

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:** Sí  No

Si la respuesta es afirmativa por favor anexar el Contrato

**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



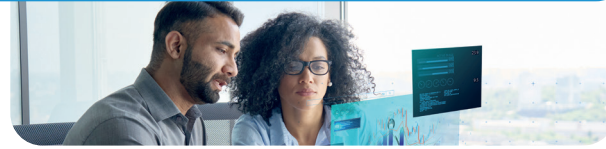
- **Usted tiene software antivirus instalado en todos los computadores portátiles, computadores de escritorio y servidores de la empresa, y estos se actualizan regularmente.**      Sí       No   
Si su respuesta es NO explique en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta.
- **Usted requiere contraseñas que cumplan con los estándares mínimos de complejidad que se modifican 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



## Requisitos específicos por industria/actividad

### 1. Venta al por menor

a) ¿Cumple su organización PCI-DSS 3?2.1? Sí  No

b) ¿Almacena datos de tarjetas de pago en algún lugar de su(s) red(es)? Sí  No

En caso afirmativo:

• ¿Cuántos registros únicos de tarjetas de pago almacena?

• ¿Estos datos están tokenizados al 100%? Tenga en cuenta que el cifrado no se considera una forma de tokenización

• ¿Almacena el método del proceso de destokenización y/o la clave del token en su(s) red(es)?

c) ¿Aceptan transacciones con tarjeta presente? Sí  No

En caso afirmativo:

• ¿Qué porcentaje de terminales de pago están habilitados para EMV?

• Debe tener una solución de cifrado de extremo a extremo (E2EE) o de punto a punto (P2PE) al 100

• ¿Es esta una solución P2PE validada por PCI-DSS?

d) ¿Utiliza uno o más proveedores de servicios de pago con respecto a las operaciones de comercio electrónico? Sí  No

En caso afirmativo: ¿cuál de los siguientes modelos utiliza?

Redirección de URL a una página de pago alojada por un tercero

Marco en línea ("iFrame")

Pasarela para comerciantes con API integradas de terceros

Otro (por favor proporcione detalles)

### 2. Instituciones financieras

e) Deben cumplir con todas las normas de privacidad y ciberseguridad aplicables al sector bancario en las jurisdicciones en las que operan:

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



f) ¿Cuántos clientes minoristas activos tiene?

g) ¿Cuántos clientes comerciales activos tiene?

h) ¿Cuántas tarjetas de pago activas (crédito/débito/cajero automático, etc.) tiene actualmente en circulación?

i) Actúa de la siguiente manera:

- ¿Emisor de tarjeta de débito?
- ¿Emisor de tarjeta de crédito?
- ¿Banco adquirente?
- ¿Procesador de pagos?
- ¿Proveedor de servicios comerciales/servicios de punto de venta (PoS)?

j) ¿Cumple con todas las normas de privacidad y ciberseguridad aplicables al sector bancario en las jurisdicciones en las que opera?

Sí  No

En caso negativo, proporcione detalles o en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta:

k) ¿Declaró que cumple con los controles obligatorios y de asesoramiento establecidos en el marco de controles de seguridad del cliente de SWIFT en su última certificación? Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo se presentó? o en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta:

En caso negativo, proporcione detalles, incluidas las áreas de deficiencia y si tiene una hoja de ruta para el cumplimiento; o en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta:

### 3. Fabricación – manufactura

l) Proporcione una descripción general de dónde se utilizan los activos de ICS y/o tecnología operativa (OT) dentro de su organización o en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta:

m) ¿Cuáles de las siguientes tecnologías se utilizan para segregar su(s) red(es) OT de su(s) red(es) de tecnología de la información (TI)?

- V LAN
- Cortafuegos
- DMZ
- Diodo de datos
- Entrehierro

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



**n) ¿Opera dominios de directorio activo separados para sus entornos de TI e ICS/OT?**

**o) ¿Habilita el acceso remoto a su entorno ICS/OT (p. ej., para el mantenimiento del fabricante del equipo original)?** Sí  No

En caso afirmativo, ¿cómo se habilita esto y qué disposiciones de seguridad existen (p. ej., VPN que requiere MFA)? o en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta:

**p) ¿Supervisa el tráfico saliente del entorno ICS/OT para detectar comunicaciones con direcciones IP no autorizadas?** Sí  No

En caso afirmativo, ¿se generan alertas inmediatamente cuando se detecta tráfico saliente anómalo? o en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta:

**q) ¿Qué herramientas de software de seguridad se han implementado dentro del entorno ICS/OT (p. ej., EDR, IDS, IPS, lista blanca de aplicaciones)? o en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta:**

**r) ¿Alguno de los activos de ICS/OT opera software heredado para el cual los parches de seguridad ya no están disponibles?** Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué controles de seguridad tiene implementados para mitigar el riesgo? o en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta:

¿Qué medidas/precauciones de seguridad existen cuando los dispositivos extraíbles están conectados a los activos de ICS/OT (p. ej., la computadora portátil del ingeniero/unidad USB para realizar el mantenimiento/la aplicación de parches)?

#### 4. Todas las industrias

**s) ¿Su organización recopila datos biométricos?** Sí  No

En caso afirmativo, consulte Información general; o en una hoja anexa a este formulario, enunciando el número y el encabezado de la pregunta:

**t) ¿Algún uso de tecnología de seguimiento, como metapixel?** Sí  No

En caso afirmativo, la recopilación no autorizada de datos se excluye por completo; o 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

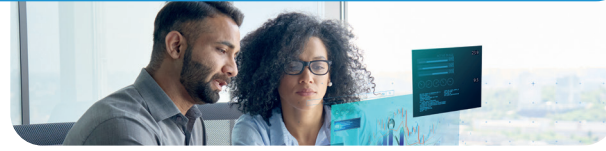
Autorizo recibir comunicaciones comerciales y publicitarias personalizadas de **LA COMPAÑÍA** a través de sus canales autorizados: Sí  No

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.

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



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