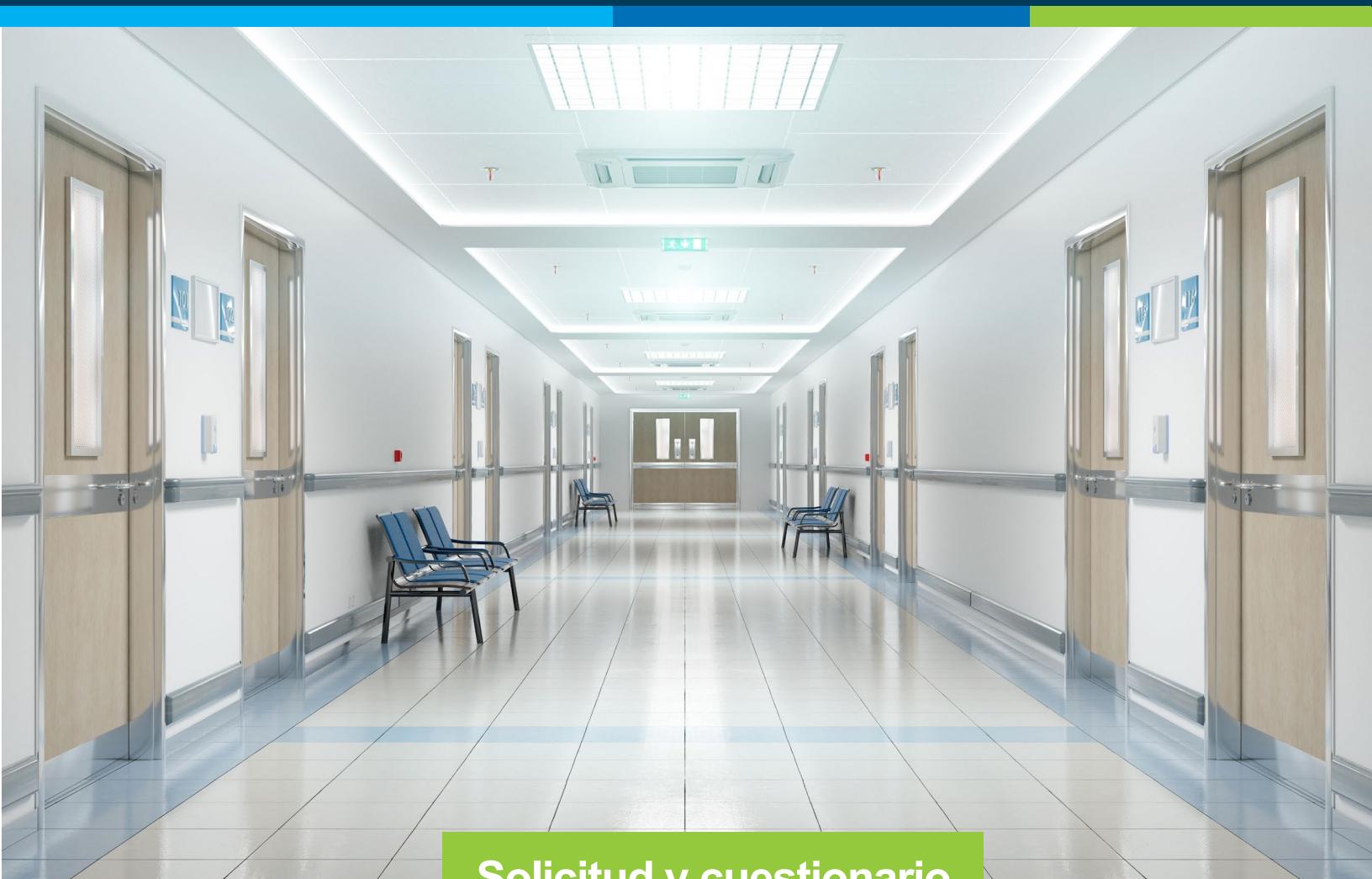




Grupo Mexicano de  
Seguros, S.A. de C.V.  
Tecoyotitla No.412  
Edificio GMX  
Col. Ex Hacienda de  
Guadalupe Chimalistac  
Ciudad de México,  
C.P. 01050  
Tel. (55) 5480 4000  
[www.gmx.com.mx](http://www.gmx.com.mx)



## Solicitud y cuestionario

**Seguro de Responsabilidad Civil y Responsabilidad  
Profesional para Hospitales, Sanatorios, Clínicas,  
Laboratorios u otras empresas prestadoras de servicios  
para la salud**

## INSTRUCCIONES

- Favor de leer el Aviso de Privacidad que contiene la presente solicitud.
  - La presente solicitud fue diseñada expresamente para fungir como base de cotización del **Seguro de Responsabilidad Civil y Profesional para Hospitales, Sanatorios, Clínicas, Laboratorios u otras empresas prestadoras de servicios para la salud** 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 agente.
- Notas:** En algunos casos se puede requerir respuesta adicional a preguntas adicionales.  
En caso necesario continúe en hoja adicional

### 1. Datos de la póliza

Nueva  Número de Póliza anterior  -    -      -     -

Renueva

### 2. Vigencia de la Póliza

Desde	día <input type="text"/> <input type="text"/>	mes <input type="text"/> <input type="text"/>	año <input type="text"/> <input type="text"/>	Hasta	día <input type="text"/> <input type="text"/>	mes <input type="text"/> <input type="text"/>	año <input type="text"/> <input type="text"/>
Forma de pago	Anual <input checked="" type="radio"/>			Moneda	Nacional <input checked="" type="radio"/>		
	Semestral <input type="radio"/>				Extranjera <input type="radio"/>		

### 3. Método de pago

Efectivo  Cheque  Tarjeta de débito  Tarjeta de Crédito  Transferencia bancaria

### Nota importante

**En caso de vernos favorecidos con la contratación de este seguro, le sugerimos tomar en cuenta de acuerdo al artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si no hubiere 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.**

#### 4. Datos del Solicitante y domicilio fiscal

Apellido paterno, apellido materno, nombre(s)/ Razón o denominación social

Persona física	<input type="radio"/>	Nacionalidad	Mexicana	<input type="radio"/>	Registro federal de contribuyentes															
Persona moral	<input type="radio"/>	Extranjera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Teléfono particular					Celular															
Correo electrónico																				
Tipo de identificación del solicitante					Número de identificación															
a) Domicilio fiscal del Asegurado																				
Calle					Número Exterior					Numero interior										
Colonia					Alcaldía o municipio															
Estado									Código postal											

#### 5. Datos del representante legal

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
Teléfono particular	Celular		
Correo electrónico			

#### 6. Contratación a través de un tercero

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



Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Teléfono particular

Celular

Correo electrónico

a) Domicilio fiscal del Contratante

Calle \_\_\_\_\_ Número Exterior \_\_\_\_\_ Número interior \_\_\_\_\_  
Colonia \_\_\_\_\_ Alcaldía o municipio \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

## 7. Información del riesgo

7.1 Indique la suma asegurada que desea contratar  
(suma mínima a contemplar, \$3,000,000.00 tres millones  
de pesos M.N.)

**En caso de considerar un monto menor, estará sujeto bajo previa aprobación de la Aseguradora**

7.2 Tipo y Alcance del Establecimiento

Clínica ambulatoria

Clínica con hospitalización

Hospital General

Hospital  
(especificar): Especializado

**Anexar copia del manual de procedimientos del trámite de la credencialización de las  
profesiones de la salud**

7.3 Del responsable Sanitario del establecimiento de salud, indicar: Nombre, cédula de Medicina General, indicar las Especialidades con las que cuenta, así como las Cédula (s) respectivas y el horario en el que labora:

7.4 Especificar si cuenta con Banco de Sangre, de sus derivados, o de tejidos: Anexar del responsable Sanitario del Banco de Sangre: Nombre, Cédula de Medicina General, Cédula de Especialidad y el horario en el que labora:

7.5 Incluyen servicios de enseñanza y formación de profesionales médicos o de las profesiones auxiliares o técnicos de medicina:

Si

No

7.6 Indicar si el nosocomio, cuenta dentro de sus instalaciones, con servicios NO propios (subrogados u outsourcing), de apoyo al diagnóstico, terapéutica, rehabilitación, de enfermería u otros servicios inherentes y necesarios para la operación del establecimiento, por favor detallar:

**En caso de clínicas y hospitales:**

**Anexar el contrato de prestación de servicios de ambulancia para el traslado de pacientes a otros hospitales con mayor capacidad resolutiva.**

7.7 Entre los servicios que ofrece el establecimiento de salud, recibe pacientes de médicos externos (abierto), o se limita a la recepción de los usuarios de servicios de salud, que ingresan por el nosocomio (cerrado), por favor especificar:

## 8. Servicios y recursos (Exclusivo para hospitales, clínicas, sanatorios y similares)

8.1 Indique el número de camas con que cuenta:

Censables (camas para hospitalización)

No censables (camillas, sillones de atención, etc.)

8.2 Indique cuantas, de las camas anteriores, se destinan a los servicios de:

Cuidados coronarios

Terapia intensiva e intermedia (Incluyendo la neonatal)

Choque

Recuperación

Urgencias

Otras,  
especificar

8.3 Indique el número de:

Quirófanos

Salas de expulsión

En caso de contar con servicios odontológicos, indique el número de sillones

8.4 Indique el precio de cuota estándar por día:

\$

8.5 Indique el número y descripción de la profesional del personal técnico o auxiliar de la medicina, bajo relación de trabajo con los que cuenta:

8.6 Indique el número y descripción del personal médico bajo relación de trabajo con los que cuenta:

8.7 ¿El personal recibe capacitaciones o actualizaciones periódicas?

Si  No

8.8 ¿Cuenta con certificaciones actualizadas en los expedientes de los médicos?

Si  No

8.9 Describa las áreas con las que cuenta, así como el número de áreas de cada una de ellas:

Obstetricia

Recuperación

Cirugía

Quirófanos

Anestesia

Labor y expulsión

Urgencias

Terapias intensivas

Servicios  
de  
Urgencias/emergencia

Otro

Indicar el Horario de atención que se maneja:

24 hrs

Horario regular

8.10 Indique la cantidad de personal NO médico (personal de limpieza, mantenimiento, etc.) bajo relación de trabajo con los que cuenta:

(Large empty rectangular box for answer)

8.11 Si cuenta con torre o espacio destinado a consultorios arrendados, indique el número de consultorios:

(Large empty rectangular box for answer)

8.12 De los consultorios anteriores indicar el número de médicos y/u odontólogos que conforman la población fija:

(Large empty rectangular box for answer)

8.13 De los consultorios anteriores indicar el número de médicos y/u odontólogos que conforman la población flotante:

(Large empty rectangular box for answer)

**9. Servicios y recursos (Exclusivo para laboratorios, gabinetes u otras empresas prestadoras de servicios para la salud)**

9.1 Indique si dentro de sus instalaciones se realizan procedimientos de apoyo al diagnóstico de tipo intervencionista o radioterapias

Sí

No

Especificar:

9.2 Indique los tipos de equipo y estancias que se indica la cantidad de cada uno, el año de fabricación y mantenimiento preventivo de equipos propios para el diagnóstico:

Tipo de equipo	Cantidad	Año de fabricación	Frecuencia de mantenimiento
Rayos X			
Tomografía computarizada (TAC)			
Resonancia magnética (RMN)			
Ultrasonido / Ecografía			
Monitores de signos vitales			
Ventiladores Mecánicos			
Equipos de anestesia			
Equipos quirúrgicos estándar			
Autoclaves / Esterilizadores			
Laboratorio clínico completo			

Equipos Modernos / Alta Tecnología

Tipo de equipo	Cantidad	Marca /Modelo	Año de instalación
Robot quirúrgico (ej. Da Vinci)			
Cirugía asistida por imagen 3D / RA			

IA (Inteligencia Artificial) para diagnóstico médico			
CyberKnife / Gamma Knife (sistema robótico de radio cirugía)			
Dispensadores automáticos de medicación			
Monitorización remota			
Historia Clínica electrónica en la nube			
Plataformas de telemedicina			

### **ANEXAR EN UNA HOJA ADICIONAL EL AÑO DE FABRICACIÓN Y MANTENIMIENTOS REALIZADOS**

Indique la cantidad de personal bajo relación de trabajo con que cuenta para esta sección:

Médicos	Enfermeras
Otros profesionales	Auxiliares
Técnicos	Otro tipo

Indique la cantidad de personal con el que cuenta esta sección bajo esquemas de servicios con terceros, outsourcing u honorarios.

Médicos	Enfermeras
Otros profesionales	Auxiliares
Técnicos	Otro tipo

## 10. Experiencia Siniestral

10.1 Indique si, con motivo de sus actividades profesionales, ha recibido, durante los últimos tres años, reclamaciones judiciales o extrajudiciales y si, dentro del mismo lapso, ha sufrido siniestros (detalle las sumas reclamadas, los daños ocasionados, sus causas, los montos pagados o pendientes de pago, así como el estado de los respectivos procedimientos judiciales, arbitrales o administrativos):

**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.**

## 11. Consentimiento del asegurado para entrega de documentación contractual

Manifiesto que me han sido explicadas de manera clara y precisa en cuanto su alcance, términos, condiciones, limitantes, contenido y cualquier otra modalidad, establecida en las coberturas del producto en cuestión y que por lo tanto conozco las condiciones generales, particulares y exclusiones aplicables al seguro solicitado.

