



NOTA: DE SER EMITIDA, ESTA PÓLIZA SERÁ A BASE DE RECLAMACIÓN HECHA Y REPORTADA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. (CLAIMS-MADE)

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE/ASEGURADO _____

SOCIO # _____ EMAIL: _____

TEL: _____ FAX: _____

2. DIRECCIÓN POSTAL _____

DIRECCIÓN FÍSICA _____

3. SOLICITANTE ES: ☐ INDIVIDUO ☐ SOCIEDAD ☐ CORPORACIÓN

4. LÍMITE DE CUBIERTA DESEADA: ☐ \$100,000 ☐ \$250,000 ☐ \$500,000 ☐ \$1,000,000 ☐ OTHER

5. RETENCIÓN: ☐ \$2,500 ☐ \$5,000 ☐ OTRO

6. AÑO ESTABLECIDO: _____

7. ASOCIACIÓN PROFESIONAL A LA CUAL PERTENECE _____

8. ¿CUANTOS AÑOS DE EXPERIENCIA PROMEDIO TIENEN LOS EMPLEADOS QUE REALIZAN LAS FUNCIONES DE INVESTIGACIÓN?:

¿CUANTOS EMPLEADOS TIENEN MENOS DE 3 AÑOS DE EXPERIENCIA?: _____

9. DESCRIBE EN DETALLE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES PARA LAS CUALES INTERESA ESTA CUBIERTA

10. INFORME LOS INGRESOS RECIBIDOS DURANTE EL AÑO PASADO RELACIONADOS CON LAS ACTIVIDADES MENCIONADOS EN LA PREGUNTA 9 Y LOS INGRESOS PROYECTADO PARA ESTE AÑO.

ACTIVIDAD PROFESIONAL	INGRESO AÑO PASADO	INGRESO PROYECTADO PARA ESTE AÑO
A.		
B.		
C.		
D.		

11. ¿ES EL SOLICITANTE DUEÑO, O ESTÁ ASOCIADO CON ALGUNA OTRA FIRMA, CORPORACIÓN O COMPAÑÍA? ☐ NO ☐ SI EXPLICAR

¿REALIZA USTED ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES MENCIONADAS EN LA PREGUNTA 9 PARA ALGUNAS DE ESTAS EMPRESAS? SI ☐ NO ☐

12. A. NÚMERO DE LOS DIRECTORES, SOCIOS, OFICIALES, Y EMPLEADOS QUE ESTAN DIRECTAMENTE OFRECIENDO SERVICIOS A LOS CLIENTES:

B. NÚMERO DE EMPLEADOS NO PROFESIONALES EJEMPLO: OFICINISTA, SECRETARIAS, ETC.: _____

13. FAVOR PROVEER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

NOMBRE DE SOCIOS DIRECTORES/ OFICIALES/ Y EMPLEADOS CLAVES	CALIFICACION PROFESIONAL	FECHA CALIFICADO	AÑOS DE EXPERIENCIA	TIEMPO QUE LLEVA EN LA COMPAÑIA

14. ¿REALIZA INVESTIGACIÓN O ESTUDIOS DE TITULO PARA PROPIEDADES LOCALIZADA FUERA DE PUERTO RICO?

[] NO [] SI FAVOR DE DETALLAR _____

15. ¿INCLUIR LOS 5 PROYECTOS MÁS IMPORTANTES QUE FUERON REALIZADOS DURANTE LOS PASADOS 3 AÑOS. FAVOR DE INFORMAR
(1) NOMBRE DEL CLIENTE/PROYECTO (2) SERVICIO REALIZADO (3) INGRESO OBTENIDO POR ESTOS SERVICIOS.

PROYECTO/NOMBRE DEL CLIENTE	SERVICIOS REALIZADOS	INGRESO

16. ¿EMITEN CONTRATOS ESCRITOS CON LOS CLIENTES? [] EN TODOS LOS CASOS [] ALGUNAS VECES [] NUNCA

17. A. ¿QUE PORCIENTO DE LOS SERVICIOS QUE USTED OFRECE SUBCONTRATA A OTROS? _____%
B. ¿PROVEE SERVICIOS PROFESIONALES A EMPRESAS EN LA CUAL USTED SEA DUEÑO, SOCIO Y/O TENGA ALGÚN INTERES EN LA MISMA?
[] NO [] SI EXPLICAR _____

18. ¿ES USTED DUEÑO, SOCIO O TIENE ALGÚN INTERES EN ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGURO DE TÍTULO? SI [] NO []

19. ¿EXTRAE USTED INFORMACIÓN DE LAS TOMAS DEL REGISTRO DE LA PROPIEDAD? SI [] NO []
INFORMAR CUALES SON SUS FUENTES DE INFORMACIÓN PARA REALIZAR LOS ESTUDIOS DE TÍTULOS.

