

FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

MISCELÁNEOS

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

De acuerdo a 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.

Formulario de aplicación

Responsabilidad Civil Profesional – Misceláneo E&O



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 Sociedad Empresa Otra Especificar:

4. ¿El interesado es una compañía de capital público?

Si No

En caso afirmativo, por favor especificar:

5. ¿Pertenece o es miembro de alguna asociación profesional o de alguna organización reguladora?

Si No

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

6. Dirección de la compañía:

7. Página web de su compañía:

8. Fecha de constitución de la compañía:

9. Numero de Ubicaciones:

Nacionales:

Internacionales:

10. Número Total de empleados a detalle:

Número de directores, ejecutivos y socios de la compañía:	Número de empleados profesionistas:	Número de personal de apoyo:
-----------------------------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

Requisitos mínimos de escolaridad y experiencia profesional o grados académicos requeridos para el staff de profesionistas:

Formulario de aplicación

Responsabilidad Civil Profesional – Misceláneo E&O



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:

12. ¿El interesado es controlado, pertenece a, o está afiliado o asociado con cualquier otra firma, corporativo o compañía?

Si No

En caso afirmativo, por favor especificar:

13. El interesado proporciona algún servicio a las empresas mencionadas anteriormente.

Si No

En caso afirmativo, por favor especificar:

14. Por favor, detalle el nombre de las organizaciones o asociaciones profesionales de las que la compañía o sus directivos sea miembros:

N/A

15. Indique las sociedades subsidiarias y/o filiales que se desean incluir en la cobertura especificando si es una sociedad sin ánimo de lucro

N/A

Por favor anexar los estados financieros consolidados

Nombre	Actividad y/o Giro	Región/Orígen	Ubicaciones	Empleados	Ingresos Año Fiscal Cerrado (USD)	Activos (USD)

Formulario de aplicación

Responsabilidad Civil Profesional – Misceláneo E&O



Sección II – Actividades Profesionales y Detalle de Ingresos

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

17. Otras actividades:

18. Por favor, enumeren las actividades descritas en la pregunta 16, e indiquen la distribución aproximada de su facturación en porcentaje total de honorarios / ingresos brutos que representan:

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

19. Describa las actividades para las cuales requieren cobertura (si son exactamente las mismas que lo descrito en la pregunta 16 marque aquí:

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

b) Si se trata de proyecto específico confirmar lo siguiente:

Nombre del Proyecto:

Cliente:

Ubicación:

Duración/vigencia:

Confirmación del % de avance en caso de que ya se haya iniciado:

Valor de contrato:

% de trabajos subcontratados:

Tipo de servicios que llevarán a cabo los subcontratistas:

Formulario de aplicación

Responsabilidad Civil Profesional – Misceláneo E&O



20. 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	\$	\$	\$	\$

21. Por favor, proporciónenos información acerca del tiempo que la compañía viene ejerciendo dichas actividades:

22. Favor de especificar de que sector industrial provienen sus ingresos:

(Gobierno, Manufacturero, Industrial, telecomunicaciones, etc.)

23. Las actividades o servicios mencionados anteriormente incluyen algo de lo que se menciona a continuación:

a) ¿Algún trabajo de diseño o diseño de software para clientes?

Si No

b) ¿Servicios de consultoría?

Si No

Si la consultoría es en base a honorarios, indique el monto percibido durante los últimos 12 meses por esta actividad:

_____ %

c) ¿Contacto con el consumidor, usuario, beneficiario o público en general?

Si No

d) ¿Ayuda a los clientes para cumplir con las regulaciones?

Si No

Describe:

e) ¿Administración de servicios específicos para clientes?

Si No

Describe:

Formulario de aplicación

Responsabilidad Civil Profesional – Misceláneo E&O



- f) ¿Elabora publicaciones, manuales, folletos, material promocional o cualquier material impreso o software para clientes? Si No

Describe:

- g) ¿Mantenimiento de libros de contabilidad, registros, cuentas bancarias o bases de datos de cualquier tipo o medio para clientes? Si No

Describe:

- h) Negocio de asesoramiento en inversiones financieras, incluyendo planes de pensiones, seguros de salud, y otros beneficios de empleados. Si No

Describe:

- i) Cualquier auditoría/ inspección en materia de seguridad o de medio ambiente Si No

Describe bajo que normas:

- 24. ¿Subcontrata parte de sus trabajos?** Si No

a) Porcentaje del trabajo subcontratado
%

- b) ¿La compañía le solicita a los subcontratistas que contraten su propio seguro? Si No

c) Por favor, detalle las tres compañías o profesionales con los que subcontrata más trabajos:

- 1.
- 2.
- 3.

d) Describa los trabajos que realizan los subcontratistas mencionados en el punto anterior:

- 1.
- 2.
- 3.

25. Detalle los 5 clientes que representen un 10% o más de los ingresos anuales

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

Sección III – Administración de Riesgos

26. ¿Quién es el responsable del control de riesgos que enfrenta la compañía? ¿A quién reporta?

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

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

28. Describa los tipos de actos negligentes, incidentes, circunstancias o exposiciones que usted crea que puedan ocasionar una reclamación de responsabilidad profesional

29. ¿Han obtenido alguna certificación de Control de Calidad (ISO o similar)?

Si No

30. Describa su programa de control de calidad, incluyendo procedimientos, precauciones o garantías para evitar reclamaciones de responsabilidad profesional o por errores u omisiones

31. Describa el procedimiento que usted sigue en caso de recibir una reclamación por errores u omisiones, o circunstancias que puedan llevar a una reclamación

32. Cuenta con un proceso de selección de sus clientes

Si No

Describa:

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

Si No

b. ¿Tiene algún sistema para evitar conflictos de intereses?

Si No

c. ¿Utiliza su compañía cartas de asignación o cartas de comunicación previas con el cliente donde indique el alcance de sus servicios y los honorarios de los mismos?

Si No

d. ¿Utiliza cartas de rechazo cuando el cliente no es aceptado?

Si No

33. ¿Ha cambiado su auditor externo durante los últimos 5 años?

Si No

En caso afirmativo, por favor detalle

Formulario de aplicación

Responsabilidad Civil Profesional – Misceláneo E&O



34. ¿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.

35. 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 IV – Contratos

36. ¿Firma contratos o acuerdos por escrito con cada uno de sus clientes?

Si No

Si la respuesta es negativa, por favor explique

37. ¿Incluyen sus contratos alguna de las siguientes limitaciones de responsabilidad?

Fuerza mayor

Si No

Renuncia de garantía

Si No

Límite de responsabilidad

Si No

En caso afirmativo, que importe: _____

Cláusulas definiendo la responsabilidad de cada una de las partes

- Arbitraje

Si No

- Acuerdos de liberación de responsabilidad para la Compañía

Si No

- Acuerdos de liberación de responsabilidad para el cliente

Si No

38. ¿Todos los contratos que utilizan son estándar?

Si No

En caso negativo proporcione información al respecto.

Formulario de aplicación

Responsabilidad Civil Profesional – Misceláneo E&O



39. ¿Los contratos, propuestas y acuerdos son revisados por el departamento jurídico?

Si No

Nombre del abogado de la compañía (interno o externo)

40. ¿El asesor jurídico de la compañía revisa y aprueba los folletos, publicidad o cualquier otro material similar que describa los productos y servicios que la compañía ofrece?

Si No

41. Si ustedes prestan un nuevo servicio, ¿los nuevos contratos son revisados y aprobados por el asesor jurídico antes de ofrecer el servicio?

Si No

42. ¿Quiénes de su compañía tienen autoridad para modificar o cambiar los límites de responsabilidad estándar, ya sea antes o después de la ejecución de los contratos, acuerdos o propuestas de servicios? Indíquenos el nombre y el cargo de la persona autorizada

43. Si presta servicios fuera de México, ¿los contratos con clientes extranjeros son iguales a los que utiliza en México?

Si No

44. ¿En alguna ocasión se prometen o garantizan al cliente cuestiones que no se incluyen en los contratos estándar utilizados por su compañía u otros documentos que acrediten la forma habitual de prestar los servicios?

Si No

En caso afirmativo, proporcionemos más información

Sección V – Reclamaciones

47. ¿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

48. ¿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

Formulario de aplicación

Responsabilidad Civil Profesional – Misceláneo E&O



49. ¿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:

50. ¿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

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

Si no es el caso, marque aquí: N/A

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

Formulario de aplicación

Responsabilidad Civil Profesional – Misceláneo E&O



52. 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 autorizada 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

Formulario de aplicación

Responsabilidad Civil Profesional – Misceláneo E&O



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 Compañía.

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 retirar 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 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: _____

Formulario de aplicación

Responsabilidad Civil Profesional – Misceláneo E&O



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 06 de mayo del 2026 con el número CNSF-S0037-0053-2026/CONDUSEF-007106-03.

