



Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Instituciones Educativas

SOLICITUD

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN GENERAL

1. (a) Nombre de la Institución: _____
- (b) Dirección: _____
- (c) Dirección de su página de Internet: _____
- (d) Fecha de constitución: _____

SECCIÓN 2 – ACTIVIDADES PROFESIONALES Y DETALLE DE INGRESOS

2. Tipo de Institución Educativa:
 Escuela Pública Escuela Privada Universidad Otros (Favor especificar) _____
3. ¿El plantel ha establecido una junta directiva, comité o equivalente? Si No
4. ¿Imparten programas especiales de educación (por ejemplo: personas con discapacidades, dislexia, dificultades de aprendizaje, clases de regularización, etc.)?
 Si (Por favor detallar) _____ No
5. ¿Están afiliados con otra organización? Si (Por favor detallar) _____ No
6. Por favor enumere la cifra total de:
Estudiantes _____ Profesores / Maestros _____ Resto del personal _____
Instructores o Profesores para programas especiales de educación _____
7. Por favor, proporcione la siguiente información sobre Directores y Socios:
- | Nombre | Grado de estudios | Años de experiencia |
|--------|-------------------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

8. a) Por favor proporcione la siguiente información:

Pesos Mexicanos	Año anterior	Año Actual	Próximos 12 meses
Ingresos brutos:			

b) Por favor proporcione el porcentaje de ingresos que proviene de las siguientes:

_____ Del Gobierno o Autoridades educativas

_____ De los padres o de los propios alumnos

_____ De otra fuente (Favor de especificar) _____

c) ¿Algún ingreso proviene de Estados Unidos y/o Canadá? Si No

d) ¿Han interrumpido sus actividades en los últimos 3 años? **(Aplica solamente para Instituciones educativas con fines de lucro)** Si (Favor especificar) No

SECCIÓN 3 – POLÍTICAS DE PRÁCTICAS DE EMPLEO Y PARA LA PRÁCTICA DOCENTE

9. a) ¿Se verifican los antecedentes de todos los posibles empleados de la Institución Educativa? Si No

¿Se verifican también los antecedentes de los empleados temporales? Si No

¿Los empleados actuales también fueron sometidos a esta verificación? Si No

¿Se verifican los antecedentes de los profesores y/o Instructores?

Si (Por favor especificar) _____ No

b) ¿Algún empleado, profesor y/o instructor ha sido suspendido de empleo, despedido, destituido o transferido en los últimos 12 meses? Si (Por favor especificar en documento anexo) No

c) ¿Alguna persona, ex-empleado o candidato para algún puesto ha alegado trato injusto o inadecuado referente a la contratación, ascenso no remunerado o terminación del trabajo?

Si (Por favor especificar en documento anexo) No

d) ¿Se han establecido guías o procedimientos relativos a los procedimientos de suspensión, despido o destitución o no renovación de los contratos de trabajo? Si (Favor de adjuntar copia) No

e) ¿Prevén alguna reducción en personal docente, instructores o profesores en los próximos 12 meses? Si No

f) ¿Imparten regularmente seminarios o guías relativas a la prevención, reporte e investigaciones de discriminación, acoso sexual o abuso de menores? Si No

g) ¿Están involucrados en alguna controversia relativa a problemas de integración? Si (Por favor indique el motivo) _____ No

h) ¿Ha sido la Institución Educativa cerrada o sus actividades interrumpidas durante los últimos 3 años debido a huelgas o acciones de Profesores, empleados y/o alumnos? Si (Por favor indique el motivo) _____ No

i) ¿Tienen procedimiento/políticas para protegerse contra la responsabilidad proveniente del uso de la página web de la Institución Educativa por terceras personas, empleados y/o estudiantes?

Si (Por favor adjunte copia) No

SECCIÓN 4 – COBERTURA PREVIA Y OPCIONES DE COBERTURA

10. (a) ¿Actualmente tienen contratado un seguro de Responsabilidad Civil Profesional? Si No

Nombre del asegurado	_____	Fin de vigencia	_____
Suma asegurada	_____	Deducible	_____
Prima neta	_____		

(b) Ha sido denegada, cancelada o no renovada alguna propuesta de seguro de Responsabilidad Civil Profesional a la Institución Educativa o a sus predecesores en la actividad o a cualquiera de los Directores presentes o pasados, funcionarios o miembros del consejo de administración?

Si (Por favor indique motivo) _____ No

11. Por favor especifique, los límites de Indemnización y deducibles para los cuales desea cotización:

Limites	Deducibles

SECCIÓN 5 - RECLAMOS Y CIRCUNSTANCIAS

12. ¿Tiene conocimiento algún Socio, Directivo, funcionario, miembro del consejo de administración o cualquier empleado, después de realizar las oportunas averiguaciones, de algún reclamo que se haya efectuado contra la Institución Educativa o contra sus predecesores en el negocio, o bien contra cualquier Socio, Directivos, funcionario, miembro de Universidad, miembro del consejo de administración, o cualquier otro empleado pasado o actual? Si No

13. ¿Tiene conocimiento algún Socio, Directivo, funcionario, miembro de la junta directiva o consejo de administración o cualquier empleado, después de realizar las oportunas averiguaciones, de algún hecho o circunstancia que pudiera dar lugar a una reclamación contra la Institución Educativa o contra sus predecesores en el negocio, o bien contra cualquier Socio, Directivos, funcionario, miembro de Universidad, miembro del consejo de administración, o cualquier otro empleado pasado o actual? Si No

Si han contestado afirmativamente a las preguntas 12 y/o 13 cada hecho o circunstancia debe detallarse previamente para obtener una cotización.
NO CONTESTAR CORRECTAMENTE PUEDE PERJUDICAR SERIAMENTE SUS DERECHOS, en caso de que tenga lugar una reclamación.

ESTE CUESTIONARIO ES UN DOCUMENTO CONFIDENCIAL, SU FIRMA NO VINCULA A LA SOCIEDAD NI AL ASEGURADOR A SUSCRIBIR UNA PÓLIZA DE SEGURO, PERO SE CONVIENE QUE ESTE CUESTIONARIO SERVIRÁ DE BASE AL CONTRATO SI SE EMITIERA UNA PÓLIZA, Y SE ADJUNTARÍA Y FORMARÍA PARTE DE LA MISMA.

DECLARACIÓN

Declaro que la información contenida en este cuestionario es verdadera y no

se ha omitido voluntariamente hecho alguno relevante para la apreciación del riesgo. Acepto que las declaraciones hechas en este cuestionario 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 este cuestionario y la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

El solicitante está obligado a declarar al Asegurador, de acuerdo a este cuestionario, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueda influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, facultará a la Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del contrato.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Aseguradora, ni que, en caso de aceptarse, la póliza concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PROPONENTE

Cargo: _____

Fecha: _____

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD :

SELLO DE LA SOCIEDAD :

**P O R F A V O R , A D J U N T A R A L P R E S E N T E
C U E S T I O N A R I O**

- Últimos estados financieros auditados (incluyendo notas) o declaración anual de impuestos.
- El folleto informativo/publicitario de los servicios/productos (si está disponible).
- La copia de los contratos estándar (si los utiliza).

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0012-0141-2011 de fecha 10/03/2011”.