de ofrecerle nuestros servicios.

En atención a su solicitud de cotizar el Seguro de Grupo Vida para otorgar protección al personal **ADMINISTRATIVO** en activo al servicio de INSTITUTO ELECTORAL Y DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA DEL ESTADO DE JALISCO, a continuación, me permito transcribir la descripción de las coberturas y el costo del programa, de acuerdo con las coberturas solicitadas e información proporcionada.

DESCRIPCIÓN TÉCNICA:

• **Edades De Aceptación:**

Asegurado Titular

Límites de edad:	Fallecimiento	Muerte Accidental	Invalidez
Nuevos Ingresos:	SIN LIMITE	SIN LIMITE	SIN LIMITE
Renovación:	SIN LIMITE	SIN LIMITE	SIN LIMITE
Cancelación:	SIN LIMITE	SIN LIMITE	SIN LIMITE

• **Dividendos:**

Dividendo	Sin Dividendo.
-----------	----------------

• **Recargo Por Pago Fraccionado:**

La prima que se presenta es anual y en caso de que se elija forma de pago fraccionada (semestral, trimestral o mensual), se aplicará el recargo por pago fraccionado correspondiente.

TASAS DE RECARGO POR PAGO FRACCIONADO	
FORMA DE PAGO	TASA
MENSUAL	2.90%
TRIMESTRAL	2.40%
SEMESTRAL	1.60%

***Nota importante:** La presente cotización se emite sólo con efectos informativos y no vinculativos pues no constituye la aceptación del riesgo. De solicitarse el seguro y de aceptarse el riesgo, las condiciones generales de la póliza de seguro que, en su caso, se emita, prevalecerán en todo momento sobre la información de esta cotización, de conformidad con lo previsto por los artículos 19, 20, 21 y demás relativos y aplicables de la Ley sobre el Contrato de Seguro y del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

• **Regla de Suma Asegurada:**

REGLA DE SUMA ASEGURADA
BÁSICA
40 MESES DE SUELDO BASE

• **Costos:**

PRIMA ANUAL	
COBERTURA	MONTO
FALLECIMIENTO	\$ 218,576.97
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL	\$ 66,332.25
PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	\$ 159,540.86
PRIMA TOTAL DE COBERTURAS:	\$ 444,450.08

SUMA ASEGURADA TOTAL POR FALLECIMIENTO:	MONTO
	\$199,144,880.00

SAMI	\$5,510,000.00
------	----------------

ASEGURADOS COTIZADOS	134
----------------------	-----

NOTA:

- La descripción, términos y condiciones de las coberturas arriba mencionadas, se encuentran en el ANEXO 1 del presente documento en el apartado DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS.

• **Servicios adicionales sin costo:**

Asistencia Argos:

Anticipo de Suma Asegurada Por Enfermedad Terminal

***Nota importante:** La presente cotización se emite sólo con efectos informativos y no vinculativos pues no constituye la aceptación del riesgo. De solicitarse el seguro y de aceptarse el riesgo, las condiciones generales de la póliza de seguro que, en su caso, se emita, prevalecerán en todo momento sobre la información de esta cotización, de conformidad con lo previsto por los artículos 19, 20, 21 y demás relativos y aplicables de la Ley sobre el Contrato de Seguro y del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

- **Tipo De Administración**

Póliza Auto-administrada; es decir, que los movimientos de altas y bajas que ocurran durante el año quedan cubiertos automáticamente hasta la suma asegurada máxima sin requisitos de asegurabilidad, siempre y cuando cumplan con la definición de grupo asegurable, por lo que no será necesario su reporte, sin embargo, una vez concluido el año póliza, el contratante deberá proporcionar nuevamente la nómina actualizada a esa fecha.

Con esta información Seguros Argos, calculará el ajuste anual, a través del cual, cobrará o devolverá la prima correspondiente al riesgo cubierto y no cobrado o cobrado y no cubierto, según sea el caso (ver endoso de autoadministración).

CONSIDERACIONES ADICIONALES:

- La propuesta se elaboró con la información proporcionada por el contratante. En caso de veros favorecidos, si las condiciones reales para emitir son distintas a las consideradas en esta propuesta, se reconsiderarán los costos.
- Esta propuesta fue realizada considerando una edad promedio para toda la población asegurable con la que no se contaba con fecha de nacimiento o edad; la propuesta será reconsiderada cuando se cuente con información precisa en cuanto a las edades y al número de asegurados.
- **Para poder aceptar a las personas mayores de 70 años, se requiere comprobar que actualmente están asegurados mediante copia de la póliza anterior (endoso de aceptación o listado de asegurados).**
- **La propuesta considera que el seguro será tomado de forma obligatoria y no será contributivo en ningún porcentaje por parte del asegurado.**
- **Los costos presentados en el estudio tienen una vigencia de 30 días naturales.**
- La información proporcionada por el contratante indica una población de 134 asegurados y se definen como el 100% del grupo asegurable.
- La cotización ampara solo los empleados activos al servicio del contratante que no se encuentren en proceso o estado de invalidez y/o incapacidad y/o que no tengan la calidad de ausente y/o respecto del cual no exista trámite para declarar su calidad ausente y/o trámite para declarar su presunción de muerte al momento de la celebración del presente contrato.
- Personal en calidad de Ausente: Ninguno
- Personal Invalidez: Ninguno
- Se está en el entendido que no existe agravación del riesgo por el tipo de actividad que desempeñan en sus labores los participantes.
- Se cotizó a todos los asegurados del grupo con la suma asegurada que le corresponde según la regla solicitada, sin embargo, al emitir la póliza dichas sumas se limitarán a la SAMI indicada. Para valorar si se otorga el excedente deberán presentar las pruebas médicas que

***Nota importante:** La presente cotización se emite sólo con efectos informativos y no vinculativos pues no constituye la aceptación del riesgo. De solicitarse el seguro y de aceptarse el riesgo, las condiciones generales de la póliza de seguro que, en su caso, se emita, prevalecerán en todo momento sobre la información de esta cotización, de conformidad con lo previsto por los artículos 19, 20, 21 y demás relativos y aplicables de la Ley sobre el Contrato de Seguro y del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

correspondan, quedando la aceptación del incremento sujeto al resultado de la valoración de estas.

ENDOSOS ESPECIALES AMPARADOS:

- **Autoadministración:** Durante el transcurso de la vigencia de la póliza no será necesario reportar movimientos de altas y bajas de Asegurados. Únicamente se deberán reportar los Asegurados cuya Suma Asegurada rebase la Suma Asegurada máxima individual establecida en la carátula de la póliza. Así mismo, si dentro de la vigencia de la póliza y cuando la Suma Asegurada esté determinada con base al salario del Asegurado, se deberán reportar únicamente los incrementos en los salarios de los Asegurados que rebasen la Suma Asegurada máxima individual establecida en la carátula de la póliza

Cada año a la renovación de la póliza, el CONTRATANTE deberá enviar un listado actualizado de Asegurados, a más tardar 30 días naturales posteriores al término de la vigencia, para que con base a éste se efectúe el ajuste final de primas.

Para calcular dicho ajuste se considerará que los movimientos de asegurados se dieron uniformemente durante la vigencia por lo que la prima del ajuste por movimientos se calculará de la siguiente manera:

- Se determina una cuota promedio al millar de suma asegurada. Esta resultará de dividir la prima neta total de la póliza al momento de la emisión multiplicada por mil entre la suma asegurada total del Grupo al momento de la emisión.
- Se obtiene la diferencia entre la suma asegurada total del Grupo al término de vigencia menos la suma asegurada total del Grupo al inicio de vigencia de la póliza.
- Se multiplica la cuota promedio al millar por la diferencia resultante del punto 2 entre mil.
- El resultado del punto 3 se divide entre dos. Este último resultado será el importe de la prima neta de ajuste anual por movimientos

Queda estipulado por las partes que, si las altas o bajas de asegurados durante la vigencia de la póliza rebasa un 30% de la población inicial, se realizará el ajuste de primas correspondientes al momento en que se rebase este porcentaje, generando el recibo de prima que corresponda.