20. ¿EXTRAE USTED INFORMACIÓN ELECTRONICAMENTE? SI [] NO []

21. NOMBRE LAS COMPAÑÍAS DE SEGURO DE TÍTULO QUE USTED REPRESENTA. _____

22. ¿SE LE HA DENEGADO O CANCELADO ALGÚN TIPO DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL? SI [] NO []

23. ¿TIENE ACTUALMENTE ALGÚN TIPO DE SEGURO DE REPONSABILIDAD PROFESIONAL? [] NO [] SI EXPLIQUE

NOMBRE DE COMPAÑÍA: _____
FECHA EXPIRACIÓN: _____
LÍMITE: _____
DEDUCIBLE _____
PRIMA _____
TIEMPO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA: _____

24. ¿ LAS PERSONAS MENCIONADAS EN LA PREGUNTA NÚMERO 13 HAN SIDO OBJETO DE ACCIÓN DICIPLINARIA POR LAS AUTORIDADES
COMO RESULTADO DE SUS ACTIVIDADES PROFESIONALES? [] NO [] SI EXPLIQUE _____

25. ¿LAS PERSONAS QUE SERÁN ASEGURADAS TIENEN CONOCIMIENTO O INFORMACIÓN DE HABER COMETIDO ALGÚN ACTO, ERROR,
O OMISIÓN POR EL CUAL PUDIERA SURGIR UNA RECLAMACIÓN EN CONTRA DE ELLOS ? [] NO [] INFORMAR DETALLE

26. INCLUIR UN LISTADO Y EL ESTATUS DE TODAS LAS RECLAMACIONES HECHAS CONTRA CUALQUIERA PERSONA HACER ASEGURADA DURANTE LOS PASADOS 3 AÑOS. SI NO EXISTE NINGUNA RECLAMACIÓN O CONOCIMIENTO DE UNA POSIBLE RECLAMACIÓN FAVOR MARCAR AQUI [] NINGUNA
27. ESTOY DE ACUERDO QUE DE SURGIR UNA ACCIÓN O RECLAMACIÓN POR HABER EXISTIDO CONOCIMIENTO O INFORMACIÓN RELACIONADA CON LAS PREGUNTAS #24, 25 Y 26 DE ESTA SOLICITUD, LAS MISMAS NO ESTARÁN CUBIERTA BAJO ESTE PROGRAMA DE SEGURO.
28. FAVOR DE INCLUIR ESTADOS FINANCIEROS Y/O PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS MÁS RECIENTES Y COPIA DE MATERIAL PROMOCIONAL UTILIZADO.

AVISO: CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y QUE CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO O, QUE PRESENTARE, AYUDARE O HICIERE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN FRAUDULENTE PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA U OTRO BENEFICIO, O PRESENTARE MÁS DE UNA RECLAMACIÓN POR UN MISMO DAÑO O PÉRDIDA, INCURRIRÁ EN DELITO GRAVE Y CONVICTO QUE FUERE, SERÁ SANCIONADO, POR CADA VIOLACIÓN CON PENA DE MULTA NO MENOR DE CINCO MIL (\$5,000) DÓLARES, NI MAYOR DE DIEZ MIL (\$10,000) DÓLARES O PENA DE RECLUSIÓN POR UN TÉRMINO FIJO DE TRES (3) AÑOS, O AMBAS PENAS. DE MEDIAR CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES, LA PENA FIJA ESTABLECIDA PODRÁ SER AUMENTADA HASTA UN MÁXIMO DE CINCO (5) AÑOS; DE MEDIAR CIRCUNSTANCIAS ATENUANTES, PODRÁ SER REDUCIDA HASTA UN MÍNIMO DE DOS (2) AÑOS.

POR LA PRESENTE DECLARO QUE HE LEIDO ESTA SOLICITUD Y QUE, DE ACUERDO A MI MEJOR CONOCIMIENTO Y ENTENDER, LO ANTERIORMENTE MANIFESTADO ES CIERTO Y QUE SE OFRECE CON EL FIN DE QUE LA COMPAÑÍA ME EXPIDA LA POLIZA QUE ESTOY SOLICITANDO.

POR ESTE MEDIO ESTAMOS DE ACUERDO EN LO SIGUIENTE:

- 1.-ESTA SOLICITUD ES LA BASE DEL CONTRATO DE SEGURO, POR LO TANTO DECLARAMOS QUE TODA LA INFORMACIÓN AQUÍ EXPUESTA ES CIERTA Y NO HEMOS OCULTADO INFORMACIÓN ALGUNA.
- 2.-EL COMPLETAR ESTA SOLICITUD NO OBLIGA A LA COMPAÑÍA A EMITIR LA PÓLIZA NI AL SOLICITANTE A COMPRAR EL SEGURO.
- 3.-DE EMITIRSE PÓLIZA, ÉSTA SOLICITUD SERÁ PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO.
- 4.-AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, UN OFICIAL AUTORIZADO POR EL SOLICITANTE, O EL SOLICITANTE ENTIENDE Y ACEPTA QUE EL LÍMITE DE RESPONSABILIDAD INCLUIDO EN ESTA PÓLIZA PUEDE SER REDUCIDO Y/O COMPLETAMENTE AGOTADO POR LOS GASTOS DE DEFENSA LEGAL Y/O POR LA SENTENCIA QUE SE ESTIPULE EN LA CORTE.
- 5.-AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, UN OFICIAL AUTORIZADO POR EL SOLICITANTE O EL SOLICITANTE ESTÁ CONSCIENTE DE QUE LOS GASTOS LEGALES DE DEFENSA INCURRIDOS SERÁN REEMBOLSADOS LUEGO DE DESCONTAR LA CANTIDAD ESTIPULADA COMO RETENCIÓN.

NOMBRE DE LA FIRMA Y/O DEL SOLICITANTE: _____

FIRMA: _____ NOMBRE Y TÍTULO: _____

FECHA: _____

Para poder ofrecer una cotización es importante que todas las preguntas de esta solicitud esten debidamente contestadas y firmadas por el solicitante o por un oficial autorizado por el solicitante.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL AGENTE Y/O CORREDOR DE SEGUROS

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____ FAX: _____

EMAIL: _____

AIG Insurance Company-Puerto Rico
 250 Muñoz Rivera Ave., Suite 500, Hato Rey, PR 00918,
 PO Box 10181, San Juan, Puerto Rico 00908-1181
 TEL: 787.767.6400
www.aig.com.pr