



Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V.
Av. Insurgentes Sur 1605, piso 25
Col. San José Insurgentes
México, D.F., 03900
Tel. (52 5) 480 4000
Fax. (52 5) 662 9714
Fax. (52 5) 662 9716

Seguro GMX de RC*

*Marca registrada

**Cuestionario para la cotización del
seguro de responsabilidad civil y responsabilidad profesional para
bufetes.**

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

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



En acatamiento a lo dispuesto por el artículo 26 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se inserta textualmente el artículo 25 de la misma Ley:

“Artículo 25. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.”



Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V
Av. Insurgentes Sur 1605, piso 25
Col. San José Insurgentes
México, D.F., 03900
Tel. (52 5) 480 4000
Fax. (52 5) 662 9714
Fax. (52 5) 662 9716

**Por favor conteste todas las preguntas.
Sí requiere aclaraciones quedamos a sus órdenes.**

1. Nombre o denominación social del solicitante:
2. Domicilio :
3. R. F. C. :
4. En caso de que la contratación de este seguro, se realice para alguien distinto a usted o a quien liquide la prima de este seguro, otorgándole con ello a esa persona la calidad de Asegurado, favor de confirmar sus datos generales y actividad o giro a la cual se dedica.
5. Vigencia solicitada :
6. Suma asegurada solicitada y moneda :
7. Indique el tipo de servicios jurídicos que predominantemente que proporciona el bufete:



Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V.
Av. Insurgentes Sur 1605, piso 25
Col. San José Insurgentes
México, D.F., 03900
Tel. (52 5) 480 4000
Fax. (52 5) 662 9714
Fax. (52 5) 662 9716

8. ¿Trabaja de manera predominante o exclusiva para alguna persona, empresa o entidad?

Sí ☐

No ☐

En caso afirmativo, indíquela:

9. Indicar:

a) Número de profesionistas bajo relación de trabajo y ámbito de la actividad de cada uno:

b) Detalle de la plantilla de otras personas bajo relación de trabajo y ámbito de la actividad de cada uno:

10. ¿Le ha sido rehusado o rescindido un seguro de responsabilidad profesional?

Sí

☐

No

☐

En caso afirmativo, indicar compañía de seguros, fecha y argumento dado a conocer:



Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V
Av. Insurgentes Sur 1605, piso 25
Col. San José Insurgentes
México, D.F., 03900
Tel. (52 5) 480 4000
Fax. (52 5) 662 9714
Fax. (52 5) 662 9716

11. ¿Cuenta actualmente con un seguro de responsabilidad profesional?

Sí

☐

No

☐

En caso positivo, favor de indicar compañía de seguros y suma asegurada:

12. Indique si ocupa inmueble(s) arrendado(s), su ubicación y uso que hace de él (ellos):

Domicilio y uso:

13. Sublímite de responsabilidad a asegurar:

14. Domicilio y uso:

15. Indique la experiencia de reclamaciones y siniestros durante los últimos tres años (detalle los daños ocasionados, sus causas, sus montos pagados o aún pendientes):



Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V
Av. Insurgentes Sur 1605, piso 25
Col. San José Insurgentes
México, D.F., 03900
Tel. (52 5) 480 4000
Fax. (52 5) 662 9714
Fax. (52 5) 662 9716

16. ¿Tiene conocimiento de algún hecho en el ejercicio de su actividad profesional que pudiera conducir a un supuesto de reclamación? En caso positivo detállelo:

17. Honorarios percibidos:

Año anterior:

Presupuesto año actual:

Presupuesto próximo año:

En caso necesario continúe en hoja adicional.

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

Favor de recordar las disposiciones de los artículos 8 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, que se transcriben a continuación:

“Artículo 8. El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.”

“Artículo 47. Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.”

Firma del solicitante:

Lugar y fecha: