



AIG Seguros México S.A. de C.V.
Insurgentes Sur 1136
Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: 5488 4700 R.F.C. CSM960528CC4

**PROPUESTA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA
AGENTES DE SEGUROS**

ESTE DOCUMENTO SOLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y, POR TANTO, NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERÁ ACEPTADA POR LA EMPRESA DE SEGUROS, NI DE QUE, EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACIÓN CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD.

1. Nombre:

Domicilio:

R.F.C (anexar copia):

Teléfono de la oficina:

Número de credencial de agente (anexar copia de la credencial):

Fecha de inicio de operaciones:

2. El proponente es: I. Persona física _____ II. Persona moral _____
si (II), por favor especifique _____

3. Limite de responsabilidad deseado:

(Cada Reclamación o serie de Reclamaciones/Total de Obligaciones consecutivas, repartidas o relacionadas).

\$250,000/\$250,000 _____ \$250,000/\$500,000 _____ \$500,000/\$500,000 _____ \$1,000,000/\$1,000,000 _____

Otro _____

4. Vigencia deseada:

5. Señale la vigencia de la primera póliza similar que ha mantenido continuamente:

6. Si el proponente está bajo control de otra sociedad, indique los datos completos de ésta (Nombre, porcentaje de participación, etc.)

7. En caso de que el proponente cuente con otras oficinas diferentes a las indicadas en la pregunta 1, favor de listarlas.

8. Indique qué porcentaje aproximado de su volumen total de primas provienen de las siguientes actividades:

Intermediación en la contratación de seguros	%
Consultoría (por honorarios)	%
Administración de riesgos (por honorarios)	%
OTROS (Especificar abajo)	%
_____	100 %



AIG Seguros México S.A. de C.V.
 Insurgentes Sur 1136
 Col. Del Valle 03219, México D. F.
 Tel: 5488 4700 R.F.C. CSM960528CC4

LINEAS DE NEGOCIO SUSCRITAS Y OPERACIONES DE SEGURO DEL PROPONENTE.

Nos interesa conocer qué líneas de negocio constituyen su volumen de prima suscrito DEL AÑO PASADO y qué otras áreas de seguros maneja.

9. Daños

- a) Total de comisiones \$ _____
- b) Total de ingresos adicionales \$ _____
(bonos, etc.)

10. Servicios de Consultoría y Administración de Riesgos

- a) ¿ Trabaja el proponente en la Consultoría de Administración de Riesgos?
 sí no

En caso afirmativo especifique el tipo de consultoría: _____

Adjunte una copia de los estudios y reporte hechos para una cuenta comercial.

Ingreso anual obtenido de la Administración de Riesgos \$ _____

- b) Ofrece el proponente servicios de Prevención de Pérdidas o Inspección de Seguridad Industrial?
 sí no

En caso afirmativo, dé un informe que contenga el número de empleados, su formación e historia laboral. Especifique el tipo de servicio.

Ingreso anual obtenido por este servicio \$ _____

- c) Tiene autoridad para aceptar/ tomar riesgos por cuenta de :

- 1) Suscriptores Lloyd´s si ____ no ____
- 2) Cualquier compañía si ____ no ____ (en caso afirmativo, especificar la compañía) _____

11. Vida, Accidentes Personales y Enfermedades.

Comisiones anuales: \$ _____

12. Negocios en General.

Haga una lista de las instituciones de seguros mexicanas con las que trabaja y dé un porcentaje estimado, de la prima total que maneja con cada una de ellas.

<i>INSTITUCIÓN</i>	<i>VOLUMEN</i>	<i>% DEL TOTAL</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



AIG Seguros México S.A. de C.V.
Insurgentes Sur 1136
Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: 5488 4700 R.F.C. CSM960528CC4

13. Desglose el volumen de sus negocios:

a) *Total de Vida, Accidentes Personales y Enfermedades* \$ _____

b) *Daños*

Automóviles \$ _____

Casa-habitación \$ _____

TOTAL \$ _____

Diversos:

Marítimo \$ _____

Aviación \$ _____

Responsabilidad Civil Profesional \$ _____

Responsabilidad Civil General \$ _____

Petroquímica \$ _____

Agrícola y de Animales \$ _____

Transportes \$ _____

Incendio \$ _____

Robo \$ _____

Fianzas \$ _____

Otros \$ _____

TOTAL GLOBAL \$ _____

14. ¿Alguna vez no se le ha aceptado una propuesta o se le ha cancelado o negado la renovación de un seguro similar a este al solicitante o a alguno de sus socios, funcionarios, consejeros, vendedores (comisionistas o empleados), empleados o alguno de sus antecesores?

sí no

De ser afirmativo dé los detalles completos

15. Se han presentado reclamaciones contra el proponente o sus antecesores o cualesquiera de aquellas personas que sean o con anterioridad hayan sido funcionarios del proponente?

sí no

De ser afirmativo dé los detalles completos

ESTOY DE ACUERDO EN QUE CUALQUIER RECLAMACIÓN HECHA ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA ESTA EXCLUIDA DE DICHA COBERTURA.