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 Avila 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

CUESTIONARIO DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDIA

PÓLIZA BASADA EN RECLAMACIONES

Aviso de Privacidad

Zurich Aseguradora Mexicana S.A de C.V., (“Zurich México”) con domicilio 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; 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/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.

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.

Instrucciones para el solicitante.

- 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 y la información proporcionada formará parte del contrato de seguro.
- B. Si una pregunta no le es aplicable, ponga N/A. Si requiere de más espacio para contestar las preguntas, continúe en hojas adicionales, haciendo referencia al número de pregunta correspondiente.
- C. El representante legal de la Compañía deberá firmar y consignar la fecha en este cuestionario y las hojas adicionales que adjunte al mismo.
- D. LISTADO DE DOCUMENTOS
- El presente cuestionario completo, firmado y fechado.
 - Detalle completo de todas las circunstancias, incidentes o reclamaciones reportadas a otras compañías de seguros.
 - Currículo del Productor, Casa Productora, Director.
 - Documentos de Control Interno y/o procedimientos de control de calidad.
 - Guion o material previo.
 - Copia de la obra y material adicional.

Sección I – La Compañía**1. Nombre del Asegurado –incluyendo los nombres de todas las compañías subsidiarias y afiliadas del grupo a ser aseguradas**

Funciones	Nombre	Tiempo de Experiencia
Productor		
Casa Productora		
Director		

2. Dirección del Productor y website (detalle todas las páginas web de su compañía)**3. El interesado es:**

- Profesionista individual
- Sociedad
- Empresa
- Otros (describalo)

4. ¿El interesado es una compañía de capital público?

- Sí No

5. La Firma/Compañía

¿El interesado es controlado, pertenece a, o está afiliado o asociado con cualquier otra firma, corporativo o compañía?	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Por favor explique los detalles	
El interesado le proporciona algún servicio a las empresas mencionadas anteriormente No Sí, Por favor explique los detalles	
Fecha de constitución de la compañía	¿Dónde está registrada la compañía?
¿Ha cambiado el nombre de la compañía en los últimos 5 años?	¿Ha adquirido alguna compañía o se ha fusionado o consolidado con alguna compañía o grupo de compañías?
Sí No	Sí No
Si así es, detállelo a continuación o adjunte información en hoja anexa.	
Por favor, detalle el nombre de las organizaciones o asociaciones profesionales de las que la compañía o sus directivos sean miembros	

Sección II – Operaciones

6. Señalar el monto total de sus ingresos en los últimos tres años:

Año	Ingresos

7. Estimado de ingresos para el año en curso (o presupuesto de la producción específica a cubrir):

8. Con respecto a los ingresos del último año, el porcentaje de acuerdo al tipo de trabajos realizados:

Actividad	% sobre Ingreso Totales
Distribución	
Producción	
Otro Tipo: _____	

9. Señalar las tres producciones más relevantes de los últimos tres años de acuerdo a los ingresos generados:

Nombre	Ingresos	Presupuesto original

10. Marcar los lugares donde se distribuye y realizan los trabajos (o proyecto específico):

Lugar	Distribución	Producción
México y Latinoamérica		
Internacional salvo E.U.		
Internacional incluyendo E.U.		
Sólo EU		

11. Señalar el porcentaje de ingresos de acuerdo al tipo de producción realizada (o tipo de producción específica a cubrir):

Tipo	%	Distribución	Tipo	%
Película (largometraje)	_____	Cine <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/>	Programa de televisión	
Película (cortometraje)	_____	Cine <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/>	- Comedia	_____
Animación y/o caricatura	_____	Cine <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/>	- Telenovela	_____
Documental	_____	Cine <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/>	- Evento especial	_____
Contenido para Internet:	_____		- Noticioso	_____
Videojuego/software:	_____		- Reality	_____
Otro (especificas incluyendo medio de distribución):	_____		Video musical	_____
_____			Pauta publicitaria	_____
			Infomercial	_____

12. Material adicional, relacionado con las producciones o producción específica que es también distribuida:

- Página de internet
- Documental / material adicional
- Banda sonora
- Libro
- Otro (Describir) _____

PREGUNTAS EXCLUSIVAS PARA PROYECTO ESPECÍFICO:

13. Nombre _____

14. Fecha de inicio: _____ Fecha de conclusión: _____

15. Estado de la producción:

- Proyecto
 En producción.
 Terminada.
 Distribuida. Señalar número de copias: _____

16. La producción es:

- Ficticia
 Inspirada en hechos reales
 Sátira
 Representación de hechos reales
 Descripción de hechos reales
 Basada en una obra existente:
Nombre de la otra obra: _____
¿Obtuvo los permisos necesarios por parte del dueño de la otra obra? Sí No

Sección III – Administración de riesgos17. ¿Quién es el responsable del control de riesgos que enfrenta la compañía? ¿A quién reporta?
¿Es externo o interno?

18. Señalar si se obtienen todos los permisos adecuados para:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Todos los Derechos de Autor | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Utilización de imagen de persona viva | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Utilización de imagen de persona fallecida | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Uso de guion de autor externo | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Uso de banda sonora exclusiva | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Confirmación de antecedentes completos de obras a utilizar | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Por favor, detállelos procesos para la obtención de estos permisos (escritos o no, eximentes de responsabilidad en caso de usar obra de algún artista y/o contratista externo, etc.):

19. En caso de utilizar contratistas externos:

- | | | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Les solicita un seguro de Responsabilidad Profesional: | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Verifica sus procesos y antecedentes: | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Sección IV – Reclamaciones20. ¿La compañía o sus filiales han recibido alguna reclamación en los últimos cinco años?
 Sí No

En caso afirmativo, adjunte toda la información

21. ¿Tiene conocimiento de cualquier circunstancia, incidente o reclamación, que no haya reportado a su aseguradora? Su respuesta debe incluir a todos los directivos y empleados de su firma. Sí No

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

22. ¿Alguien de su compañía, incluyendo sus filiales y subsidiarias, tienen conocimiento de algún hecho que pueda dar lugar a una reclamación que afecte al seguro por el que usted está interesado? Sí No

En caso afirmativo, desarrolle los detalles.

23. ¿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 de responsabilidad civil profesional? Sí No

En caso afirmativo, por favor informe.

Sección V – Cobertura de Seguro

24. ¿Esta actualmente asegurado por responsabilidad civil profesional? Sí No

En caso afirmativo, detalle el límite de responsabilidad, deducible y fecha de vencimiento

Límite de indemnización:	
Deducible:	
Fecha de vencimiento:	
Prima:	

25. Por favor indique el límite de responsabilidad que requiere

Límite de indemnización:	
--------------------------	--

Sección VI

El abajo firmante declara que está autorizado para efectuar las siguientes declaraciones y representar a la Compañía y a todos sus miembros.

Por la presente, el interesado manifiesta que las declaraciones del presente cuestionario y sus anexos son completamente ciertas y que no se han omitido datos.

La Compañía ha hecho una investigación con todos sus integrantes para conocer cada una de las situaciones que puedan provocar una reclamación contra la Compañía en el futuro. Manifestaciones que han sido trasladadas a la aseguradora para cualquiera de las cuestiones que deban ser consideradas. Dichas situaciones han sido listadas y los detalles adjuntados al presente cuestionario y la Compañía reconoce, comprende y está de acuerdo que todas y cada una de las reclamaciones derivadas de dichas circunstancias, estarán excluidas de la póliza que se está solicitando.

Se acuerda que este cuestionario, al igual que cualquier otra información proporcionada, será la base del contrato, en caso de que se emita una póliza y formará parte del mismo.

La firma del presente cuestionario no compromete ni a la aseguradora, ni al Asegurado a contratar el seguro.

Fecha y lugar	
Firma	
Nombre y cargo	

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 06 de mayo del 2026 con el número CNSF-S0037-0053-2026/CONDUSEF-007106-03.

.

CUESTIONARIO DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL AGENTES ADUANALES

PÓLIZA BASADA EN RECLAMACIONES

Aviso de Privacidad

Zurich Aseguradora Mexicana S.A de C.V., (“Zurich México”) con domicilio 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; 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/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.

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.

Instrucciones para el interesado.

- A. Responda todas las preguntas. La información es necesaria para realizar una evaluación del riesgo y determinar el precio. Sus respuestas serán consideradas a efectos legales para efectuar las mencionadas evaluaciones y la información proporcionada formará parte del contrato de seguro.
- B. Si una pregunta no le es aplicable, ponga N/A. Si requiere de más espacio para contestar las preguntas, continúe en hojas adicionales, haciendo referencia al número de pregunta correspondiente.
- C. El representante legal del Solicitante deberá firmar y consignar la fecha en este cuestionario y las hojas adicionales que adjunte al mismo.
- D LISTADO DE DOCUMENTOS
- El presente cuestionario completo, firmado y fechado
 - Detalle completo de todas las circunstancias, incidentes o reclamaciones reportadas a otras compañías de seguros

