

TIPO DE TRÁMITE	Inicial <input type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>	FECHA	DD	MM	AAAA
RAMO	PÓLIZA	AÑO	ENDOSO			

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL: _____

GIRO MERCANTIL, ACTIVIDAD U OBJETO SOCIAL: _____ NACIONALIDAD: _____

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

NÚMERO DE CERTIFICACIÓN DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (EN SU CASO): _____ FECHA DE CONSTITUCIÓN: _____

FOLIO MERCANTIL: _____ TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE LEGAL (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE): _____

NÚMERO DE ESCRITURA DEL ACTA CONSTITUTIVA: _____

DOMICILIO EN TERRITORIO NACIONAL

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

COLONIA: _____ ALCALDÍA O MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

CIUDAD O POBLACIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ PAÍS: _____ TELÉFONO: _____

DOMICILIO EN EL EXTRANJERO

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

ESTADO: _____ CIUDAD O POBLACIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ PAÍS: _____ TELÉFONO: _____

PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA

¿LOS SOCIOS O ACCIONISTAS, MIEMBROS DEL CONSEJO O ADMINISTRADOR ÚNICO HAN DESEMPEÑADO FUNCIONES PÚBLICAS DESTACADAS EN MÉXICO O EN EL EXTRANJERO? SÍ NO

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA A LA PREGUNTA ANTERIOR, LLENAR LA SECCIÓN "INFORMACIÓN ADICIONAL"

DATOS GENERALES DEL BENEFICIARIO (S)

BENEFICIARIO 1 TIPO DE PERSONAS: Persona física Persona moral

NOMBRE COMPLETO/RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO/FECHA DE CONSTITUCIÓN: _____

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

COLONIA: _____ ALCALDÍA O MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

CIUDAD O POBLACIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ PAÍS: _____ TELÉFONO: _____

BENEFICIARIO 2 TIPO DE PERSONAS: Persona física Persona moral

NOMBRE COMPLETO/RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO/FECHA DE CONSTITUCIÓN: _____

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

COLONIA: _____ ALCALDÍA O MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

CIUDAD O POBLACIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ PAÍS: _____ TELÉFONO: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

LA ADMINISTRACIÓN DE ESTA SOCIEDAD SE REALIZA A TRAVÉS DE: Administrador único Consejo de administración

a. INFORMACIÓN SOBRE LA ESTRUCTURA CORPORATIVA

Llenar la siguiente información respecto de Directorio General de la Persona Moral así como de las personas con la jerarquía inmediata al Director General.

DATOS	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3	PERSONA 4	PERSONA 5	PERSONA 6
PUESTO o CARGO						
APELLIDO PATERNO						
APELLIDO MATERNO						
NOMBRE (S)						
NACIONALIDAD						
FECHA DE NACIMIENTO						

b. INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN ACCIONARIA (PROPIETARIO REAL)

Accionistas que directa o indirectamente cuenten con más del 25% de la tenencia accionaria de la sociedad.

¿El control de la sociedad lo ejerce otra persona moral? SÍ NO

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, PASE A LA SECCIÓN b.2; DE LO CONTRARIO FAVOR DE LLENAR LA SECCIÓN b.1.

Sección b.1. CONTROLADOR (ES) PERSONAS (S) FÍSICA (S)

DATOS	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3	PERSONA 4	PERSONA 5	PERSONA 6
APELLIDO PATERNO						
APELLIDO MATERNO						
NOMBRE (S)						
NACIONALIDAD						
FECHA DE NACIMIENTO						
PORCENTAJE DE TENENCIA ACCIONARIA						

Sección b.2. CONTROLADOR PERSONA MORAL

RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL	
FECHA DE CONSTITUCIÓN	
R.F.C.	
NOMBRE COMPLETO DEL APODERADO LEGAL	
PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN ACCIONARIA	

b2- ¿La sociedad controladora cotiza en alguna Bolsa de Valores mexicana o del extranjero? SÍ NO

b3- ¿La sociedad controladora tiene una participación mayor al 50% del capital social? SÍ NO

c. INFORMACIÓN SOBRE LA ADMINISTRACIÓN

Llenar la siguiente información respecto de los miembros del Consejo de Administración o en su caso del Administrador Único.

DATOS	PERSONA 1	PERSONA 2	PERSONA 3	PERSONA 4	PERSONA 5	PERSONA 6
PUESTO O CARGO						
APELLIDO PATERNO						
APELLIDO MATERNO						
NOMBRE (S)						
NACIONALIDAD						
POSICIÓN						

PRESENTACIÓN Y VALIDACIÓN DE DOCUMENTOS

SÍ | NO DOCUMENTOS PERSONA MORAL NACIONAL

- Instrumento en el que consten los datos de su constitución y los de su inscripción en el registro público correspondiente.
- Cédula de identificación Fiscal.
- Poderes de representante legal y su identificación personal. (Vigente y con fotografía)
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.
- Documento que permita conocer su estructura accionaria o partes sociales, según corresponda.
- Estructura corporativa interna y/o Organigrama.
- Identificación de la persona física que ejerza el Control. (A través de la tenencia accionaria y/o que tenga la capacidad de imponer decisiones en la Asamblea General de Accionistas o socios en el Órgano de Gobierno).
- Identificación de los accionistas o socios. (Vigente y con fotografía).

SÍ | NO DOCUMENTOS PERSONA MORAL EXTRANJERA

- Documento con el que compruebe fehacientemente su legar existencia.
- Documento en el que conste la asignación del número de identificación fiscal y/o equivalente expedido por autoridad competente.
- Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.
- Documento que permita conocer su estructura accionaria o partes sociales, según corresponda.
- Identificación de los accionistas o socios. (Vigente y con fotografía).
- Poderes del representante legal y su identificación personal.

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 Y FIRMA 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.