



SOLICITUD DE SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL POR ERRORES Y OMISIONES PARA AGENTES DE SEGUROS Y FIANZAS



Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa
Av. Insurgentes Sur 3500, P.B., Col. Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México

Emisor

IMPORTANTE leer antes de llenar esta solicitud. Se previene al solicitante que conforme a los Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud...

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

1. Datos generales del solicitante (contratante)

Form fields for general data: ID Cliente GFI, RFC con homoclave, Tipo de persona (Física/Moral), Denominación o razón social, Primer nombre, Segundo nombre, Apellido paterno, Apellido materno.

1.1 Generales

Form fields for general information: Fecha nacimiento/constitución, Entidad federativa de nacimiento/constitución, País de nacimiento/constitución, Género, Estado civil, Nacionalidad, Tipo de identificación, Número de identificación, CURP, FIEL, Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social, Folio mercantil.

1.2 Domicilio

Form fields for address: Calle, Núm. exterior, Edificio, Núm. interior, C.P., Colonia, Delegación o municipio, Ciudad o población, Entidad federativa, País, En caso de residir en el extranjero indique la razón por la cual ha elegido celebrar un contrato en México: Personal, Trabajo.

1.3 Contacto

Form fields for contact: Teléfono fijo (con lada), Teléfono móvil (con lada), Compañía celular, Correo electrónico.

1.4 Información adicional del solicitante (contratante)

Form fields for additional information: ¿Usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, o bien en el caso de personas morales algún accionista, socio, asociado, alto directivo o miembro del consejo de administración desempeña o ha desempeñado en los últimos dos años, alguna función pública, política, judicial o militar de alta jerarquía en México o en el extranjero? Sí No ¿Quién? Cargo, Fecha en que dejó el cargo.

F-2155-2 NOVIEMBRE 2015

Nombre(s) y apellidos

2. Datos generales del contratante (llénesse sólo en caso de que sea distinto al solicitante)

Tipo de persona: Física Moral RFC con homoclave

Denominación o razón social

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Fecha nacimiento/constitución

Entidad federativa de nacimiento/constitución

País de nacimiento/constitución

d d / m m / a a a a

Género: Estado civil:

Nacionalidad

En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración:

Femenino Casado

Masculino Soltero

Residente permanente

Residente temporal

Otra

Tipo de identificación

Número de identificación

CURP

FIEL

Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social

Folio mercantil

2.1 Domicilio

Calle

Núm. exterior

Edificio

Núm. interior

C.P.

Colonia

Delegación o municipio

Ciudad o población

Entidad federativa

País

En caso de residir en el extranjero indique la razón por la cual ha elegido celebrar un contrato en México: Personal Trabajo

2.2 Contacto

Teléfono fijo (con lada)

Teléfono móvil (con lada)

Compañía celular

Correo electrónico

2.3 Información adicional del contratante

¿Usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, o bien en el caso de personas morales algún accionista, socio, asociado, alto directivo o miembro del consejo de administración desempeña o ha desempeñado en los últimos dos años, alguna función pública, política, judicial o militar de alta jerarquía en México o en el extranjero? Sí No ¿Quién?

Cargo

Fecha en que dejó el cargo

Nombre(s) y apellidos

3. Representante legal del solicitante (contratante)

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido paterno

Apellido materno

Tipo de identificación

Número de identificación

4. Información del seguro a contratar

Vigencia deseada Desde las 12:00 hrs. del d d / m m / a a a a hasta las 12:00 hrs. del d d / m m / a a a a

Póliza anterior

Número

Fecha de vencimiento

d d / m m / a a a a

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES. Los productos que se pueden contratar bajo esta solicitud contienen exclusiones y/o límites de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas condiciones generales disponibles en nuestra página web www.inbursa.com



4.1 Cuestionario

Complete todas las preguntas. Marque N/A para aquellas preguntas que no apliquen para usted. La póliza para la cual esta solicitud es llenada, aplicará únicamente para actos ocurridos durante la vigencia de la póliza, siempre que la reclamación se formule por primera vez y por escrito al asegurado o a la Compañía en el curso de la vigencia o dentro del año siguiente a su terminación.

