

RAMO	PÓLIZA	AÑO	FECHA	DD	MM	AAAA	ENDOSO
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)			

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO:	RFC (CON HOMOC clave):
GÉNERO:	ESTADO CIVIL:
FECHA DE NACIMIENTO:	OCUPACIÓN:
DOMICILIO CALLE, AVENIDA O VÍA:	NÚM. EXTERIOR:
COLONIA:	NÚM. INTERIOR:
ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO:	ALCALDÍA/ MUNICIPIO:

PRESENTACIÓN Y VALIDACIÓN DE DOCUMENTOS

SI	NO	DOCUMENTO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formato trámite de reclamación fallecimiento por accidente (este formato)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identificación oficial del asegurado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identificación oficial del Beneficiario.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acta defunción asegurado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carpeta de investigación o averiguación del Ministerio Público
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprobante de domicilio del asegurado (antigüedad no mayor a tres meses)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprobante de domicilio del beneficiario (antigüedad no mayor a tres meses)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultado necropsia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información bancaria beneficiarios (copia caratula del Estado de Cuenta con nombre y cuenta CLABE)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso de extranjeros, documento que acredite su legal internación o legal estancia en el país.

Todos los documentos deberán entregarse digitalizados en formato PDF.

Quálitas Salud, S.A. se reserva el derecho de solicitar algún documento adicional a los mencionados, cuando lo crea conveniente.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

Si al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, no había sido comprobada la edad de este por Quálitas Salud, S.A, de C.V. el reclamante deberá presentar el acta de nacimiento original.

Los interesados deberán facilitar los detalles completos del Siniestro, indicando si el finado recibió o no asistencia médica y, en su caso, deberán presentar a Quálitas Salud, S.A. de C.V. copia del acta levantada por las autoridades.

Si el Beneficiario fuera menor de edad, deberán firmar la solicitud las personas que tengan la patria potestad y presentar los documentos que así lo acrediten.

En caso de que no exista designación de Beneficiarios o a falta de ellos, y por esa razón, cuando la suma asegurada deba pagarse a los herederos del Asegurado, la solicitud deberá ser firmada por el albacea, quien deberá presentar una copia certificada de su nombramiento por aceptación del cargo que así lo justifique.

Quálitas Salud, S.A. de C.V., con domicilio en Avenida San Jerónimo 478, Colonia Jardines del Pedregal, C.P. 01900, Alcaldía Álvaro Obregón, CDMX, tratará sus Datos Personales para las finalidades señaladas en nuestro Aviso de Privacidad el cual, se encuentra a su disposición en www.qualitassalud.com.mx

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)					
FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA		PAÍS DE NACIMIENTO		ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD			
RFC (con homoclave) O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL O SU EQUIVALENTE Y EL PAÍS QUE LO ASIGNÓ									
NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (SI CUENTA CON ELLA)									
CURP		PROFESIÓN U OCUPACIÓN		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO			
CALLE, AVENIDA O VÍA			NÚM. EXT.		NÚM. INT.		COLONIA		
MUNICIPIO/ ALCALDÍA		ESTADO		CIUDAD O POBLACIÓN		C.P.		PAÍS	

DATOS BANCARIOS PARA REALIZAR TRANSFERENCIA

NOMBRE DEL TITULAR		INSTITUCIÓN	
CLABE INTERBANCARIA (18 DÍGITOS)			

*En caso de existir más de un beneficiario, agregar la información bancaria de los mismos en una hoja anexa.

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

¿EL BENEFICIARIO, SU CÓNYUGE O ALGÚN FAMILIAR DIRECTO HASTA EL SEGUNDO GRADO DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS FUNCIONES PÚBLICAS DESTACADAS EN MÉXICO O EN EL EXTRANJERO? SI NO

En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior, llenar la sección "Información Adicional"

BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>		CARGO		DEPENDENCIA							
GRADOS		PARENTESCO				CARGO					
1º		padre/madre		suegro/suegra		hijo/hija		yerno/nuera		DEPENDENCIA	
2º		abuelo/abuela		hermano/hermana		cuñado/cuñada		nieto/nieta		DEPENDENCIA	

INFORMACIÓN ADICIONAL

ESTADO CIVIL: Soltero Casado NÚMERO DE DEPENDIENTES ECONÓMICOS:

¿CUENTAS CON VÍNCULOS PATRIMONIALES CON ALGUNA SOCIEDAD O ASOCIACIÓN? SI NO

En caso de respuesta afirmativa llenar el apartado "b" información s/sociedades o asociaciones.

a. INFORMACIÓN SOBRE DEPENDIENTES ECONÓMICOS

TIPO DE FIGURA 1:		Cónyuge, concubina, concubinario <input type="checkbox"/>		Dependiente económico <input type="checkbox"/>					
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)					
FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA		PAÍS DE NACIMIENTO		ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD			
RFC (con homoclave) O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL O SU EQUIVALENTE Y EL PAÍS QUE LO ASIGNÓ									
NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (SI CUENTA CON ELLA)									
CURP		PROFESIÓN U OCUPACIÓN		TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO			
CALLE, AVENIDA O VÍA			NÚM. EXT.		NÚM. INT.		COLONIA		
MUNICIPIO/ ALCALDÍA		ESTADO		CIUDAD O POBLACIÓN		C.P.		PAÍS	

¿CUENTA CON RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO? (SÓLO PERSONAS DE NACIONALIDAD DISTINTA A LA MEXICANA) SI NO

TIPO DE FIGURA 2 Cónyuge, concubina, concubinario Dependiente económico Tercero o propietario real

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO

PAÍS DE NACIMIENTO

ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

DD MM AAAA

RFC (con homoclave) O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL O SU EQUIVALENTE Y EL PAÍS QUE LO ASIGNÓ

NO. DE SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (SI CUENTA CON ELLA)

CURP

PROFESIÓN U OCUPACIÓN

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

CALLE, AVENIDA O VÍA

NÚM. EXT.

NÚM. INT.

COLONIA

MUNICIPIO/ ALCALDÍA

ESTADO

CIUDAD O POBLACIÓN

C.P.

PAÍS

¿CUENTA CON RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO? (SÓLO PERSONAS DE NACIONALIDAD DISTINTA A LA MEXICANA) SI NO

b. INFORMACIÓN SOBRE SOCIEDADES O ASOCIACIONES

DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL

GIRO MERCANTIL, ACTIVIDAD U OBJETO SOCIAL

NACIONALIDAD

RFC O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL Y/O SU EQUIVALENTE Y EL PAÍS QUE LO ASIGNO

NÚMERO DE CERTIFICADO DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (EN SU CASO)

FECHA DE CONSTITUCIÓN

DD MM AAAA

FOLIO MERCANTIL

TELÉFONO

DATOS DE RESIDENCIA (EXCLUSIVO EXTRANJEROS)

DOMICILIO:

NÚM. EXTERIOR:

PAÍS:

NÚM. INTERIOR:

ESTADO:

C.P.

DATOS DE RESIDENCIA O DE CORRESPONDENCIA

DOMICILIO:

NÚM. EXTERIOR:

COLONIA:

NÚM. INTERIOR:

ESTADO:

C.P.

AVISO DE PRIVACIDAD

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 mí 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.

LUGAR

FECHA

“Declaro bajo protesta de decir verdad que la información asentada en este formato es fidedigna y que actúo en mi nombre y por cuenta propia autorizo a que la Institución la corrobore como estime conveniente.”

**NOMBRE Y FIRMA DEL BENEFICIARIO
Y/O RECLAMANTE**

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE REALIZÓ
LA ENTREVISTA PERSONAL AL BENEFICIARIO**

*Este formato debe ser requisitado totalmente y sin abreviaturas.

*Las copias simples de los documentos deberán ser legibles y sin tachaduras, enmendaduras.