



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
Fax. (55) 5662 9714



Solicitud y Cuestionario

Seguro de Responsabilidad Civil y 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 el presente cuestionario
 - El presente cuestionario fue diseñado expresamente para fungir como base de cotización del seguro responsabilidad civil y profesional para Establecimientos de la Salud, por favor tenga la amabilidad de responder claramente a cada una de las preguntas que la integran.
 - Seleccionar la opción que corresponda a la respuesta de su elección.
 - Para cualquier aclaración favor de contactar a su agente de seguros.
- Notas:** En algunos casos se puede requerir respuesta a preguntas adicionales. En caso necesario continúe en hoja adicional.

1. Póliza

Nueva

Renueva

Número de póliza anterior

2. Vigencia de póliza

Desde			Hasta		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

3. Forma de pago

Forma de pago		Moneda
Anual	Trimestral	Nacional
Semestral	Mensual	Dólares

4. 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.

5. Datos del solicitante y domicilio fiscal

Persona Física	Persona Moral	Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave
Apellido Paterno		Apellido Materno
Nombre (s)		
Razón Social		
Correo electrónico		
Número celular		Número teléfono
Tipo de identificación del solicitante		Número de identificación
Calle		
Número exterior		Número interior
Colonia		
Alcaldía o Municipio		Ciudad
Estado		Código postal

6. Datos del representante legal

Apellido Paterno	Apellido Materno
Nombre (s)	
Correo electrónico	
Número celular	Número teléfono

7. Información del riesgo

7.1 Descripción de los servicios que ofrece y adicionar una copia del permiso de COFEPRIS: (aviso de funcionamiento y/o licencia sanitaria)

Anexar copia del manual de procedimientos del trámite de la credencialización de los profesionales de la salud.

7.2 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:

7.3 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 y Cédula de Especialidad y el horario en el que labora:

7.4 Incluyen sus servicios enseñanza y formación de profesionales médicos o de las profesiones auxiliares o técnicos de la medicina:

Sí

No

7.5 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 contrato de prestación de servicios de ambulancia para el traslado de pacientes a otros hospitales con mayor capacidad resolutive.

7.6 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

No censables

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

8.4 Indique el precio de:

Cuarto estándar por día \$

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

8.5 Indique el número y descripción de la profesión 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 Describa las áreas con que cuenta:

Obstetricia

Recuperación

Cirugía

Quirófanos

Anestesia

Labor y expulsión

Urgencias

Terapias intensivas

Otras, especificar:

8.8 Indique la cantidad de personal NO médico bajo relación de trabajo con los que cuenta:

8.9 Sí cuenta con torre o espacio destinado a consultorios arrendados, indique el número de consultorios:

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

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

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 de 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, terapéutica y rehabilitación, con que cuenta:

Tipo	Cantidad	Año de fabricación	Frecuencia de mantenimiento
Radiología			
Tomografía axial computarizada			
Medicina Nuclear			
Ultrasonografía			
Radioterapia			
De corriente estimulante			
De diagnóstico vital			
De esterilización			
Cubículo de choque			
Cubículo de endoscopia			
Equipos de hemodiálisis			

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

Médicos

Enfermeras

Otros profesionales

Auxiliares

Técnicos

Otro tipo

Nota: Favor de adjuntar en hoja adicional el año de fabricación, mantenimientos realizados.

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

11.1 Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que **GMX Seguros**, 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 la siguiente dirección de correo electrónico:

Sí acepto

No acepto

Nombre y firma del solicitante

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, Alcaldía 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.

Obligación del Agente de Seguros

Persona Física Nacional y/o Extranjera

- Identificación personal, oficial emitida por autoridad competente, vigente a la fecha de presentación con fotografía, domicilio y firma, puede ser:
- Credencial para votar
- Pasaporte

- Cédula Profesional
- Cartilla del Servicio Militar Nacional
- Certificado de Matrícula Consular
- Tarjeta Única de Identidad Militar
- Credenciales y/o Carnets de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- FM2 o FM3.
- Documento que acredite su internación o legal estancia en el país
- Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
- Licencia para conducir
- Credenciales emitidas por autoridades federales, estatales
- Constancia de la Clave Única de Registro de Población (CURP) y/o Cédula de Registro Federal de Contribuyentes (RFC)
- Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada, cuando cuente con ella 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 SHCP (RFC).
- 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 por el servicio de suministro de agua.
 - Recibo de pago del impuesto predial.
 - Estados de cuenta bancarios.
 - Contrato de arrendamiento, debidamente inscrito ante la autoridad fiscal correspondiente.
- Documento que acredite domicilio en el lugar de residencia permanente.

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

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 SHCP (RFC).
- 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 por el servicio de suministro de agua.
 - Recibo de pago del impuesto predial.
 - Estados de cuenta bancarios.

- Contrato de arrendamiento, debidamente inscrito ante la autoridad fiscal correspondiente.
- Documento que acredite domicilio en el lugar de residencia permanente.

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, 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

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.

¿Dónde puedo consultar el aviso de privacidad integral?

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; Asimismo y previo a la obtención de los datos personales se ha puesto a disposición el Aviso de Privacidad Integral.

Su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales

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

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, México, 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

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-002515-03.