

NIT 860.037.013-6  
 Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3  
 Tel: (601) 285 5600  
 Bogotá D.C. - Colombia  
 Somos Grandes Contribuyentes  
 IVA Régimen Común - Autorretenedores



### Cobertura de riesgo cibernético límites entre COP 400.000.000 y COP 2.000.000.000

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.**

Cualquier póliza emitida se dará bajo la modalidad de cobertura "Claims Made" para pérdidas propias se dará bajo modalidad ocurrencia. La póliza solo responderá a reclamaciones y/o circunstancias, que se realicen primero contra el asegurado y se notifiquen a la aseguradora durante el período de póliza.



## Información general

### 1. Datos generales

Compañía o nombre comercial

Nombres de las subsidiarias de propiedad total

Dirección

Ciudad

NIT

Número telefónico

Sitio web

Correo electrónico

¿Cuál es su principal servicio / actividad?

Fecha de creación

D

M

A

Número de empleados

Directores

### 2. Ingresos del año anterior

### 3. Gestión de información y datos

4. Este Seguro es para atender las exigencias de un contrato específico de prestación de servicios:

Si la respuesta es afirmativa por favor anexar el Contrato

Sí

No

4.1 Cuál es el valor del contrato \$

4.2 Cuál es el número de empleados exclusivos para la atención del contrato de prestación de servicios

¿Usted y sus subsidiarias cumplen con todos los requisitos descritos a continuación?:

- Tiene una política de seguridad de las tecnologías de la información en vigor sobre el procesamiento y almacenamiento de datos personales que cumpla con las leyes locales. Sí  No   
 Si su respuesta es NO explique en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta.
- Tiene firewalls instalados en todas las puertas de enlace externas para proteger la red del equipo. Sí  No   
 Si su respuesta es NO explique en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta.

NIT 860.037.013-6  
 Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3  
 Tel: (601) 285 5600  
 Bogotá D.C. - Colombia  
 Somos Grandes Contribuyentes  
 IVA Régimen Común - Autorretenedores



- **Usted tiene software antivirus instalado en todos los computadores portátiles, computadores de escritorio y servidores de la empresa, y estos se actualizan regularmente.**    Sí     No   
 Si su respuesta es NO explique en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta.
- **Usted requiere contraseñas que cumplan con los estándares mínimos de complejidad que se modifigan a partir de las contraseñas predeterminadas por el proveedor.**    Sí     No   
 Si su respuesta es NO explique en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta.
- **Realiza copias de seguridad al menos semanalmente de todos los datos críticos y esta información se almacena de manera externa, o si el proceso de copia de seguridad se subcontrata, el tercero cumple con este requisito.**    Sí     No   
 Si su respuesta es NO explique en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta.
- **Usted requiere el uso de la autenticación de 2 factores para todo el acceso remoto.**    Sí     No   
 Si su respuesta es NO explique en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta.
- **Usted realiza las comprobaciones apropiadas para asegurarse de que cualquier sitio web o contenido de impresión no infringe ninguna marca comercial o copyright.**    Sí     No   
 Si su respuesta es NO explique en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta.

## 5. Reclamaciones y circunstancias

Durante los últimos tres años ha tenido usted, o cualquiera de sus subsidiarias:

- **Ha sido sujeto a cualquier reclamación, queja, multa o penalización en relación con los riesgos a que este formulario se refiere.**    Sí     No   
 Si su respuesta es Sí explique en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta.
- **Recibió aviso o ha sido consciente de cualquier circunstancia o queja sobre usted relacionada con la protección de datos o la seguridad de los datos.**    Sí     No   
 Si su respuesta es Sí explique en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta.
- **Ha sufrido cualquier interrupción de la red no programada o involuntaria, pérdida de datos, intrusión o corrupción.**    Sí     No   
 Si su respuesta es Sí explique en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta.
- **Ha tenido alguna reclamación o circunstancia que pudiera afectar la póliza a la que se refiere este formulario.**    Sí     No   
 Si su respuesta es Sí explique en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta.

NIT 860.037.013-6  
 Calle 33 # 6B - 24, pisos 1, 2 y 3  
 Tel: (601) 285 5600  
 Bogotá D.C. - Colombia  
 Somos Grandes Contribuyentes  
 IVA Régimen Común - Autorretenedores



## 5. Autorización tratamiento de datos personales

Declaro que, la Compañía **Mundial de Seguros S.A.** identificada con NIT No. 860.037.013-6 en su calidad de Responsable del Tratamiento de Datos Personales me han informado: **1)** Que la Política de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web <http://www.segurosmundial.com.co/proteccion-de-datos/> **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 la Compañía Mundial de Seguros S.A. y/o cualquier sociedad controlada, directa 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 para las siguientes finalidades:

**(i)** Tramitar mi solicitud de vinculación como consumidor financiero, usuario, cliente o cliente potencial; **(ii)** Negociar, celebrar y ejecutar el contrato de seguro; **(iii)** Ejecutar y cumplir los contratos que celebre **LA COMPAÑÍA** con entidades en Colombia o en el extranjero para cumplir con su objeto social; **(iv)** El control y prevención de fraude, lavado de activos, financiación del terrorismo, financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva, soborno o corrupción; **(v)** Controlar el cumplimiento de requisitos relacionados con el Sistema de Seguridad Social Integral; **(vi)** Ejecutar acciones, investigaciones y estudios de perfilamiento comercial, técnico, estadístico, actuarial, de analítica, de tendencias de mercado, inteligencia de negocios, hábitos de consumo, definición de patrones; inteligencia artificial; encuestas de satisfacción en la experiencia de cliente; **(vii)** 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; **(viii)** Consultar, almacenar, administrar, transferir, procesar y reportar mi comportamiento financiero a los Operadores de la Información; **(ix)** Transferir o transmitir los datos personales a terceros contratados ubicados en el territorio nacional o en el extranjero, en cumplimiento de obligaciones legales y/o contractuales; **(x)** Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar mis datos personales sensibles, tales como, datos sobre mi estado de salud, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con **LA COMPAÑÍA**, en caso de que aplique; **(xi)** Recolectar, almacenar, actualizar, usar, y conservar los datos personales de mis hijos o representados menores de edad, en calidad de su representante legal o tutor, que sean indispensables para la prestación del servicio contratado con **LA COMPAÑÍA**, en caso de que aplique; **(xii)** Acceder a consultar, solicitar, suministrar, reportar, procesar, usar, y en general dar un tratamiento a toda la información contenida en mi historia laboral del RAIS (Régimen de Ahorro individual con Solidaridad) por las veces que se requiera, y a la información que se encuentre administrada por la Asociación Colombiana de Administradoras Fondos de Pensiones (Asofondos de Colombia) y por las Administradoras de Fondos de Pensiones en las que he estado vinculado; **(xiii)** Tramitar y gestionar felicitaciones, solicitudes, peticiones o quejas o requerimientos de autoridades en ejercicio de sus funciones; **(xiv)** Las demás finalidades que se determinen con base a la ejecución de los procesos de Seguros Mundial, en todo caso que estén acorde a la Ley.

**LA COMPAÑÍA** conservará mis datos personales mientras sea necesario para el cumplimiento de cualquier obligación legal y contractual o para 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 para las finalidades anteriormente descritas:  
 Sí  No

Autorizo recibir comunicaciones comerciales y publicitarias personalizadas de **LA COMPAÑÍA** a través de sus canales autorizados:  Sí  No

Con la firma del presente documento autorizo a **LA COMPAÑÍA** a realizar gestión de cobranza en caso de que así se requiera, por los siguientes canales: llamada telefónica, correo electrónico, SMS o WhatsApp.

En caso de no autorizar el contacto por alguno de los canales anteriormente mencionados, por favor especifique cuál desea excluir.

Declaro que la totalidad de la información suministrada en este formulario es exacta, y que no se ha omitido voluntariamente, ni siquiera suprimido ningún hecho. También informaré al Asegurador cualquier modificación que ocurra desde este día hasta la fecha de inicio de vigencia de la póliza de seguro.

La tergiversación o no divulgación de cualquier hecho material por parte del solicitante del seguro hará que cualquier póliza emitida sea nula y eximirá a Seguros Mundial de toda responsabilidad en la materia.

Manifiesto que las declaraciones y los detalles hechos en este formulario son ciertos y que no he expresado incorrectamente ni suprimido ningún hecho material.

Acepto que en caso de que haya algún cambio sustancial en las declaraciones hechas aquí antes de la fecha de entrada fecha de inicio de vigencia de la póliza, notificaré a Seguros Mundial y las cotizaciones pendientes pueden ser modificadas y/o retiradas.

**El presente formulario deberá ser firmado por un representante autorizado del solicitante del seguro.**

Firma

Nombre

Cargo

Fecha