Tipo y número de Cédula vigente o número de oficio de autorización emitido por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

Grado de estudios Profesión y lugar donde estudió (en caso de licenciatura)

Suma asegurada solicitada

Recuerde que de acuerdo con las disposiciones 32.10.3 y 32.10.7 del Capítulo 32.10, Título 32, de la Circular Única de Seguros y Fianzas, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 19 de diciembre de 2014; en caso de agentes Persona Moral, la suma asegurada será la cantidad que resulte mayor entre el equivalente al 5% del total de las primas intermediadas por éste, con respecto a todas las Instituciones para las que realizó actividades de Intermediación de Seguros o de Fianzas, durante el año calendario inmediato anterior y el equivalente en moneda nacional de 150,000 UDI, y para agentes Persona Física, la suma asegurada será la cantidad que resulte mayor entre el equivalente al 5% del total de las primas intermediadas por éste, con respecto a todas las Instituciones para las que realizó actividades de Intermediación de Seguros o de Fianzas, durante el año calendario inmediato anterior y el equivalente en moneda nacional de 25,000 UDI, tomando en consideración en ambos casos el valor de la UDI al 31 de diciembre del año inmediato anterior.

Durante los últimos cinco años ha tenido:

- a) Cambio de RFC: Sí No
- b) Cambio de Socios, Consejeros, Accionistas y/o algún miembro de la Junta Directiva: Sí No
- c) Escisión o fusiones: Sí No

Explique el(los) motivo(s)

¿El agente intermedia actualmente la venta de seguros y/o fianzas? Sí No

Tiempo de experiencia años meses

Volumen de primas y total de comisiones del año inmediato anterior y estimado para el próximo año (considerando primas por renovación y nuevas)

	Últimos 12 meses	Estimado de los próximos 12 meses
Volumen anual de primas (desglose si es más de un ramo)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total de comisiones brutas anuales (Daños)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total de comisiones brutas anuales (Vida, Accidentes, Enfermedades y Salud)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total de comisiones brutas anuales (Fianzas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total de ingresos derivados de servicios distintos a la venta de Seguros y Fianzas ¹	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 Especifique	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mencione el nombre de todas las compañías aseguradoras y/o afianzadoras para quienes realiza actividades de intermediación, así como el total de primas intermediadas en el año calendario anterior (considerando pólizas nuevas y renovaciones). Anexe una lista si es necesario.

Nombre de la(s) compañía(s)	Número de años de trabajar para ella	Total de primas nuevas intermediadas en los últimos 12 meses	Total de primas por renovación intermediadas
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

T**T**

Indique el(los) porcentaje(s) del total de las primas intermediadas durante el año inmediato anterior derivado de las siguientes operaciones, ramos y subramos. El total de todas las secciones debe ser igual al 100% (incluye grandes riesgos).

Seguros

- I. Vida %
- II. Accidentes y Enfermedades
 - a. Accidentes Personales %
 - b. Gastos Médicos %
 - c. Salud %
- III. Daños
 - a. Responsabilidad Civil y Riesgos Profesionales %
 - b. Marítimo y Transportes %
 - c. Incendio %
 - d. Agrícola y de Animales %
 - e. Automóviles %
 - f. Crédito %
 - g. Crédito a la Vivienda %
 - h. Garantía Financiera %
 - i. Terremoto y Otros Riesgos Catastróficos %
 - j. Diversos %

Fianzas

- I. Fianzas de Fidelidad
 - a. Individuales %
 - b. Colectivas %
- II. Fianzas Judiciales
 - a. Judiciales Penales %
 - b. Judiciales no Penales %
 - c. Judiciales Conductores de Vehículos %
- III. Fianzas Administrativas
 - a. De Obra %
 - b. De Proveduría %
 - c. Fiscales %
 - d. De Arrendamiento %
 - e. Otras Fianzas Administrativas %
- IV. Fianzas de Crédito
 - a. De Suministro %
 - b. De Compra Venta %
 - c. Otras Fianzas de Crédito %
- V. Fideicomiso de Garantía
 - a. Relacionado con Pólizas de Fianzas %
 - b. Sin relación con Pólizas de Fianzas %

