

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL PARA AGENTES DE SEGUROS**

PÓLIZA

ENDOSO

INCISO

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Vigencia: Desde las 12:00 P.M. del

Hasta: las 12:00 P.M. del

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Estimado Asegurado Quálitas Compañía de Seguros, lo invita a que lea sus Condiciones Generales con la finalidad de que conozca los alcances, exclusiones y restricciones con que cuenta el seguro que acaba de adquirir, independientemente de la obligación a cargo de la Compañía de hacer entrega de las Condiciones Generales por el medio que usted haya elegido en la solicitud de seguro, la consulta de dicha Documentación puede ser efectuada en la página Web: <https://www.qualitas.com.mx/web/qmx/conoce-todas-las-condiciones-generales> o en el RECAS.

Usted puede consultar el folleto que contiene los Derechos de los Asegurados, Contratantes y Beneficiarios en nuestra página de internet (www.qualitas.com.mx) lo anterior con independencia de la entrega física que Quálitas Compañía de Seguros tiene obligación de efectuar de manera directa o bien a través de la persona física o moral que participe en la intermediación o contratación de este seguro.

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. "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 (30) días que sigan al día en que reciba su póliza, transcurrido ese plazo se consideran aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones".

Nuestra Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE), con domicilio en: Boulevard Picacho Ajusco 236, Colonia Jardines de la Montaña, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México, C.P. 14210, horario de atención de Lunes a Viernes de 9:00 a.m. a 6:00 p.m.; teléfono (55) 5002 5500, correo electrónico: uauf@qualitas.com.mx

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur #762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, Teléfono (55) 5340 0999 y (800) 999 80 80. Página Web www.condusef.gob.mx; correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

Quálitas Compañía de Seguros, S.A. de C.V. (en lo sucesivo La Compañía), asegura de acuerdo a las Condiciones Generales y Especiales de esta Póliza, el vehículo contra pérdidas o daños causados por cualquiera de los riesgos que se enumeran y que el Asegurado haya contratado, en testimonio de lo cual, La Compañía firma lo presente.

Quálitas Compañía de Seguros, S.A. de C.V. con domicilio en Av. San Jerónimo #478, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México, tratará sus Datos Personales de acuerdo a las siguientes finalidades: administración, mantenimiento o renovación de la póliza de seguro, así como los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones que deriven de la Ley sobre el Contrato de Seguro y de la normatividad aplicable, se encuentra a su disposición el Aviso de Privacidad Integral en www.qualitas.com.mx

OFICINA DE ATENCIÓN DE SERVICIO

Oficina:
Domicilio:
Colonia:
Teléfono:
De Lunes a Viernes de 8:30 a.m. a 6:30 p.m.

C.P:

FAX:

Canal de Venta:
Agente:

Teléfono:

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 22 de mayo de 2025 con el número CNSF-S0046-0161-2025/CONDUSEF-001921-05

Consulta de significado de Abreviaturas en nuestra página Web: www.qualitas.com.mx

Quálitas Compañía de Seguros, S. A. de C.V. | José Ma. Castorena No. 426

Col. San José de los Cedros, Cuajimalpa 05200, Ciudad de México.

Reporte de Siniestros 800 800 2880 | 800 288 6700 Centro de Contacto Quálitas 800 800 2021

**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
 PROFESIONAL PARA AGENTES DE SEGUROS**
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO
NOMBRE Y DOMICILIO DEL ASEGURADO

Domicilio: _____ Número: _____ Int: _____ R.F.C: _____
 C.P: _____ Municipio: _____ Colonia: _____
OFICINA: NOMBRE OFC: CVE AGENTE: GERENTE:

Póliza Anterior	Moneda	Plazo Pago	Fecha Emisión	Fecha Límite	Ventas Anuales	Forma de Pago
		XX días	00/XXXX/20XX	00/XXXX/20XX	000,000.00	

Vigencia:	MOVIMIENTO:	PRODUCTO:
Desde las 12:00 P.M. del: Hasta las 12:00 P.M. del:		

Las responsabilidades contratadas son las que aparecen escritas en la especificación de coberturas con suma asegurada y prima neta. La Compañía expide esta póliza a favor de la persona arriba citada (quien en lo sucesivo se denominará el asegurado).

ESPECIFICACIONES DE COBERTURAS

RIESGOS, BIENES O ACONTECIMIENTOS	SUMA ASEGURADA	PRIMA NETA*
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DE AGENTES DE SEGUROS		
1. RESPONSABILIDAD POR DAÑOS DIRECTOS AL PATRIMONIO	AMPARADO	
2. RESPONSABILIDAD POR PÉRDIDA O DESTRUCCIÓN DE DOCUMENTOS	AMPARADO	
3. LA RESPONSABILIDAD DE EMPLEADOS O TRABAJADORES	AMPARADO	
4. GASTOS DE DEFENSA	AMPARADO	

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía para todas y cada una de las coberturas amparadas en la presente póliza, se encuentra comprendido en la suma asegurada L.U.C.*

* Suma asegurada como límite único y combinado.

• La prima se determina sobre el volumen anual de ventas del asegurado.

Deducible aplicable en toda y cada pérdida: 5% sobre el siniestro con mínimo de \$6,000.00 MN.

Este Seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Agentes de Seguros es válido solo para agentes de **Quálitas Compañía de Seguros, S.A. de C.V.**, y se limita la cobertura a las responsabilidades emanadas de los contratos que intermedian con sus Asegurados y Quálitas.

**OFICINA DE ATENCIÓN DE SERVICIO
 (PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA)**

AGENTE: _____
NÚMERO: _____ **TELÉFONO:** _____
OFICINA: _____
DIRECCIÓN: _____ **C.P:** _____
TELÉFONO: _____ **FAX:** _____
De Lunes a Viernes de 8:30 a.m. a 6:30 p.m.

COSTO DE LA PÓLIZA

Prima Neta:	\$
Tasa de Financiamiento:	\$
Por pago Fraccionado	\$
Gastos de Expedición:	\$
Subtotal	\$
I.V.A. 16%	\$
IMPORTE TOTAL	\$
1er. RECIBO	\$

REPORTE DE SINIESTROS LOCAL 000-000-0000
NACIONAL 000-000-0000

CIUDAD DE MÉXICO
 A XX DE XXXX DE 20XX

Este documento no acredita el pago de la póliza por lo que es indispensable contar con el recibo correspondiente en caso de reclamación.