



### Servicios Profesionales

De intermediación de seguros y de fianzas por parte del Asegurado a Terceros consistentes en la presentación, propuesta o realización de trabajos previos a la celebración de un contrato de seguro (no de reaseguro), o de celebración de dicho contrato, así como la asistencia en la gestión y ejecución del referido contrato, en particular en caso de siniestro.

### Resumen de cobertura

Reclamaciones de terceros contra el Asegurado, en virtud de actos negligentes, errores u omisiones en la prestación de Servicios Profesionales.

### Perfil de Cliente

Agentes de seguros (Personas Físicas y/o Morales)  
No se cubren agentes de Lloyd's y/o agentes facultados.

### Exclusiones Principales

OFAC.  
Lavado de Dinero.  
Conflicto de intereses.  
Sanciones económicas y comerciales.

### Requisitos de la Propuesta de Seguro

**La compañía solicitante debe cumplir todos los requisitos siguientes para acceder a la cobertura de seguro propuesta. En caso de no cumplirse, los términos y condiciones de esta presente no tienen validez:**

- 1) Su volumen de primas intermediadas no sea mayor a MXN \$40,000,000
- 2) Siniestralidad nula en los últimos 5 años.

### Términos y Condiciones de Cobertura

Vigencia de la póliza: 12 meses.	• Ámbito Territorial: República Mexicana.
• Retroactividad: A partir de la fecha de vigencia de la póliza	• Jurisdicción: México

### Sub-límites

- MXN 30,000 Gastos de reputación
- MXN 30,000 Pérdida de documentos

### Zurich Compañía de Seguros S.A.

Ejército Nacional 843-B Site Corporativo Antara I, Col. Granada, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11520, Ciudad de México,  
Tel: 55-5284-1000 [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx)

### Condiciones de la Propuesta de Seguro

Las primas indicadas en esta tabla son Primas Netas aplicables en función de las primas intermediadas (último ejercicio cerrado) y límite de cobertura seleccionado. Estas primas no incluyen recargos, comisiones ni impuestos de legal aplicación.

Por favor indicar con una X la opción seleccionada.	(*) Límite de Indemnización (MXN)	Prima Neta	Derechos
<b>Primas Intermediadas: Hasta MXN 40,000,000</b>	\$ 250,000.00 <input type="checkbox"/>	\$ 2,750	\$ 150
	\$ 500,000.00 <input type="checkbox"/>	\$ 4,500	\$ 250
	\$ 750,000.00 <input type="checkbox"/>	\$ 5,500	\$ 250
	\$ 1,000,000.00 <input type="checkbox"/>	\$ 6,500	\$ 250
	\$ 2,000,000.00 <input type="checkbox"/>	\$ 11,000	\$ 250
	\$ 3,000,000.00 <input type="checkbox"/>	\$ 14,500	\$ 250
	\$ 4,000,000.00 <input type="checkbox"/>	\$ 18,000	\$ 250
	\$ 5,000,000.00 <input type="checkbox"/>	\$ 21,000	\$ 250

**Deducible: 10% de la pérdida con mínimo de 10,000 toda y cada reclamación.**

Se podrá llevar a cabo un análisis individualizado del caso proporcionando un cuestionario de seguro de Agentes debidamente requisitado y estados financieros para los casos en que:

- Cuyas primas de intermediación anual supere los MXN \$40,000,000
- Que deseen contratar un límite de indemnización superior a 5,000,000

### Declaración

Declaro que las informaciones comunicadas en esta propuesta de seguro son verdaderas y que no he omitido voluntariamente ni suprimido cualquier hecho. Acepto que las declaraciones hechas en esta propuesta de seguro así como la información facilitada en otros documentos sirven de base a la póliza y forman parte de la misma. Asimismo, me comprometo a informar el Asegurador de cualquier modificación a estas declaraciones que pudiera tener lugar entre la fecha de esta propuesta de seguro y la fecha de efecto de la póliza.

Nombre del Asegurado:

RFC:

Domicilio Fiscal:  Calle y número

Colonia:  Ciudad:

Delegación o Municipio:  Estado:  C.P.:

E-mail:  Página Web:  Teléfono:

Vigencia del  al

Clave/número y Nombre de Agente Zurich:

Nombre y cargo del representante de la entidad solicitante:

Fecha de Solicitud:

## Carta de Aceptación

### Límite de Indemnización y Prima

Mediante la firma del presente solicito a Zurich Compañía de Seguros S.A. proceda con la emisión de una póliza de Responsabilidad Civil Profesional Agentes conforme a la información contenida en este formulario con un Límite de Indemnización de \$\_\_\_\_\_ y prima neta a pagar de \$\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de la entidad solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si se requiere la emisión favor de enviar el siguiente formato en PDF llenado en su totalidad, anexando carta de aceptación con firma y fecha escaneado al correo [mesadecontrol.danos@mx.zurich.com](mailto:mesadecontrol.danos@mx.zurich.com) con el siguiente subject:  
Número de agente / Pre-Suscrito Agentes / Nombre del asegurado

Ejemplo:  
75901/ Pre-Suscrito Agentes / Gonzalez Medina Pedro

Sujeto a términos y condiciones descritos en condiciones generales y especiales de cada producto.  
Cláusula de proporcionalidad aplicable.

Los datos personales recibidos en Zurich son tratados conforme lo establecido en el aviso de privacidad según su texto integro que podrá ser consultado en [www.zurich.com.mx](http://www.zurich.com.mx)