16. ¿El proponente o cualquiera de las personas que quedarían aseguradas bajo el seguro conocen la existencia o tienen información acerca de cualquier acto, error u omisión que haya cometido y que pudiera dar lugar a una reclamación en su contra bajo la póliza aquí solicitada?

sí no

De ser afirmativo dé los detalles completos

17. ¿Durante los últimos cinco años, ha sido modificado el nombre del proponente o este ha establecido, adquirido o consolidado algún otro negocio?

sí no



AIG Seguros México S.A. de C.V.
Insurgentes Sur 1136
Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: 5488 4700 R.F.C. CSM960528CC4

De ser afirmativo dé los detalles completos

18. Información concerniente al personal, su educación, historia laboral y experiencia profesional:

a) Dé el nombre y número de los agentes autorizados, corredores, socios, ejecutivos y accionistas que estén activos como empleados. Incluya sus años de experiencia y la fecha en que obtuvieron su autorización.

b) Detalle la plantilla de empleados y funcionarios que laboran con el proponente (si el espacio no es suficiente, favor de acompañar relación)

c) ¿Qué porcentaje de su personal asiste a programas de Formación Continua, y a qué programas asisten?

d) ¿Alguna vez ha sido revocada, o suspendida de algún modo la autorización de alguno de los posibles asegurados o han sido sancionados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas?

sí no

En caso afirmativo agregue una hoja adicional con los detalles.

19. Controles utilizados en las cuentas.

a) De un informe de cómo se controla el archivo de pólizas

b) 1. De un informe de cómo se controlan las pólizas.
2. ¿Son éstas enviadas inmediatamente al asegurado?
3. Explique el procedimiento del sistema diario de archivo de pólizas

c) Dé un informe de cómo son manejados, revisados, procesados y checados los nuevos negocios y las renovaciones por el personal. _____

d) ¿Es revisado dos veces por el personal cada contrato de seguro terminado para aprobar la cobertura y es verificado para subrayar las necesidades del cliente, antes de serle mandado?

sí no

En caso negativo describa el procedimiento utilizado.

e) ¿Cómo se llevan los registros de vencimiento? Explique

f) ¿Se checan dos veces los archivos cuando vencen o se cancelan? Explique

20. Nombre el territorio de operación, además del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

21. Indique el volumen de prima manejada por los negocios fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.



AIG Seguros México S.A. de C.V.
 Insurgentes Sur 1136
 Col. Del Valle 03219, México D. F.
 Tel: 5488 4700 R.F.C. CSM960528CC4

22. Complete la información siguiente sobre el seguro de responsabilidad profesional del proponente durante los últimos 3 años.

<i>Nombre del Asegurador</i>	<i>Límite Máximo de Responsabilidad</i>	<i>Deducible</i>	<i>Vigencia</i>	<i>Prima Neta</i>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

23. Enliste las organizaciones profesionales de las cuales es miembro activo:

24. Explique en forma detallada las medidas que ha implementado para informarle a sus clientes, entre otras cosas los alcances del seguro que estén solicitando, en base al art. 5o. del Reglamento de Agentes de Seguros y Fianzas.

EL PROPONENTE SUSCRIBE Y DECLARA BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES VERDADERA. EL QUE SUSCRIBE ESTA PROPUESTA ACEPTA QUE, SI LA INFORMACIÓN OFRECIDA EN ESTA PROPUESTA CAMBIARA ENTRE LA FECHA EN QUE FUE HECHA A LA ASEGURADORA Y EL INICIO DE VIGENCIA DEL SEGURO, Y PARA QUE LA INFORMACIÓN SEA CORRECTA AL INICIO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, NOTIFICARA INMEDIATAMENTE A LA ASEGURADORA DE DICHS CAMBIOS, Y ACEPTA QUE LA ASEGURADORA PUEDE RETIRAR O MODIFICAR CUALQUIER COTIZACIÓN QUE PARA ESTE SEGURO SE HUBIERA OFRECIDO.

TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA A LA ASEGURADORA JUNTO CON ESTA PROPUESTA SE INCORPORARA POR REFERENCIA A ESTA PROPUESTA Y FORMARA PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA.

F I R M A D O

 (Debe ser firmado por el proponente)

Por:

Nombre _____ Puesto: _____

En _____ el día _____ del mes de _____ de 200__