

GRAVES ENFERMEDADES, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O CÁNCER

INFORME DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre del Paciente (completo)		Edad	
Antecedentes Clínicos Relevantes			
Síntomas o Signos que motivan la consulta		Fecha en la que iniciaron los síntomas	
		Día _____ Mes _____ Año _____	
Lugar en el que se atendió al Paciente por primera vez		Fecha de la Primera Consulta	
		Día _____ Mes _____ Año _____	
Impresión Diagnóstica			
Diagnóstico Definitivo		Fecha del Diagnóstico	
		Día _____ Mes _____ Año _____	
Resultado o Diagnóstico Histopatológico (Indispensable en caso de Cáncer)			
Exámenes Clínicos, Patológicos, de Gabinete o de cualquier tipo que sirvieron para formular el Diagnóstico.			

Nombre del Laboratorio	Dirección
------------------------	-----------

Tratamiento y/o Complicaciones

Lugar de la Intervención Quirúrgica	Fecha de la Intervención Quirúrgica
	Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE			
Nombre (completo)		Especialidad	
Domicilio (completo)		Correo Electrónico	
Teléfono	Cédula Profesional	R.F.C.	Teléfono Celular

Nota: Como Médico Tratante autorizo a los Hospitales donde fue internado el Paciente a que proporcionen a Seguros Argos, S.A. de C.V., todos los informes que se refieran a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las Instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir la verdad manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente tanto del Paciente Asegurado, como del expediente clínico que obra en mi poder.

AVISO DE PRIVACIDAD

Seguros Argos, S.A. de C.V. ("ARGOS") con domicilio en Tecoyotitla No. 412, Colonia Ex Hacienda de Guadalupe, Chimalistac, C.P. 01050, Delegación Álvaro Obregón, en México, Distrito Federal, es responsable de recabar sus Datos Personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección. Los Datos Personales que se recaban en este documento serán utilizados para las siguientes finalidades: (a) Evaluar la aceptación del riesgo propuesto y, en su caso, celebrar el contrato de seguro, (b) Atención de solicitudes de servicios a las pólizas de seguro que, en su caso, se contraten, (c) Atender reclamaciones de pago de siniestros y realizar, en su caso, el pago de las sumas aseguradas convenidas, (d) Recibir y aplicar el pago de primas, (e) Dar cumplimiento a obligaciones contraídas con nuestros clientes, (f) Evaluar la calidad del servicio, (g) Para su debida identificación y cumplimiento a las disposiciones legales vigentes que regulan la operación de esta Institución de Seguros y (h) para todos aquellos fines señalados en la Política de Privacidad visible en la página web de esta Institución de Seguros www.segurosargos.com. Para los fines antes señalados, requerimos obtener sus Datos Personales, consistentes en: Nombre Completo; Fecha de Nacimiento; País de Nacimiento; Nacionalidad; Ocupación, Profesión, Actividad o Giro del Negocio; Domicilio particular completo en su lugar de residencia; Teléfono; Correo Electrónico*; CURP*, RFC (con homoclave)* y Número de Serie del Certificado Digital de la Firma Electrónica Avanzada*; [*Solo cuando cuente con ellos], así como Datos relativos a Información Médica respecto del Estado de Salud de la persona a ser asegurada, incluyendo hábitos personales, actividades físicas o deportivas, aficiones o pasatiempos, considerados como sensibles según la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus Datos Personales, así como de oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, a través de los procedimientos que hemos implementado. Para conocer dichos procedimientos, los requisitos y plazos, Usted puede consultar nuestra Política de Privacidad visible en la página web www.segurosargos.com y/o se puede poner en contacto con nuestra Oficina de Privacidad, a través del correo electrónico: oficinadeprivacidad@segurosargos.com. Asimismo, le informamos que 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 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. Cualquier modificación a este Aviso de Privacidad y/o a la Política de Privacidad de esta Institución de Seguros podrá consultarla en nuestra página web www.segurosargos.com. Fecha última actualización: Octubre 28, 2013.

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 Seguros Argos, S.A. de C.V. 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 Seguros Argos, S.A. de C.V. 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 Médico Tratante
---------------	---------------------------