Aquel asegurado que no esté incluido al inicio de la vigencia, pero durante la misma sea dado y posteriormente fallezca en el transcurso del periodo de cobertura, deberá cobrarse la prima por el tiempo en que estuvo cubierto.

***Nota importante:** La presente cotización se emite sólo con efectos informativos y no vinculativos pues no constituye la aceptación del riesgo. De solicitarse el seguro y de aceptarse el riesgo, las condiciones generales de la póliza de seguro que, en su caso, se emita, prevalecerán en todo momento sobre la información de esta cotización, de conformidad con lo previsto por los artículos 19, 20, 21 y demás relativos y aplicables de la Ley sobre el Contrato de Seguro y del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

- **Suicidio:** Para aquellos grupos o colectividades en los que el asegurado no participe en el pago de la prima, el suicidio se cubrirá desde el primer día de vigencia de la póliza o el certificado individual, siempre y cuando este asegurado el 100% del grupo asegurable.

INFORMACIÓN ART. 492 LISF:

Es importante mencionar que de acuerdo con las disposiciones emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público relativas a las medidas que internacionalmente debemos cumplir para prevenir el Lavado de Dinero y Financiamiento al Terrorismo, nos obliga a las Compañías de Seguros a recabar documentación adicional en materia de identificación del contratante, asegurados y beneficiarios.

Por lo que, en caso de solicitarse la emisión de la póliza, será necesario recabar dicha documentación, la cual debe cumplir con las siguientes características:

La información para recabar esté fin es:

- Poder del Representante Legal o Nombramiento del Funcionario facultado por ley para firmar contrato y orden de trabajo.
- Cédula de Identificación Fiscal
- Copia de Identificación del Representante Legal o Funcionario facultado.
- Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses de antigüedad)

REQUISITOS EN CASO DE SINIESTRO**➤ REQUISITOS PARA COBRO DE SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO PARA PÓLIZAS DE GRUPO**

- Formato de reclamación completamente requisitado y firmado
- Certificado y consentimiento firmado por el asegurado
- Original y Copia certificada del acta de defunción
- Copia fotostática del acta de nacimiento del asegurado
- Copia fotostática del acta de matrimonio si la esposa fuera beneficiaria
- Copia fotostática del acta de nacimiento de los beneficiarios
- Copia fotostática de identificación oficial vigente del asegurado y de beneficiarios mayores de edad (credencial de elector, pasaporte, licencia de conducir)
- Comprobante de domicilio, con antigüedad no mayor a tres meses
- En caso de muerte accidental y de tener la cobertura contratada, actuaciones del ministerio público completas
- Recibo de nomina

***Nota importante:** La presente cotización se emite sólo con efectos informativos y no vinculativos pues no constituye la aceptación del riesgo. De solicitarse el seguro y de aceptarse el riesgo, las condiciones generales de la póliza de seguro que, en su caso, se emita, prevalecerán en todo momento sobre la información de esta cotización, de conformidad con lo previsto por los artículos 19, 20, 21 y demás relativos y aplicables de la Ley sobre el Contrato de Seguro y del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

➤ **REQUISITOS PARA RECLAMACIÓN DE COBERTURA INVALIDEZ PARA PÓLIZAS DE GRUPO**

- Formato de reclamación completamente requisitado y firmado
- Certificado y consentimiento firmado por el asegurado
- Documentación oficial que certifique el estado de invalidez, expedido por el ISSSTE O IMSS. Si el asegurado no pertenece a estas Instituciones, deberá presentar Dictamen Médico de Incapacidad Total y Permanente expedido por un Médico especialista Certificado por el Consejo de Medicina del Trabajo
- Copia fotostática del acta de nacimiento del asegurado
- Copia Fotostática de Identificación Oficial Vigente del asegurado (credencial de elector, pasaporte y licencia de conducir)
- Comprobante dedomicilio, con una antigüedad mayor a 3 meses
- Recibo de nomina

A fin de determinar el estado de invalidez, el asegurado deberá presentar a la Compañía, el dictamen de invalidez avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar su invalidez, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el asegurado dentro de los previamente designados por la Compañía para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez, la Compañía cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez, el costo del peritaje correrá a cargo del asegurado.

