SOLICITUD DEL SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL POR ERRORES Y OMISIONES PARA AGENTES DE SEGUROS Y FIANZAS

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa
Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México

Emisor

IMPORTANTE leer antes de llenar esta solicitud. Se previene al solicitante que conforme a los Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia que la omisión, falsedad o inexacta declaración de algún hecho podría originar la pérdida de derechos del Asegurado y/o su(s) Beneficiario(s) en su caso, aunque no haya influido en la realización del siniestro. 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.

"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".

1. Datos del solicitante (contratante)

Cliente Inbursa **Identificador comercial**[1] **Tipo de persona:** ☐ Física ☐ Moral

Denominación o razón social

Primer nombre **Segundo nombre**

Primer apellido **Segundo apellido**

[1]A ser llenado por el asesor

1.1 Generales

Fecha de nacimiento/ constitución (dd/mm/aaaa) **Entidad federativa de nacimiento/ constitución** **País de nacimiento/ constitución**

Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino

Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero

Nacionalidad

En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración: ☐ Residente permanente ☐ Residente temporal ☐ Visitante ☐ Otra

Tipo de identificación **Número de identificación** **CURP**

Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social **Folio mercantil**

1.2 Domicilio y contacto

Calle **Núm. exterior** **Edificio** **Núm. interior**

Entre calle **y calle** **C.P.** **Colonia**

Alcaldía o municipio **Ciudad o población** **Entidad federativa** **País**

Teléfono fijo **Teléfono móvil** **Correo electrónico**

En caso de residir en el extranjero indique la razón por la cual ha elegido celebrar un contrato en México: ☐ Personal ☐ Trabajo

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

F-2155-6 MAYO 2022 S-RC

1.3 Información adicional

¿Usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, o bien en el caso de personas morales algún accionista, socio, asociado, alto directivo o miembro del consejo de administración desempeña o ha desempeñado en los últimos dos años, alguna función pública, política, judicial o militar de alta jerarquía en México o en el extranjero? ☐ Sí ☐ No

¿Quién? **Nombre(s) y apellidos**

Cargo **Fecha en que dejó el cargo (dd/mm/aaaa)**

2. Datos fiscales del contratante

RFC con homoclave o NIF **País que asignó el NIF** **FIEL**

Clave del régimen fiscal **Régimen fiscal**

Clave de uso del CFDI **Uso del CFDI**

3. Datos del contratante (llénese sólo en caso de que sea distinto al solicitante)

Tipo de persona: ☐ Física ☐ Moral

Denominación o razón social

Primer nombre **Segundo nombre**

Primer apellido **Segundo apellido**

Fecha de nacimiento/ constitución (dd/mm/aaaa) **Entidad federativa de nacimiento/ constitución** **País de nacimiento/ constitución**

Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino

Estado civil ☐ Casado ☐ Soltero

Nacionalidad

En caso de ser de nacionalidad extranjera, indique su calidad migratoria en términos de la Ley de Migración: ☐ Residente permanente ☐ Residente temporal ☐ Visitante ☐ Otra

Tipo de identificación **Número de identificación** **CURP**

Ocupación, profesión, actividad, giro mercantil u objeto social **Folio mercantil**

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

3.1 Domicilio y contacto

Calle **Núm. exterior** **Edificio** **Núm. interior**

Entre calle **y calle** **C.P.** **Colonia**

Alcaldía o municipio **Ciudad o población** **Entidad federativa** **País**

Teléfono fijo **Teléfono móvil** **Correo electrónico**

En caso de residir en el extranjero indique la razón por la cual ha elegido celebrar un contrato en México: ☐ Personal ☐ Trabajo

3.2 Información adicional del contratante

¿Usted, su cónyuge, concubina(rio) o persona con parentesco de consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, o bien en el caso de personas morales algún accionista, socio, asociado, alto directivo o miembro del consejo de administración desempeña o ha desempeñado en los últimos dos años, alguna función pública, política, judicial o militar de alta jerarquía en México o en el extranjero? ☐ Sí ☐ No

¿Quién? **Nombre(s) y apellidos**

Cargo **Fecha en que dejó el cargo (dd/mm/aaaa)**

4. Representante legal del solicitante (contratante)

Primer nombre **Segundo nombre**

Primer apellido **Segundo apellido**

Tipo de identificación **Número de identificación**

5. Información del seguro a contratar

Vigencia solicitada

Desde las 12:00 hrs. del (dd/mm/aa) hasta las 12:00 hrs. del (dd/mm/aa)

Póliza anterior **Número** **Fecha de vencimiento (dd/mm/aaaa)**

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES. El producto que se puede contratar bajo esta solicitud contiene exclusiones y/o límites de cobertura los cuales puede consultar en sus respectivas condiciones generales disponibles en www.inbursa.com

5.1 Cuestionario

Complete todas las preguntas. Marque N/A para aquellas preguntas que no apliquen para usted. La póliza para la cual esta solicitud es llenada, aplicará únicamente para actos ocurridos durante la vigencia de la póliza, siempre que la reclamación se formule por primera vez y por escrito al asegurado o a la Compañía en el curso de la vigencia o dentro del año siguiente a su terminación.

