

FECHA DE SOLICITUD	Nº. DE SOLICITUD	NOMBRE DEL AGENTE
DD MM AAAA		
CLAVE DE AGENTE	FIRMA DE AGENTE	

(se requiere llenar a máquina o letra de molde todos los campos, para hacer válida la solicitud)

DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE (apellido paterno, materno y nombres / denominación o razón social)

1- ASEGURADO

R.F.C.

CURP

2- CONTRATANTE

1-

1-

3- CONDUCTOR HABITUAL

2-

2-

3-

3-

OCUPACIÓN o PROFESIÓN

PERSONA: FÍSICA MORAL (ADMINISTRADOR, DIRECTOR, GERENTE GENERAL O APODERADO)

NACIONALIDAD: MEXICANA EXTRANJERA

FECHA DE NACIMIENTO: DD MM AAAA

ACTIVIDAD O GIRO DEL NEGOCIO BENEFICIARIO PREFERENTE (VER REVERSO)

DOMICILIO: (Calle, Nº, Colonia, Alcaldía o Municipio, C.P. y Estado)

CALLE:		
Nº EXTERIOR:	Nº INTERIOR:	COLONIA:
ALCALDÍA O MUNICIPIO:		C.P.:
POBLACIÓN:		ESTADO:

TELÉFONOS E-MAIL

EN CASO DE QUE SEA PERSONA MORAL MEXICANA O EXTRANJERA, ADICIONALMENTE ANOTARÁ:

NOMBRE DEL GERENTE O REPRESENTANTE	FECHA DE CONSTITUCIÓN
<input type="text"/>	DD MM AAAA

EN CASO DE QUE SEA PERSONA FÍSICA O MORAL EXTRANJERA, ADICIONALMENTE ANOTARÁ:

DOMICILIO DE SU PAÍS DE ORIGEN

VIGENCIA: DESDE LAS 12:00 HRS. DEL

DD MM AAAA

FORMA DE PAGO:

HASTA LAS 12:00 HRS. DEL

DD MM AAAA

PLAZO DE PAGO: *

* El Asegurado indicará el número de días que desea para sus recibos, el cual no será mayor a 14 días naturales, siguientes a la fecha de su contratación.

DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO ASEGURADO

TIPO DE VEHÍCULO	CLAVE TARIFA	MARCA	CARACTERÍSTICAS (a/ac, q/coco /e.e.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MODELO (Año)	ORIGEN:	USO DEL VEHÍCULO:	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> IMPORTADO	<input type="text"/>	
SERVICIO DEL VEHÍCULO:	Nº DE SERIE	Nº MOTOR	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nº PLACAS	COLOR	Nº DE PUERTAS	Nº OCUPANTES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
REGISTRO PÚBLICO VEHICULAR (dato obligatorio)			
<input type="text"/>			

Art. 47 LSCS "Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8o., 9o. y 10 de la presente ley, facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

VALOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO INDICADO EN LA PÓLIZA DEL SEGURO BASE

OBSERVACIONES GENERALES

La presente solicitud está sujeta a la aceptación de **Qualitas Compañía de Seguros, S.A. de C.V.**, con base a los riesgos que se describen y a los términos del artículo 21, fracción primera, de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE:

El solicitante de este seguro declara que el Agente le ha informado de manera amplia y detallada el alcance real de la cobertura solicitada y forma de conservarla y darla por terminada asimismo, declara y afirma que toda la información relativa a sus datos generales, descripción del vehículo son verídicos y que solicita el seguro propuesto de acuerdo a las anotaciones y límites indicados en esta solicitud.

PARA EFECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA

Afirmaciones de Agente: El suscrito agente declara y afirma que ha inspeccionado el vehículo que se pretende asegurar, que lo encontró en perfecto estado de uso y sin deterioro alguno y que todo lo asentado en esta solicitud concuerda con la realidad, por lo que recomienda se acepte la presente propuesta la cual firmó el solicitante en su presencia. Asimismo declara que ha informado de manera amplia y detallada al solicitante de este seguro sobre el alcance real de la cobertura solicitada y forma de conservarla y darla por terminada, así como que ha proporcionado a la Compañía de Seguros la información auténtica la cual es de su conocimiento relativa al riesgo cuya cobertura se propone con la finalidad de que la Compañía pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas las condiciones y primas adecuadas.

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE), Domicilio Boulevard Picacho Ajusco No. 236, Colonia Jardines en la Montaña, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México, Código Postal 14210, horario de atención de Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 18:00 p.m., teléfono (55) 5002 5500, correo electrónico uau@qualitas.com.mx

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur #762, Colonia del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100. Teléfono (55) 5340 0999 y 800 999 80 80.

Página web: www.condusef.gob.mx; correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx.
Consulta de Significado de Abreviaturas en nuestra página Web: www.qualitas.com.mx

Estimado Solicitante es importante hacer de su conocimiento que este Seguro tiene exclusiones y limitantes mismas que puede usted consultar en la siguiente dirección electrónica, previo a la contratación de su producto:

<https://www.qualitas.com.mx/web/qmx/conoce-todas-las-condiciones-generales>

Asimismo, es necesario hacer de su conocimiento que la falta de pago de la prima dentro del plazo que se convenga al momento de la celebración del contrato de seguro traerá como consecuencia la cesación de los efectos del contrato.

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

BENEFICIARIO	PARENTESCO	% DE PARTICIPACIÓN	FIRMA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BENEFICIARIO	PARENTESCO	% DE PARTICIPACIÓN	FIRMA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BENEFICIARIO	PARENTESCO	% DE PARTICIPACIÓN	FIRMA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CALCA DE LOS NÚMEROS DE MOTOR Y SERIE

<input type="text"/>

NOTA: LA SOLICITUD DEBERÁ SER INGRESADA CON COPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS QUE DEBERÁN SER COTEJADOS CON SU ORIGINAL.