➤ **REQUISITO PARA RECLAMACIÓN DE ACCIDENTES Y/O PERDIDAS ORGÁNICAS**

- Formato de Reclamación completamente requisitado y firmado
- Informe de Medico y Expediente Completo con los estudios realizados al asegurado (radiografías)
- Actuaciones del ministerio publico
- Copia fotostática del acta de nacimiento del asegurado
- Copia fotostática de identificación oficial del asegurado (credencial de elector, pasaporte, licencia de conducir)
- Comprobante de domicilio, con la antigüedad no mayor a tres meses
- Recibo de Nomina

***Nota importante:** La presente cotización se emite sólo con efectos informativos y no vinculativos pues no constituye la aceptación del riesgo. De solicitarse el seguro y de aceptarse el riesgo, las condiciones generales de la póliza de seguro que, en su caso, se emita, prevalecerán en todo momento sobre la información de esta cotización, de conformidad con lo previsto por los artículos 19, 20, 21 y demás relativos y aplicables de la Ley sobre el Contrato de Seguro y del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.



SEGURO DE GRUPO
COTIZACIÓN*
SG-4-550-N-0W7-0032-0
05 de enero de 2024

ESTÁNDARES DE SERVICIO

GARANTÍA DE PAGO DE SINIESTROS

Seguros Argos le garantiza que sus beneficiarios podrán disponer de la suma asegurada, en un **plazo máximo de 5 días hábiles** contados a partir de la recepción de la documentación completa solicitada. De lo contrario, Seguros Argos pagará \$1,000 por cada día de retraso, con tope máximo de 10 días.

GARANTÍA DE SERVICIOS

- Emisión de Pólizas 5 días hábiles
- Reexpedición de Pólizas y Endosos con Errores 5 días hábiles
- Duplicado de póliza y recibos cuando se solicite 2 días hábiles
- Tiempo de revisión de los documentos para solicitar complemento de documentación o dar carta rechazo 5 días hábiles

Como podrá observar, estamos comprometidos con ofrecerle importantes beneficios únicos en el mercado y estándares de calidad que garantizan nuestro servicio, en Seguros Argos ponemos un patrimonio en sus manos.

Para cualquier aclaración o ampliación al respecto de esta cotización, quedo a sus órdenes.

ATENTAMENTE

ARACELI MARTÍNEZ RUIZ
SEGURO DE GRUPO

***Nota importante:** La presente cotización se emite sólo con efectos informativos y no vinculativos pues no constituye la aceptación del riesgo. De solicitarse el seguro y de aceptarse el riesgo, las condiciones generales de la póliza de seguro que, en su caso, se emita, prevalecerán en todo momento sobre la información de esta cotización, de conformidad con lo previsto por los artículos 19, 20, 21 y demás relativos y aplicables de la Ley sobre el Contrato de Seguro y del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

ANEXO 1

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS.

- **Básica por Fallecimiento:**

En caso que el asegurado fallezca durante la vigencia del seguro, se efectuará el pago de la Suma Asegurada contratada a los beneficiarios designados.

- **Indemnización por Muerte Accidental (IMA):**

Se entenderá como muerte accidental, la ocasionada por lesiones corporales sufridas involuntariamente por el asegurado, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa, siempre que el fallecimiento sobrevenga dentro de los noventa días naturales siguientes al evento en que el asegurado sufrió las lesiones.

La suma asegurada que se otorgará a los beneficiarios en caso de la muerte accidental, será adicional a la contratada para el beneficio básico.

