

TIPO DE TRÁMITE Reembolso Indemnización FECHA DD MM AAAA
RAMO PÓLIZA AÑO ENDOSO

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO DEL PAGO

NOMBRE COMPLETO (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE):
FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA PAÍS DE NACIMIENTO: ENTIDAD FEDERATIVA DE NACIMIENTO: NACIONALIDAD:
RFC (con homoclave) O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL O SU EQUIVALENTE Y EL PAÍS QUE LO ASIGNÓ:
CURP: CORREO ELECTRÓNICO: PROFESIÓN U OCUPACIÓN:
No. DE SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (SI CUENTA CON EL)

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

DATOS DE RESIDENCIA EN EL EXTRANJERO

DIRECCIÓN:
ESTADO: CÓDIGO POSTAL: PAÍS: TELÉFONO:

**DOMICILIO PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA
EN TERRITORIO NACIONAL (EXTRANJERO NO RESIDENTES)**

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

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

6.1. ¿DESEMPEÑA O HAS DESEMPEÑADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS, FUNCIONES PÚBLICAS DESTACADAS EN MÉXICO O EN EL EXTRANJERO? SÍ NO

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, FAVOR DE PROPORCIONAR DEPENDENCIA Y CARGO Y RESPONDER LA PREGUNTA 6.2.; DE LO CONTRARIO, PASA A LA PREGUNTA 6.3.

DEPENDENCIA CARGO

6.2. ¿CUENTAS CON VÍNCULOS PATRIMONIALES CON ALGUNA SOCIEDAD O ASOCIACIÓN? SÍ NO

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA A LA PREGUNTA ANTERIOR, FAVOR DE PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN DE LA SOCIEDAD SEÑALADA A CONTINUACIÓN; DE LO CONTRARIO, PASA A LA PREGUNTA 6.3

DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL Apellido paterno, apellido materno y nombre(s):

6.3. ¿TU CÓNYUGE O UN FAMILIAR HASTA EL SEGUNDO GRADO POR CONSANGUINIDAD, DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS FUNCIONES PÚBLICAS DESTACADAS EN MÉXICO O EN EL EXTRANJERO? SÍ NO

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, FAVOR DE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

GRADOS	PARENTESCO			
1º	Padre/Madre	Suegro/Suegra	Hijo/Hija	Yerno/Nuera
2º	Abuelo/Abuela	Hermano/Hermana	Cuñado/Cuñada	Nieto/Nieta

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

DEPENDENCIA CARGO

¿CUENTAS CON VÍNCULOS PATRIMONIALES CON ALGUNA SOCIEDAD O ASOCIACIÓN? SÍ NO

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, FAVOR DE PROPORCIONAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL Apellido paterno, apellido materno y nombre(s):

PRESENTACIÓN Y VALIDACIÓN DE DOCUMENTOS

SÍ | NO DOCUMENTOS PERSONA FÍSICA NACIONAL

- Identificación personal (Vigente y con fotografía).
- Clave Única de Registro de Población (CURP) cuando se cuente con ella. No será necesaria la CURP si ésta aparece en otro documento oficial.
- Cédula de Identificación Fiscal y/o equivalente (conmoclave); no será necesaria la cédula si el número de identificación fiscal y/o equivalente, aparece en otro documento expedido por autoridad fiscal competente, cuando cuente con ellos.
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.

SÍ | NO DOCUMENTOS PERSONA FÍSICA EXTRANJERA

- Pasaporte
- Documento oficial expedido por el Instituto Nacional de Migración, que acredite su internación o legal estancia en el país, cuando cuente con él.
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.

SÍ | NO DOCUMENTOS PERSONA FÍSICA EXTRANJERA CON RESIDENCIA TEMPORAL O PERMANENTE

- Identificación personal (Vigente y con fotografía).
- Constancia de la Clave Única de Registro de Población (CURP) y/o Cédula de Identificación Fiscal, cuando cuente con ellas.
- Documento que acredite su condición migratoria.
- 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 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 AUTORIZO A QUE LA INSTITUCIÓN LA CORROBORE COMO ESTIME CONVENIENTE.”

NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO DEL PAGO

FIRMA DEL BENEFICIARIO DEL PAGO