



Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

Solicitud del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por el Asegurador, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde con los términos de la solicitud.

Esta Solicitud es un documento confidencial, su firma no vincula al solicitante a suscribir una póliza de seguro, pero se conviene que este cuestionario servirá de base al contrato si se emitiera una póliza de seguro y se adjuntaría y formaría parte de la misma.

- Por favor, conteste a todas las preguntas
- En caso de no tener suficiente espacio para completar alguna respuesta, le rogamos continúe la misma en papel con membrete de la Sociedad, indicando la referencia de la pregunta.

1. Sección 1 - Datos del solicitante

1. a) Nombre:

b) Dirección:

c) Fecha de constitución (si es aplicable):

d) Teléfono / Número de Fax:

e) Número de oficinas y su ubicación

f) Dirección de su página de Internet (en caso de existir):

2. ¿Pertenece o es miembro de alguna asociación profesional o de alguna organización reguladora?

Si No

En caso afirmativo, por favor especificar la asociación/ organización:

3. Por favor, adjunten los datos que se solicitan a continuación sobre todos los Socios / Gerentes / Directivos de la Sociedad (en su caso).

Nombre	Puesto	Antigüedad en la Sociedad	Duración del cargo de socio / Gerente / Directivo



Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

En caso afirmativo, por favor detallen a continuación:

Nombre	Puesto	Antigüedad	Cargo

2. Sección 2 - Actividades Profesionales y Detalle de Ingresos

6. Por favor, describan exactamente:

a) Los Servicios prestados y facturados:

b) Las otras actividades:

7. Por favor, enumeren las actividades descritas en la pregunta 6, e indiquen la distribución aproximada de su facturación total de honorarios / ingresos brutos que representan:

Actividades	Año actual	Próximos 12 meses
	%	%
	%	%
	%	%
	%	%
	%	%
Otros (por favor, especificar)	%	%
Total	100%	100%

8. Por favor, indiquen la distribución aproximada de su facturación total de honorarios / ingresos brutos que representa lo siguiente:

	Ejercicio Pasado (Pesos mexicanos)	Ejercicio Actual (pesos mexicanos)	Estimaciones Próximo Ejercicio (pesos mexicanos)



Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

Indicar la fecha del cierre del ejercicio:.....			
(i) EE.UU/ Canadá (incluyendo trabajos llevados a cabo en algún otro territorio para personas, empresas, Sociedades u organizaciones que tengan domicilio en EE.UU. / Canadá)			
(ii) México			
(iii) Resto del Mundo (Por favor, especificar)			
(iv) Mayor Ingreso procedente de un mismo cliente o Grupo (favor de especificar nombre el cliente)			
(v) Ingresos Medios por cliente o Grupo			
(vi) Honorarios pagados a trabajadores autónomos y/o subcontratistas.			

9. Favor de especificar de que sector industrial provienen sus ingresos:
(Gobierno, Manufacturero, Industrial, telecomunicaciones, etc)

10. a) ¿Cuáles son los cambios sustanciales que prevé en las cifras indicadas en las preguntas 7 y 8, durante los próximos 12 meses?

b) Expongan los detalles de cualquier mayor proyecto previsto para los próximos 12 meses:

c) ¿Tiene la Sociedad alguna filial o activos en EE.UU. o Canadá? Si No
En caso afirmativo, por favor especificar.

11. ¿Han obtenido alguna certificación de Control de Calidad (ISO o similar)? Si No

En caso afirmativo, por favor, detallen a continuación.



Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

En caso afirmativo, especificar

- d) ¿Lleva a cabo la Sociedad algún trabajo para alguna compañía participada, filial o matriz?

Si No

En caso afirmativo, indicar qué porcentaje de sus ingresos totales representa dicha actividad:

%

3. Sección 3 – Controles Internos

16. ¿Ha sido sometida la Sociedad a una auditoria / investigación por parte de alguna autoridad de control?

Si No

En caso afirmativo, especificar

-
17. a) ¿Ha sufrido la Sociedad alguna pérdida como consecuencia de un acto deshonesto o fraudulento cometido en algún momento por alguna persona?

Si No

En caso afirmativo, especificar

- b) ¿Conoce la Sociedad algún hecho o circunstancia que pudiera originar una pérdida por acto deshonesto o fraudulento cometido en algún momento por algún Socio, Gerente Directivo o empleado?

Si No

En caso afirmativo, especificar e indicar las medidas tomadas para que no vuelva a ocurrir.

- c) ¿Cuándo la Sociedad contrata empleados, solicita siempre referencias sobre ellos, o sólo cuando se trata de contratar personas con experiencia?

Siempre
 Sólo personas con experiencia

Tipo de referencias: Escritas
 Verbales

- d) ¿Tiene algún empleado autorización para firmar cheques y/o para autorizar pagos, transferencias con su única firma?

Si No

En caso afirmativo, especificar.



Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

Nombre	Cargo	Antigüedad en el cargo	Límites de autorización

e) Por favor, indique el nombre de sus auditores **externos**:

f) ¿Auditan todas sus operaciones? Si No

g) ¿Les han efectuado recomendaciones sus auditores? Si No

En caso afirmativo, por favor especifiquen con detalle las mismas y confirmen si han cumplido con ellas.

h) ¿Con qué frecuencia se auditan sus cuentas?

¿Con qué frecuencia se registran, en los libros contables, los cheques, recibos, facturas, justificantes de pagos y con qué frecuencia se concilian con los extractos bancarios, incluyendo saldo de caja y cheques no presentados al cobro?

- Semanalmente
- Mensualmente
- Trimestralmente
- Otros (por favor, especificar)

4. Sección 4 – Cobertura Previa

18. a) Por favor, detallen a continuación qué seguros de responsabilidad civil profesional han tenido contratados en los últimos tres años:

PERIODO	Asegurador	Limite	Deducible	Prima
200_				
200_				
200_				

b) ¿Ha sido denegada, cancelada o no renovada alguna propuesta de seguro de Responsabilidad Civil Profesional a la Sociedad o a sus predecesores en la actividad o a algún Socio / Gerente / Directivo?

Si No

En caso afirmativo, especificar las razones.



Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

5. Sección 5 – Opciones de Cobertura

19. Por favor, especificar:

a) Los límites de capital por los cuales desean cotización:

() USD\$250,000 () USD\$500,000 () USD\$1,000,000 () Otro _____

6. Sección 6 – Reclamaciones y Circunstancias

20. ¿En que ámbito se consideran más expuestos a reclamaciones?

21. ¿Tiene conocimiento algún Socio, Directivo o Gerente, después de realizar las oportunas averiguaciones, de alguna reclamación que se haya efectuado contra la Sociedad o contra sus predecesores en el negocio, o bien contra cualquiera de los Socios, Directores o Gerentes pasados o actuales? Si No

22. ¿Tiene conocimiento algún Socio, Directivo o Gerente, después de realizar las oportunas averiguaciones, de algún hecho o circunstancia que pudiera dar lugar a una reclamación contra la Sociedad o contra sus predecesores en el negocio, o bien contra cualquiera de los Socios, Directores o Gerentes pasados o actuales? Si No

Si han contestado afirmativamente a las preguntas 20 y/o 21 **cada hecho o circunstancia debe detallarse previamente para obtener una cotización.** Le recordamos que es necesario que conteste de forma correcta a estas preguntas. **NO CONTESTAR CORRECTAMENTE PUEDE PERJUDICAR SERIAMENTE SU DERECHOS**, en caso de que tenga lugar una reclamación.

ESTE CUESTIONARIO ES UN DOCUMENTO CONFIDENCIAL, SU FIRMA NO VINCULA A LA SOCIEDAD A SUSCRIBIR UNA PÓLIZA DE SEGURO, PERO SE CONVIENE QUE ESTE CUESTIONARIO SERVIRÁ DE BASE AL CONTRATO SI SE EMITIERA UNA PÓLIZA, Y SE ADJUNTARÍA Y FORMARÍA PARTE DE LA MISMA.

Declaración

Declaro que las informaciones comunicadas en este cuestionario son verdaderas y que no he omitido voluntariamente ni suprimido cualquier hecho. Acepto que las declaraciones hechas en



Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

este cuestionario así como la información facilitada en otros documentos sirven de base a la póliza y forman parte de la misma. Asimismo, me comprometo a informar el Asegurador de cualquier modificación a estas declaraciones que pudiera tener lugar entre la fecha de este cuestionario y la fecha de efecto de la póliza.

El solicitante está obligado a declarar a la Aseguradora, de acuerdo a este cuestionario, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueda influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del contrato.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Aseguradora, ni que, en caso de aceptarse, la póliza concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPONENTE

Fecha: _____

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL
REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD :

SELLO DE LA SOCIEDAD :

Por favor, adjuntar al presente cuestionario

- Últimos estados financieros auditados (incluyendo notas) o declaración de anual de impuestos.
- El folleto informativo/publicitario de los servicios/productos (si está disponible).
- La copia de los contratos estándar utilizados en sus diferentes actividades