



Cuestionario Agentes de Seguros y Fianzas



RC Agentes GMX®

Cuestionario para la cotización del seguro de responsabilidad civil y de responsabilidad profesional para agentes de seguros y fianzas.

INSTRUCCIONES |

- Favor de leer el **Aviso de Privacidad** que contiene el presente **Cuestionario**.
- El presente cuestionario fue diseñado expresamente para fungir como base de cotización para el seguro de Agentes de Seguros y Fianzas, por favor tenga la amabilidad de responder claramente a cada una de las preguntas que lo integran.
 - Seleccionar la opción que corresponda a la respuesta de su elección
 - Para cualquier aclaración favor de contactar a su suscriptor.

PÓLIZA

Nueva

Renueva Número de póliza anterior - - - -

VIGENCIA DE LA PÓLIZA

DESDE

HASTA

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

FORMA DE PAGO

FORMA DE PAGO

MONEDA

Anual

Nacional

Dólares

MÉTODO DE PAGO

Efectivo

Cheque

Transferencia bancaria

Tarjeta de débito

Tarjeta de crédito

En caso de vernos favorecidos con la contratación de este seguro, le sugerimos tomar en cuenta que de acuerdo al artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente en los casos de pagos en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día hábil de ese plazo.

DATOS DEL SOLICITANTE Y DOMICILIO FISCAL

Persona Física	<input type="checkbox"/>	Persona Moral	<input type="checkbox"/>	Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave	<input type="text"/>
Apellido Paterno	<input type="text"/>			Apellido Materno	<input type="text"/>
Nombre (s)	<input type="text"/>				
Razón Social	<input type="text"/>				
Correo electrónico	<input type="text"/>				
Celular	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>		
Tipo de identificación del solicitante:	<input type="text"/>	Número de identificación	<input type="text"/>		
Calle	<input type="text"/>				
Número exterior	<input type="text"/>	Número interior	<input type="text"/>		
Colonia	<input type="text"/>				
Alcaldía o Municipio	<input type="text"/>	Ciudad	<input type="text"/>		
Estado	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>		

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Apellido Paterno	<input type="text"/>	Apellido Materno	<input type="text"/>
Nombre (s)	<input type="text"/>		
Correo electrónico	<input type="text"/>		
Celular	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>

DATOS DEL CONTRATANTE

En caso de que la contratación de este seguro, se realice para alguien distinto a usted o a quien liquide la prima de este seguro, otorgándole con ello a esa persona la calidad de Asegurado, favor de confirmar sus datos generales y actividad o giro a la cual se dedica.

Apellido Paterno Apellido Materno

Nombre (s)

Actividad o giro

Correo electrónico

Celular Teléfono

Calle

Número exterior Número interior

Colonia

Alcaldía o Municipio Ciudad

Estado Código Postal

UBICACIÓN DEL RIESGO

Favor de detallar todas las ubicaciones en donde preste sus servicios profesionales, en caso de ser distinto al domicilio del solicitante.

Calle

Número exterior Número interior

Colonia

Alcaldía o Municipio Ciudad

Estado Código Postal

INFORMACIÓN SOBRE EL AGENTE

Indique tipo y número de cédula de **Comisión Nacional de Seguros y Fianzas**:

Indique su número de socio en **AMASFAC** y el último año de vigencia de su membresía:

Fecha de inicio de operaciones:

Día Mes Año

Indique límite mínimo de responsabilidad según reglamentación de la **Comisión Nacional de Seguros y Fianzas**:

Indique límite de responsabilidad que desea asegurar:

Indique volumen total de primas de seguro directo y de fianzas intermediado:

Presupuesto año anterior	Presupuesto año actual	Presupuesto año próximo
<input type="text"/> M.N	<input type="text"/> M.N	<input type="text"/> M.N

Indique comisiones brutas de seguro directo y de fianzas percibidas:

Presupuesto año anterior	Presupuesto año actual	Presupuesto año próximo
<input type="text"/> M.N	<input type="text"/> M.N	<input type="text"/> M.N

Indique ingresos por asesoría o consultoría e inspección de riesgos:

Presupuesto año anterior	Presupuesto año actual	Presupuesto año próximo
<input type="text"/> M.N	<input type="text"/> M.N	<input type="text"/> M.N

Indique el grado máximo de estudios del titular del despacho:

Descripción de la actividad que lleva a cabo, indicando si su actividad es por cuenta propia, bajo relación de trabajo o ambas:

Indique el porcentaje de su cartera intermediada de acuerdo al siguiente cuadro:

<input type="text"/> % - Aviación		<input type="text"/> % - Construcción
<input type="text"/> % - Comercial		<input type="text"/> % - Obras de arte y Joyería
<input type="text"/> % - Casa habitación		<input type="text"/> % - Múltiples Empresariales
<input type="text"/> % - Marítimo		<input type="text"/> % - Pensiones
<input type="text"/> % - Vida		<input type="text"/> % - Autos
<input type="text"/> % - Gastos Médicos Mayores		<input type="text"/> % - Otros: Favor de proporcionar detalle:

¿Trabaja o presta servicios profesionales de manera predominante o exclusiva para alguna persona, empresa o entidad? Si No

En caso afirmativo, especifique.

¿Cuenta con programas de capacitación en materia de seguros? Si No

¿Cuenta con alguno de los siguientes procesos de control de expedientes?

- Proceso de documentación del riesgo Si No
- Proceso de renovaciones Si No
- Proceso de elaboración de órdenes de trabajo Si No

¿Cuenta con algún tipo de certificación de calidad?

Si No

En caso afirmativo, especifique.

Mencione el total de empleados bajo su relación de trabajo, indicando el personal bajo nómina y personal por honorarios, así como la profesión que ejercen y si existe parentesco.

¿Le ha sido rehusado o rescindido un seguro de responsabilidad profesional?

Si No

En caso afirmativo, indicar compañía de seguros, fecha y argumento dado a conocer:

Indicar si cuenta con un seguro de responsabilidad civil profesional para cubrir la actividad materia de este seguro, indique la(s) compañía(s) de seguros y la suma asegurada.

Si No

En caso positivo, favor de indicar compañía de seguros y suma asegurada:

Indique si ocupa inmueble(s) arrendado(s), su ubicación y uso que hace de él (ellos):

¿Requiere cobertura para demandas en el extranjero? Si No

Indique la experiencia de reclamaciones y siniestros durante los últimos tres años (detalle los daños ocasionados, sus causas, sus montos pagados o aún pendientes):

¿Tiene conocimiento de algún hecho en el ejercicio de su actividad profesional que pudiera conducir a un supuesto de reclamación? Si No

En caso afirmativo, especifique:

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Bajo protesta de decir verdad, declaro y afirmo que los datos que manifiesto son verdaderos y fidedignos.

Firma

LUGAR Y FECHA DE LA SOLICITUD

Lugar

Día

Mes

Año

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

GMX Seguros, pone a disposición del asegurado sus derechos y obligaciones, así como las coberturas, exclusiones, restricciones que forman parte de este Contrato de Seguro que se encuentran contenidos en esta póliza y en toda la documentación que forman parte integral del Contrato de Seguro y pueden ser consultados en www.gmx.com.mx

El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan 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, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Obligación del Agente de Seguros.

De acuerdo con el artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y 5 del Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas el agente de seguros deberá de proporcionar a quien pretenda contratar un seguro la información de manera amplia y detallada sobre el alcance real de su cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada. De igual manera, proporcionarán a **GMX Seguros**, la información precisa y relevante que sea de su conocimiento relativo al riesgo cuya cobertura se proponga.

GMX Seguros, pone a disposición del Asegurado en caso de alguna consulta, reclamación o aclaración relacionada con su Seguro, nuestra **Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)**, ubicada en Tecoyotitla número 412, Edificio **GMX**, colonia Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Código Postal 01050, Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México o si lo prefiere comunicarse al teléfono (55) 54804000, en un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas y viernes de 8:30 a 15:00 horas, y al correo electrónico unidad.especializada@gmx.com.mx

Favor de recordar las disposiciones de los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las cuales se ponen a su alcance para la consulta más clara y sencilla:

Artículo 8°.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9°.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10°.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 47°.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

GMX Seguros, pone a su alcance, para una consulta más clara y sencilla, los preceptos legales más utilizados en este cuestionario en la página web www.gmx.com.mx

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 25 de enero de 2018, con el número CNSF- S0092-0576-2017/CONDUSEF-002516-02.

¿Quiénes somos?

Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V., mejor conocido como **GMX Seguros**, con domicilio en Calle Tecoyotitla 412 Edificio **GMX**, Col. Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac, 01050, Ciudad de México, y portal de internet **www.gmx.com.mx**, es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y hace de su conocimiento que tratará los datos personales no sensibles que Usted nos proporcione y que, a continuación se enlistan para los fines indicados en el presente Aviso de Privacidad.

¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?

Los datos personales proporcionados por Usted o a través de terceros o por vía electrónica, óptica, sonora, visual o por cualquier otro medio o tecnología y aquellos generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre con Usted los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita:

- **Clientes** (Proponentes, solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos). Para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite a sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

- **Recursos Humanos** (Candidatos y empleados). Para todos los fines vinculados con la selección, reclutamiento, capacitación, desarrollo, pagos de prestaciones laborales y cumplimiento de obligaciones fiscales.

- **Proveedores o prestadores de bienes y/o servicios** (incluye agentes de seguros). Para todos los fines vinculados con la relación jurídica/contractual que celebremos con usted.

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades secundarias que no son necesarias para el servicio solicitado, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- Mercadotecnia o publicitaria.
- Prospección comercial.

¿Dónde puedo
consultar el aviso
de privacidad
integral?

En caso de que no desee que sus datos personales se utilicen para estos fines secundarios, indíquelo a continuación:

No consiento que mis datos personales se utilicen para los siguientes fines:

- Mercadotecnia o publicitaria.
- Prospección comercial.

La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros.

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, como los terceros con quienes compartimos su información personal y la forma en que podrá ejercer sus **derechos ARCO**, puede consultar el aviso de privacidad integral en:

**www.gmx.com.mx, www.medipet.mx, www.meditips.mx,
www.guarderiatips.mx**, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas o en el correo electrónico **datos.personales@gmx.com.mx**

Manifiesto que previo a la obtención de los datos personales requeridos en el presente Cuestionario se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral; Asimismo y una vez leído el Aviso de Privacidad que contiene el presente Cuestionario, consiento que mis datos personales sean tratados de conformidad con los términos y condiciones informados en el aviso de privacidad.

Firma del solicitante _____