



FECHA DE SINIESTRO			
	DD	MM	AA

PASE MÉDICO | VIGENCIA DE 3 DÍAS A PARTIR DE LA
FECHA DE EMISIÓN

QUÁLITAS SALUD, S.A. de C.V.

José Ma. Castorena No.426 Col. San José de los Cedros, Cuajimalpa 05200, México.
Tel. 800 772 5831

No. REPORTE	No. SINIESTRO	No. PÓLIZA	No. CERTIFICADO
-------------	---------------	------------	-----------------

NOMBRE DEL CONTRATANTE

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ASEGURADO AFECTADO	IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO AFECTADO
	INE:
	OTROS:

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR (SI EL AFECTADO ES MENOR DE EDAD)	
NOMBRE COMPLETO	FIRMA

LUGAR DE EMISIÓN DEL PASE MÉDICO (marca con una "X" el lugar de emisión)			POBLACIÓN Y ESTADO DONDE SE EMITE PASE MÉDICO	
ESCUELA	OFICINA	OTROS		

CAUSA DE LA LESIÓN

LESIONES APARENTES	E-MAIL
--------------------	--------

SEÑALA CON UNA "X" EL LUGAR DE REFERENCIA			NOMBRE DE CLÍNICA AMBULATORIA U HOSPITAL	
HOSPITAL	CLÍNICA AMBULATORIA	CONSULTORIO		
DOMICILIO DEL HOSPITAL O CONSULTORIO			TELÉFONO:	

Quálitas Salud, S.A. de C.V. con domicilio en Avenida San Jerónimo número 478, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México, tratará sus Datos Personales de acuerdo a las siguientes finalidades: la evaluación de su solicitud de seguro, emisión del contrato de seguro, el trámite a las reclamaciones de siniestros, administración, así como los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones que deriven de la Ley sobre el Contrato de Seguro y de la normatividad aplicable, se encuentra a su disposición el Aviso de Privacidad Integral en www.qualitassalud.com.mx
Manifiesto que fue puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad de Quálitas Salud, S.A. de C.V., por lo que autorizo el tratamiento de mis Datos Personales para los fines señalados en el mismo, incluyendo el intercambio de información para el cumplimiento del contrato de seguro.
Asimismo, acepto la responsabilidad de informar a los titulares de los datos personales proporcionados en esta solicitud y las finalidades de su tratamiento.

FECHA DE ELABORACIÓN DE PASE:	DD	MM	AA
CARGO DE LA PERSONA QUE AUTORIZA			

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA