

Quálitas Salud, S.A. de C.V.
José María Castorena No.426 Col. San José de los Cedros,
Cuajimalpa de Morelos. C.P. 05200, Ciudad de México.
Reporte de Siniestros 800 772 5831
Centro de Contacto Quálitas 800 772 5835 | ccq@qualitassalud.com.mx

FOLIO

SEGURO COLECTIVO DE AP
(uso exclusivo de la Compañía)

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

CONTRATANTE

NUEVA ☐

RENOVACIÓN ☐

No. DE PÓLIZA ANTERIOR

No. DE CERTIFICADO

No. DE PÓLIZA

Por el presente doy mi consentimiento para ser incluido en la póliza de seguro colectivo expedida a nombre del contratante arriba mencionado, para tal objeto proporciono a continuación los siguientes datos:

En el caso de Asegurados menores de 18 años, el consentimiento deberá ser suscrito por sus padres o tutores.

DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE/ASEGURADO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES(S)

SEXO

RFC (con Homoclave)

FECHA DE NACIMIENTO

☐ MUJER

☐ HOMBRE

DD

| MM

| AAAA

DESIGNACIÓN DE LOS BENEFICIAIOS (asegurados de 18 años en adelante)

No. de Beneficiario					
Apellido Paterno					
Apellido Materno					
Nombre(s)					
Fecha de nacimiento					
Parentesco con el asegurado					
% de Participación*					
Domicilio Completo					

*La suma de los porcentajes debe ser 100%

DESIGNACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

Importante: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe de señalar a un mayor de edad, como representante de los menores para efectos de que en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como 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 nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría 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.

Para los Asegurados mayores a 12 años, pero menores de 18 años, la Suma Asegurada por fallecimiento accidental se pagará a los padres en partes iguales y a falta de estos, el pago se realizará a la sucesión legal del Asegurado presentando la documentación correspondiente.

AVISO DE PRIVACIDAD

Manifiesto que fue puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad de Quálitas Salud, S.A. de C.V., mismo que se encuentra disponible para mi consulta en la página www.qualitassalud.com.mx 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.

IMPORTANTE

Autorizo a los médicos que nos hayan asistido o examinado, o los hospitales, sanatorios, o clínicas a las que hayamos ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier accidente o enfermedad, para que proporcionen a QSalud, los informes que requieran referentes a nuestra salud y enfermedades anteriores; información que podrá ser requerida en cualquier momento que QSalud lo considere oportuno, inclusive después del fallecimiento. Para tal efecto relevo a estas personas del secreto profesional del caso.

El asegurado bajo protesta de decir verdad manifiesta que toda la información aquí contenida es verídica y completa, en virtud de que la ha proporcionado en forma personal. Para todos los efectos legales a que haya lugar, conforme a lo dispuesto en los artículos 8o. y 47o. de la ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante; en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho que se le pregunte, podría originar la pérdida del derecho del asegurado; asimismo manifiesta que conoce las condiciones generales y especiales de la póliza solicitada, las cuales se anexan a esta solicitud.

FIRMA DE ACEPTACIÓN

Conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar todos los datos requeridos en este consentimiento tal y como los conozca o deba conocerlos en forma verídica al momento de firmar, en la inteligencia que la omisión o inexacta o falsa declaración de los datos importantes que se pregunten para la apreciación del riesgo, facultará a Quálitas Salud S.A. de C.V. (QSalud en los sucesivo), para rescindir el contrato celebrado, aunque tales datos no hayan influido en la causa del siniestro y de abstenerse de realizar cualquier pago al asegurado (**ART. 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro**).

Por lo anterior, en mi carácter de solicitante Titular y/o Contratante y en representación de los solicitantes, bajo protesta de decir verdad declaro que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos QSalud valorará el riesgo a contratar.

Para todos los efectos legales que pueda tener este consentimiento, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma, son verídicas y están completas, reconociendo que constituyen parte del contrato de seguro y aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.
Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días naturales que sigan al día en que reciba la póliza.

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Declaro que los recursos por virtud de los cuales se realizará el pago de la prima de la presente póliza, son lícitos.

LUGAR Y FECHA

Firma del Asegurado

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 05 de marzo de 2026 con el número CNSF-H0718-0048-2026 / CONDUSEF-007163-01.