Sección I – Solicitante
1. Nombre del Solicitante

2. Dirección Completa

3. Dirección WEB

	E-MAIL:
--	---------

4. Fecha de inicio de actividades

5. Aduanas en donde opera como Agente Aduanal

Nombre	Ubicación	% de Participación de la operación

6. ¿Pertenece El Solicitante a alguna Asociación Profesional? Sí No

En caso afirmativo indique el nombre

7. ¿Es El Solicitante controlado por alguna entidad? Sí No

Especificar

8. Personal

	Titulado	No Titulado
Representantes y Apoderados aduanales		

Administradores del Sistema de Información (MIS)		
Otros Empleados Profesionales (especificar)		
Administrativos/Soporte		
TOTAL		

Sección II – Perfil de la Compañía / Firma
9. Favor de Indicar el volumen total de operaciones Aduaneras:

	Importación	Exportación
Año Pasado:		
Estimados año en curso:		

10. Favor de Proporcionar la siguiente información respecto a los embarques:

Valor Promedio de los Embarques:	
Valor Máximo por Embarque:	

11. Facturación e Ingresos

Año	Operaciones (Importación)	Operaciones (Exportación)
Esperado Prox. 12 Meses		
12 meses Vencimiento		
1 año anterior		

12. Enlistar los 5 Clientes Principales de El Solicitante

Nombre del Cliente	Servicio Profesional

Sección III – Administración y Prevención de Riesgo

13. ¿El Solicitante utiliza acuerdos por escrito con sus clientes? Sí No

* En caso afirmativo anexar copia de contrato (ó CARTA INSTRUCCIONES) estándar

14. ¿El Solicitante tiene establecido un manual interno calidad en sus procesos? Sí No

15. ¿Tiene el Solicitante establecido algún programa de educación continua para sus empleados profesionales? Sí No

16. ¿La firma provee de envíos o registros a algún tipo de entidad, agremiación, sociedad que agrupe, controles regule o administre la carga de barcos, busques o similares, o algún tipo de entidad o agremiación, sociedad que agrupe, controle, regule o administre la carga aérea? Sí No

Explicar

Sección IV – Información de Reclamos

17. Indicar si alguno de sus clientes ha sido objeto de multas y/o sanciones con motivo de la prestación de los servicios profesionales del Solicitante. Sí No

Explicar

--

18. ¿Durante los últimos cinco años, ¿han habido reclamos o juicios contra el Solicitante, contra cualesquiera de sus predecesores en los negocios, subsidiarios, afiliados o cualquiera de los capitalistas, directores, ejecutivos o empleados profesionales?

Sí No

Explicar

--

19. El Solicitante ¿ha tenido que pagar o hacerle frente a alguna multa de alguno de sus clientes con motivo de algún error u omisión en la prestación de sus servicios profesionales?

Sí No

Explicar

--

Sección V – Detalles del Seguro

20. Referente a la cobertura del seguro para Responsabilidad Civil Profesional, por favor provea la Historia de la Compañía / Firma.

Aseguradora	Periodo de la Póliza	Suma Asegurada	Deducible	Prima

Fecha de Retroactividad de la Póliza Actual: _____

21. Por favor provea detalles de su actual seguro transporte de carga

Aseguradora	Periodo de la Póliza	Suma Asegurada	Tipo de Cobertura

22. Coberturas Solicitadas:

Límite de Indemnización	\$
Fecha de Inicio de Vigencia	

Sección VI

El abajo firmante declara que está autorizado para efectuar las siguientes declaraciones y representar a la Compañía / Firma y a todos sus miembros.

Por la presente, el interesado manifiesta que las declaraciones del presente cuestionario y sus anexos son completamente ciertas y que no se han omitido datos.

La Compañía/Firma ha hecho una investigación con todos sus integrantes para conocer cada una de las situaciones que puedan provocar una reclamación contra la Compañía / Firma en el futuro. Manifestaciones que han sido trasladadas a la aseguradora para cualquiera de las cuestiones que deban ser consideradas. Dichas situaciones han sido listadas y los detalles adjuntados al presente cuestionario y la Compañía / Firma reconoce, comprende y está de acuerdo que todas y cada una de las reclamaciones derivadas de dichas circunstancias, estarán excluidas de la póliza que se está solicitando.

Se acuerda que este cuestionario, al igual que cualquier otra información proporcionada, será la base del contrato, en caso de que se emita una póliza y formará parte del mismo.

La firma del presente cuestionario no compromete ni a la aseguradora, ni al Asegurado a contratar el seguro.

Fecha y lugar	
Firma	
Nombre y cargo	
Patente No.	

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 06 de mayo del 2026 con el número CNSF-S0037-0053-2026/CONDUSEF-007106-03.

CUESTIONARIO DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL AJUSTADORES

PÓLIZA BASADA EN RECLAMACIONES

Aviso de Privacidad

ZURICH ASEGURADORA MÉXICANA S.A. DE C.V., con domicilio en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 5 Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20 Colonia Lomas de Sotelo Municipio Naucalpan de Juárez 53390, Estado de México (I) hace de su conocimiento que sus datos personales incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, 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, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos (II), quedando convenido que usted acepta la transferencia que pudiera realizarse (V) (en su caso: a las entidades que formen parte directa o indirectamente del Grupo Zurich, sus subsidiarias y afiliadas y) a Terceros, Nacionales o Extranjeros (36). Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad (III). El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición (IV) -a partir del 6 de enero de 2012- (Cuarto Transitorio) y la revocación del consentimiento (8) deberá realizarse por escrito en la dirección citada, o a través de la página www.zam.zurich.com.mx

El presente Aviso, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página www.zam.zurich.com.mx a través de comunicados colocados en nuestras oficinas (y sucursales) o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted (VI).

NOTA: Las referencias en números romanos se refieren a las fracciones del Artículo 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, en tanto que las referencias en números arábigos, se refieren a los artículos de la citada Ley.

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.

Instrucciones para el interesado.

- A. Responda todas las preguntas. La información es necesaria para realizar una evaluación del riesgo y determinar el precio. Sus respuestas serán consideradas a efectos legales para efectuar las mencionadas evaluaciones y la información proporcionada formará parte del contrato de seguro.
- B. Si una pregunta no le es aplicable, ponga N/A. Si requiere de más espacio para contestar las preguntas, continúe en hojas adicionales, haciendo referencia al número de pregunta correspondiente.
- C. El representante legal del Solicitante deberá firmar y consignar la fecha en este cuestionario y las hojas adicionales que adjunte al mismo.
- D LISTADO DE DOCUMENTOS
- El presente cuestionario completo, firmado y fechado
 - Detalle completo de todas las circunstancias, incidentes o reclamaciones reportadas a otras compañías de seguros
 - Último reporte anual y último reporte financiero disponible.
 - Folletos de los servicios que proporciona, si existen.
 - Plan de negocio si la Compañía / Firma tiene menos de 3 años de existencia.

Sección I – Solicitante

1. **Nombre del Solicitante –incluyendo los nombres de todas las compañías subsidiarias y afiliadas del grupo a ser aseguradas**

--

Sección II – Operaciones

2. **A) Detalle los ingresos de los últimos tres años (especificando la moneda):**

	2013	2014	2015	Estimado 2016
Volumen Total de los Montos de Siniestros Intermediados:				
Comisiones Brutas (como Ajustador) Percibidas:				
Otros Ingresos (Consultaría de Seguro Directo, Inspección de Riesgos) obtenidos:				

B) Distribución de Servicios Profesionales:

RAMO	PORCENTAJE
Daños	%
Accidentes Personales	%
Enfermedades	%
Automóviles y sus responsabilidades	%
Otros	%

3. Por favor, proporciónenos información acerca del tiempo que el Solicitante viene ejerciendo dichas actividades

4. Indique en porcentaje las compañías de seguros a las cuales presto sus Servicios Profesionales (el año anterior):

Sección III – Reclamaciones

5. ¿La compañía o sus filiales han recibido alguna reclamación en los últimos cinco años?

Sí No

En caso afirmativo, adjunte toda la información

- 6.- ¿Tiene conocimiento de cualquier circunstancia, incidente o reclamación, que no haya reportado a su aseguradora? Su respuesta debe incluir a todos los directivos y empleados de su firma.

Sí No

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

7. ¿Alguien de su compañía, incluyendo sus filiales y subsidiarias, tienen conocimiento de algún hecho que pueda dar lugar a una reclamación que afecte al seguro por el que usted está interesado?

Sí No

En caso afirmativo, desarrolle los detalles.

- 8.- ¿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 de responsabilidad civil profesional?

Sí No

En caso afirmativo, por favor informe.

Sección IV – Cobertura de Seguro

9. Por favor indique el límite de responsabilidad que requiere (especificando la moneda):

Límite de indemnización:	
--------------------------	--

Sección V

El abajo firmante declara que está autorizado para efectuar las siguientes declaraciones y representar a la Compañía / Firma y a todos sus miembros.

Por la presente, el interesado manifiesta que las declaraciones del presente cuestionario y sus anexos son completamente ciertas y que no se han omitido datos.

La Compañía / Firma ha hecho una investigación con todos sus integrantes para conocer cada una de las situaciones que puedan provocar una reclamación contra la Compañía / Firma en el futuro. Manifestaciones que han sido trasladadas a la aseguradora para cualquiera de las cuestiones que deban ser consideradas. Dichas situaciones han sido listadas y los detalles adjuntados al presente cuestionario y Cuestionario del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional Ajustadores

la Compañía / Firma reconoce, comprende y está de acuerdo que todas y cada una de las reclamaciones derivadas de dichas circunstancias, estarán excluidas de la póliza que se está solicitando.

Se acuerda que este cuestionario, al igual que cualquier otra información proporcionada, será la base del contrato, en caso de que se emita una póliza y formará parte del mismo.

La firma del presente cuestionario no compromete ni a la aseguradora, ni al Asegurado a contratar el seguro.

Fecha y lugar	
Firma	
Nombre y cargo	

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 06 de mayo del 2026 con el número CNSF-S0037-0053-2026/CONDUSEF-007106-03.

CUESTIONARIO DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PERITOS

PÓLIZA BASADA EN RECLAMACIONES

Aviso de Privacidad

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V., con domicilio en Boulevard Manuel Ávila Camacho No. 5 Toreo Parque Central, Torre B, Piso 20 Colonia Lomas de Sotelo Municipio Naucalpan de Juárez 53390, Estado de México (I) hace de su conocimiento que sus datos personales incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, 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, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos (II), quedando convenido que usted acepta la transferencia que pudiera realizarse (V) (en su caso: a las entidades que formen parte directa o indirectamente del Grupo Zurich, sus subsidiarias y afiliadas y) a Terceros, Nacionales o Extranjeros (36). Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad (III).

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición (IV) -a partir del 6 de enero de 2012- (Cuarto Transitorio) y la revocación del consentimiento (8) deberá realizarse por escrito en la dirección citada, o a través de la página www.zam.zurich.com.mx

El presente Aviso, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página www.zam.zurich.com.mx a través de comunicados colocados en nuestras oficinas (y sucursales) o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted (VI).

NOTA: Las referencias en números romanos se refieren a las fracciones del Artículo 16 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, en tanto que las referencias en números arábigos, se refieren a los artículos de la citada Ley.

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.

Instrucciones para el interesado.

- A. Responda todas las preguntas. La información es necesaria para realizar una evaluación del riesgo y determinar el precio. Sus respuestas serán consideradas a efectos legales para efectuar las mencionadas evaluaciones y la información proporcionada formará parte del contrato de seguro.
- B. Si una pregunta no le es aplicable, ponga N/A. Si requiere de más espacio para contestar las preguntas, continúe en hojas adicionales, haciendo referencia al número de pregunta correspondiente.
- C. El representante legal del Solicitante deberá firmar y consignar la fecha en este cuestionario y las hojas adicionales que adjunte al mismo.
- D LISTADO DE DOCUMENTOS
 - El presente cuestionario completo, firmado y fechado
 - Detalle completo de todas las circunstancias, incidentes o reclamaciones reportadas a otras compañías de seguros

Sección I – Solicitante

1. **Nombre del Solicitante**

2. **Detalle los ingresos de los últimos tres años (especifique moneda y año). Si tiene operaciones en otros países, por favor especifique el desglose de sus ingresos por país o área geográfica.**

Sección II – Operaciones

3. **Describa las actividades que ustedes prestan a sus clientes para las cuales requieren cobertura.**

4. **Por favor, proporciónenos información acerca del tiempo que viene ejerciendo dichas actividades.**

5. **¿Subcontrata parte de sus trabajos?** Sí No

a. Porcentaje del trabajo subcontratado

 %

b. ¿La compañía le solicita a los subcontratistas que contraten su propio seguro? Sí No

c. Por favor, detalle las tres compañías o profesionales con los que subcontrata más trabajos:

d. Describa los trabajos que realizan los subcontratistas mencionados en el punto anterior:

6. En relación a los servicios como Valuadores:

Por favor detalle el porcentaje aproximado sobre el total de cada grupo en las siguientes categorías

Aeropuertos	%
Parques de diversiones	%
Departamentos	%
Estadios	%
Puentes	%
Iglesias	%
Centros de Convenciones	%
Presas	%
Limpieza del Medioambiente	%
Apartamentos – Casas	%
Puertos-Muelles-Embarcaderos	%
Hospitales – Centros de Salud	%
Hoteles / Moteles	%
Tratamiento de residuos industriales	
Cárceles – Centros de Readaptación	%
Vertederos	%
Bibliotecas	%
Fábricas	%
Trenes	%
Minas	%
Edificios de gobierno	%
Edificios Nucleares o Atómicos	%
Edificios de oficinas	%
Estacionamientos	%
Industrias Químicas	%
Piscinas	%
Edificios con estructuras prefabricadas	%
Parques	%
Carreteras y autopistas	%
Colegios y Universidades	%
Sistemas de drenaje	%
Plantas de tratamiento de aguas	%
Centros comerciales	%
Telecomunicaciones	%
Teatros	%
Túneles	%
Centros públicos	%
Bodegas	%
Aguas residuales	%
Sistemas de agua	%
Otros / (por favor especificar)	%
Total	100 %

Sección III – Administración de Riesgos (Risk Management)

6. ¿Quién es el responsable del control de riesgos que enfrenta la compañía? ¿A quién reporta?

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

Por favor, detálle nos información/documentación acerca de la administración de riesgos, manuales internos y/o directrices de la compañía.

8. Describa su programa de control de calidad, incluyendo procedimientos, precauciones o garantías para evitar reclamaciones de responsabilidad profesional o por errores u omisiones

Sección IV – Contratos

9. ¿Firma contratos o acuerdos por escrito con cada uno de sus clientes? Sí No

Si la respuesta es negativa, por favor explique

10. ¿Incluyen sus contratos alguna de las siguientes limitaciones de responsabilidad?

Fuerza mayor Sí No

Renuncia de garantía Sí No

Límite de responsabilidad Sí No

En caso afirmativo, que importe: _____

Cláusulas definiendo la responsabilidad de cada una de las partes:

- Arbitraje Sí No

- Acuerdos de liberación de responsabilidad para la Compañía Sí No

- Acuerdos de liberación de responsabilidad para el Cliente Sí No

Sección V – Reclamaciones

11. ¿La compañía o sus filiales han recibido alguna reclamación en los últimos cinco años?

Sí No

En caso afirmativo, adjunte toda la información

12. ¿Tiene conocimiento de cualquier circunstancia, incidente o reclamación, que no haya reportado a su aseguradora? Su respuesta debe incluir a todos los directivos y empleados de su firma.

Sí No

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

13. ¿Alguien de su compañía, incluyendo sus filiales y subsidiarias, tienen conocimiento de algún hecho que pueda dar lugar a una reclamación que afecte al seguro por el que usted está interesado?

Sí No

En caso afirmativo, desarrolle los detalles.

--

14. ¿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 de responsabilidad civil profesional? Sí No

En caso afirmativo, por favor detallar.

--

Sección V I– Cobertura de Seguro

15. Por favor indique el límite de responsabilidad que requiere

Límite de indemnización	
-------------------------	--

Sección VII

El abajo firmante declara que está autorizado para efectuar las siguientes declaraciones y representar a la Compañía / Firma y a todos sus miembros.

Por la presente, el interesado manifiesta que las declaraciones del presente cuestionario y sus anexos son completamente ciertas y que no se han omitido datos.

La Compañía/Firma ha hecho una investigación con todos sus integrantes para conocer cada una de las situaciones que puedan provocar una reclamación contra la Compañía / Firma en el futuro. Manifestaciones que han sido trasladadas a la aseguradora para cualquiera de las cuestiones que deban ser consideradas. Dichas situaciones han sido listadas y los detalles adjuntados al presente cuestionario y la Compañía / Firma reconoce, comprende y está de acuerdo que todas y cada una de las reclamaciones derivadas de dichas circunstancias, estarán excluidas de la póliza que se está solicitando.

Se acuerda que este cuestionario, al igual que cualquier otra información proporcionada, será la base del contrato, en caso de que se emita una póliza y formará parte del mismo.

La firma del presente cuestionario no compromete ni a la aseguradora, ni al Asegurado a contratar el seguro.

Fecha y lugar	
Firma	
Nombre y cargo	

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 06 de mayo del 2026 con el número CNSF-S0037-0053-2026/CONDUSEF-007106-03.