PERSONA FÍSICA

- IDENTIFICACIÓN OFICIAL
- COMPROBANTE DE DOMICILIO CON VIGENCIA **NO MAYOR A TRES MESES** SOLO EN CASO DE QUE NO COINCIDA EL DOMICILIO CON EL DECLARADO
- SI ES PERSONA EXTRANJERA DEBERÁ PRESENTAR COMO IDENTIFICACIÓN PASAPORTE O IDENTIFICACIÓN OFICIAL

PERSONA MORAL

- ACTA CONSTITUTIVA
- CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN FISCAL
- COMPROBANTE DE DOMICILIO
- TESTIMONIO NOTARIAL
- IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE LOS REPRESENTANTES

EN CASO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO PREFERENTE PERSONA FÍSICA O MORAL, TAMBIÉN DEBERÁ ENTREGARSE COPIA DE LA DOCUMENTACIÓN ANTES SEÑALADA, RESPECTO A DICHO BENEFICIARIO.

CUESTIONARIO

PERSONA FÍSICA: ¿EL ASEGURADO O CONTRATANTE DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO CARGO ALGUNO DENTRO DEL GOBIERNO ESTATAL O FEDERAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO FAVOR DE MANIFESTAR EL NOMBRE DEL CARGO DESEMPEÑADO

PERSONA MORAL: ¿ALGUNOS DE LOS SOCIOS O ACCIONISTAS, MIEMBROS DEL CONSEJO ADMINISTRADOR ÚNICO DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO ALGÚN CARGO DENTRO DEL GOBIERNO ESTATAL O FEDERAL EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS? SÍ NO

NOMBRE DEL CARGO

EL ASEGURADO O CONTRATANTE ES UNA PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTA? SÍ NO

EN CASO AFIRMATIVO FAVOR DE MANIFESTAR LOS SIGUIENTES DATOS:

SI EL ASEGURADO ES UNA PERSONA ACTIVA FAVOR DE INDICAR EL NOMBRE DE SU CÓNYUGE O SUS DEPENDIENTES ECONÓMICOS

SI EL ASEGURADO O CONTRATANTE ES UNA PERSONA MORAL FAVOR DE INDICAR SU ESTRUCTURA CORPORATIVA

APRECIABLE ASEGURADO Y/O CONTRATANTE: QUÁLITAS COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. DE C.V. ESTÁ INMERSA EN EL CUIDADO DEL AMBIENTE Y EN LA REDUCCIÓN DEL USO DEL PAPEL. LO INVITAMOS A SUMARSE A ESTA CAMPAÑA ACEPTANDO LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL SEGURO QUE ESTÁ POR ADQUIRIR (CARÁTULA DE PÓLIZA, CONDICIONES GENERALES, ENDOSOS, FOLLETO DE DERECHOS BÁSICOS DEL CONTRATANTE, ASEGURADO Y BENEFICIARIO) EN CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES MEDIOS:

- FORMA IMPRESA (PAPEL)
- VÍA CORREO ELECTRÓNICO _____

ESTA DOCUMENTACIÓN LE SERÁ ENTREGADA EN UN PLAZO NO MAYOR A 30 (TREINTA) DÍAS NATURALES CONTADOS A PARTIR DE LA CONTRATACIÓN, A TRAVÉS DEL MEDIO QUE HA ELEGIDO. EN CASO DE NO RECIBIRLA DENTRO DEL PLAZO INDICADO, FAVOR DE HACERLO DEL CONOCIMIENTO DE LA COMPAÑÍA AL TELÉFONO 800 800 2021 PARA QUE SOLICITE EL ENVÍO CORRESPONDIENTE A TRAVÉS DEL MEDIO QUE MEJOR LE CONVenga.

FORMAS DE PAGO

PAGO POR CONDUCTO DE SU AGENTE DE SEGUROS

Con quién podrá realizar el pago con chequera a nombre de **Qualitas Compañía de Seguros, S.A. de C.V.**, tarjeta de crédito o depósito bancario.

PAGO REFERENCIADO

Acudiendo a la sucursal bancaria más cercana con su recibo de pago antes de la fecha de vencimiento.

PAGO DIRECTO EN OFICINAS DE SERVICIO

Puede presentarse en cualquiera de nuestras oficinas de servicio y realizar el pago con tarjeta de crédito, cheque o presentando su ficha de depósito bancario.

VÍA INTERNET

Con solo dar clic realice el pago de su póliza en línea desde el portal de su banco o bien desde nuestro sitio: **www.qualitas.com.mx**

CARGO AUTOMÁTICO A TARJETA DE CRÉDITO

Solicite a su agente de seguros una forma de autorización para cargo automático a tarjeta de crédito.

CENTRO DE CONTACTO QUÁLITAS

Desde la comodidad de su hogar puede realizar el pago indicando el número de su tarjeta de crédito al teléfono: **Lada sin costo: 800 800 2021**

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 5 de marzo de 2025 con el número CNSF-S0046-0078-2025/CONDUSEF-006743-02

AVISO DE PRIVACIDAD CORTO

Qualitas Compañía de Seguros, S.A. de C.V. con domicilio en Av. San Jerónimo número 478, Col. Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, Cd. de México, C.P. 01900, tratará sus Datos Personales con la finalidad de evaluar su solicitud de seguro y selección de riesgos, en su caso, emisión del contrato de seguro, el trámite a las reclamaciones de siniestros, administración, mantenimiento o renovación de la póliza de seguro, realizar pagos, 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.qualitas.com.mx**

LUGAR

FECHA

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL AGENTE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------