



Seguro GMX de RC*

*Marca registrada

**Cuestionario para la cotización del
seguro de responsabilidad civil y de responsabilidad profesional para
profesiones médicas y sus profesiones auxiliares y técnicas**

Servicios para profesionistas, auxiliares y técnicos.

**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.”

Por favor conteste todas las preguntas.



Si requiere aclaraciones quedamos a sus órdenes.

1. Nombre del solicitante:
2. Domicilio:
3. R. F. C.:
4. Vigencia solicitada:
5. Suma asegurada solicitada y moneda:
6. Número de cédula profesional:
7. Especifique la especialidad practicada:
8. Sitio (s) donde ejerce su profesión:
9. Indique si ocupa inmueble(s) arrendados(s), su ubicación y uso que hace de él (ellos):
Domicilio y uso:
Sublímite de responsabilidad a asegurar:
Domicilio y uso:
Sublímite de responsabilidad a asegurar:
10. Indique la experiencia de reclamaciones y siniestros durante los últimos tres años (detalle los daños ocasionados, sus causas y los montos reclamados o pagados):



En caso necesario continúe en hoja adicional.

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

**Firma del solicitante
(nombre y puesto)**

Lugar y fecha: