

TIPO DE TRÁMITE: Inicial Renovación FECHA: DD MM AAAA

RAMO PÓLIZA AÑO ENDOSO

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

NÚMERO O REFERENCIA DEL FIDEICOMISO: OBJETO DE FIDEICOMISO:

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

NÚMERO DE CERTIFICADO DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA: LUGAR DE CONSTITUCIÓN O CELEBRACIÓN:

FECHA DE CONSTITUCIÓN: DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL DE LA INSTITUCIÓN FIDUCIARIA:

DD MM AAAA

PATRIMONIO FIDEICOMITIDO: APORTACIONES DE LOS FIDEICOMITENTES:

¿REALIZA ACTIVIDADES VULNERABLES DE ACUERDO CON EL ART. 17 DE LA LFPIORPI? SÍ NO

¿CUÁLES?

DATOS GENERALES FIDEICOMITENTE

TIPO DE PERSONA: Persona Física Persona Moral

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE)/RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL:

FECHA DE NACIMIENTO/FECHA DE CONSTITUCIÓN: PAÍS DE NACIMIENTO: ENTIDAD FEDERAL DE NACIMIENTO:

DD MM AAAA

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

CURP (PERSONA FÍSICA): FOLIO MERCANTIL (PERSONAS MORALES):

PROFESIÓN U OCUPACIÓN/ACTIVIDAD O GIRO COMERCIAL: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:

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

DOMICILIO FIDEICOMITENTE

CALLE, AVENIDA O VÍA: NÚMERO EXTERIOR: NÚMERO INTERIOR:

COLONIA: ALCALDÍA O MUNICIPIO: ESTADO:

CIUDAD O POBLACIÓN: CÓDIGO POSTAL: PAÍS: TELÉFONO:

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

DATOS GENERALES DELEGADO FIDUCIARIO

TIPO DE PERSONA: Persona Física Persona Moral

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE)/RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL:

FECHA DE NACIMIENTO/FECHA DE CONSTITUCIÓN: PAÍS DE NACIMIENTO: ENTIDAD FEDERAL DE NACIMIENTO:

DD MM AAAA

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

CURP (PERSONA FÍSICA): FOLIO MERCANTIL (PERSONAS MORALES):

PROFESIÓN U OCUPACIÓN/ACTIVIDAD O GIRO COMERCIAL: TELÉFONO: CORREO ELECTRÓNICO:

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

DOMICILIO DELEGADO FIDUCIARIO

CALLE, AVENIDA O VÍA: NÚMERO EXTERIOR: NÚMERO INTERIOR:

COLONIA: ALCALDÍA O MUNICIPIO: ESTADO:

CIUDAD O POBLACIÓN: CÓDIGO POSTAL: PAÍS: TELÉFONO:

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

DATOS GENERALES REPRESENTANTES O APODERADO LEGAL

DATOS	APODERADO 1	APODERADO 2	APODERADO 3
NOMBRE (S)			
APELLIDO PATERNO			
APELLIDO MATERNO			
FECHA DE NACIMIENTO			
PAÍS DE NACIMIENTO			
ENTIDAD FEDRATIVA DE NACIMIENTO			
NACIONALIDAD			
RFC O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL O SU EQUIVALENTE Y EL PAÍS QUE LO ASIGNÓ			
CURP			
PROFESIÓN U OCUPACIÓN			
TELÉFONO			
CORREO ELECTRÓNICO			
CALLE, AVENIDA O VÍA			
NÚMERO EXTERIOR			
NÚMERO INTERIOR			
COLONIA			
ALCALDÍA O MUNICIPIO			
ESTADO			
CIUDAD O POBLACIÓN			
CÓDIGO POSTAL			

DATOS GENERALES DEL(OS) FIDEICOMISARIO(S) Y/O BENEFICIARIO(S)

DATOS	FIDEICOMISARIO 1	FIDEICOMISARIO 2	FIDEICOMISARIO 3	FIDEICOMISARIO 4	FIDEICOMISARIO 5
NOMBRE COMPLETO/RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL					
FECHA DE NACIMIENTO/ FECHA DE CONSTITUCIÓN					
CURP (PERSONAS FÍSICAS)					
RFC O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL O SU EQUIVALENTE Y EL PAÍS QUE LO ASIGÓ					
FOLIO MERCANTIL (PERSONAS MORALES)					
CALLE, AVENIDA O VÍA					
NÚMERO EXTERIOR					
NÚMERO INTERIOR					
COLONIA					
ALCALDÍA O MUNICIPIO					
ESTADO					
CIUDAD O POBLACIÓN					
CÓDIGO POSTAL					
PAÍS					
TELÉFONO					

INTEGRACIÓN COMITÉ TÉCNICO

NOTA: en caso de existir más integrantes a los aquí contemplados favor de proporcionar la información señalada en este punto por separado.

DATOS	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3	PERSONA 4	PERSONA 5
APELLIDO PATERNO					
APELLIDO MATERNO					
NOMBRE (S)					

PRESENTACIÓN Y VALIDACIÓN DE DOCUMENTOS

SÍ | NO **DOCUMENTOS FIDEICOMISO**

- Documento que, de acuerdo con el régimen que le resulte aplicable al fideicomiso de que se trate, acredite fehacientemente su existencia.
- Poderes del representante legal, apoderado legal, o del delagado fiduciario y su identificación personal de cada uno.
- Cédula de Identificación Fiscal.
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.

Quálitas Salud, S.A. de C.V. con domicilio en Avenida San Jerónimo número 478, Colonia Jardines del Pedregal, Delegación 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.

“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 REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE COMPLETO DEL RESPONSABLE

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.