



**QUÁLITAS  
COMPAÑÍA  
DE SEGUROS,  
SA DE C.V.**

Jose Maria Castorena Not 426  
Col. San Jose de los Cedros  
C.P 05200, México D.F.  
Tel. Cabina de Siniestros 01 800 800 2880 \* 01 800 288 6700  
[www.qualitas.com.mx](http://www.qualitas.com.mx)

| Office                                   | Agency Name                                                            | Undwritten By | Policy Number      | Issuing Date                                                                                  | Term                      |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      | Days Term |                          |  |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------|--------------------|------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|-----------|--------------------------|--|
| 11                                       |                                                                        |               |                    |                                                                                               | From                      |            |                    |            | Until         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
|                                          |                                                                        |               |                    |                                                                                               | Day                       | Month      | Year               | Time       | Day           | Month                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Year    | Time |           |                          |  |
|                                          |                                                                        |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| Affiliate ID                             |                                                                        |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               | Agent Code                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |      |           | Underwriter Policy Costs |  |
|                                          |                                                                        |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           | Premium:                 |  |
|                                          |                                                                        |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           | Agency Fee:              |  |
|                                          |                                                                        |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           | Underwriter Fee:         |  |
|                                          |                                                                        |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               | Phone:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |         |      |           | Tax (I.V.A.):            |  |
|                                          |                                                                        |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               | ZIP:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |      |           | Total:                   |  |
| ID                                       | Type                                                                   | Year          | Make               | Model                                                                                         | Description of Vehicle(s) |            |                    | V.I.N.     | License Plate |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Value   |      |           |                          |  |
| 1                                        | Power                                                                  |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| 2                                        | Towed                                                                  |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| 3                                        | Towed                                                                  |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| 4                                        | Towed                                                                  |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| 5                                        | Towed                                                                  |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| 6                                        | Towed                                                                  |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| 7                                        | Towed                                                                  |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| 8                                        | Towed                                                                  |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| 9                                        | Towed                                                                  |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| Risk Specification                       |                                                                        |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| Risk                                     | Description                                                            |               |                    | Insured Sum                                                                                   |                           |            |                    | Deductible |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Premium |      |           |                          |  |
| Physical Damage                          | Collision, overturning and glass breakage.                             |               |                    | Individual listed vehicle value without exceeding market value at the time of the occurrence. |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| Theft                                    | Total theft , fire and natural phenomena.                              |               |                    | Individual listed vehicle value without exceeding market value at the time of the occurrence. |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| Liability                                | Liability for damages to third parties in: property and bodily injury. |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    | N/A        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| Legal                                    | Guaranteed bail and legal assistance.                                  |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    | N/A        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| Travel                                   | Travel assistance.                                                     |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    | N/A        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| Medical                                  | Medical expenses.                                                      |               |                    |                                                                                               |                           |            |                    | N/A        |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| Rating/Underwriting Questions            |                                                                        | Lienholders   |                    |                                                                                               |                           |            |                    |            |               | Important:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |      |           |                          |  |
|                                          |                                                                        | Vehicle ID    | Lienholder Details |                                                                                               |                           | Vehicle ID | Lienholder Details |            |               | <p>Important: In order to handle any accident under the policy, It must be reported before leaving the Mexican Republic to our toll-free number 01 800 288 6700 . This number is only valid within Mexico and must be called from a Mexico phone (OR a foreign cell phone that is roaming on Mexico cell service).</p> <p>* The deductibles are applied against the Actual Cash Value of the Insured Vehicle.</p> <p>Coverage only applies inside the Republic of Mexico and is governed by Mexican Laws. All accidents must be reported before you leave the Mexico. Coverage is subject to the terms and conditions of the policy.</p> <p>Qualitas Compañía de Seguros, S. A. B. de C. V. (en lo sucesivo La Compañía), asegura de acuerdo a las Condiciones Generales y Especiales a esta Póliza, el vehículo descrito en este documento contra las pérdidas o daños causados por los riesgos enlistados y que El Asegurado haya contratado, en testimonio de lo cual, La Compañía firma la presente.</p> <p>La Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36A, 36B y 36D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualitas de Seguros bajo el Registro No. CNSF-S0046-0676-2005 de fecha 15 de Febrero de 2006.</p> |         |      |           |                          |  |
| Drivers under 21:                        |                                                                        | 1             | Account:           |                                                                                               |                           | 2          | Account:           |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
| Have collision coverage in home country: |                                                                        | 3             | Account:           |                                                                                               |                           | 4          | Account:           |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
|                                          |                                                                        | 5             | Account:           |                                                                                               |                           | 6          | Account:           |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
|                                          |                                                                        | 7             | Account:           |                                                                                               |                           | 8          | Account:           |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |
|                                          |                                                                        | 9             | Account:           |                                                                                               |                           |            |                    |            |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |           |                          |  |

