



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

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

1. Nombre del Solicitante  2. Nit y/o CC

3. Por favor especifique la distribución de sus Servicios Profesionales según el sector correspondiente (la sumatoria de dicha distribución debe sumar el 100%):

Servicios profesionales	Porcentaje	Servicios profesionales	Porcentaje
Contador	<input type="text"/> %	Derecho Penal	<input type="text"/> %
Derecho Administrativo	<input type="text"/> %	Otro tipo de Derecho	<input type="text"/> %
Derecho Civil	<input type="text"/> %	Auditoria Interna o Externa	<input type="text"/> %
Derecho Comercial	<input type="text"/> %	Contabilidad	<input type="text"/> %
Derecho Constitucional	<input type="text"/> %	Finanzas Comerciales	<input type="text"/> %
Derecho Internacional	<input type="text"/> %	Finanzas Corporativas	<input type="text"/> %
Derecho Laboral	<input type="text"/> %	Otros (especificar si es necesario en hoja anexa)	<input type="text"/> %

4. Por favor especifique la distribución de sus Servicios Profesionales según el sector correspondiente

Servicios profesionales	Porcentaje	Servicios profesionales	Porcentaje
Asesoramiento Legal	<input type="text"/> %	Declaración de Impuestos	<input type="text"/> %
Asesoramiento Financiero	<input type="text"/> %	Investigaciones Judiciales	<input type="text"/> %
Asesoramiento Laboral	<input type="text"/> %	Representación de Clientes	<input type="text"/> %
Conciliación o Arbitraje	<input type="text"/> %	Otros (especificar si es necesario en hoja anexa)	<input type="text"/> %

5. Por favor especifique el campo donde se desempeña sus Servicios Profesionales

Campo	Porcentaje	Campo	Porcentaje
Empresa del Sector Privado y Público	<input type="text"/> %	Independiente	<input type="text"/> %
Firmas de Abogados y/o Contadores	<input type="text"/> %	Otros (especificar si es necesario en hoja anexa)	<input type="text"/> %

6. Por favor especifique los 5 mayores clientes con su respectiva facturación:

Cliente	Servicios Brindados	Facturación
<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"/>



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



## Abogados

7. ¿Se encuentra en curso de una causal de incompatibilidad y/o no cumplimiento de deber para el ejercicio independiente de la profesión de abogado, reguladas en la ley 1123 de 2007?

Sí  No  Si la respuesta es "Sí", explique

8. ¿En su actividad de Abogado, ha realizado acciones negligentes o un asesoramiento incorrecto que exponga a sus clientes a reclamaciones por parte de terceros?

Sí  No  Si la respuesta es "Sí", explique

9. ¿En su actividad de Abogado, ha realizado acciones que provoquen gastos de restitución de imagen que expongan a sus clientes?

Sí  No  Si la respuesta es "Sí", explique

10. ¿Favor indique si ha negado o cancelado algún tipo de seguro similar al solicitado?

Sí  No  Si la respuesta es "Sí", explique



## Contadores

11. ¿En su actividad como Contador, ha estado involucrado en prácticas antimonopolio directa o indirectamente a fijación de precios, restricción del comercio, monopolización o competencia desleal?

Sí  No  Si la respuesta es "Sí", explique

12. ¿En su actividad como Contador, se le atribuido directa o indirectamente responsabilidades derivadas de incorrectas prácticas laborales?

Sí  No  Si la respuesta es "Sí", explique

13. ¿En su actividad como Contador ha tenido reclamos de actos culposos cometidos por suspensión, cancelación o no vigencia de su matrícula de Contador?

Sí  No  Si la respuesta es "Sí", explique

14. ¿En su actividad como Contador, se han realizado estructuraciones erróneas y complejo asesoramiento fiscal, que produjo sanciones a sus clientes?

Sí  No  Si la respuesta es "Sí", explique

15. ¿En su actividad como Contador, su asesoramiento involucro retraso en operaciones y una pérdida económica para sus clientes?

Sí  No  Si la respuesta es "Sí", explique

16. ¿Favor indique si ha negado o cancelado algún tipo de seguro similar al solicitado?

Sí  No  Si la respuesta es "Sí", explique

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.

Nombre

Firma

Cargo

Fecha