



El diligenciamiento y firma de este formulario de solicitud no obliga al (los) solicitante(s) ni al (los) asegurador(es) a efectuar un contrato de seguro, si no hay suficiente espacio para contestar las preguntas, favor usar una hoja adicional y adjuntarla a este formulario (indicar el número de la pregunta) ¡Recuerda!, todas las preguntas deben ser contestadas. Una vez celebrado el contrato de seguro, este formulario se convertirá en parte integral de la póliza.

1. Datos generales

Tomador

Asegurado original

Asegurados adicionales para el contrato

Beneficiarios Vigencia

Dirección Correo electrónico

Periodo extendido de reclamación

2. Información del servicio y/o contrato

La información diligenciada a continuación constituye una declaración y descripción del riesgo. Una vez celebrado el contrato de seguro, este formulario se convertirá en parte integral de la póliza. La veracidad en las declaraciones del contratista se considera elemento esencial de esta propuesta, por lo tanto, es fundamental que todas las preguntas sean contestadas correcta y completamente.

El presente seguro y su modelo de suscripción delegada, aplicará única y exclusivamente para seguros de responsabilidad civil profesional o de errores y omisiones, que sean requeridos bajo el marco de contratación de los servicios profesionales descritos a continuación y que dentro de las garantías exigidas se encuentren relacionadas:

Servicios profesionales de contratistas para proyectos de construcción e infraestructura				Servicios profesionales de contratistas Contratos de prestación de servicios			
Etapas del proyecto				Tipos de servicio			
Inicio	Pre-construcción	Construcción	Operación	Ventas	Servicio al Cliente	Cobranza	BPO
Estudios de factibilidad y viabilidad	Estudios geotécnicos, hidrológicos y topográficos	Supervisión e interventoría	Mantenimiento de vías, redes eléctricas, redes hidráulicas	Inbound	Atención de PQR	Temprana	Suministro de infraestructura física (oficinas, plataformas, equipos)
Obtención de permisos y licencias	Diseños	Gestión de seguridad en el trabajo	Señalización	Outbound	Retención y fidelización	Prejurídica	Validación documental
				Fuerza de ventas presencial	Servicios help desk (Mesas de servicio)	Jurídica	Servicios back office

*Otros servicios profesionales no relacionados deberán suscribirse y consultarse con la compañía de seguros.

3. Información del contratista

Nombre del contratista

Dirección NIT Ciudad

Teléfono Dirección Web Email

Socios que conforman la compañía

Socios	Experiencia en el mercado
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>



4. Servicios profesionales contratados

Describe el objeto del contrato

Indique la duración del contrato (fecha inicio y terminación)

Lugar donde se desarrollará el contrato o la prestación del servicio

Nombre y dirección del cliente para quien se prestará los servicios profesionales

Total valor estimado para la prestación de sus servicios profesionales (honorarios / valor del contrato)

Límite asegurado solicitado

Diligencie los siguientes espacios para los servicios prestados por los subcontratistas en relación con este proyecto

Nombre	Tipo de servicio
<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"/>

Adjunte una copia de los contratos que realizó con su cliente y subcontratistas en este proyecto.

Liste los principales contratos (experiencia) en los cuales ha prestado servicios profesionales iguales o parecidos a los que quiere asegurar con la presente póliza en los que usted o sus consultores hayan participado. La lista debe incluir nombre del proyecto, servicios desarrollados y valor del contrato.

Nombre del proyecto / cliente	Servicios desarrollados	Valor de los honorarios / contrato	Año de ejecución
<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"/>	<input type="text"/>

Total de personas que trabajarán en el contrato

Socios / socios mayoritarios / ejecutivos

Otros arquitectos, ingenieros calificados

Otro personal calificado (especifique)

Total

Ingenieros y arquitectos que trabajarán en el proyecto (solo aplica para proyectos de construcción)

Nombre	Título profesional y fechas de obtención	Cuánto tiempo tiene trabajando con esta firma	Años de experiencia profesional
<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"/>



Formulario Responsabilidad Civil Profesional de Contratistas



Información del estatus del asegurado y reclamos

Si alguna de las respuestas a las siguientes preguntas es afirmativa, la presente póliza deberá ser suscrita por la oficina principal de Seguros Mundial.

¿Alguno de los directores, ejecutivos, accionistas, responsables, profesionales o contratados independientes del contratista solicitante, tiene conocimiento o información de cualquier acto de omisión que pudiera esperarse, razonablemente, diera lugar a la aparición de reclamos bajo el actual contrato? Sí No

¿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

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

¿Usted, sus consultores, la casa matriz, sus subsidiarias o cualquier otra entidad relacionada, tiene interés de propietario en este proyecto? Sí No

¿Alguno de los profesionales que intervienen en el contrato ha sido objeto de acción disciplinaria por parte de las autoridades o la firma contratista, como resultado de sus actividades profesionales? Sí No

¿La empresa contratista que prestará el servicio profesional es una empresa de capital mixto o del estado? Sí No

¿La empresa contratista que prestará el servicio profesional, presenta en sus estados financieros del último año fiscal, utilidad neta negativa y/o el último informe de auditoría externa y/o revisor fiscal tiene alguna salvedad? Sí No

¿La empresa contratista que prestará el servicio profesional es una empresa cuyos ingresos operacionales anuales superan los 60.000 millones de? Sí No

Declaro que la totalidad de la información suministrada en esta solicitud 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 y cargo

Firma

Fecha



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 ha informado: **1)** Que la política de tratamiento de datos personales se encuentran en la página web <https://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:

El que suscribe declara haber contestado con toda veracidad a las preguntas que figuran en el presente formulario 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.

En fecha de lo cual se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

Presidente, Gerente o Director

Auditor

Contralor

Fecha