

FECHA DE SOLICITUD

DD MM AAAA

Nº. DE SOLICITUD

PÓLIZA A RENOVAR

A

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

DATOS DEL AGENTE

NOMBRE DEL AGENTE TITULAR DE LA PÓLIZA

CLAVE DE AGENTE

DATOS DEL CONTRATANTE

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

R.F.C.

CURP

OCUPACIÓN o PROFESIÓN

NACIONALIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO

PERSONA: ☐ FÍSICA ☐ MORAL (ADMINISTRADOR,
DIRECTOR, GTE. GRAL. o APODERADO)

☐ MEXICANA
☐ EXTRANJERA

DD MM AAAA

DOMICILIO: (CALLE, N°. 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 LEGAL

FECHA DE CONSTITUCIÓN

DD MM AAAA

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

DOMICILIO DE SU PAÍS DE ORIGEN

DATOS GENERALES

VIGENCIA:

DESDE LAS 12:00 HRS. DEL

HASTA LAS 12:00 HRS. DEL

DD

MM

AAAA

DD

MM

AAAA

FORMA DE PAGO:

☐ ANUAL ☐ SEMESTRAL

DATOS DEL ASEGURADO (SÓLO EN CASO DE SER DIFERENTE AL CONTRATANTE)

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

R.F.C.

CURP

OCUPACIÓN o PROFESIÓN

NACIONALIDAD:

FECHA DE NACIMIENTO

PERSONA: ☐ FÍSICA ☐ MORAL (ADMINISTRADOR,
DIRECTOR, GTE. GRAL. o APODERADO)

☐ MEXICANA
☐ EXTRANJERA

DD MM AAAA

DOMICILIO: (CALLE, N°. COLONIA, ALCALDÍA o MUNICIPIO, C.P. y ESTADO)

CALLE:

Nº EXTERIOR:

Nº INTERIOR:

COLONIA:

ALCALDÍA o MUNICIPIO:

C.P.:

POBLACIÓN:

ESTADO:

TELÉFONOS

E-MAIL

INFORMACIÓN ADICIONAL

GIRO DEL RIESGO

SUMA ASEGURADA L.U.C. (LÍMITE ÚNICO Y COMBINADO)

NÚMERO DE CÉDULA

AÑO DE OTORGAMIENTO DE CÉDULA

RAMO

% CARTERA GRUPAL

% CARTERA INDIVIDUAL

AUTOS (QUÁLITAS)

EXPERIENCIA: ¿CUÁNTOS AÑOS HA PRACTICADO DE FORMA EFECTIVA?

¿HA TENIDO CONTRATOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS? SÍ ☐ NO ☐
EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE INDICAR EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:

¿LE HA SIDO REHUSADA O CANCELADA POR ALGUNA ASEGURADORA LA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL? SÍ ☐ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE DETALLAR LOS MOTIVOS:

¿QUÉ MONTO DE PRODUCCIÓN DE PRIMA ANUAL HA TENIDO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS? _____

¿SE HA VISTO INVOLUCRADO EN ALGÚN PROCEDIMIENTO JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL? SÍ ☐ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE PROPORCIONAR DETALLES:

¿SE HA VISTO INVOLUCRADO EN CUALQUIER PROCEDIMIENTO O LITIGIO RELACIONADO CON SU EJERCICIO PROFESIONAL? SÍ ☐ NO ☐

¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ ALGÚN TIPO DE ACUSACIÓN POR PARTE DE ALGUNO DE SUS CLIENTES? SÍ ☐ NO ☐

¿HA HABIDO O HAY ALGUNA RECLAMACIÓN PENDIENTE DERIVADO DE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL? SÍ ☐ NO ☐

¿USTED TIENE CONOCIMIENTO O INFORMACIÓN ACERCA DE ALGÚN ACTO, ERROR U OMISIÓN, EVENTO, TRANSACCIÓN, CIRCUNSTANCIA, DECISIÓN, HECHO O ASUNTO QUE PUDIERA DAR LUGAR A ALGUNA RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA AQUÍ SOLICITADA? SÍ ☐ NO ☐

¿ALGUNA VEZ SE HA INTERRUMPIDO LA VIGENCIA DE LA COBERTURA ENTRE CUALQUIERA DE LAS VIGENCIAS DESDE LA FECHA DEL PRIMER SEGURO? SÍ ☐ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO DE ALGUNA O ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, FAVOR DE DETALLAR:

DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 70 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, LAS OBLIGACIONES DE LA EMPRESA QUEDARÁN EXTINGUIDAS SI DEMUESTRA QUE EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO O LOS REPRESENTANTES DE AMBOS, CON EL FIN DE HACERLA INCURRIR EN ERROR, DISIMULAN O DECLARAN INEXACTAMENTE HECHOS QUE EXCLUIRÍAN O PODRÍAN RESTRINGIR DICHAS OBLIGACIONES.

CELEBRADO EL CONTRATO DE SEGURO, ESTA PROPUESTA SE CONVERTIRÁ EN PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA, SE MANTENDRÁ ARCHIVADO CON LA ASEGURADORA, SERÁ LA BASE SOBRE EL CUAL SE SUSCRIBE CUALQUIER PÓLIZA EMITIDA, Y LA VERACIDAD EN LAS DECLARACIONES DEL PROPONENTE SE CONSIDERARÁ ELEMENTO ESENCIAL DE ESTA PROPUESTA Y SE CONSIDERARÁ MATERIAL PARA EL ASUMIR DE ESTE RIESGO. EN CONSECUENCIA, ES FUNDAMENTAL QUE TODAS LAS PREGUNTAS SEAN CONTESTADAS CORRECTA, COMPLETA Y VERDADERAMENTE, CUALQUIER PREGUNTA QUE QUEDE SIN RESPUESTA SE ENTENDERÁ COMO RESPONDIDA DE MANERA NEGATIVA. CUALQUIER OMISIÓN O INEXACTA DECLARACIÓN DE LOS HECHOS A QUE SE REFIEREN LOS **ARTÍCULOS 8º, 9º Y 10º DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO**, FACULTARÁ A **QUALITAS COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. DE C.V.** PARA CONSIDERAR RESCINDIDO DE PLENO DERECHO EL CONTRATO, AUNQUE NO HAYAN INFLUIDO EN LA REALIZACIÓN DEL SINIESTRO.

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: **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 INSTITUCIÓN DE SEGUROS, NI DE QUE, EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACIÓN CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD.

DECLARACIÓN

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LA DECLARACIÓN SIGUIENTE Y FIRME A CONTINUACIÓN EN EL ESPACIO INDICADO. SI SE CELEBRA EL CONTRATO DE SEGURO, ESTA DECLARACIÓN SE ADJUNTARÁ AL MISMO.

ESTA SOLICITUD/CUESTIONARIO, SUS ANEXOS Y TODA Y CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN ADICIONAL ENTREGADA SERÁ (i) LA BASE FUNDAMENTAL DE CUALQUIER PÓLIZA EMITIDA POR LA ASEGURADORA (ii) ARCHIVADO POR Y MANTENIDO EN EL EXPEDIENTE DE LA ASEGURADORA, (iii) CONSIDERADO COMO PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA Y ADJUNTADO FÍSICAMENTE A LA MISMA, Y (iv) CONSIDERADO COMO EL ELEMENTO FUNDAMENTAL Y MATERIAL PARA LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO ASUMIDO POR LA ASEGURADORA.

INFORMADA LA PERSONA ENCARGADA DE FIRMAR ESTA SOLICITUD/CUESTIONARIO DECLARA QUE LAS INFORMACIONES PRESENTADAS EN ESTE DOCUMENTO SON EXACTAS Y QUE NO HAN OMITIDO NI SIQUIERA SUPRIMIDO NINGÚN HECHO. DE LA MISMA MANERA SE DECLARA QUE LA INFORMACIÓN Y LOS DOCUMENTOS ADICIONALES QUE SE ENTREGUEN CON ESTA SOLICITUD/CUESTIONARIO SON VERDADEROS.

LAS DECLARACIONES ASÍ COMUNICADAS PODRÁN SERVIR COMO BASE A UNA EVENTUAL SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA AGENTES DE SEGUROS . TAMBIÉN ME COMPROMETO A INFORMAR A LA ASEGURADORA DE CUALQUIER INFORMACIÓN QUE PODRÍA OCURRIR DESDE ESTE DÍA HASTA LA FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA AGENTES DE SEGUROS.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

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) 500 2 5500, correo electrónico: uauf@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 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

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 28 de octubre de 2024 con el número CNSF-S0046-0247-2024/CONDUSEF-001921-04.

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 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

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.

LUGAR

FECHA

NOMBRE DEL SOLICITANTE / AGENTE

FIRMA DEL SOLICITANTE / AGENTE