



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



## Cuestionario

Seguro de Responsabilidad Civil Profesional y Responsabilidad Civil para Notarios Públicos

## 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 Profesional y Responsabilidad Civil, 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 a preguntas adicionales.

En caso necesario continúe en hoja adicional.

### 1. Datos de la póliza

Nueva    
Renueva  Número de póliza anterior  -  -  -

### 2. Vigencia

Desde  Día  Mes  Año  Hasta  Día  Mes  Año

Forma de pago  Anual  Moneda  Nacional   Extranjera

### 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 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.

## 4. Datos del solicitante

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

Persona física

Persona moral

Nacionalidad

Mexicana

Extranjera

Registro federal de contribuyentes

Teléfono particular

Celular

Correo electrónico

Tipo de identificación del Solicitante

Número de identificación

## 5. Domicilio Fiscal

Calle

Número exterior

Número interior

Colonia

Alcaldía o municipio

Estado

Código postal

## 6. Datos del Representante Legal

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Teléfono particular

Celular

Correo electrónico

Domicilio del representante legal

Calle

Número exterior

Número interior

Colonia

Alcaldía o municipio

Estado

Código postal

## 7. Contratación a través de un Tercero

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 al cual se dedica.

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Teléfono particular	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>					
Correo electrónico	<input type="text"/>							
Domicilio								
Calle	<input type="text"/>	Número exterior	<input type="text"/>	Número interior	<input type="text"/>			
Colonia	<input type="text"/>	Alcaldía o municipio	<input type="text"/>					
Estado	<input type="text"/>		Código postal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

a) Describa la actividad y/o giro en el que ha trabajado durante los últimos tres años:

b) Ingresos obtenidos por esta actividad

Ventas del año anterior	Presupuesto del año en curso	Presupuesto del próximo año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 8. Descripción del Riesgo y Antecedentes

a) Indique el número de personas bajo relación de trabajo con el solicitante:

De 1 a 50 empleados  Entre 50 y 1000 empleados  Mas de 1000 empleados

b) Indique el número de personas bajo relación de trabajo con el solicitante:

Personal profesional	<input type="text"/>	Personal no profesional	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	-------------------------	----------------------

## 9. Persona Física

Indique el título de especialidad

Año de otorgamiento del título

Número de Cédula Profesional / patente / nombramiento legal, acreditación o certificación requerida para el desempeño de la actividad

¿Cuántos años ha practicado de forma efectiva?

## 10. Persona Moral

Actividad, giro mercantil u objeto social

Año de inicio de actividades

Folio mercantil

## 11. Datos de identificación del Contratante solo Persona Física, Apoderados y/o Representantes Legales

- a) Durante el último año ¿ha desempeñado algún cargo en el extranjero? Sí  No
- b) ¿Los padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos de usted o su cónyuge, concubina o concubinario desempeña o ha desempeñado durante el último año algún cargo en el gobierno mexicano o extranjero? Sí  No
- c) ¿Es accionista de una o más personas morales y ejerce control sobre ellos? Sí  No

## 12. Actividad profesional

- a) ¿Ejerce su actividad de manera predominante o exclusiva para algún cliente, empresa o entidad?
- Sí  En caso afirmativo favor de especificar nombre del cliente; empresa o entidad; costo del servicio realizado y servicio desempeñado.
- No  En caso negativo, enlistar cinco de sus principales clientes, costo del servicio realizado y servicio desempeñado.

Nombre del cliente empresa o entidad	Costo del servicio realizado	Servicio desempeñado

### 13. Inmuebles del Solicitante

a) Indique si el(los) inmueble(s) que utiliza para la prestación de su servicio es(son) propio(s) arrendado(s), su uso y ubicación

Propio	Arrendado	Ubicación	Uso
<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"/>		

### 14. Información del Riesgo

a) ¿Le ha sido rehusado o rescindido un seguro de responsabilidad profesional en los últimos tres años?

Sí  No  En caso afirmativo especificar

b) ¿Cuenta con un seguro de responsabilidad civil actualmente? Sí  No

En caso afirmativo especificar: Compañía   
 Suma asegurada

## 15. Siniestralidad

a) En caso de que la pregunta anterior sea afirmativa, indique la siniestralidad de los últimos tres años.

Año	Monto del siniestro ocurrido	Causa
<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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

b) Si tiene conocimiento de algún hecho en el ejercicio de su actividad profesional que pudiera conducir a un supuesto de reclamación, favor de detallar:

## 16. Sección exclusiva para Notarios

Describa si la actividad que lleva a cabo es por

Cuenta propia       Relación de trabajo       Ambas

Indique si la entidad federativa que le otorgó la cédula/patente le permite además de la práctica notarial la práctica profesional:    Sí     No

En caso de que la pregunta anterior fuera afirmativa ¿Ejerce la práctica profesional    Sí     No

Indique si se encuentra asociado con otros notarios    Sí     No

En caso afirmativo especifica

Nombre completo	Facultad o escuela de procedencia	Año de Titulación	Número de cédula profesional

Indique si ejerce suplencias y permutas dentro del protocolo con otros notarios  Sí  No

En caso afirmativo especifica

Nombre completo	Facultad o escuela de procedencia	Año de Titulación	Número de cédula profesional

## 17. Personal bajo relación de trabajo

Detalle el número de profesionistas bajo relación de trabajo y actividad:

Nombre completo	Relación de trabajo	Actividad



## 18. Sección de Coberturas Adicionales y bajo Convenio Expreso

Marque con una (X) las coberturas que desea contratar:

### Coberturas Adicionales

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cobertura por pérdida o destrucción de documentos                            | <input type="checkbox"/> Cobertura de infidelidad de empleado   |
| <input type="checkbox"/> Cobertura de responsabilidad civil para empleados                            | <input type="checkbox"/> Cobertura por periodo adicional de declaración   |
| <input type="checkbox"/> Cobertura de gastos y costos para recuperación de reputación                 | <input type="checkbox"/> Cobertura de responsabilidad civil para subcontratistas contratados para el cumplimiento de la actividad profesional del Asegurado |
| <input type="checkbox"/> Cobertura por prácticas laborales  | <input type="checkbox"/> Cobertura para herederos legales   |
| <input type="checkbox"/> Cobertura de mitigación de crisis  | <input type="checkbox"/> Cobertura para cónyuges  |
| <input type="checkbox"/> Cobertura de responsabilidad civil por demandas presentadas en el extranjero |   |

### Coberturas bajo Convenio Expreso

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cobertura de responsabilidad civil para subcontratistas que desarrollen labores de limpieza, seguridad o mantenimiento | <input type="checkbox"/> Cobertura de responsabilidad civil estacionamientos   |
| <input type="checkbox"/> Cobertura de responsabilidad civil del arrendatario  | <input type="checkbox"/> Cobertura de responsabilidad civil patronal   |
| <input type="checkbox"/> Cobertura de responsabilidad civil asumida   | <input type="checkbox"/> Cobertura de responsabilidad civil por maniobras de carga y descarga                          |
| <input type="checkbox"/> Cobertura de responsabilidad civil cruzada por riesgo de vecinaje  | <input type="checkbox"/> Cobertura de responsabilidad civil contratistas independientes, previo análisis caso por caso |
| <input type="checkbox"/> Cobertura de responsabilidad civil resultante de contaminación súbita y repentina                                      |  |

## Importante

Manifiesto que conozco las condiciones generales, particulares y exclusiones aplicables al seguro solicitado, las cuales también he consultado en la página [www.gmxseguros.com.mx](http://www.gmxseguros.com.mx) y estoy conforme con las mismas. Asimismo, por 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 afirmativo indique el correo electrónico al cual serán enviadas

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

## Consentimiento del Asegurado para entregar documentación contractual

Declaro que el origen y procedencia de los fondos con los que por cuenta propia o en representación de un tercero habré de operar u opero proceden de actividades lícitas. Asimismo manifiesto que los datos proporcionados en este acto son verídicos y fidedignos, autorizando a **GMX Seguros** para que corrobore esta información de estimarse conveniente.