Tipo y número de Cédula vigente o número de oficio de autorización emitido por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

Grado de estudios **Profesión y lugar donde estudió (en caso de licenciatura)** **Suma asegurada solicitada**

Recuerde que de acuerdo con las disposiciones 32.10.3 y 32.10.7 del Capítulo 32.10, Título 32, de la Circular Única de Seguros y Fianzas, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 19 de diciembre de 2014; en caso de agentes Persona Moral, la suma asegurada será la cantidad que resulte mayor entre el equivalente al 5% del total de las primas intermediadas por éste, con respecto a todas las Instituciones para las que realizó actividades de Intermediación de Seguros o de Fianzas, durante el año calendario inmediato anterior y el equivalente en moneda nacional de 150,000 UDI, y para agentes Persona Física, la suma asegurada será la cantidad que resulte mayor entre el equivalente al 5% del total de las primas intermediadas por éste, con respecto a todas las Instituciones para las que realizó actividades de Intermediación de Seguros o de Fianzas, durante el año calendario inmediato anterior y el equivalente en moneda nacional de 25,000 UDI, tomando en consideración en ambos casos el valor de la UDI al 31 de diciembre del año inmediato anterior.

Durante los últimos cinco años ha tenido:

a) Cambio de RFC: ☐ Sí ☐ No

b) Cambio de Socios, Consejeros, Accionistas y/o algún miembro de la Junta Directiva: ☐ Sí ☐ No

c) Escisión o fusiones: ☐ Sí ☐ No

Explique el(los) motivo(s)

¿El agente intermedia actualmente la venta de seguros y/o fianzas? ☐ Sí ☐ No

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Tiempo de experiencia **años** ☐ **meses** ☐

Volumen de primas y total de comisiones del año inmediato anterior y estimado para el próximo año (considerando primas por renovación y nuevas)

	Últimos 12 meses	**Estimado de los próximos 12 meses**
Volumen anual de primas (desglose si es más de un ramo)	$	$
Total de comisiones brutas anuales (Daños)	$	$
Total de comisiones brutas anuales (Vida, Accidentes, Enfermedades y Salud)	$	$
Total de comisiones brutas anuales (Fianzas)	$	$
Total de ingresos derivados de servicios distintos a la venta de Seguros y Fianzas[2]	$	$

2 Especifique

Mencione el nombre de todas las compañías aseguradoras y/o afianzadoras para quienes realiza actividades de intermediación, así como el total de primas intermediadas en el año calendario anterior (considerando pólizas nuevas y renovaciones). Anexe una lista si es necesario.

Nombre de la(s) compañía(s)	**Número de años de trabajar para ella**	**Total de primas nuevas intermediadas en los últimos 12 meses**	**Total de primas por renovación intermediadas**
		$	$
		$	$
		$	$

Indique el(los) porcentaje(s) del total de las primas intermediadas durante el año inmediato anterior derivado de las siguientes operaciones, ramos y subramos. El total de todas las secciones debe ser igual al 100% (incluye grandes riesgos).

Seguros

I. Vida ☐ %
II. Accidentes y Enfermedades
- a. Accidentes Personales ☐ %
- b. Gastos Médicos ☐ %
- c. Salud ☐ %

III. Daños
- a. Responsabilidad Civil y Riesgos Profesionales ☐ %
- b. Marítimo y Transportes ☐ %
- c. Incendio ☐ %
- d. Agrícola y de Animales ☐ %
- e. Automóviles ☐ %
- f. Crédito ☐ %
- g. Crédito a la Vivienda ☐ %
- h. Garantía Financiera ☐ %
- i. Terremoto y Otros Riesgos Catastróficos ☐ %
- j. Diversos ☐ %

Fianzas

I. Fianzas de Fidelidad
- a. Individuales ☐ %
- b. Colectivas ☐ %

II. Fianzas Judiciales
- a. Judiciales Penales ☐ %
- b. Judiciales no Penales ☐ %
- c. Judiciales Conductores de Vehículos ☐ %

