

(uso exclusivo de la Compañía)

FOLIO

FECHA DE SOLICITUD

DD MM AAAA

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por lo tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la póliza concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

La Aseguradora se reserva el derecho de contactar al dependiente si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional.

Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad por el contratante y/o dependiente titular de manera digital o de manera física (a una sola tinta) y no debe tener abreviaturas, tachaduras, enmendaduras y/o correcciones o campos obligatorios vacíos.

DATOS DEL CONTRATANTE (Persona Física)

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO

DD MM AAAA

PAÍS DE NACIMIENTO

NACIONALIDAD

☐ Mexicana ☐ Extranjera

CURP

RFC (CON HOMOClave)

IDENTIFICACIÓN

Tipo:

Núm:

CALLE

NÚM. EXTERIOR

NÚM. INTERIOR

COLONIA

CÓDIGO POSTAL

ESTADO

MUNICIPIO / ALCALDÍA

FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA - FIEL
(cuando cuente con ella)

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

DATOS DEL CONTRATANTE (Persona Moral)

DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL

FECHA DE CONSTITUCIÓN

DD MM AAAA

PAÍS DE CONSTITUCIÓN

FECHA DE REGISTRO DE ESCRITURA ANTE RPC

DD MM AAAA

ACTIVIDAD O GIRO MERCANTIL

FOLIO MERCANTIL

NÚMERO DE ESCRITURA

FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA - FIEL
(cuando cuente con ella)

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL

IDENTIFICACIÓN

Tipo:

Núm:

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR *(sólo si es distinto al Contratante)*

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRE (S)		
FECHA DE NACIMIENTO			PAÍS DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD		
DD	MM	AAAA				☐ Mexicana ☐ Extranjera		
CURP			RFC (CON HOMOClave)			IDENTIFICACIÓN		
						Tipo:		
						Núm:		
CALLE			NÚM. EXTERIOR		NÚM. INTERIOR		COLONIA	
CÓDIGO POSTAL			ESTADO			MUNICIPIO / ALCALDÍA		
TELÉFONO			CORREO ELECTRÓNICO					

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR Y DEPENDIENTES

NÚM. DE DEPENDIENTE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PARENTESCO CON EL TITULAR	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA	SEXO H/M	OCUPACIÓN	CURP
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL TITULAR

NUM DE BENEFICIARIO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	PARENTESCO CON EL TITULAR	% DE PARTICIPACIÓN
1					
2					
3					

• La suma de los porcentajes debe ser 100%.

IMPORTANTE:

En caso de que desee nombrar como beneficiarios a menores de edad, se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles prevén la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el Instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

FORMA DE PAGO

☐ ANUAL
 ☐ SEMESTRAL
 ☐ TRIMESTRAL
 ☐ MENSUAL

CUESTIONARIO MÉDICO *(aplica para asegurado Titular y Dependientes)*

¿ALGUNO DE LOS SOLICITANTES PADECE O HA PADECIDO ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES O CONDICIONES QUE SE MENCIONAN A CONTINUACIÓN?

1. Enfermedades, afecciones o lesiones derivadas de enfermedad vascular cerebral o infarto.
2. Enfermedades renales o prostáticas.
3. Cáncer o alguna enfermedad, afección o lesión derivada de éste.

SÍ ☐ **NO** ☐

SÍ ☐ **NO** ☐

SÍ ☐ **NO** ☐

¿ALGUNO DE LOS SOLICITANTES HA PRACTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS?

- 4.1** Cirugía por miomas uterinos.
- 4.2** Cirugía por quistes ováricos.
- 5.** Cirugía para el tratamiento de úlceras pépticas.
- 6.** Trasplante de hígado, corazón, pulmón, páncreas o riñón.
- 7.** Se le ha practicado o tiene pendiente alguna otra cirugía no enlistada anteriormente.

SÍ ☐ **NO** ☐

SÍ ☐ **NO** ☐

SÍ ☐ **NO** ☐

SI ☐ NO ☒

SI ☐ NO ☒

¿ALGUNO DE LOS SOLICITANTES PADECE O HA PADECIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

8. COVID-19
9. Diabetes mellitus
10. Hipertensión arterial sistémica
11. VIH+
12. Cálculos renoureterales

SÍ ☐ **NO** ☐

SÍ ☐ **NO** ☐

SÍ ☐ **NO** ☐

SÍ ☐ **NO** ☐

SÍ ☐ **NO** ☐

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA EN ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ESPECIFIQUE LO SIGUIENTE:

[illegible]

IMPORTANTE:
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SECCIÓN ESTÁ COMPLETA Y ES VERDICA.

CARÁCTERÍSTICAS DEL PRODUCTO SOLICITADO

ELIGE EL PLAN QUE DESEAS CONTRATAR:				BÁSICO	MEDIO	ALTO				
COBERTURA	DETALLE	COPAGO/ FRANQUICIA	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA						
				PLAN BÁSICO	PLAN MEDIO	PLAN ALTO				
CONSULTAS MÉDICAS	Consultas médicas digitales de primer contacto	Sin copago	No aplica	ILIMITADAS						
	Consultas médicas presenciales de primer contacto									
	Consultas presenciales con médicos especialistas	Copago de \$400.00								
INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDADES GRAVES Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS	Enfermedad vascular cerebral o Accidente vascular cerebral	No aplica	No aplica	\$50,000	\$100,000	\$150,000				
	Insuficiencia renal crónica		6 meses		\$75,000	\$100,000				
	Infarto agudo al miocardio		24 meses		\$120,000	\$300,000				
	Cáncer		6 meses	\$100,000	\$200,000					
	Transplante de Órganos		No aplica	\$25,000	\$40,000	\$60,000				
INDEMNIZACIÓN POR PROCEDIMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS	Apendicetomía		6 meses		\$30,000	\$40,000				
	Litotripsia		12 meses	\$20,000	\$40,000	\$60,000				
	Prostatectomía									
	Amigdalectomía			\$25,000	\$40,000	\$60,000				
	Ooforectomía									
	Histerectomía									
	Colecistectomía				\$50,000	\$75,000				
	Hernioplastia Inguinal									
INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDADES QUE REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN	Complicaciones del COVID-19		No aplica	\$15,000	\$30,000	\$50,000				
	Neumonía		6 meses	\$25,000	\$50,000	\$75,000				
	Úlcera Péptica		10 meses	\$20,000	\$40,000	\$80,000				
	Preeclampsia o Eclampsia		6 meses	\$10,000	\$20,000	\$30,000				
INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDADES CRÓNICAS	Diabetes mellitus		6 meses	\$10,000	\$20,000	\$30,000				
	Hipertensión arterial sistémica		6 meses	\$10,000	\$20,000	\$30,000				
	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)		36 meses	\$45,000	\$90,000	\$150,000				
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	Reembolso de gastos médicos por accidente	Franquicia de \$5,000	72 horas	\$15,000						
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	Indemnización diaria por hospitalización	No aplica	No aplica	\$500 x día	\$1,000 x día	\$1,500 x día				
INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL	Indemnización por muerte accidental			\$100,000						
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	Orientación médica telefónica	No aplica		Amparado						
	Orientación telefónica de Nutrición y Psicología	Copago de \$350								
	Consulta de medicina general/familiar a domicilio									
	Ambulancia terrestre	Copago de \$900								
	Consulta presencial de Nutrición y Psicología	Copago de \$300								
ATENCIÓN DENTAL Y VISIÓN	Dental	Aplica el coaseguro correspondiente a cada procedimiento dental								
	Visión	No aplica								
ASISTENCIA	Funeraria									

¿Desea incremento de Suma Asegurada en los siguientes padecimientos? ☒ SÍ ☐ NO

COBERTURA	DETALLE	COASEGURO/COPAGO	PERIODO DE ESPERA	SUMA ASEGURADA		
				PLAN BÁSICO	PLAN MEDIO	PLAN ALTO
INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS	Diabetes Mellitus	No aplica Coaseguro / Copago	12 meses	\$10,000 inicialmente + \$5,000 cada año subsecuente, hasta por 5 años	\$15,000 inicialmente + \$8,000 cada año subsecuente, hasta por 5 años	\$20,000 inicialmente + \$20,000 cada año subsecuente, hasta por 5 años
	Hipertensión Arterial Sistémica					

CONOCE A TU CLIENTE

¿USTED, SU CÓNYUGE, CONCUBINA, CONCUBINARIO O ALGÚN FAMILIAR DIRECTO HASTA EL SEGUNDO GRADO DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO ALGÚN CARGO PÚBLICO?

SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, describa la siguiente información:

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA Y QUE PUESTO DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO:

PERIODO DURANTE EL CUAL EJERCE O HA EJERCIDO ESTE PUESTO:

DESDE:

HASTA:

INDICAR PARENTESCO O VÍNCULO DE LA PERSONA REFERIDA QUE TIENE CON EL CONTRATANTE:

¿ESA PERSONA TIENE ACCIONES O VÍNCULOS PATRIMONIALES CON UNA SOCIEDAD O ASOCIACIÓN?

SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, describa la siguiente información:

INDICAR PORCENTAJE

DENOMINACIÓN Y/O RAZÓN SOCIAL

SI EL CONTRATANTE ES PERSONA MORAL EXTRANJERA, FAVOR DE LLENAR EL FORMATO DE Quálitas Salud, S.A. de C.V. "CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN PERSONA NACIONAL O EXTRANJERA".

EXCLUSIVO PARA CLIENTES QUE POR PRIMERA VEZ LLENEN ESTE FORMATO O SI HAN TENIDO ALGÚN CAMBIO POSTERIOR AL LLENADO DE SOLICITUD INICIAL.

ORIGEN DE RECURSOS QUE SE UTILIZARÁN PARA PAGAR LA PRIMA DEL SEGURO

☐ HONORARIOS

☐ INVERSIONES

☐ VENTA DE BIENES

☐ SUELDO

☐ NEGOCIO PROPIO

☐ COMISIONES

☐ ARRENDAMIENTO

☐ OTRO:
especifique

AVISO DE PRIVACIDAD

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.

Tuve a la vista el aviso de privacidad de Quálitas Salud, S.A. de C.V., el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales patrimoniales y/o sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho aviso y sus actualizaciones en www.qualitassalud.com.mx por lo anterior:

☐ SÍ DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO DICHO TRATAMIENTO

☐ NO DOY MI CONSENTIMIENTO NI AUTORIZO DICHO TRATAMIENTO

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los medios a través de los cuales se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral para su consulta.

FIRMA DEL CONTRATANTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

(Sólo en caso de ser diferente al Contratante)

AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo a la Aseguradora a que se me practique a mí o mis dependientes cualquier examen médico si lo estima necesario. Asimismo, autorizo a los médicos que nos hayan examinado y a los hospitales o clínicas a los que hayamos ingresado a proporcionar a la Aseguradora todos los informes e información que se refieran a mi salud o la de mis dependientes para efectos de todo lo relacionado con este contrato de seguro.

Autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que operan dentro o fuera del territorio nacional y que nos hayan atendido con anterioridad para el restablecimiento de mi salud o la de alguno de mis dependientes, a proporcionar a la Aseguradora todos los informes e información que se refieran a mi/nuestro estado de salud, relevándoles de cualquier prohibición que pueda ser requerida al momento de presentar mi solicitud, o en cualquier momento que la Aseguradora lo considere necesario.

Asimismo, autorizo a Quálitas Salud, S.A. de C.V. a informarme sobre mi plan o nuevos planes de protección para mí y mi familia contactándome por medio de mis datos personales proporcionados (correo electrónico, teléfono, etc.)

Por este medio autorizo a cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, institución médica, compañía de seguros o cualquier otra organización, institución o persona, incluso cualquier miembro de mi familia, que cuente con cualquier expediente médico o conocimiento sobre mí o mi salud, a proporcionar dicha información a Quálitas Salud, S.A. de C.V. para efectos de todo lo relacionado con este contrato de seguro.

☐ SÍ ☐ NO

FIRMA DEL CONTRATANTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

(Sólo en caso de ser diferente al Contratante)

UNIDAD ESPECIALIZADA DE ATENCIÓN A USUARIOS (UNE)

Con gusto atenderemos sus aclaraciones y/o reclamaciones a través de nuestra unidad especializada de atención a usuarios:

Domicilio: Av. San Jerónimo No. 478, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, Código Postal 01900, Ciudad de México.

Correo Electrónico: une@qualitassalud.com.mx

Número Telefónico: 800 772 5833.

En un horario de: lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.

COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF)

En caso de dudas, quejas, reclamaciones o para consultar información sobre los productos ofrecidos para fines informativos y de comparación podrá acudir a la unidad de atención a usuarios de servicios financieros.

Domicilio: Insurgentes Sur No. 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México.

Correo Electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Números Telefónicos: 800 999 8080 y 55534 00999.

En un horario de: lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.

ENTREGA DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Solicito a Quálitas Salud, S.A. de C.V. a entregarme la documentación contractual relativa a la contratación del presente seguro, en caso de ser aceptado(a), al correo electrónico indicado por el Contratante.

SÍ ☐ NO ☐ En caso de respuesta negativa, mi documentación contractual me será entregada vía agente.

REQUERIMIENTO DE FACTURA

De ser aceptada esta solicitud de seguro, requiero sea enviada la factura correspondiente al correo declarado por el Contratante.

SÍ ☐ NO ☐

En caso de respuesta negativa, indique el correo electrónico al que solicite sea enviada la factura: _____

INFORMACIÓN DEL AGENTE

NOMBRE DEL AGENTE

CLAVE DEL AGENTE

"Manifiesto que he informado al solicitante entre otras cosas: del alcance real de las coberturas (*forma de conservarla o darla por terminada*), la importancia de declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo; el tipo de autorización, número y vigencia de la Cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio y que carezco de facultades para representar a la Aseguradora, para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas".

Como Agente, acepto completa responsabilidad por la presentación de esta solicitud, el envío de todas las primas cobradas, y la entrega de la póliza cuando sea emitida. Desconozco de cualquier condición que no haya sido revelada en esta Solicitud que afecte la asegurabilidad de los propuestos asegurados.

En cumplimiento con la normatividad vigente, declaro que he mantenido una entrevista con el Contratante o con su apoderado legal, a fin de recabar los datos y documentos necesarios para la contratación e inicio de la relación comercial con **Quálitas Salud, S.A. de C.V.**

Manifiesto que tuve a la vista y cotejé los documentos originales de identificación, comprobante de domicilio y cuyos datos se consignan en la presente solicitud.

FIRMA DEL AGENTE

FIRMA DE ACEPTACIÓN DE LA SOLICITUD

Se previene al Contratante y/o Dependientes que, conforme a lo estipulado en la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozcan y/o deban conocer en el momento de firmar la solicitud, de no mencionarlos, se originará la pérdida del derecho del Asegurado o del Beneficiario en su caso.

Para efectos de esta solicitud, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verídicas y están completas, aceptando la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

Las firmas constituyen la aceptación de los reconocimientos y autorizaciones descritas en la Solicitud.

FIRMA DEL CONTRATANTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

(Sólo en caso de ser diferente al Contratante)

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día: 30 de Agosto de 2022 , con el número PPAQ-H0718-0001-2022/CONDUSEF-005536-01