Actúo por cuenta propia    
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) Firma

O actúo por cuenta de un tercero    
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s) Firma

Nombre del Contratante

(Solo en caso de actuar a nombre del Contratante)

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 los conozca o deba conocer en el momento 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** para 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 la 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.”

Fecha 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, tramite 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 reclutamiento capacitación, desarrollo, pagos de prestaciones laborales y cumplimiento de obligaciones fiscales
- 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) a través de comunicados colocados en nuestras oficinas o en el correo electrónico [datos.personales@gmx.com.mx](mailto: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 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 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 de manera amplia y detallada sobre el alcance real de la 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.

## Documentación requerida para Contratación

Persona física nacional y/o extranjera.

Identificación personal, oficial emitida por una autoridad competente, vigente a la fecha de la presentación con fotografía domicilio y firma, puede ser

- Credencial para votar
- Pasaporte
- Cédula profesional
- Cartilla de servicio militar nacional
- Certificado de matrícula consula
- Tarjeta única de identidad militar
- Credenciales y/o carnets de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- FM2 o FM3
- Documento que acredite su internación o estancia legal en el país

Cuest\_RCProf\_Notarios\_09.01.2024

- Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
- Licencia para conducir
- Credenciales emitidas por autoridades federales o estatales
- Constancia de la Clave única de registro de Población (CURP)
- Cédula de Registro Federal de Contribuyentes (RFC)
- Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada (Sólo en caso de contar con ella)
- Comprobante de domicilio, puede ser un recibo que acredite el pago de alguno de los siguientes servicios
  - Suministro de energía eléctrica
  - Telefonía residencial y celular sujeto a plan de pago fijo
  - Gas natural
  - Derechos del servicio de suministro de agua
  - Recibo de pago del impuesto predial
  - Estado de cuenta bancarios
  - Contrato de arrendamiento, debidamente inscrito ante la autoridad fiscal correspondiente
  - Documento que acredite domicilio en el lugar de residencia permanente.

#### Persona Moral Nacional y/o Extranjera

- Copia certificada de la escritura constitutiva inscrita en el Registro Público de Comercio, que acredite fehacientemente su legal existencia
- Cédula de identificación fiscal expedida por la Secretaría de Hacienda y Crédito público (RF)
- Copia debidamente legalizada o apostillada del documento que compruebe fehacientemente su legal existencia
- Copia debidamente legalizada o apostillada del documento que acredite como su representante a la persona física que se ostente como tal
- Comprobante de domicilio
- Recibo que acredite el pago de alguno de los siguientes servicios
  - Suministro de energía eléctrica
  - Telefonía residencial y celular sujeto a plan de pago fijo
  - Gas natural
  - Derechos del servicio de suministro de agua
  - Recibo de pago del impuesto predial
  - Estado de cuenta bancarios
  - Contrato de arrendamiento, debidamente inscrito ante la autoridad fiscal correspondiente
  - Documento que acredite domicilio en el lugar de residencia permanente

## Nota Aclaratoria

Todo comprobante de domicilio deberá tener una fecha de vencimiento máxima de 3 meses, respecto a la fecha de emisión de la póliza.

Toda la documentación debe ser cotejada por el Agente de seguros contra su original y respectivo.

La copia debe tener el nombre del Agente que realizó el cotejo; así como su firma y la fecha de revisión.

La información tiene que ser clara y completamente legible. Así como las fotografías de las credenciales deben permitir distinguir los rasgos de la persona.

Se sugiere que en caso de documentos de dimensiones pequeñas como son las cédulas de RFC o las credenciales de identificación, sean ampliadas para facilitar la lectura de datos y la identificación de los rasgos.

En caso de que la documentación no cumpla con estos requisitos o que la vigilancia de los comprobantes de domicilio tenga un vencimiento mayor al dispuesto por la ley y señalado anteriormente, **GMX Seguros** está facultado para solicitar nuevamente la información.

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; a partir del día 7 de septiembre de 2023, con el número RESP-S0092-0002-2023; a partir del día 9 de enero de 2024, con el número BADI-S0092-0068-2023 y a partir del día 23 de julio de 2021, con el número CNSF-S0092-0180-2021/CONDUSEF-004895-08.

Cuest\_RCProf\_Notarios\_09.01.2024