

FECHA DE SOLICITUD

Nº. DE SOLICITUD

NOMBRE DEL AGENTE

DD	MM	AAAA
----	----	------

A
---

--

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)

--

**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:**  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
----	----	------

**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 \_\_\_ 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 8º, 9º y 10º 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**

	<input type="checkbox"/> LIMITADA *	<input type="checkbox"/> AMPLIA *	<input type="checkbox"/> BÁSICO
<b>DAÑOS MATERIALES</b> <i>( solamente pérdida total )</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ROBO TOTAL</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>GASTOS MÉDICOS OCUPANTES</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>GASTOS LEGALES</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>ASISTENCIA VIAL QUÁLITAS</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**VALOR FACTURA**  
VEHÍCULOS NUEVOS  
*(AGREGAR FACTURA)\**

\$

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

COBERTURAS OPCIONALES	AMPARADO	EXCLUÍDO	OBSERVACIONES GENERALES
<b>ADAPTACIONES Y CONVERSIONES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>EQUIPO ESPECIAL</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>MUERTE DEL CONDUCTOR POR ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>PROTECCIÓN PARA DAÑOS SIN RESPONSABILIDAD</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>RESPONSABILIDAD CIVIL COMPLEMENTARIA PERSONAS</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS OCASIONADOS POR LA CARGA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>RESPONSABILIDAD CIVIL ECOLÓGICA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>RESPONSABILIDAD CRUZADA</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A OCUPANTES</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 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: [uauaf@qualitas.com.mx](mailto:uauaf@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](http://www.condusef.gob.mx); correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

Consulta de Significado de Abreviaturas en nuestra página Web: [www.qualitas.com.mx](http://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](http://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](http://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 XX de XXXXXX de 20XX con el número CNSF-S0046-XXXX-20XX/CONDUSEF-000000-XX.**

## 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.**