

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:
<b>DOMICILIO</b> 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 Tramite de Reclamacion Fallecimiento por Accidente (este formato)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identificación oficial del asegurado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identificación beneficiario(s)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acta de defunción del 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 de la 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](http://www.qualitassalud.com.mx)



¿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 FEDERAL DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

DD MM AAAA

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

CURP

PROFESIÓN U OCUPACIÓN

CALLE, AVENIDA O VÍA

NÚMERO EXTERIOR

NÚMERO INTERIOR

COLONIA

MUNICIPIO/ALCANDÍA

ESTADO

CIUDAD O POBLACIÓN

C. P.

PAÍS

TELÉFONO

¿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.

MPIO. / ALCALDÍA:

## DATOS DE RESIDENCIA O DE CORRESPONDENCIA

DOMICILIO:

NÚM. EXTERIOR:

COLONIA:

NÚM. INTERIOR:

ESTADO:

C.P.

MPIO. / ALCALDÍA:

**LUGAR**

**FECHA**

“Declaro bajo protesta de decir verdad que la información asentada en este formato es fidedigna y que actuó 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**

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](http://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.

\*Este formato debe ser requisitado totalmente y sin abreviaturas.

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