

TIPO DE TRÁMITE: ☐ INICIAL ☐ RENOVACIÓN

PÓLIZA INCISO

FECHA: DD MM AA

DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL:

GIRO MERCANTIL, ACTIVIDAD U OBJETO SOCIAL:

NACIONALIDAD:

RFC O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL Y/O SU EQUIVALENTE Y EL PAÍS QUE LO ASIGNÓ:

NÚMERO DE CERTIFICADO 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):

DOMICILIO EN TERRITORIO NACIONAL

CALLE, AVENIDA O VÍA:

NÚM. EXTERIOR:

NÚM. INTERIOR:

COLONIA:

ALCALDÍA O MUNICIPIO:

ESTADO:

CIUDAD O POBLACIÓN:

CÓDIGO POSTAL:

PAÍS:

TELÉFONO:

DOMICILIO EN EL EXTRANJERO

CALLE, AVENIDA O VÍA:

NÚM. EXTERIOR:

NÚM. INTERIOR:

ESTADO:

CIUDAD O POBLACIÓN:

CÓDIGO POSTAL:

PAÍS:

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 DE BENEFICIARIO (S)

BENEFICIARIO 1

TIPO DE PERSONA: ☐ PERSONA FÍSICA ☐ PERSONA MORAL

NOMBRE COMPLETO / RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL:

FECHA DE NACIMIENTO / FECHA DE CONSTITUCIÓN:

CALLE, AVENIDA O VÍA:

NÚM. EXTERIOR:

NÚM. INTERIOR:

COLONIA:

ALCALDÍA O MUNICIPIO:

ESTADO:

CIUDAD O POBLACIÓN:

CÓDIGO POSTAL:

PAÍS:

TELÉFONO:

BENEFICIARIO 2

TIPO DE PERSONA: ☐ PERSONA FÍSICA ☐ PERSONA MORAL

NOMBRE COMPLETO / RAZÓN O DENOMINACIÓN SOCIAL:

FECHA DE NACIMIENTO / FECHA DE CONSTITUCIÓN:

CALLE, AVENIDA O VÍA:

NÚM. EXTERIOR:

NÚM. 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 del Director 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.

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:						

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	SÍ	NO	DOCUMENTOS PERSONA MORAL EXTRANJERA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instrumento en el que consten los datos de su constitución y los de su inscripción en el registro público correspondiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documento con el que compruebe fehacientemente su legal existencia.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cédula de Identificación Fiscal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documento en el que conste la asignación del número de identificación fiscal y/o equivalente expedido por autoridad competente.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poderes del representante legal y su identificación personal. (VIGENTE Y CON FOTOGRAFÍA).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documento que permita conocer su estructura accionaria o partes sociales, según corresponda.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Documento que permita conocer su estructura accionaria o partes sociales, según corresponda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identificación de los accionistas o socios. (VIGENTE Y CON FOTOGRAFÍA).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estructura corporativa interna y/o Organigrama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poderes del representante legal y su identificación personal.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 O EN EL ÓRGANO DE GOBIERNO).			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identificación de los accionistas o socios. (VIGENTE Y CON FOTOGRAFÍA).			

“Qualitas Compañía de Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en Av. San Jerónimo número 426, Col. Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, Cd. de México, C.P. 01900, tratará sus Datos Personales de acuerdo a las siguientes finalidades: 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”

“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

“HAGO CONSTAR QUE LLEVÉ A CABO UNA ENTREVISTA PERSONAL CON EL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA O CON SU REPRESENTANTE LEGAL, CON EL FIN DE RECARAR LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS Y, DE IGUAL MANERA, TUVE A LA VISTA LOS ORIGINALES DE LOS DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN SEÑALADOS”.

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE