

TIPO DE TRÁMITE	<input type="checkbox"/> Reembolso <input type="checkbox"/> Indemnización	FECHA	DD	MM	AAAA
RAMO	PÓLIZA	AÑO	ENDOSO		

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL:

GIRO MERCANTIL, ACTIVIDAD U OBJETO SOCIAL:

NACIONALIDAD:

RFC (CON HOMOClave) O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL Y/O SU EQUIVALENTE Y EL PAÍS QUE LO ASIGNÓ:

NÚMERO DE CERTIFICACIÓN DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (EN SU CASO):

FECHA DE CONSTITUCIÓN:

FOLIO MERCANTIL:

TELÉFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE):

NÚMERO DE ESCRITURA DEL ACTA CONSTITUTIVA:

2. DOMICILIO DE RESIDENCIA EN TERRITORIO NACIONAL

CALLE, AVENIDA O VÍA:	NÚMERO EXTERIOR:	NÚMERO INTERIOR:	
COLONIA:	ALCALDÍA O MUNICIPIO:	ESTADO:	
CIUDAD O POBLACIÓN:	CÓDIGO POSTAL:	PAÍS:	TELÉFONO:

3. DATOS DE RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

DIRECCIÓN:		
ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	PAÍS:

4. INFORMACIÓN SOBRE EL CONTROLADOR O PROPIETARIO REAL

SE ENTENDERÁ POR "CONTROL" A LA CAPACIDAD DE UNA PERSONA O GRUPO DE PERSONAS, A TRAVÉS DE LA PROPIEDAD DE VALORES, POR LA CELEBRACIÓN DE UN CONTRATO O POR CUALQUIER OTRO ACTO JURÍDICO, PARA:

- A)** IMPONER, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, DECISIONES EN LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS O DE SOCIOS O EN EL ÓRGANO DE GOBIERNO EQUIVALENTE DE UNA PERSONA MORAL.
- B)** NOMBRAR O DESTITUIR A LA MAYORÍA DE LOS CONSEJEROS, ADMINISTRADORES O EQUIVALENTES DE UNA PERSONA MORAL.
- C)** MANTENER LA TITULARIDAD DE DERECHOS QUE PERMITAN, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, EJERCER EL VOTO RESPECTO DE MÁS DEL CINCUENTA POR CIENTO DEL CAPITAL SOCIAL DE UNA PERSONA MORAL.
- D)** DIRIGIR DIRECTA O INDIRECTAMENTE, LA ADMINISTRACIÓN LA ESTRATEGIA O LAS PRINCIPALES POLÍTICAS DE UNA PERSONA MORAL.

ADICIONALMENTE SE ENTENDERÁ QUE EJERCE EL CONTROL AQUELLA PERSONA FÍSICA QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE, ADQUIERA EL 25% O MÁS DE LA COMPOSICIÓN ACCIONARIA O DEL CAPITAL SOCIAL, DE UNA PERSONA MORAL.

¿EL CONTROL DE LA SOCIEDAD LO EJERCE OTRA PERSONA MORAL? SÍ NO **EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA PASAR A LA SECCIÓN 4.2; DE LO CONTRARIO LLENAR LA SECCIÓN 4.1.**

4.1. SECCIÓN CONTROLADOR(ES) PERSONA(S) FÍSICA(S)

DATOS	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3	PERSONA 4
APELLIDO PATERNO:				
APELLIDO MATERNO:				
NOMBRES(S):				
NACIONALIDAD:				
FECHA DE NACIMIENTO:				
PORCENTAJE TENENCIA ACCIONARIA:				

4.2. SECCIÓN CONTROLADOR PERSONA MORAL

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	
FECHA DE CONSTITUCIÓN	
R.F.C. CON HOMOCLEAVE	
NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO LEGAL	

¿LA SOCIEDAD CONTROLADORA COTIZA EN ALGUNA BOLSA DE VALORES MEXICANA O DEL EXTRANJERO? SÍ NO

¿LA SOCIEDAD CONTROLADORA TIENE UNA PARTICIPACIÓN MAYOR AL 50% DEL CAPITAL SOCIAL? SÍ NO

5. PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

¿ALGUNO DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS, MIEMBROS DEL CONSEJO O ADMINISTRADOR ÚNICO HA DESEMPEÑADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS FUNCIONES PÚBLICAS DESTACADAS EN MÉXICO O EN EL EXTRANJERO? SÍ NO

En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior, favor de proporcionar la siguiente información:

FIGURA 1 NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL Apellido paterno, apellido materno y nombre(s):

DEPENDENCIA CARGO

FIGURA 2 NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL Apellido paterno, apellido materno y nombre(s):

DEPENDENCIA CARGO

6. INFORMACIÓN ADICIONAL

LA ADMINISTRACIÓN DE ESTA SOCIEDAD SE REALIZA A TRAVÉS DE: ADMINISTRACIÓN ÚNICO CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

6.1. INFORMACIÓN SOBRE LA ESTRUCTURA CORPORATIVA

Llenar la siguiente información respecto del Director General de la Persona Moral así como de las personas con la jerarquía inmediata al Director General:

DATOS	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3	PERSONA 4
PUESTO O CARGO				
APELLIDO PATERNO				
APELLIDO MATERNO				
NOMBRE(S)				
NACIONALIDAD				
FECHA DE NACIMIENTO				

6.2. INFORMACIÓN SOBRE LA ESTRUCTURA CORPORATIVA

Llenar la siguiente información respecto de los miembros del Consejo de Administración o en su caso del Administrador Único.

DATOS	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3	PERSONA 4
PUESTO O CARGO				
APELLIDO PATERNO				
APELLIDO MATERNO				
NOMBRE(S)				
NACIONALIDAD				
FECHA DE NACIMIENTO				

7. PRESENTACIÓN Y VALIDACIÓN DE DOCUMENTOS

SÍ NO DOCUMENTOS PERSONA MORAL MEXICANA

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acta constitutiva o instrumento en el que consten los datos de su constitución y los de su inscripción en el registro público correspondiente. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cédula de Identificación Fiscal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses, contados a partir de su fecha de expedición. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Poderes del apoderado legal. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Identificación Oficial del apoderado legal. |

SÍ NO DOCUMENTOS PERSONA MORAL EXTRANJERA

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Documento con el que compruebe fehacientemente su legal existencia. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Documento que permita conocer su estructura accionaria o partes sociales, según corresponda. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Documento en el que conste la asignación del número de identificación fiscal y/o equivalente expedido por autoridad competente. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a 3 meses, contados a partir de su fecha de expedición. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Poderes del apoderado legal. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Identificación Oficial del apoderado legal. |

8. 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.

“DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LA INFORMACIÓN ASENTADA EN ESTE FORMATO ES FIDEDIGNA Y QUE ACTÚO EN NOMBRE DE MI REPRESENTADA, AUTORIZO A QUE LA INSTITUCIÓN LA CORROBORE COMO ESTIME CONVENIENTE.”

NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO LEGAL

FIRMA DEL APODERADO LEGAL

HAGO CONSTAR QUE LLEVÉ A CABO UNA ENTREVISTA PERSONAL CON EL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA O CON SU REPRESENTANTE LEGAL, CON EL FIN DE RECABAR LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS Y, DE IGUAL MANERA, TUVE A LA VISTA LOS ORIGINALES DE LOS DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN SEÑALADOS.

NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE

FIRMA DEL RESPONSABLE