



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

Seguro GMX de RC*

*Marca registrada

Cuestionario para seguro de responsabilidad civil legal y de gastos de defensa para los Servidores Públicos bajo empleo, cargo o comisión de la

Administración Pública Federal.

Mandos Medios, Directivos y de Alta Responsabilidad.

Actividades y seguro dentro de la República mexicana y conforme al Derecho mexicano.

El presente contrato de seguro se celebra conforme a lo dispuesto en el inciso b) del Art. 145 bis de la Ley sobre el Contrato de Seguros, para cubrir la indemnización que el Asegurado deba a un tercero por hechos ocurridos durante la vigencia de la póliza, siempre que la reclamación se formule por primera vez y por escrito al Asegurado o a GMX Seguros, en el curso de la vigencia o dentro del año siguiente a su terminación



En acatamiento 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 treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.”



Favor de contestar las siguientes preguntas.

Nota: En algunos casos se puede requerir respuesta a preguntas adicionales.

1. Nombre del solicitante.

2. Domicilio.

3. Registro Federal de Contribuyentes (RFC).

4. Vigencia anual solicitada:

Desde (día/mes/año)	Hasta (día/mes/año)

5. Indique.

Suma asegurada

6. Por Favor Indique.

Forma de Pago			
Contado	Mensual	Trimestral	Semestral

Tipo de Tarjeta (en su caso)	
Débito	Crédito

7.- Indique.

7.1 Nombre del empleo, cargo o comisión dentro de la Administración Pública Federal, así como la **dependencia o entidad pública donde presta sus servicios.**

7.2 Descripción de su actividad.



7.3 Indique fecha de inicio de su actividad:

(día/mes/año)

7.4 Nivel de mando

Medio	Directivo	Alta responsabilidad

7.5 Dentro del manual de percepciones federal, indique el nivel jerárquico de su cargo. Por ejemplo: Nivel LA1, OA2, NC3, MB2, KA1, HC3, etc.

8.- Si le ha sido rehusado, rescindido o cancelado un seguro de responsabilidad, indique la compañía de seguros y fecha, así como la razón invocada.

9.- Si cuenta actualmente con un seguro de responsabilidad, favor de indicar que compañía(s) de seguros y suma(s) asegurada(s).

Compañía aseguradora	Suma asegurada

10.- Indique si, con motivo de sus actividades como servidor público, 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, los montos pagados o pendientes de pago, así como el estado de los respectivos procedimientos, extrajudiciales, judiciales, arbitrales o administrativos).

11.- Señale si le ha sido practicada una auditoría o realizado un requerimiento administrativo, previas a la contratación de esta póliza, que puedan provocar el inicio de un procedimiento administrativo ante un órgano interno de control:



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

12.- Si tiene conocimiento de algún hecho en el ejercicio de su actividad como servidor público que pudiera conducir a un supuesto de reclamación, favor de detallar.



AVISO DE PRIVACIDAD

¿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, D.F., 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?	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mercadotecnia o publicitaria• Prospección comercial <p>En caso de que no desee que sus datos personales se utilicen para estos fines secundarios, indíquelo a continuación:</p> <p>No consiento que mis datos personales se utilicen para los siguientes fines:</p> <p><input type="checkbox"/> Mercadotecnia o publicitaria <input type="checkbox"/> Prospección comercial</p>



	<p>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.</p>
<p>¿Dónde puedo consultar el aviso de privacidad integral?</p>	<p>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:</p> <p>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; Asimismo y previo a la obtención de los datos personales se ha puesto a disposición el Aviso de Privacidad Integral.</p> <p>Su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales</p> <p>Consiento que mis datos personales sean tratados de conformidad con los términos y condiciones informados en el presente aviso de privacidad. []</p>

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.

GMX Seguros, hace de su conocimiento las coberturas, exclusiones, restricciones que forman parte de este Contrato de Seguro, las cuales puede encontrar en la póliza y en la especificación particular de cada seguro.

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 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 las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.”

“Artículo 47. Cualquier 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.”

Firma del solicitante (nombre y puesto)
Lugar y fecha:

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 09 de junio de 2009, con el número CNSF- S0092-0121-2009/CONDUSEF-002525-01.