

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL SOLICITUD DE SEGURO

Completar correctamente la solicitud es de fundamental importancia para el análisis y aceptación del seguro.

NOTA: TODOS LOS DATOS SON OBLIGATORIOS. EN CASO DE QUE FALTE ALGUNO, LA SOLICITUD SERÁ RECHAZADA

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Nombre: _____

Dirección fiscal: _____

Teléfono: _____

RTN: _____

E-mail: _____

Descripción de Giro/Actividades

1. Posee Sucursales? SÍ____ NO____

Si su respuesta es positiva, favor proporcionar detalles.

2. ¿Cuándo inició operaciones? _____

3. ¿Ha cambiado su nombre durante los últimos cinco (5) años? SÍ____ NO____

Si su respuesta es positiva, favor proporcionar detalles.

4. ¿Se han realizado fusiones o adquisiciones durante los últimos cinco (5) años?

SÍ____ NO____

Si su respuesta es positiva, favor proporcionar detalles.

5. Para toda la firma, oficinas y sucursales, favor indicar el número de:

a) Socios o Directores. _____



b) Total de personal distinto de secretarías y mensajeros. _____

c) Secretarías y mensajeros. _____

COBERTURA:

La Compañía se obliga a indemnizar al Asegurado o a los terceros, según el caso, los perjuicios patrimoniales provenientes de la Responsabilidad Civil Profesional en que incurra el Asegurado como consecuencia de actos negligentes (incluyendo culpa grave), impericia, errores u omisiones, en el ejercicio de la profesión de corredor de seguros o agentes de seguros, siempre y cuando estén en pleno y legal ejercicio de su actividad y que la reclamación de los mismos se presente por vez primera durante la vigencia de esta póliza.

La cobertura otorgada por el presente contrato de seguros se extiende a cubrir los siguientes gastos, siempre y cuando éstos se originen de un siniestro amparado bajo los términos de la misma, según se indican a continuación: 1. Los costos del proceso que se establezcan en favor del tercero damnificado o sus causahabientes por la reclamación de perjuicios y con las limitaciones que establezca la ley. 2. Los honorarios de Abogado en que incurra el Asegurado por su propia defensa, dentro de los procesos que se inicien en su contra, siempre y cuando sea notificada, por escrito, la Compañía y que el Asegurado no proceda desatendiendo las instrucciones de la misma.

6. Proporcionar detalles de nombre, estudios (si los hay), experiencia y edades de todos los socios o directores.

7. ¿Se dedica a otras actividades distintas a la indicada?

SÍ____ NO____

En caso afirmativo, proporcionar detalles.

8. Cuáles fueron durante el último año fiscal:

a) Ingresos _____

b) Egresos _____

9. alguna solicitud de Seguro similar a éste ha sido alguna vez:

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro GPU POL No.xx/xx-xx-2020



- | | |
|---|-----------------|
| a) Declinada | SÍ_____ NO_____ |
| b) Cancelada | SÍ_____ NO_____ |
| c) Rechazada en renovación | SÍ_____ NO_____ |
| d) Ha sufrido la imposición de condiciones especiales | SÍ_____ NO_____ |
- En caso afirmativo a cualquiera de las anteriores, proporcionar detalles.

10. ¿Se han efectuado o se tiene noción o conocimiento de alguna reclamación en su contra, cualquiera de los socios o directores actuales o anteriores o cualquier empleado?

SÍ_____ NO_____

En caso afirmativo a cualquiera de las anteriores, proporcionar detalles.

18. Favor indicar:

a) Límite asegurado requerido: _____

b) Deducible a ser asumido por cada pérdida: _____

c) Fecha de inicio de vigencia: _____

DECLARACIÓN:

Declaramos que las respuestas que figuran en la presente solicitud son ciertas, y acordamos que si la información aquí contenida sufre cambios entre la fecha de entrega y la de inicio de cobertura, notificaremos inmediatamente tales cambios a la Compañía, y la Compañía podrá declinar o modificar cualquier cotización pendiente y/o autorización o acuerdo de cobertura.

Firmar esta solicitud no obliga ni al propuesto asegurado ni a la Compañía a materializar este seguro, pero es acordado que este documento será la base del contrato de ser emitida una póliza, se adjuntará y hará parte integrante de la póliza.

Nombre/Firma: _____

Fecha: _____ **Cargo** _____