III. Fianzas Administrativas
- a. De Obra ☐ %
- b. De Proveeduría ☐ %
- c. Fiscales ☐ %
- d. De Arrendamiento ☐ %
- e. Otras Fianzas Administrativas ☐ %

IV. Fianzas de Crédito
- a. De Suministro ☐ %
- b. De Compra Venta ☐ %
- c. Otras Fianzas de Crédito ☐ %

V. Fideicomiso de Garantía
- a. Relacionado con Pólizas de Fianzas ☐ %
- b. Sin relación con Pólizas de Fianzas ☐ %

¿En su lugar de trabajo (oficina, despacho, promotoría, etc.) existe alguien encargado de auditar los requerimientos de capacitación o educación continua para cada uno de sus agentes? ☐ Sí ☐ No

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Especifique

En caso de agente Persona Moral, desglose el total de miembros

	Tiempo completo	Medio tiempo		Tiempo completo	Medio tiempo
Número de agentes y promotores			Personal de apoyo administrativo		

Responda las siguientes preguntas de acuerdo a los procedimientos establecidos en su lugar de trabajo (oficina, despacho, promotoría, etc.):

a) ¿Usted detalla con fechas sus correos entrantes? ☐ Sí ☐ No

b) ¿Documenta todas las conversaciones telefónicas relacionadas con su actividad de intermediación? ☐ Sí ☐ No

c) Describa el procedimiento utilizado para notificar cualquier aceptación o rechazo

d) ¿Utiliza algún sistema de seguimiento diario para calendarizar sus actividades en el que incluya fechas de renovación de pólizas y/o expiración de coberturas? ☐ Sí ☐ No

e) ¿Posee manuales de procedimientos? ☐ Sí ☐ No

f) ¿Cuenta con algún procedimiento para conocer la condición financiera de sus clientes o prospectos? ☐ Sí ☐ No

g) ¿Usa algún tipo de lista para revisar límites y coberturas solicitadas? ☐ Sí ☐ No

h) ¿Documenta todas las solicitudes que le presentan en el desarrollo de su actividad? ☐ Sí ☐ No

i) ¿Usa internet para llevar a cabo sus actividades de intermediación? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique los usos:

- ☐ Investigación de productos
- ☐ Correspondencia
- ☐ Carga y descarga de formatos, especifique
- ☐ Marketing
- ☐ Ventas
- ☐ Otros, especifique

j) ¿Posee página de negocios en internet? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione la dirección

k) ¿Durante los últimos cinco años se ha presentado alguna reclamación y/o procedimiento judicial en su contra o en contra de alguno de sus socios, consejeros, miembros de la junta directiva de accionistas o empleado, derivado de su actividad de intermediación? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione la dirección

l) ¿Alguna vez le ha sido otorgado o declinado algún seguro similar al solicitado? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione la dirección

m) ¿Tiene conocimiento de algún acto, error u omisión en el desempeño de sus actividades de intermediación que pudiera originar alguna reclamación y/o proceso judicial? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione la dirección

n) ¿Ha sido parte de alguna reclamación y/o proceso judicial por errores y omisiones derivado de su intermediación en la contratación de alguna póliza de seguros y/o fianzas? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione la dirección

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

En el caso de Personas Físicas favor de anexar copia de la(s) cédula(s) que lo acrediten como agente de seguros y/o fianzas. En el caso de Personas Morales favor de anexar copia de su oficio de autorización que lo acredita como agente de seguros y/o fianzas expedido por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, así como las autorizaciones emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para que sus apoderados de manera conjunta o individual, puedan realizar las actividades de intermediación en las operaciones, ramos y subramos que tenga autorizados la sociedad.

6. Forma de pago

Cobro bancario: ☐ Sí ☐ No

Periodo de pago: ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Único

Moneda: ☐ Nacional ☐ Dólares

Recibo: ☐ Individual ☐ Global (más de una ubicación) ☐ Filial

Si la prima será pagada por un tercero diferente al solicitante/contratante o si se requiere recibo por filial, se deberá llenar el anexo de datos de facturación de tercero diferente al solicitante/contratante o filial.

7. Declaraciones del solicitante (contratante)

Declaro, bajo protesta de decir la verdad, que la información y/o documentos que he proporcionado y que llegue a proporcionar en relación con el seguro que se solicita mediante la presente, son y serán verídicos y auténticos, por lo que autorizo a que ellos sean corroborados.

Declaro que el origen y procedencia de los recursos con que por cuenta propia habré de operar u opero o con los que habrá de operar u opera mi representada respecto del seguro que se solicita son de mi propiedad o de la de mi representada y proceden de actividades lícitas.