El homicidio no se cubre como muerte accidental. Se entiende por homicidio el resultado de una acción u omisión mediante el cual se priva de la vida a otra persona donde concurren las circunstancias de alevosía y/o dolo.

- **Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (BITP):**

Para efectos de este contrato se considera Invalidez Total y Permanente como la pérdida de facultades o aptitudes que imposibiliten al Asegurado para poder desempeñar cualquier trabajo que pueda generarle ingresos propios. La Invalidez Total y Permanente podrá generarse por Accidente o Enfermedad que el Asegurado pueda sufrir, como lesiones orgánicas, perturbación funcional o cualquier estado patológico. En caso de darse un siniestro causado por invalidez total y permanente, la invalidez deberá estar dictaminada por el I.M.S.S. o el I.S.S.S.T.E., el cual deberá estar emitido en el formato correspondiente a la Institución con los debidos sellos y firmas de autorización.

Seguros Argos se reserva el derecho para revisar y validar el dictamen de Invalidez Total y Permanente; así como, el estado del asegurado afectado.

- **Anticipo de Suma Asegurada Por Enfermedad Terminal:**

Se considera que una enfermedad es Terminal cuando ésta sea incurable y lleve irremediamente a la muerte y no exista para esta enfermedad tratamiento médico o procedimiento quirúrgico curativo, no paliativo que permita una supervivencia mayor de 365 días.

El dictamen deberá estar certificado por el IMSS o ISSSTE y podrá ser avalado por el médico dictaminador de Seguros Argos. En caso de que el médico dictaminador de Seguros Argos no ratifique el dictamen de Enfermedad Terminal, las partes de común acuerdo podrán solicitar el

***Nota importante:** La presente cotización se emite sólo con efectos informativos y no vinculativos pues no constituye la aceptación del riesgo. De solicitarse el seguro y de aceptarse el riesgo, las condiciones generales de la póliza de seguro que, en su caso, se emita, prevalecerán en todo momento sobre la información de esta cotización, de conformidad con lo previsto por los artículos 19, 20, 21 y demás relativos y aplicables de la Ley sobre el Contrato de Seguro y del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

dictamen de un médico independiente, siendo este último el que prevalecerá sobre cualquier otro.

En caso de que el Asegurado Titular se niegue a ser valorado por este tercer médico independiente, prevalecerá la opinión del médico dictaminador de Seguros Argos.

En todos los casos, los dictámenes médicos deberán señalar el pronóstico de vida del Asegurado que permita una supervivencia mayor a 365 días.

No se considerará como tratamientos médicos aquellos cuya función sea estabilizar las condiciones de desequilibrio hemodinámicas y metabólicos por el mismo padecimiento; o dirigidos a corregir alguna disfunción orgánica irreversible.

Exclusiones

El Anticipo de SA por Enfermedad Terminal, no será cubierto en los siguientes casos:

- SIDA o presencia del virus del VIH
- Enfermedad intencionalmente causada a sí mismo
- Enfermedades sufridas por riesgos nucleares
- Enfermedades que se hayan diagnosticado con fecha anterior a la del inicio de vigencia de la póliza

Porcentaje de pago anticipado

El Asegurado Titular podrá elegir en el momento de solicitarlo, el porcentaje que desee teniendo como máxima el 50% de la Suma Asegurada.

Seguros Argos pagará al Asegurado Titular la Suma Asegurada que resulte de aplicar el porcentaje elegido por el Asegurado Titular para este beneficio a la Suma Asegurada básica al momento de presentar las pruebas de su estado Terminal a Seguros Argos, y al momento de la muerte se pagará la Suma Asegurada restante a los beneficiarios, en la proporción designada en la póliza.

• Asistencia Argos:

Seguros Argos ofrece un nuevo beneficio en el que responde desde el primer momento y de acuerdo con las necesidades de tu familia: ASISTENCIA ARGOS, opera las 24 horas del día, los 365 días del año, en toda la República Mexicana y brinda a los beneficiarios una serie de servicios que le aligeran la carga anímica y económica que provoca un fallecimiento, apoyando a la empresa al asumir esta ayuda en beneficio de los beneficiarios del miembro de la colectividad.