**Qualitas Compañía de Seguros**  
**WHAT TO DO IN CASE OF CLAIM/ACCIDENT/VEHICLE THEFT**

**IN CASE OF AN ACCIDENT/LOSS DO NOT LEAVE  
MEXICO WITHOUT FILING A CLAIM!**

**You are insured with Qualitas Compañía de Seguros. IMMEDIATELY CALL** any of the Qualitas Mexican telephone numbers below. Qualitas must be called from Mexico and **your claim must be made while the vehicle is in Mexico so that the Qualitas adjuster may make the required physical inspection and report. Failure to do report accordingly risks having insurance claim denied.**

From a Mexican Land Line or Mexican Cell Phone, Call: 01 (800) 800-2880 \* 01 (800) 288-6700 \*

In Mexico from a Cell Phone with International Service, Call: (55) 5258 2880

- Do not assume any responsibility, whether expressed or implied, to a third party as doing so may give the impression that you are assuming fault for the accident. Do not engage in negotiating a private settlement.
- Be prepared to complete an Accident Declaration form. In case of accident, obtain a copy of police report, if possible.
- Although not absolutely necessary, but if possible, take photos of accident scene and damages suffered.
- If vehicle was stolen, you must obtain in Mexico a “Denuncia de Robo” at Ministerio Publico. After you return to U.S. you must obtain a “Courtesy Report” from your state’s Highway Patrol Agency. These documents must meet certain requirements, please contact Claims Department for such details.
- For claims follow up please contact Qualitas Tijuana:
  - Contact Names: Jesus Aguilar, Krisna Alcazar, Abel Pech
  - Telephone: 664 615 33 00 or 664 634 27 81
  - Email: [tijuana\\_turistas@qualitas.com.mx](mailto:tijuana_turistas@qualitas.com.mx) or [tijuana\\_turistas2@qualitas.com.mx](mailto:tijuana_turistas2@qualitas.com.mx)
- Mailing address to mail claims correspondences: (It’s advisable to mail all documents via Certified Mail so as to attain a receipt of delivery)
  - Qualitas Compañía de Seguros P.O. Box 434355 San Ysidro CA 92143

**Thank you for choosing Qualitas Seguros (Qualitas Compañía de Seguros SAB de C.V.). We are committed to providing you with the best service possible.**



**QUÁLITAS  
COMPAÑÍA  
DE SEGUROS,  
SA DE C.V.**

Jose Maria Castorena Not 426  
Col. San Jose de los Cedros  
C.P 05200, México D.F.  
Tel. Cabina de Siniestros 01 800 800 2880 \* 01 800 288 6700  
[www.qualitas.com.mx](http://www.qualitas.com.mx)

