Quálitas
COMPAÑÍA DE SEGUROS

SOLICITUD DE SEGURO SOBRE VEHÍCULOS TURISTAS DE CARGA Y AUTOBUSES TURISTAS DE TRANSPORTE DE PASAJEROS

Quálitas Compañía de Seguros, S.A. de C.V.
José Ma. Castorena No. 426 Col. San José de los Cedros, Cuajimalpa 05200 Ciudad de México
Tel. 55 5481 8500 | 55 5002 5500 Reporte de Siniestros 800 800 2880 | 800 288 6700
Centro de Contacto Quálitas 800 800 2021 | ccq@qualitas.com.mx

FECHA DE SOLICITUD (DD | MM | AAAA) Nº. DE SOLICITUD A NOMBRE DEL AGENTE

CLAVE DE AGENTE

PÓLIZA A RENOVAR 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)*

	R.F.C.	CURP
1-. ASEGURADO	1-.	1-.
2-. CONTRATANTE	2-.	2-.
3-. CONDUCTOR HABITUAL	3-.	3-.

OCUPACIÓN o PROFESIÓN

PERSONA: ___ FÍSICA ___ MORAL *(Administrador, Director, Gerente General o Apoderado)*

NACIONALIDAD: ___ EXTRANJERA **FECHA DE NACIMIENTO:** DD | MM | AAAA

ACTIVIDAD O GIRO DEL NEGOCIO BENEFICIARIO PREFERENTE *(ver reverso)*

DOMICILIO DEL PAÍS DE ORIGEN:

CALLE:		
Nº EXTERIOR:	Nº INTERIOR:	COLONIA:
PAÍS:		C.P:
POBLACIÓN:		ESTADO:

TELÉFONOS E-MAIL

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

NOMBRE DEL GERENTE O REPRESENTANTE FECHA DE CONSTITUCIÓN (DD | MM | AAAA)

VIGENCIA: DESDE LAS 12:00 HRS. DEL (DD | MM | AAAA)

HASTA LAS 12:00 HRS. DEL (DD | MM | AAAA)

FORMA DE PAGO:

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 vencimiento.*

DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO ASEGURADO

TIPO DE VEHÍCULO:

CLAVE TARIFA | MARCA | CARACTERÍSTICAS *(a/ac, q/coco /e.e.)* | MODELO *(Año)*

DESCRIPCIÓN DEL REMOLQUE:

CLAVE TARIFA | MARCA | CARACTERÍSTICAS *(a/ac, q/coco /e.e.)* | MODELO *(Año)*

EL REMOLQUE Y EL 2o REMOLQUE SE ACEPTAN SIEMPRE Y CUANDO EL TRACTOCAMIÓN ESTE ASEGURADO CON QUÁLITAS.

ORIGEN DEL VEHÍCULO:

SERVICIO DEL VEHÍCULO: Nº DE SERIE Nº MOTOR

Nº PLACAS COLOR Nº DE PUERTAS Nº OCUPANTES

Art. 47 LSCS "Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8°, 9° 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.

PAQUETES

	___ LIMITADA *	___ AMPLIA *	___ BÁSICO
DAÑOS MATERIALES *(solamente pérdida total)*	✗	✓	✗
	✗	✗	✗
ROBO TOTAL	✓	✓	✗
RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS	✓	✓	✓
GASTOS MÉDICOS OCUPANTES	✓	✓	✓
GASTOS LEGALES	✓	✓	✓
ASISTENCIA VIAL QUÁLITAS	✓	✓	✓

VALOR FACTURA
VEHÍCULOS NUEVOS
*(AGREGAR FACTURA)**

$

___ RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS *(BÁSICO)*

COBERTURAS OPCIONALES	AMPARADO	EXCLUÍDO	OBSERVACIONES GENERALES
ADAPTACIONES Y CONVERSIONES	___	___	
EQUIPO ESPECIAL	___	___	
MUERTE DEL CONDUCTOR POR ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO	___	___	
PROTECCIÓN PARA DAÑOS SIN RESPONSABILIDAD	___	___	
RESPONSABILIDAD CIVIL COMPLEMENTARIA PERSONAS	___	___	
RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS OCASIONADOS POR LA CARGA	___	___	
RESPONSABILIDAD CIVIL ECOLÓGICA	___	___	
RESPONSABILIDAD CRUZADA	___	___	
RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A OCUPANTES	___	___	
RESPONSABILIDAD CIVIL PASAJERO	___	___	
GASTOS MÉDICOS DEL CONDUCTOR	___	___	

La presente solicitud está sujeta a la aceptación de **Quálitas 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 Avenida San Jerónimo 428, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México, C.P. 1900, horario de atención de Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m., teléfono 55 5226 6900, correo electrónico: uauf@qualitas.com.mx

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Domicilio Avenida Insurgentes Sur #762, Colonia del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100. Teléfono (55) 5340 0999 y 800 999 8080. 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 limitaciones, mismas que puede usted consultar en la siguiente dirección electrónica, previo a la contratación de su producto:
https://www.qualitas.com.mx/portal/web/qualitas/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.

EQUIPO ESPECIAL	VALOR
DESCRIPCIÓN	

ADAPTACIONES Y CONVERSIONES	VALOR
DESCRIPCIÓN	

CALCA DE LOS NÚMEROS DE MOTOR Y SERIE

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

Queda convenido que en ningún caso la Compañía aceptará como Títulos de Propiedad Testimonios Notariales o Constancias de Juicios de Jurisdicción Voluntaria, en caso de ser presentados se declinará la reclamación.

FORMAS DE PAGO

PAGO POR CONDUCTO DE SU AGENTE DE SEGUROS

Con quién podrá realizar el pago con chequera a nombre de **Quálitas 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**

AVISO DE PRIVACIDAD

Quálitas 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, validar la veracidad de sus datos, emisión del contrato de seguro, atención y trámite a las reclamaciones de siniestros, venta de salvamentos, administración, mantenimiento o renovación de la póliza de seguro, realizar pagos, cobranza, facturación, atención a clientes, prevención de fraudes y operaciones ilícitas, estudios y estadística, fomento a la educación vial, administrar los fondos aportados por el cliente con el fin de cubrir el costo de los servicios contratados, 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**

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 06 de septiembre de 2026 con el número CNSF-S0046-0218-2026/CONDUSEF-005167-10.

ACEPTO EL DOCUMENTO Y EL AVISO DE PRIVACIDAD

LUGAR	FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL AGENTE

MANIFIESTO QUE FUE PUESTO A MI DISPOSICIÓN EL AVISO DE PRIVACIDAD DE QUÁLITAS COMPAÑÍA DE SEGUROS, 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.