

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

INFORMACIÓN GENERAL

- Nombre del Solicitante
- Dirección Ciudad Departamento Teléfono Fax
- Dirección Web
- Nombres y Localidades de todas las Subsidiarias para las cuales se desea cobertura. Provea por favor el porcentaje propiedad del Solicitante.
- Enumere todas las oficinas que son sucursales, afiliadas o empresa conjunta (Joint venture)
- Fecha Iniciación Actividades
- El Solicitante es Corporación Sociedad Individual Otro Describa
- ¿La entidad es propiedad de, está controlada por, o afiliada a cualquier otra entidad? Sí No
En caso afirmativo, indicar el porcentaje y el nombre de la entidad
- ¿Ha estado el Solicitante alguna vez involucrado en alguna fusión de empresas, adquisición o consolidación? Sí No
En caso de responder Sí, proporcione información al respecto

SERVICIOS PROFESIONALES

- Provea por favor una descripción completa de los servicios profesionales desarrollados por el Solicitante. De ser necesario adjunte hoja por separado.
- ¿El Solicitante provee algún servicio/s profesional/es por Internet? Sí No
- ¿El solicitante provee algún tipo de servicio profesional fuera del extranjero? Sí No
- ¿Alguna de las entidades enumeradas en la Pregunta 4, provee o ha provisto servicios Profesionales que no sean los servicios profesionales que están detallados en la Pregunta 10? Sí No Caso afirmativo por favor explique
- Durante los últimos cinco años, ¿ha el Solicitante estado ligado con cualquier negocio o servicio profesional que no sea el descrito en la Pregunta 10?

INFORMACIÓN DEL RIESGO

15. Ingresos Brutos

2020

2021

Estimado 2022

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



16. El Solicitante deberá adjuntar el más reciente de los Reportes Financieros, o el más reciente de los informes financieros auditados, o el informe anual en curso. ¿Declaración Adjunta? Sí No De no estar adjunta, por favor explique en hoja por separado.

17. Se anticipan algunos cambios en la dimensión o naturaleza del negocio del Solicitante para los próximos 12 meses? Sí No
De ser sí, por favor explique

18. Para los Ingresos Brutos indicados en la Pregunta 15, como 2020 complete lo siguiente. Donde se requieren porcentajes, el total debe llegar al 100%.
Indique por favor, cuál de los siguientes ítems está suministrando: Transacciones Proyectos Compromisos

Servicios Profesionales	Porcentaje de Ingresos Brutos	Cant. De Transacciones/ Proyectos / Compromisos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

19. Complete lo siguiente para los 5 mayores clientes del Solicitante

Cliente	Servicios Profesionales Provistos	Ingresos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Cantidad Total de Clientes

20. Cantidad de directores, socios, mandatarios, ejecutivos y empleados profesionales (Empleados profesionales son los empleados que desarrollan servicios profesionales en nombre del Solicitante.)

21. Cantidad de empleados no-profesionales (administrativos):

22. Número de contratistas independientes que brindan servicios profesionales en nombre del Solicitante

23. ¿El Solicitante utiliza subcontratistas? Sí No

24. ¿Qué porcentaje de los servicios profesionales se subcontrata afuera?

25. ¿El Solicitante recibe una copia de la póliza de responsabilidad profesional por los errores u omisiones de los contratistas? Sí No

26. ¿Los contratos con los subcontratistas tienen acuerdos de inocuidad / inocencia o indemnización cuyo beneficiario sea el Solicitante? Sí No

27. ¿El Solicitante requiere que haya un contrato o acuerdo por los servicios con sus clientes? Sí No

28. ¿Dichos contratos o acuerdos contienen? (seleccione todo lo que es aplicable)

- Acuerdos habituales de Mantenimiento de Inocencia (inocuidad) o de Indemnización (de inmunidad) para beneficio del Solicitante.
- Avales, Garantías o Titularidad de Garantías(de inmunidad) para beneficio del Cliente.
- Descripción específica de los servicios profesionales que el Solicitante proveerá.

29. ¿El profesional siempre garantiza o avala sus servicios profesionales? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor explique.

30. ¿El Solicitante tiene procedimientos que aseguren el cumplimiento de los Estatutos, Regulaciones Nacionales, Provinciales, Departamentales o Locales? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor explique.

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



31. ¿El Solicitante tiene un proceso en curso para manejar y resolver las quejas de los clientes? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor explique.

32. ¿El Solicitante tiene algún procedimiento de manejo de riesgos establecido y en uso? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor explique.

33. Sírvase por favor proveer la siguiente información correspondiente a cualquier Seguro de Responsabilidad por Errores y Omisiones que el Solicitante haya mantenido durante los últimos cinco años.

Período de póliza	Asegurador	Póliza No.	Limite de responsabilidad	Retención	Prima

34. ¿En alguna oportunidad se les ha rehusado proveer, cancelado o no renovado algún Seguro por Errores u Omisiones o Seguro de Responsabilidad Profesional? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor explique.

INFORMACIÓN DE RECLAMOS

35. ¿Alguno de los directores, ejecutivos, accionistas, responsables, profesionales o contratados independientes del Solicitante, tiene conocimiento o información de cualquier acto de omisión que pudiera esperarse, razonablemente, diera lugar a la aparición de reclamos? Sí No

Si es Sí, adjunte detalles de cada reclamación incluyendo monto de demanda, juicio o arreglo, fundamento del reclamo, estado actual y monto de reserva y costas legales a la fecha.

36. ¿El Solicitante o cualquiera de sus predecesores en el negocio, subsidiarios o afiliados, o cualesquiera de los accionistas, directores, ejecutivos, socios, empleados profesionales o contratistas independientes ha estado sujeto, alguna vez, a acciones disciplinarias, como resultado del desempeño de sus actividades profesionales? Sí No

Si es Sí, adjunte detalles de cada reclamación incluyendo monto de demanda, juicio o arreglo, fundamento del reclamo, estado actual y monto de reserva y costas legales a la fecha.

37. ¿Durante los últimos cinco años, han habido reclamos o juicios contra el Solicitante, contra cualesquiera de sus predecesores en los negocios, subsidiarios, afiliados o cualquiera de los capitalistas, directores, ejecutivos o empleados profesionales? Sí No

Si es Sí, adjunte detalles de cada reclamación incluyendo monto de demanda, juicio o arreglo, fundamento del reclamo, estado actual y monto de reserva y costas legales a la fecha.

38. La póliza básica por usted solicitada, no cubrirá actos cometidos con antelación a la fecha de entrada en vigencia de dicha póliza. Si deseara usted obtener una cotización para esos actos previos, ingrese la fecha desde la cual quiere usted que le sean cubiertos dichos actos: (Note que la cobertura no se aplica a reclamos conocidos o esperados ni para aquellos, que ningún asegurado podría haber previsto.)

El Solicitante deberá adjuntar muestras de sus materiales de promoción y de los contratos estándar que utiliza. ¿Se adjuntan muestras?

Sí No

Si la respuesta es NO, explique por favor.

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

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



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:

(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.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y cargo de la persona que firma

Fecha De Solicitud