| Oficina                         | Nombre de Agencia | Subscrito por                                                                                | Número de Póliza                     | Fecha de Emisión                 | Vigencia                                                                                           |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      | Días de Vigencia |
|---------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------|-----|------|------------------|
| 11                              |                   |                                                                                              |                                      |                                  | Desde                                                                                              |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Hasta |                    |     |      |                  |
|                                 |                   |                                                                                              |                                      |                                  | Día                                                                                                | Mes                   | Año | Hora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Día   | Mes                | Año | Hora |                  |
|                                 |                   |                                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
|                                 |                   |                                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       | Underwriter Primas |     |      |                  |
| Identificacion del Afiliado     |                   |                                                                                              |                                      | Código de Agente                 |                                                                                                    |                       |     | Prima:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                    |     |      |                  |
|                                 |                   |                                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     | Derecho de Agencia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                    |     |      |                  |
| Emitida en favor de             |                   |                                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     | Derecho de Suscriptor:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |                    |     |      |                  |
|                                 |                   |                                                                                              |                                      | Teléfono:                        |                                                                                                    |                       |     | Impuestos (I.V.A.):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                    |     |      |                  |
|                                 |                   |                                                                                              |                                      | Código Postal:                   |                                                                                                    |                       |     | Monto Total:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |       |                    |     |      |                  |
| ID                              | Tipo              | Año                                                                                          | Marca                                | Descripción de (los) Vehículo(s) |                                                                                                    | Número de Serie (VIN) |     | Número de Placa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       | Valor              |     |      |                  |
| 1                               | Principal         |                                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
| 2                               | Remolcado         |                                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
| 3                               | Remolcado         |                                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
| 4                               | Remolcado         |                                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
| 5                               | Remolcado         |                                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
| 6                               | Remolcado         |                                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
| 7                               | Remolcado         |                                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
| 8                               | Remolcado         |                                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
| 9                               | Remolcado         |                                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
| Especificación de los Riesgos   |                   |                                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
| Cobertura                       |                   | Descripción                                                                                  |                                      |                                  | Suma Asegurada                                                                                     |                       |     | Deducible                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | Prima              |     |      |                  |
| Daños Físicos                   |                   | Colisión, volcadura y rotura de cristales.                                                   |                                      |                                  | El valor del vehículo escrito sin exceder el valor comercial del mercado al momento del siniestro. |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
| Robo                            |                   | Robo total , incendio, y fenomenos naturales.                                                |                                      |                                  | El valor del vehículo escrito sin exceder el valor comercial del mercado al momento del siniestro. |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
| Responsabilidad Civil           |                   | Responsabilidad civil por daños a bienes de terceros y por daños a terceros en sus personas. |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                    |     |      |                  |
| Legal                           |                   | Fianza garantizada y asistencia legal.                                                       |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                    |     |      |                  |
| Viaje                           |                   | Asistencia en viaje.                                                                         |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                    |     |      |                  |
| Médica                          |                   | Gastos médicos.                                                                              |                                      |                                  |                                                                                                    |                       |     | N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |                    |     |      |                  |
| Información de Suscripción      |                   | Sostenedores de prestamo                                                                     |                                      |                                  |                                                                                                    | Importante:           |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
|                                 |                   | ID de Vehículo                                                                               | Detalles de sostenedores de prestamo |                                  | ID de Vehículo                                                                                     |                       |     | Detalles de sostenedores de prestamo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |                    |     |      |                  |
| Conductores menor de 21 años:   |                   | 1                                                                                            | Cuenta:                              |                                  | 2                                                                                                  | Cuenta:               |     | <p>Importante: Para poder dar trámite a cualquier siniestro al amparo de la presente póliza es requisito que Usted reporte su reclamación antes de salir de la República Mexicana al número gratuito, marcando exactamente como se muestra y desde una línea terrestre privada. 01 800 288 6700 . El número solo está válido en México, y solo debe ser marcado de un teléfono Mexicano (o un celular extranjero que esté conectado al servicio celular Mexicano).</p> <p>* Los deducibles aplican al valor comercial del mercado (ACV) del vehículo.</p> <p>Cobertura solo aplica dentro de la República de México y se gobierna según las leyes de México. La presente póliza solamente cubre el vehículo asegurado de acuerdo a los términos y condiciones adjuntos y mientras se encuentre en el Territorio Mexicano y la misma se encuentra sujeta a las Leyes Mexicanas.</p> <p>Qualitas Compañía de Seguros, S. A. B. de C. V. (en lo sucesivo La Compañía), asegura de acuerdo a las Condiciones Generales y Especiales a esta Póliza, el vehículo descrito en este documento contra las pérdidas o daños causados por los riesgos enlistados y que El Asegurado haya contratado, en testimonio de lo cual, La Compañía firma la presente.</p> <p>La Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36A, 36B y 36D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el Registro No. CNSF-S0046-0676-2005 de fecha 15 de Febrero de 2006.</p> |       |                    |     |      |                  |
| Cobertura en su pais de origen: |                   | 3                                                                                            | Cuenta:                              |                                  | 4                                                                                                  | Cuenta:               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
|                                 |                   | 5                                                                                            | Cuenta:                              |                                  | 6                                                                                                  | Cuenta:               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
|                                 |                   | 7                                                                                            | Cuenta:                              |                                  | 8                                                                                                  | Cuenta:               |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |
|                                 |                   | 9                                                                                            | Cuenta:                              |                                  |                                                                                                    |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                    |     |      |                  |