Manifiesto que terceros no utilizarán recursos provenientes de actividades ilícitas para operar en los productos, cuentas, contratos o servicios donde actúo y opero o donde actúa y opera mi representada y también manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas, por lo que asumo, por cuenta propia y por cuenta de mi representada, cualquier responsabilidad que se genere por actuar ante esa institución en contravención a lo dispuesto en este documento y/o en el seguro que se emita en relación con esta solicitud.

Declaro que Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa ha puesto a mi disposición previamente su Aviso de Privacidad, por lo que conociendo su contenido, otorgo mi consentimiento para que mis Datos Personales, incluyendo los sensibles, sean tratados y en su caso transferidos conforme se establece en dicho aviso.

Asimismo, en caso de que yo haya proporcionado Datos Personales de otros Titulares, me obligo a hacer del conocimiento de esos Titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa y a hacer de su conocimiento tanto el referido Aviso de Privacidad, como los medios por los cuales esa institución lo tiene a su disposición.

Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que, en su caso, extenderá Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, y expresamente declaro mi conformidad con ellas.

Lugar **Fecha (dd/mm/aaaa)**

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

Nombre y firma del solicitante **Nombre y firma del contratante**

¡Activa Biométrico para identificarte al realizar tus trámites en nuestras sucursales!

7.1 Consentimiento para proporcionar información

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa a utilizar mi información o la de mi representada (tratándose de persona moral) con fines mercadotécnicos o publicitarios, así como para recibir publicidad. De igual forma autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, para proporcionar la información contenida en esta solicitud y/u otros documentos que deriven de la operación del producto contratado, a cualquier empresa que forme parte del Consorcio al que ésta pertenece (conforme el término Consorcio se define en la Ley del Mercado de Valores), para efectos de ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial.

Nombre y firma del solicitante **Nombre y firma del contratante**

7.2 Consulta de historial crediticio

Autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, consultar mi historial crediticio ante cualquier sociedad de información crediticia, teniendo pleno conocimiento de la naturaleza y alcance de la información que la sociedad proporcionará a dicha institución y del uso que hará de tal información.

Asimismo, autorizo a que dichas consultas las pueda realizar de manera periódica con posterioridad de hasta 3 años contados a partir de la fecha del presente documento o durante la vigencia de mi relación jurídica con esta institución.

Nombre y firma del solicitante | **Nombre y firma del contratante**

8. Declaraciones de quien promueve o intermedia el producto (debe ser llenado obligatoriamente)

Declaro que durante el llenado del presente formato entrevisté personalmente al solicitante y hago constar que cotejé con su original la documentación referida en este documento y que informaré a esa institución inmediatamente cuando tenga conocimiento sobre cualquier cambio en la información contenida en el mismo, con el propósito de actualizar el expediente del solicitante (contratante).

Manifiesto que he informado al solicitante de manera amplia y detallada, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura, la forma de conservarla o darla por terminada, las principales características del producto, su vigencia, las consecuencias de su rehabilitación, la importancia de declarar en el cuestionario que aparece en esta solicitud todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, así como el tipo de autorización, el número y la vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, mi domicilio y que carezco de facultades para representar a la Compañía de Seguros, aceptar riesgos y suscribir o modificar pólizas.

Nombre y firma del asesor

9. Comisiones

Comisión cedida ☐☐☐ %

Asesor 1		**Asesor 2**	
Clave ☐☐☐☐☐☐		**Clave** ☐☐☐☐☐☐	
Participación ☐☐☐ %	**Nombre y firma**	**Participación** ☐☐☐ %	**Nombre y firma**

CFDI: Comprobante Fiscal Digital por Internet
FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada
NIF: Número de Identificación Fiscal o equivalente
UDI: Unidad de Inversión

Para cualquier consulta estamos a sus órdenes en los teléfonos 55 5447 8000 y 800 90 90000, las 24 horas todos los días del año, así como en nuestras sucursales y oficinas, consulte ubicaciones y horarios en www.inbursa.com o con la app Inbursa Móvil.

Si la atención a sus solicitudes de servicio o aclaración no ha sido satisfactoria, tenemos nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios con oficinas en Insurgentes Sur No. 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México, con teléfonos de atención 55 5238 0649 y 800 849 1000 de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 horas, o bien a través del correo electrónico uniesp@inbursa.com

También puede ponerse en contacto con la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en Insurgentes Sur No. 762, Col. Del Valle, Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México, teléfonos 55 5340 0999 y 800 999 8080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y en www.condusef.gob.mx

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 12 de julio de 2007, con el número CNSF-S0022-0057-2007/CONDUSEF-001087-01.

Ejemplar informativo
Prohibido su uso

F-2155-6 MAYO 2022 S-RC