Asimismo, reconozco que GMX Seguros me ha entregado de manera electrónica y/o en físico, por así convenir a mis intereses las Condiciones generales, Póliza de seguro, Folleto de Derechos Básicos como Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, así como Especificación particular de la póliza, también me fue indicado que puedo consultar las condiciones generales, solicitud y cuestionario y Folleto de derechos básicos en la página [www.gmx.com.mx](http://www.gmx.com.mx) y estoy conforme con las mismas.

Nombre, Fecha y firma de conformidad

En caso de así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento a **GMX Seguros**, para que me haga entrega de la documentación de esta póliza correspondiente a este contrato de seguro, en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través de mi correo electrónico.

Acepto

No acepto

En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique el correo electrónico al cual le serán enviadas.

## Firma del solicitante

Declaro que el origen y procedencia de los fondos con los que por cuenta propia habré de operar u opero proceden de actividades lícitas. Asimismo, manifiesto que los datos proporcionados en este acto son verídicos y fidedignos, autorizando a

Cuest\_RC.Hospitales\_26.01.2026



**Seguro de Responsabilidad Civil y  
Profesional para Hospitales, Sanatorios,  
Clínicas, Laboratorios u otras empresas  
prestadoras de servicios para la salud**

**GMX Seguros** para que corrobore esta información de estimarse conveniente.

Actúo por cuenta propia

Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)

Firma

El proponente está obligado a declarar por escrito a **GMX Seguros** de acuerdo con la presente solicitud y cuestionario todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas tales como las conozca o deba conocer en el comento de la celebración del contrato.

De conformidad con el Artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos, facultará a **GMX Seguros** considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro; por lo que me obligo a contestar todas las preguntas de forma veraz en este documento y a declarar cualquier dato importante relacionado con ese contrato.

Conforme a lo dispuesto por el artículo 26 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se inserta textualmente el artículo 25 de las misma Ley:

“Artículo 25. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones.”

Cualquier duda o comentario está a su disposición el área de Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE), ubicada en Tecoyotitla, número 412, Edificio GMX, colonia Ex. Hacienda de Guadalupe Chimalistac, código postal 01050, Alcaldía Álvaro Obregón, Ciudad de México, o si lo prefiere comunicarse al teléfono (55) 54 80 40 00, 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, o al correo electrónico [unidad.especializada@gmx.com.mx](mailto:unidad.especializada@gmx.com.mx)

**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](http://www.gmx.com.mx)

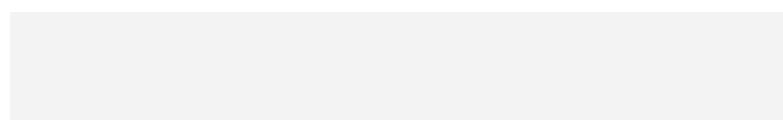
**“Este documento solo constituye una solicitud de seguros, y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por GMX Seguros, ni que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.”**

Fechada en

el

de

de



Nombre y firma del contratante

**Aviso de Privacidad**

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.gmxseguros.com.mx](http://www.gmxseguros.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.

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 sección de **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.gmxseguros.com.mx](http://www.gmxseguros.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.
- ✓ Proveedores, 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 publicitaria.
- Prospección comercial.

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

- Mercadotecnia 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](http://www.gmx.com.mx), [www.medipet.mx](http://www.medipet.mx), [www.meditips.mx](http://www.meditips.mx) y [www.guarderiatips.mx](http://www.guarderiatips.mx); y a través de comunicados colocados en nuestras oficinas o en el correo electrónico [datos.personales@gmx.com.mx](mailto:datos.personales@gmx.com.mx)



**Seguro de Responsabilidad Civil y Profesional para Hospitales, Sanatorios, Clínicas, Laboratorios u otras empresas prestadoras de servicios para la salud**

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 la presente solicitud, consiento que mis datos personales sean tratados de conformidad con los términos y condiciones informados en el aviso de privacidad.

Firma del solicitante

### **Obligación del agente de seguros**

De acuerdo con el artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y el artículo 5º del Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas, también 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 **GMX SEGUROS**, la información precisa y relevante que sea de su conocimiento relativo al riesgo cuya cobertura se proponga.

**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 22 de junio de 2023, con el número CGEN-S0092-0034-2023 y a partir del día 26 de noviembre de 2015, con el número CNSF-S0092-0451-2015/CONDUSEF-002515-04.**