**Qualitas Compañía de Seguros**  
**QUE HACER EN CASO A UN ACCIDENTE/SINIESTRO/ROBO**  
**EN CASO DE UN ACCIDENTE DEBE DE REPORTARLO**  
**ANTES DE SALIR DE MEXICO!**

**Usted está asegurado con Qualitas Compañía de Seguros. Llame INMEDIATAMENTE a cualquiera de los números telefónicos mexicanos de Qualitas. Qualitas debe ser llamada desde México y su reclamo debe hacerse mientras el vehículo este en México para que el Ajustador de Qualitas pueda hacer la inspección física requerida y generar un reporte. Al no seguir con lo antes mencionado pone en riesgo que su reclamación sea rechazada.**

De un teléfono mexicano fijo o celular, llamar al: 01 (800) 800-2880 \* 01 (800) 288-6700 \*

En México desde un celular con cobertura internacional, llamar al: (55) 5258 2880

- No asuma ninguna responsabilidad, sea expresa o implícita, con terceros ya que les podría dar la impresión que usted asume la culpa por el accidente. No participe en la negociación de un acuerdo privado.
- Este preparado para completar el formulario de Declaración de Accidente. En caso de un accidente, obtenga copia del reporte policiaco, si es posible.
- A pesar de no ser absolutamente necesario, si es posible, tome fotos del accidente y de los daños sufridos.
- Si el vehículo fue robado, debe obtener en México una “Denuncia de Robo” en el Ministerio Público. Después de regresar a E.E.U.U., debe obtener un " Informe de Cortesía" de la Agencia Estatal de Patrullaje de Carreteras. Estos documentos deben cumplir con ciertos requisitos, comuníquese con el Departamento de Reclamaciones para obtener dichos detalles.
- Para seguimiento de reclamaciones por favor comunicarse con Qualitas Tijuana:
  - Nombres de Contacto: Eduardo Franco, Krisna Alcazar, Abel Pech
  - Teléfono: 664 615 33 00 o 664 634 27 81
  - Email: [tijuana\\_turistas@qualitas.com.mx](mailto:tijuana_turistas@qualitas.com.mx) o [tijuana\\_turistas2@qualitas.com.mx](mailto:tijuana_turistas2@qualitas.com.mx)
- Domicilio para enviar correspondencia: (Se recomienda enviar todos los documentos a través de correo certificado con el fin de obtener un recibo de entrega)
  - Qualitas Compañía de Seguros P.O. Box 434355 San Ysidro CA 92143

**Thank you for choosing Qualitas Seguros (Qualitas Compañía de Seguros SAB de C.V.). We are committed to providing you with the best service possible.**