- **Asesoría Legal.** Asistencia Jurídica, les ayudamos a realizar, ante la institución oficial del lugar en el que se haya reportado o sucedido el fallecimiento, todos los trámites legales necesarios para acreditarlo, sin importar la causa del fallecimiento.

***Nota importante:** La presente cotización se emite sólo con efectos informativos y no vinculativos pues no constituye la aceptación del riesgo. De solicitarse el seguro y de aceptarse el riesgo, las condiciones generales de la póliza de seguro que, en su caso, se emita, prevalecerán en todo momento sobre la información de esta cotización, de conformidad con lo previsto por los artículos 19, 20, 21 y demás relativos y aplicables de la Ley sobre el Contrato de Seguro y del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

En caso de que el fallecimiento suceda en el domicilio y no se cuente con un médico, se enviará uno encargado de elaborar el Certificado de Defunción. BENEFICIO SIN COSTO ADICIONAL

- **Servicios Funerarios.** En forma opcional, si el beneficiario así lo desea y lo autoriza, podemos hacernos cargo de coordinar los servicios funerarios que se requieran A COSTOS PREFERENCIALES.

Los gastos se harán con cargo a la Suma Asegurada entregando **a los beneficiarios** el remanente, si lo hubiera, y los comprobantes respectivos serán por cuenta de los beneficiarios.

Estos Servicios son:

- Traslado de cuerpo
- Traslado local, al lugar de la velación dentro de la ciudad del fallecimiento
- Traslado foráneo, de una ciudad a otra
- Traslado del lugar de velación al panteón
- El servicio funerario incluye: Ataúd metálico, urna para cenizas, arreglo estético del cuerpo, velatorio, embalsamamiento.
- Realizamos los trámites necesarios para la inhumación o cremación de acuerdo con la elección.
- Localización y trámite para la obtención del nicho para cenizas o fosa para inhumación.

Este servicio tiene cobertura en toda la República Mexicana.

El monto destinado para el pago del servicio funerario, en caso de solicitarlo, será equivalente al 30% de la Suma Asegurada destinada para la cobertura de fallecimiento con un tope máximo de \$30,000.00 M.N., este monto será descontado de la Suma Asegurada por fallecimiento.

***Nota importante:** La presente cotización se emite sólo con efectos informativos y no vinculativos pues no constituye la aceptación del riesgo. De solicitarse el seguro y de aceptarse el riesgo, las condiciones generales de la póliza de seguro que, en su caso, se emita, prevalecerán en todo momento sobre la información de esta cotización, de conformidad con lo previsto por los artículos 19, 20, 21 y demás relativos y aplicables de la Ley sobre el Contrato de Seguro y del Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.



SEGURO DE GRUPO

SG-4-550-N-0W7-0032-0

05 de enero de 2024

ACEPTACION DE PROPUESTA DE COTIZACIÓN PARA EMISION

Por este medio hago constar que el Agente de Seguros:

Nombre del Agente:

Clave del Agente:

Ha entendido el contenido de la propuesta de la presente cotización, así como las condiciones generales y exclusiones sobre el seguro de vida cotizado por Seguros Argos, S.A. de C.V.

Por lo anterior se le ha explicado de forma amplia y detallada a mi Contratante:

“NOMBRE DEL CONTRATANTE”

El contenido y alcance de la cobertura, condiciones generales y exclusiones del producto de seguro solicitado, de acuerdo con la cotización en referencia, de conformidad con lo establecido en la fracción II del artículo 5 del Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas y demás disposiciones legales relativos y aplicables en materia de seguros.

Nombre y firma del Agente	Nombre y firma del Contratante: Representante legal o funcionario facultado para la aceptación de propuesta de cotización para emisión. Puesto del funcionario: _____ _____

Lugar y fecha de firma de conformidad: _____