

FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CONTADORES

Instrucciones para el interesado.

- A. Responda todas las preguntas. La información es necesaria para realizar la evaluación del riesgo y determinar el precio. Sus respuestas serán consideradas a efectos legales para efectuar las mencionadas evaluaciones.
- B. Si una pregunta no le es aplicable, ponga N/A. Si requiere de más espacio para contestar las preguntas, adjunte su respuesta con el número de pregunta.
- C. El representante de la Firma deberá firmar y consignar la fecha en este formulario y las hojas adicionales que adjunte al mismo.
- D. En caso de estarse proponiendo el seguro para más de una persona moral, todas las respuestas deben darse como grupo, es decir, para todas las personas morales que se pretendan incluir bajo la póliza. Si alguna compañía subsidiaria tiene respuestas distintas, favor de suministrarlas de forma independiente en su papel membretado. De lo contrario, se entenderá que las respuestas dadas aquí aplican para todas las entidades para las que se propone este seguro y la firma de este documento sin ninguna aclaración adicional, es prueba de que así lo confirma(n) el (los) solicitante(s).
- E. LISTADO DE DOCUMENTOS
 - El presente formulario completo, firmado y fechado
 - Detalle completo de todas las circunstancias, incidentes o reclamaciones reportadas a otras compañías de seguros
 - Lista de litigios en curso o amenazas de litigio que puedan potencialmente afectar la cobertura que ofrece esta póliza la cual está solicitando;
 - Documentos de Control Interno y/o procedimientos de control de calidad
 - Último reporte anual y último reporte financiero disponible
 - Folletos de los servicios que proporciona, si existen
 - Plan de negocio si la compañía tiene menos de 3 años de existencia
 - Excluyendo actividades como fideicomisario o síndico, por favor adjunte la siguiente información para cada cliente que haya estado en bancarrota, insolvencia o suspensión de pagos en los últimos tres años, por favor complete lo siguiente:
 - Fecha en que el cliente declaró en bancarrota, insolvencia o suspensión de pagos.
 - Servicios prestados por el solicitante.
 - Vetas anuales del cliente durante los últimos tres (3) años.
 - Fecha de la primer carta compromiso
 - ¿Fue utilizada alguna carta compromiso?

De acuerdo con los Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que tengan referencia a esta solicitud, como los conozca, o deba conocer al momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración, la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o beneficiario en su caso.

Sección I – La Compañía

1. Nombre del Solicitante:
(Incluir nombre completo de la Firma/ Compañía a ser asegurada)

2. País de Origen del asegurado

☐ México ☐ Estados Unidos ☐ Canadá ☐ Otro Especificar:

3. El interesado es:

☐ Profesionista individual ☐ Corporación ☐ Sociedad ☐ Otra Especificar:

4. Dirección de la compañía:

5. Página web de su compañía:

6. Fecha de constitución de la compañía:

7. Numero de Ubicaciones:

Nacionales:
Internacionales:

8. Número Total de empleados a detalle:

Número de socios	Número de contadores / auditores (excluyendo socios):	Número de consultores:	Número de personal de apoyo:
Requisitos mínimos de escolaridad y experiencia profesional o grados académicos requeridos para el staff de profesionistas:			

9. Por favor indique el nombre de todos los socios de la firma y el año en que se hicieron socios.

Nombre	Año

10. ¿Pertenece o es miembro de alguna asociación profesional o de alguna organización reguladora? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, por favor especificar la asociación/ organización:

11. En su caso ¿Durante los últimos 5 años, ¿ha cambiado el nombre de la Sociedad o ha tenido lugar alguna fusión o adquisición? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, por favor especificar:

Sección II – Actividades Profesionales y Detalle de Ingresos

12. Por favor describa exactamente los servicios profesionales prestados y facturados de la compañía:

13. Otras actividades:

14. Describa las actividades para las cuales requieren cobertura (si son exactamente las mismas que lo descrito en la pregunta 12 marque aquí: ☐

a) De lo contrario describa exactamente los servicios profesionales que desea cubrir:

15. Por favor, enumeren las actividades descritas en la pregunta 12, e indiquen la distribución aproximada de su facturación total de honorarios / ingresos brutos que representan:

Actividades	Año Actual	Próximos 12 meses
	%	%
	%	%
	%	%
	%	%
Otras (Especificar)	%	%
Total	100%	100%

16. Ingresos brutos del último año fiscal cerrado, así como las estimaciones para el presente año y el siguiente:

Moneda: ☐ MXN ☐ USD

País/ Área geográfica	Dos años previos	Un año Previo	12 meses Vencimiento	Esperado en los próximos 12 meses
México	\$	\$	\$	\$
US	\$	\$	\$	\$
Canadá	\$	\$	\$	\$
Europa	\$	\$	\$	\$
Resto del Mundo	\$	\$	\$	\$
Total	\$	\$	\$	\$

17. ¿Cuál es el honorario más alto que la firma cobra a un cliente actualmente?

18. Detalle los 5 mayores contratos de la firma en los últimos tres años

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Sección III – Operaciones

19. Por favor desglose el porcentaje de ingresos totales relacionados con las siguientes áreas de práctica

Nombre	Porcentaje
Contadores / Auditores	%
Compañías públicas	%
Compañías privadas	%
Instituciones Financieras	%
Compañías medianas y pequeñas	%
Otros (Por favor describa)	%
Servicios Fiscales	%
Clientes Individuales	%
Clientes Corporativos	%
Clientes medianos y pequeños	%
Otros (Por favor describa)	%
Contabilidad y registros en libros	%
Asesoría en Inversiones	%
Administración de Fondos	%
Fusiones y Adquisiciones	%
Asesoría de Pensiones	%
Administración de Consultoría	%
Consultoría de IT	%
Otros (Por favor describa en una hoja por separado)	%
Total (Por favor describa en una hoja por separado si alguna actividad representa un porcentaje mayor al 5%)	100%

20. Por favor indique la lista de compañías públicas que audita.

☐ N/A

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

21. ¿Proporciona servicios de administración o asesoría en inversiones para clientes dentro del negocio del entretenimiento o deportistas profesionales?

☐ Si ☐ No

22. ¿Proporciona servicios de asesoría a alguna institución financiera que en circunstancias generales se describan como Sub Prime Lending o Alt – A Lending y sus instrumentos financieros

☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, por favor detalle la información sobre el cliente y el trabajo realizado.

23. ¿Alguno de sus clientes genera el 10% o más de sus honorarios anuales?

☐ Si ☐ No

24. ¿Tiene su firma algún acuerdo con otra firma de contadores y/o abogados?

☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, por favor detalle:

25. Infórmenos del número de casos que atiende por año.

26. Por favor indique el número de clientes por año.

27. ¿Ha habido algún cambio significativo en la firma durante los últimos diez años?

☐ Si ☐ No

a) ¿Tiene planeado algún cambio significativo en su firma?

☐ Si ☐ No

b) ¿Se requiere alguna aprobación específica de la gerencia para cada uno de los nuevos clientes?

☐ Si ☐ No

Sección IV Administración de Riesgos

28. Por favor, describa el sistema de su firma para cumplir con fechas de entrega o presentación.

29. ¿Durante los últimos seis (6) años, el solicitante ha tenido alguna auditoría interna o revisión de control de calidad?

☐ Si ☐ No

En caso afirmativo proporcione los detalles del resultado.

30. ¿Qué pasos se han tomado para minimizar una posible responsabilidad frente a terceros en el desarrollo de su actividad?

Por favor proporcione información /documentación acerca de la administración de riesgos, manuales internos y /o directrices de la firma.

31. ¿Quién es el responsable del control de riesgos que enfrenta la Compañía? ¿A quién le reporta?

32. ¿Con quién se escalan los reportes de clientes insatisfechos con el servicio y /o las reclamaciones, o posibles reclamaciones reportadas?

33. Cuál es la política de la firma para brindar a sus clientes servicios adicionales (consultoría, etc.), al servicio de auditoría / contabilidad para el mismo cliente?

34. Describa el proceso que la firma sigue para la selección de clientes.

- a. ¿Se requiere alguna aprobación específica de la gerencia para cada uno de los nuevos clientes? ☐ Si ☐ No
- b. ¿Tiene la firma algún sistema para evitar los conflictos de intereses? ☐ Si ☐ No
- c. ¿Utiliza su firma cartas de comunicación con el cliente donde indique el alcance de sus servicios y los honorarios de los mismos? ☐ Si ☐ No
- d. ¿Utiliza su firma cartas de declinación cuando el cliente no es aceptado? ☐ Si ☐ No
35. ¿Ha cambiado su auditor externo en los últimos cinco años? ☐ Si ☐ No

36. ¿Ha tenido recomendaciones por parte de los auditores externos en relación a controles internos que permanezcan pendientes de realizar?

☐ Si ☐ No

37. Mantiene, implementa y actualiza regularmente sus manuales de procedimientos, donde se cubran los siguientes temas:

- a) éticos ☐ Si ☐ No
- b) controles y procedimientos ☐ Si ☐ No
- c) procedimientos de contratación y selección de empleados ☐ Si ☐ No
- d) financieros ☐ Si ☐ No

Sección V – Medidas Disciplinarias

38. ¿Algún contador o miembro de la firma ha estado sujeto, en el pasado o presente, a algún proceso disciplinario por parte de alguna organización profesional o ha tenido juicios civiles o criminales en su contra?

☐ Si ☐ No

39. ¿Algún socio o miembro de la firma ha estado involucrado en algún fraude o acto deshonesto?

☐ Si ☐ No

40. ¿Han tenido recomendaciones por parte de los auditores externos en relación a controles internos que permanezcan pendientes de realizar?

☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, proporcione más información.

Sección V – Reclamaciones

41. ¿Ha sufrido el solicitante (asegurada o no asegurada, filiales o subsidiarias) durante los últimos cinco años alguna reclamación?

☐ Si ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, por favor Informe de los detalles

42. ¿Se le ha rechazado, en los últimos cinco años, por parte de alguna aseguradora cotizar el seguro de responsabilidad civil profesional, o alguna aseguradora le ha cancelado alguna póliza?

☐ Si ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, por favor Informe de los detalles

43. ¿Ha sufrido el solicitante (asegurada o no asegurada, filiales o subsidiarias) durante los últimos cinco años alguna pérdida?

☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, favor de suministrar información breve acerca de la pérdida como se describe a continuación:

Descripción de la Pérdida	Fecha de Descubrimiento	Ubicación	Monto de la Pérdida
			\$

a) Por favor, describa las medidas correctivas tomadas para prevenir pérdidas similares:

b) ¿Tales medidas correctivas han sido implementadas en todas las operaciones?

☐ Si ☐ No

Si la respuesta es “No”, por favor, proporcionar detalles:

44. ¿Alguien de su compañía, incluyendo sus filiales y subsidiarias, tienen conocimiento de algún hecho y/o circunstancia, incidente o reclamación que pueda dar lugar a una reclamación a la fecha?

☐ Si ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, por favor Informe de los detalles

Sección VI – Cobertura de Seguro

45. Por favor escriba cualquier seguro similar realizado durante los últimos tres (3) años.

Sí no es el caso, marque aquí: ☐ N/A

Periodo de la Póliza	Aseguradora	Límite de Responsabilidad	Deducible	Prima	Fecha de Retroactividad
		\$	\$	\$	
		\$	\$	\$	
		\$	\$	\$	

46. Favor de indicar las alternativas de límite asegurable que desearía fueran cotizadas para este seguro:

Moneda: ☐ MXN ☐ USD

Opciones	Suma Asegurada
1.	\$
2.	\$
3.	\$

Sección VII – Declaración

Nombre Completo:	
Cargo:	
Fecha:	
Firma	

El arriba firmante manifiesta que las declaraciones expuestas en esta solicitud del seguro son verdaderas. La firma de esta solicitud de seguro no vincula al abajo firmante para completar el seguro. Sin embargo, se entiende que las declaraciones contenidas en esta Solicitud de seguro y los documentos adjuntos e incorporados al mismo conforman la base de este Contrato de Seguro en el caso de emitir una Póliza y en los cuales la Compañía ha confiado para la emisión de cualquier Póliza. Esta Solicitud de seguro y los documentos adjuntos al mismo serán archivados por la Compañía y se considerarán adjuntos a y parte de la Póliza en el caso de ser emitida. La Compañía queda autorizado a realizar cualquier investigación y/o pesquisa con relación a esta Solicitud de seguros que considere oportuna.

También se acuerda que, en caso de producirse cualquier cambio material en las respuestas de las preguntas contenidas en esta Solicitud de seguro, antes de la fecha de efecto de esta póliza, el Solicitante notificará por escrito inmediatamente a la Compañía y cualquier cotización pendiente podrá ser modificada o retirada por la Compañía.

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.

La Póliza para la cual se efectúa esta Solicitud y sujeto a todos sus términos, sólo aplicará a reclamaciones presentadas por primera vez durante el periodo de seguro y notificadas sujeto a los términos y condiciones de la Póliza. Los importes incurridos como gastos de defensa reducirán y podrán agotar el límite de indemnización y están sujetos al Deducible aplicable.

