

NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B- 24 Pisos 1, 2 y 3
Tel: (57-1) 285 5600
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autoretenedores

Versión Clausulado Número

Código Anexo de Asistencia



Este documento constituye una solicitud de seguro y por lo tanto puede o no ser aceptada por el Asegurador. Una vez analizada la información proporcionada por la entidad, el Asegurador se reserva el derecho de proponer alternativas de cobertura. Una vez celebrado el contrato de seguro, este formulario se convertirá en parte integral de la póliza.

Por favor diligencie todas y cada una de las siguientes preguntas que se hacen.

1. Nombre de la Sociedad Solicitante

2. Nombre del Tomador del Seguro, en caso de ser distinto al anterior

3. Domicilio Principal

4. Número de empleados

5. Tipo de Sociedad Pública (sector estatal) Mixta Acción Empresarial Privada Cooperativa

6. Fecha de constitución

7. Actividad (es) de la Sociedad y/o sus Filiales y/o sus Subsidiarias y Sociedades Participadas (*):

8. Límites de Indemnización solicitados:

Cobertura	Límites		
	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Responsabilidad para directores y administrativos			

9. Indique las Sociedades Filiales o Subsidiarias y Sociedades Participadas de la Sociedad

Cobertura	% Participación	¿Es accionista minoritario?	Ventas del último ejercicio	Utilidad del último ejercicio



6.1. alguna de las Sociedades Filiales o Subsidiarias y/o Participadas, actuales o anteriores, está o ha estado en los últimos 5 años en situación de quiebra, suspensión de pagos o causa de disolución? Sí No

7. Durante los últimos 5 años

7.1. ¿Se ha cambiado el nombre de la Sociedad? Sí No

7.2. ¿La estructura del Capital Social ha sufrido modificaciones? Sí No

7.3. ¿Ha participado la sociedad en alguna fusión o ha adquirido participaciones en la propiedad de otras sociedades que posibiliten el acceso a los órganos de decisión de las mismas, aunque solo sea con carácter minoritario? Sí No

7.4. ¿Ha cambiado la distribución de la propiedad de las acciones de la Sociedad de tal modo que se haya alterado la composición de la mayoría con capacidad de control de la Sociedad o una persona o grupo de personas hayan adquirido un 5% o más del capital de la Sociedad? Sí No

8. Fusiones, adquisiciones o ventas de Sociedades

8.1. ¿Se está considerando alguna fusión, adquisición o venta de la Sociedad o alguna de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias y/o Sociedades Participadas? Sí No

En caso afirmativo indicar detallar

8.2. ¿Existe actualmente alguna propuesta conocida por la Sociedad en relación con su adquisición por otra entidad? Sí No

En caso afirmativo indicar detallar

NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B- 24 Pisos 1, 2 y 3
Tel: (57-1) 285 5600
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autoretenedores

Versión Clausulado Número

Código Anexo de Asistencia



10. Las acciones de la Sociedad

10.1. ¿Son absolutamente propiedad de personas físicas o personas jurídicas de derecho privado?

10.2. ¿Forma la Sociedad parte de un Grupo Económico? Sí No

10.3. En caso afirmativo adjuntar el esquema u organigrama del Grupo Sí No

10.4. Indique los mercados de Bolsa en que esta cotizando la Sociedad, y desde hace cuánto tiempo Sí No

13.4.1. ¿En la Bolsa de Valores de su país sede? Sí No

13.4.2. ¿En una Bolsa de Valores extranjera (fuera de su país sede)? Sí No ¿Dónde?

13.4.3. ¿Desde cuándo se realiza esta cotización de las acciones de la Sociedad? Sí No

10.5. Capital autorizado

10.6. Capital suscrito

10.7. La sociedad o alguna de sus subordinadas ha introducido en los últimos dos años o contempla introducir en el transcurso del próximo año alguna ampliación de capital o la adición de otros títulos valores, sea en la bolsa o a través de otros medios? Sí No

En caso afirmativo indicar detallar

11. Reclamaciones

17.1. Indique si la Sociedad o cualquiera de sus Sociedades Filiales Subsidiarias y/o Sociedades Participadas o alguna de las personas para las que se solicita este seguro se ha visto alguna vez afectada por una reclamación en su contra o por una investigación por parte de cualquier autoridad competente

17.2. Indique si la Sociedad o cualquiera de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias y/o Sociedades participadas o alguna de las personas para las que solicita este seguro ha recibido alguna vez demanda, reclamación o sanción en su contra por daños al medio ambiente o por infracción, real o supuesta, de cualquier normativa ambiental. Sí No

En caso de contestación afirmativa en los apartados 10.1 y 10.2, indique si dicha reclamación o investigación se llegó a hacer pública en algún medio de comunicación, y en todo caso de detalles Sí No

Por favor completar en hoja aparte si fuera necesario

18. Otros Seguros

18.1. Si la Sociedad, alguna de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias y/o Sociedades Participadas, alguno de los administradores, personal de alta dirección, o cualquier otra persona para la que se solicita el presente seguro, tiene o ha tenido cobertura de Responsabilidad Civil para Administradores bajo otra póliza de seguro, se ruega indicar:

Nombre de la Compañía Aseguradora

Límite de indemnización

Fecha de vencimiento/cancelación

18.2. ¿Le ha rechazado o ha denegado algún Asegurador la cobertura del riesgo a las personas para quien actualmente se solicita? En caso afirmativo dar detalles. Sí No

18.3. ¿Alguna vez se ha interrumpido la vigencia de la cobertura entre cualquiera de las vigencias desde la fecha del primer seguro?. Sí No

En caso afirmativo, proporcione detalles



NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B- 24 Pisos 1, 2 y 3
Tel: (57-1) 285 5600
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autoretenedores

Versión Clausulado Número

Código Anexo de Asistencia



18.3. ¿Ha cambiado durante los últimos 5 años los auditores externos? Si No

En caso afirmativo dar detalles

20. Indique si la Sociedad, cualquiera de sus subordinadas o alguna de las personas para las que se propone este seguro

20.1. ¿Ha dejado de cumplir alguna vez con sus obligaciones con respecto a sus deudas, convenios o créditos durante los últimos tres años?

Si No

20.2. ¿Han sido mencionados en alguna acción civil o penal o procedimiento administrativo relacionado con una violación de una ley o norma de seguridad, o se ha visto la sociedad involucrada en algún litigio por prácticas monopólicas, fijación de precios por acuerdo, impuestos, derechos de autor, patentes o algún tipo de proceso público? Si No

20.3. Se ha visto involucrado en alguna acción representativa, acción de clase o demandas derivadas de las mismas? Si No

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor a continuación incluya detalles

21. Declaraciones para la cobertura de Reclamaciones de Carácter Laboral

Detalle sobre los empleados

a. Número de empleados de tiempo completo

b. Número de empleados de tiempo parcial

c. Número de empleados despedidos en los últimos 12 meses con o sin justa causa

d. Número de predios u oficinas (indique por favor los que existen fuera de su país sede)

22. Detalles sobre la entidad tomadora, sus sociedades subordinadas o cualquier Administrador

a. ¿Tiene contemplado la compañía el despido de empleados en los próximos 12 meses? Si No

b. ¿Han estado involucrados en un litigio sobre reclamaciones laborales durante los últimos 5 años? Si No

c. Han sido acusados por la vía civil, penal o administrativa de violaciones a cualquier ley laboral en su país sede, Estados Unidos, o en otro país)

Si No

d. ¿Han recibido una demanda por despido injustificado, hostigamiento sexual o discriminación de cualquier índole?

Si No

e. ¿Tiene la empresa un departamento de recursos humanos? Si No

f. ¿Tiene la compañía un manual de empleados? Si No

g. ¿Tiene políticas definidas y en contra del hostigamiento sexual o de cualquier otro tipo? Si No

h. ¿Tiene solicitud de empleo para todo aspirante a un cargo? Si No

i. ¿Utiliza evaluaciones de ejecución formales para todo empleado? Si No

j. Tiene política definida sobre los procedimientos en caso de una querrela relacionada con hostigamiento o discriminación? Si No

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Declaro que la Compañía Mundial de Seguros S.A. identificado con Nit. 860.037.013-6 en su calidad de Responsable

del Tratamiento de Datos Personales me ha informado: **1)** Que la Política de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web <https://www.segurosmondial.com.co>; **2)** Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; **3)** Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suprimir mis datos personales.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a Seguros Mundial y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante **LA COMPAÑÍA** para que realice el tratamiento de mis datos personales con las siguientes finalidades:



NIT 860.037.013-6
Calle 33 # 6B- 24 Pisos 1, 2 y 3
Tel: (57-1) 285 5600
Bogotá D.C. - Colombia
Somos Grandes Contribuyentes
IVA Régimen Común - Autoretenedores

Versión Clausulado Número

Código Anexo de Asistencia



(i) Tramitar mi solicitud de vinculación como consumidor financiero y/o cliente; (ii) Negociar y celebrar el contrato de seguro y ejecución del mismo; (iii) Ejecutar y cumplir los contratos que celebre LA COMPAÑÍA con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir la actividad aseguradora; (iv) El control y prevención de fraudes, lavado de activos, financiación del terrorismo o financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva; (v) Determinar y liquidar pagos de siniestros; (vi) Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; (vii) Elaborar estudios técnico-actuariales, encuestas, análisis de tendencias de mercado y en general cualquier estudio técnico o de campo relacionado con el sector asegurador o la prestación de servicios de LA COMPAÑÍA; (viii) Enviar información sobre los productos, servicios, eventos, actividades de índole comercial, alianzas y publicidad de LA COMPAÑÍA, a través de los medios físicos o virtuales registrados, ejecutar acciones de perfilamiento comercial; prospección; hábitos de consumo; analítica; identificación de tendencias de mercado; definición de patrones; inteligencia de negocios; labores de inteligencia artificial; encuestas de satisfacción en la experiencia de cliente; investigaciones de riesgos, estadísticas y financieras; (ix) Consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi comportamiento financiero a las Centrales de Información o bases de datos debidamente constituidas; (x) Crear, registrar y actualizar bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de Datos Personales; (xi) Enviar información financiera de sujetos de tributación en los Estados Unidos al IRS o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del FATCA o de normas de similar naturaleza de terceros países o de tratados internacionales; (xii) Transferir o transmitir mis datos personales a terceros países en cumplimiento del contrato de seguro; (xiii) Recolectar, solicitar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud ; (xiv) Recolectar, consultar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del Decreto 1377 de 2013;

LA COMPAÑÍA conservará mis datos personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación legal y contractual o la atención de cualquier queja o reclamo judicial o extrajudicial.

Autorizo de manera previa, expresa e informada a **LA COMPAÑÍA** para tratar mis datos personales con las finalidades descritas anteriormente.

Si No



El que suscribe declara haber contestado con toda veracidad a las preguntas que figuran en el presente cuestionario de solicitud, no habiéndose ocultado ninguna circunstancia que pueda afectar al seguro que se solicita. Si tales circunstancias existen, el Asegurador podrá, desde que tenga conocimiento de las mismas, retirar o modificar cualquier oferta realizada.

El que suscribe declara conocer y aceptar que la firma de este cuestionario de solicitud no compromete al Asegurador a formalizar el contrato de seguro, éste sólo será operante cuando sea emitida la Póliza, comprometiéndose el solicitante a informar al Asegurador de cualquier alteración material que tenga lugar antes de la firma de la correspondiente Póliza. El que suscribe reconoce que esta solicitud y sus anexos serán la base del contrato correspondiente de expedirse una Póliza y se presumirán anexas a, y parte de, la Póliza, así mismo autoriza expresamente al Asegurador para llevar a cabo cualquier investigación o solicitud de informes en conexión con esta solicitud en la medida en que discrecionalmente el Asegurador entienda conveniente o necesaria.

Fecha

Firma y Sello

Nombre y cargo de la persona que firma

El cuestionario de solicitud deberá ser firmado por una persona que ostente plenas facultades de representación legal de la sociedad.

Por favor adjuntar la siguiente Información adicional:

1. Estados Financieros Auditados del último año con sus notas y comentarios del revisor fiscal.
2. Copia del último estado financiero provisional (si es aplicable).
3. Copia de los tres últimos informes de gestión.

Nota: Si la sociedad requiere cobertura en alguno de los siguientes países:

- EEUU
- Puerto Rico
- Canadá

Deberá solicitar anexo con preguntas complementarias para estos países.