¿En su lugar de trabajo (oficina, despacho, promotoría, etc.) existe alguien encargado de auditar los requerimientos de capacitación o educación continua para cada uno de sus agentes? Sí No

Especifique

En caso de agente Persona Moral, desglose el total de miembros

	Tiempo completo	Medio tiempo		Tiempo completo	Medio tiempo
Número de agentes y promotores	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Personal de apoyo administrativo	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Responda las siguientes preguntas de acuerdo a los procedimientos establecidos en su lugar de trabajo (oficina, despacho, promotoría, etc.):

- a) ¿Usted detalla con fechas sus correos entrantes? Sí No
- b) ¿Documenta todas las conversaciones telefónicas relacionadas con su actividad de intermediación? Sí No

c) Describa el procedimiento utilizado para notificar cualquier aceptación o rechazo

d) ¿Utiliza algún sistema de seguimiento diario para calendarizar sus actividades en el que incluya fechas de renovación de pólizas y/o expiración de coberturas? Sí No

e) ¿Posee manuales de procedimientos? Sí No

f) ¿Cuenta con algún procedimiento para conocer la condición financiera de sus clientes o prospectos? Sí No

g) ¿Usa algún tipo de lista para revisar límites y coberturas solicitadas? Sí No

h) ¿Documenta todas las solicitudes que le presentan en el desarrollo de su actividad? Sí No

i) ¿Usa internet para llevar a cabo sus actividades de intermediación? Sí No

T

En caso afirmativo, indique los usos:

- Investigación de productos
- Correspondencia
- Carga y descarga de formatos, especifique
- Marketing
- Ventas
- Otros, especifique

j) ¿Posee página de negocios en internet? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la dirección

T**T**

Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que, en su caso, extenderá Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

Lugar

Fecha

Nombre y firma del solicitante

Nombre y firma del contratante



¡Activa Biométrico para identificarte al realizar tus trámites en nuestras sucursales!

6.1 Consentimiento para proporcionar información

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa a utilizar mi información o la de mi representada (tratándose de persona moral) con fines mercadotécnicos o publicitarios, así como para recibir publicidad. De igual forma Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, para proporcionar la información contenida en esta solicitud y/u otros documentos que deriven de la operación del producto contratado, a cualquier empresa que forme parte del Consorcio al que ésta pertenece (conforme el término Consorcio se define en la Ley del Mercado de Valores), para efectos de ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial.

Nombre y firma del solicitante

Nombre y firma del contratante

7. Declaraciones de quien promueve o intermedia el producto (debe ser llenado obligatoriamente)

Declaro que durante el llenado del presente formato entrevisté personalmente al solicitante y hago constar que cotejé con su original la documentación referida en este documento y que informaré a esa institución inmediatamente cuando tenga conocimiento sobre cualquier cambio en la información contenida en el mismo, con el propósito de actualizar el expediente del proponente y/o asegurado y/o contratante (solicitante).

Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: El alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, el tipo de autorización, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio, y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros para aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre y firma del asesor

8. Comisiones

Comisión cedida %

Asesor 1

Asesor 2

Clave

Clave

Participación %

Nombre y firma

Participación %

Nombre y firma

ID Cliente GFI: Número de identificación de clientes de Inbursa.

FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada.

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 5447 8000 o Lada sin costo 01 800 90 90000, de lunes a domingo de 7:00 a 20:00 hrs., así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en www.inbursa.com o con i-móvil app.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no han sido satisfactorias, puede acudir a nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Delegación Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México, con teléfonos de atención en la Ciudad de México y Area Metropolitana 5238 0649 o desde el interior de la República al 01 800 849 1000, o bien a través del correo electrónico uniesp@inbursa.com

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 12 de julio de 2007, con el número CNSF-S0022-0057-2007/CONDUSEF-001087-01.