El firmante declara que todos los esfuerzos se han hecho para facilitar el buen entendimiento y llenado de la presente solicitud. El descubrimiento de un fraude, ocultación intencionada o distorsión de cualquier hecho material hará que en caso de la emisión de esta póliza sea nula desde su inicio. La recepción y revisión de esta solicitud no obliga a Zurich para ofrecer este seguro.

Se acuerda por Asegurado y la Compañía que la información y las declaraciones hechas en esta solicitud, junto con todos los anexos a la misma y cualquier otro material presentado a Zurich (todos los archivos adjuntos y los materiales se considerará adjuntos a la Póliza como si estuvieran físicamente unido a la misma) será considerado como la presentación de una declaración bajo protesta de decir verdad del Asegurado y cualquiera de sus asegurados potenciales. Asimismo, se acuerda por el Asegurado y los asegurados potenciales de esta Póliza, que se emitirá confiando en la verdad de las declaraciones que se incorporan y forman parte de esta Póliza.

El Asegurado, después de una investigación de todos los posibles Asegurados declara que su representante cuenta con todas las facultades suficientes y necesarias para representarlo y manifiesta que las declaraciones que figuran en esta solicitud y sus anexos y demás materiales presentados a Zurich son verdaderos y correctos y que no han existido hechos materiales o relevantes que los hayan omitido o modificado. La firma de esta solicitud no obliga al Asegurado o a la Aseguradora.

El Asegurado declara que cualquier acontecimiento que tenga lugar entre la fecha en que se firmó la solicitud y la fecha de Vigencia del Seguro que puedan crear inexacta, falsa, incompleta información en esta solicitud, se informará inmediatamente por escrito a la Compañía y la Compañía podrá anular o modificar acuerdo que obligue a la Compañía.

El término “Solicitante” usado en esta Solicitud del seguro significará el Asegurado indicado abajo y todas las Empresas Subsidiarias del Asegurado para la cual se propone cobertura bajo esta Solicitud de seguro.

El término Compañía usado en esta Solicitud del Seguro significará Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.

El resto de los términos que figuran en negrita serán según su definición en el Contrato de Seguro.

Entrega de Documentación Contractual

En caso de que el riesgo propuesto en la presente solicitud se concrete en un contrato de seguro, otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro, me sea entregada a través de la vía digital.

(☐) Sí consiento (☐) No consiento (entrega física)

Por lo anterior, autorizo que la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro me sean entregadas a la cuenta de correo electrónico: _____.

Firma de consentimiento del Solicitante: _____

Sugerimos consultar las **coberturas, limitaciones y/o exclusiones** del producto contenidas en las Condiciones Generales que forman parte de la Documentación Contractual las cuales le serán entregadas en un plazo no mayor a 30 días naturales, contado a partir de la contratación del seguro, a través del medio elegido por el contratante y/o asegurado, sin perjuicio de que dichas condiciones generales puedan ser consultadas a través de la página www.zurich.com.mx o en Portal de Registro de Contratos de Adhesión (RECAS) de la CONDUSEF.

Aviso de Privacidad

Zurich Aseguradora Mexicana S.A de C.V., ("Zurich México") con domicilio en Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20, Blvd. Manuel Ávila Camacho número 5, colonia Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México; es Responsable del uso y protección de sus datos personales. Los datos personales son recabados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que, en su caso, se celebre, se tratarán para todos los fines vinculados con dicha relación, tales como: identificación, operación, administración y análisis, así como para cumplir las obligaciones derivadas de dicha relación.

Para más información sobre el uso de sus datos personales, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral General en nuestro sitio: <https://www.zurich.com.mx/es-mx/aviso-de-privacidad>

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 20 de agosto de 2026, con el número CNSF-S0037-0419-2025/CONDUSEF-007218-03.

Para cualquier aclaración, reclamación o duda no resuelta le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Zurich, ubicada en Toreo Parque Central. Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390 en donde estaremos atendiendo de lunes a jueves de 9:00 a 17:30 y viernes de 9:00 a 15:00 horas o comunicarse a los teléfonos 55 52 84 11 03 o lada sin costo 800 0800 009 en un horario de 9:00 a 14:00 horas, o bien al correo electrónico unidad.especializada@mx.zurich.com

CONDUSEF: Av. Insurgentes Sur N°762, Col. del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100. Teléfonos: 55 5340 0999 y 800 999 8080. Página de internet: www.condusef.gob.mx, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx