

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 2.000.000.000 y COP 4.000.000.000

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. Nombre de la empresa (nombrar cualquier subsidiaria que se incluya en la póliza)

2. NIT

3. Actividad empresarial principal

3. Países donde opera

4. Sitio web

5. Ingresos del último año contable

6. Ingresos por ventas en EE.UU. (%)

7. Este Seguro es para atender las exigencias de un contrato específico de prestación de servicios: Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa por favor anexar el Contrato

7.1 Cuál es el valor del contrato

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



Evaluación general

8. ¿Tiene antivirus desplegados en toda la red?

9. ¿Se implementan firewalls en todos los puntos de conexión? Sí ☐ No ☐

10. ¿Realiza una copia de seguridad regular (al menos semanalmente) de todos los datos críticos y almacena dichas copias de manera externa o en una caja fuerte a prueba de incendios, o su proveedor de servicios subcontratado cumple con este requisito en su nombre? Sí ☐ No ☐

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



11. ¿Hace uso de autenticación de 2 factores para todo el acceso remoto? Sí ☐ No ☐
12. ¿Encripta todos los dispositivos móviles y portátiles que se utilizan para almacenar datos personales? Sí ☐ No ☐
13. ¿Se emplean los controles de acceso utilizando el principio de privilegio mínimo? Sí ☐ No ☐
14. ¿Está actualmente al día con cualquier marco regulatorio y de la industria relevante? Ejemplo Industria de tarjetas de pago (PCI), Portability & Accountability Act (HIPAA), Gramm-Leach Bliley, CAN-SPAM Act, CPA o similar. Sí ☐ No ☐



Requisitos específicos por industria/actividad

15. ¿Tiene un proceso en el que existen controles para garantizar que cualquier sitio web o contenido impreso no infrinja ninguna marca comercial o copyright? Sí ☐ No ☐
16. ¿Utiliza algún análisis antivirus o de comportamiento de próxima generación? En caso afirmativo, ¿qué producto se utiliza (por ejemplo, CrowdStrike Falcon, SentinelOne)? Sí ☐ No ☐

17. ¿Cómo protege los datos personales? (por ejemplo, controles de acceso, segregación, cifrado)

- ☐ Encriptación de Datos ☐ Borrado de Datos ☐ Otro
- ☐ Enmascaramiento de Datos ☐ Control de Acceso
- ☐ Resistencia de Datos ☐ Segregación de Cifrado

Si indica OTRO, explique:



Gestión de continuidad del negocio

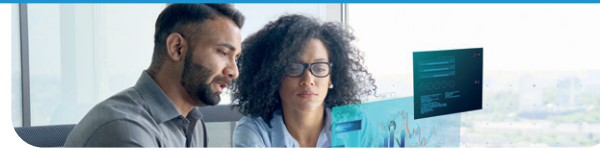
18. ¿Usted ha realizado un análisis de impacto de negocio ("BIA"), teniendo en cuenta las amenazas relevantes de TI? Sí ☐ No ☐
19. ¿Usted tiene implementado un plan de continuidad de negocio? Sí ☐ No ☐
- En caso afirmativo, ¿este plan se prueba anualmente? Sí ☐ No ☐
20. ¿Usted revisa y actualiza el plan de continuidad de negocio por lo menos cada 2 años? Sí ☐ No ☐
21. ¿Usted tiene un sitio de conmutación en caso de un desastre? Sí ☐ No ☐



Reclamaciones/circunstancias

22. ¿Ha tenido alguna reclamación o circunstancia en los últimos 5 años que hubiera afectado la póliza objeto de este formulario? Sí ☐ No ☐
23. En caso afirmativo, describa el incidente o 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.segurosmondial.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