



Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

SOLICITUD del Seguro de Responsabilidad Profesional para Agentes de Seguros y Fianzas

Indique su tipo de solicitud: Póliza nueva _____ Póliza renovación No póliza anterior ___ - RCPA - _____ - _____

Completar correctamente este cuestionario es de fundamental importancia Para el análisis y aceptación del Seguro.

TODOS LOS DATOS SON OBLIGATORIOS.
EN CASO DE QUE FALTE ALGUNO, LA SOLICITUD SERÁ RECHAZADA

DATOS DEL PROPONENTE

Nombre: _____ R.F.C.: _____

Domicilio: _____

Delegación / Municipio: _____ Colonia: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C. P. _____

E-mail: _____ (letra legible) Teléfono: _____

| | |
|--|-----------------------------------|
| 1. ¿Prima intermediada anual? (Tamaño de su cartera) | \$ _____ |
| 2. ¿Ingreso Anual (comisiones)? | \$ _____ |
| 3. Fecha de inicio de operaciones: | _____ |
| 4. ¿Intermedia seguros con nosotros? | SI _____ NO _____ % cartera _____ |
| 5. ¿Intermedia operaciones de Grandes Riesgos Industriales*? * Entiéndase por riesgos industriales: Plantas eléctricas, Plantas químicas, Plantas hidroeléctricas, etc. | SI _____ NO _____ % cartera _____ |
| 6. ¿Intermedia operaciones de Seguro Marítimo (Cascos o Mercancías)? | SI _____ NO _____ % cartera _____ |
| 7. ¿Intermedia negocio de entidades que NO tienen establecimiento en Mexico? | SI _____ NO _____ % cartera _____ |
| 8. ¿Le ha sido negado algún seguro de Responsabilidad Civil Profesional? | SI _____ NO _____ |
| 9. ¿Le ha sido cancelado algún seguro de Responsabilidad Civil Profesional? | SI _____ NO _____ |
| 10. ¿Le han sido impuestos términos especiales en algún seguro de Responsabilidad Civil Profesional? | SI _____ NO _____ |
| 11. ¿Le ha sido presentada alguna reclamación por Responsabilidad Civil Profesional en los últimos cinco años? | SI _____ NO _____ |
| 12. ¿Conoce algún hecho o circunstancia que pueda dar lugar a una reclamación por Responsabilidad Civil Profesional? | SI _____ NO _____ |



Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

En caso de que haya contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, detalle las circunstancias en hoja aparte haciendo referencia al número de pregunta.

Favor de señalar la opción deseada:

Personas Morales

| <u>Prima Intermediada</u> | <u>Limite de Suma Asegurada</u> | | <u>Prima Neta*</u> |
|---------------------------|---------------------------------|-----|--------------------|
| 0 a 1,200,000 | 60,000 | ___ | 320 |
| 1,200,001 a 2,000,000 | 100,000 | ___ | 420 |

Personas Físicas

| <u>Limite de Suma Asegurada</u> | <u>Prima Neta*</u> |
|---------------------------------|--------------------|
| 10,000 | ___ 175 |

Tarifas anteriores en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica

*Prima Neta: No incluye derechos de emisión ni impuestos y estos **PRECIOS** son con **CARGO A TARJETA DE CRÉDITO Y/O DÉBITO** y en **UNA** sola **EXHIBICIÓN**.

Condiciones y Proceso de Contratación

Los pagos que **NO** se realicen con **cargo a tarjeta** tendrán un **INCREMENTO del 10%** en la prima neta

Favor de llenar el FORMATO correspondiente para la autorización del CARGO a TARJETA.

Este cuestionario debe ser llenado tanto para PÓLIZAS NUEVAS como RENOVACIONES.

Para las renovaciones que se hayan solicitado una vez vencida su póliza, la prima neta podrá variar.

Favor de **ENVIAR** a su ejecutivo, o al correo www.aig.com.mx, el presente **CUESTIONARIO**, UNA **COPIA** de su **CEDULA DE AGENTE** de seguros y/o fianzas y **FORMATO** con **CARGO A TARJETA** **fechado y firmado**, en caso de faltar los dos primeros documentos la solicitud será rechazada, si falta el formato con cargo a TARJETA la prima neta tendrá un incremento del 10%.

Conforme a la disposición segunda de la Circular S-15 de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 4 de octubre del año 2006, el contrato de seguro que se solicita por virtud de este documento, deberá tener vigencia mínima de un año y no tiene posibilidad de ser cancelado o terminado anticipadamente.

Para cualquier **duda y/o comentario** favor de comunicarse al 5488 4700 ó 01-800-00-11-300 Opción 4

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.



Seguro de Responsabilidad Civil Profesional

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
Y/O REPRESENTANTE LEGAL**

Fecha: _____

"La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este endoso, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuestos en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualista de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0012-1114-2010 de fecha 17/12/2010."