



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 asegurado NIT
- Indicar las principales actividades del asegurado – breve descripción.
- Dirección principal 4. Tipo de sociedad
- Fecha de fundación
- 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
- 6.1Cuál es el valor del contrato \$
- 6.2Cuál es el número de empleados exclusivos para la atención del contrato de prestación de servicios
- Favor adjuntar el último reporte anual si ha sido publicado. De otra manera anexe el estado financiero más reciente con sus respectivas notas.
- Favor adjuntar una lista de todas la subsidiarias y afiliadas a ser cubiertas, su negocio principal, actividades y porcentaje de propiedad del asegurado.

Naturaleza del negocio

- Negocio principal y contribución aproximada a los ingresos.
- En el curso del negocio el asegurado.
 - ¿Se involucra en negociación de títulos valores, mercancías, divisas etc.? Sí No
 - ¿Hace préstamos o créditos extendidos? Sí No
 - ¿Expide recibos de bodega? Sí No
 - ¿Transporta o almacena valores para otros? Sí No
 - ¿Se involucra en leasing? Sí NoSi cualquiera de las anteriores es positiva, favor adjuntar detalles sobre las particularidades/alcance de tales actividades y los controles que se ejercen, especialmente a vendedores (internos).

Empleados y oficinas

- Ingresos brutos
 - Número total de empleados ubicados en Colombia
 - Número total de empleados clase 1

Empleados de clase 1 son los directores, ejecutivos, empleados que manejan dinero, títulos valores, stocks y equipos de propiedad de la compañía, si se requiere, adjuntar valores y cargos.

NOTA: Adjuntar el organigrama actualizado de la entidad con los respectivos cargos.
 - Número de predios dentro de Colombia (Número de ubicaciones)



d. Empleados y predios en el extranjero

Ciudad	No. empleados	Oficina	Naturaleza del negocio

Total

Versión clausulado número Código anexo de asistencia



Audidores

Auditoría externa

12. ¿Son sus libros auditados por un auditor externo independiente? Sí No

Si lo anterior es positivo.

a. Nombre del auditor

b. Frecuencia de la auditoría

c. ¿Son estas auditorías completas y sin condicionamientos? Sí No

Si lo anterior es negativo, describa las limitaciones.

d. ¿Todas las localidades y entidades son auditadas? Sí No

Si lo anterior es negativo, describa hasta dónde va la auditoría.

e. ¿Ha cambiado usted de auditores externos independientes en los últimos 5 años? Sí No

Si lo anterior es positivo, señale los nombres de los auditores anteriores y la razón por la que fueron modificados.

f. ¿Los auditores externos independientes revisan su sistema de control interno y expiden reportes escritos? Sí No

g. Los auditores externos independientes han realizado alguna recomendación durante las dos últimas auditorías que no haya sido adoptada Sí No

Si lo anterior es positivo, suministrar detalles de las recomendaciones y las razones por las que no se adoptaron.

h. ¿El auditor reporta directamente a la Junta Directiva o Consejo de Administración?

Auditoría interna

13. ¿Tiene usted un departamento de auditoría interna? Sí No

Si lo anterior es positivo.

a. ¿El departamento reporta directamente a la Junta Directiva o Consejo de Administración?

¿En caso contrario, a quién reporta?

b. ¿Cuántos empleados son designados para auditoría interna?

c. ¿Tiene usted algún manual de auditoría y procedimientos de control? Sí No



d. **¿Cuántas auditorías internas completas se realizan al año y con que periodicidad?**

e. **¿Las auditorías incluyen los centros de procesamiento electrónico de datos?** Sí No

f. **¿Se hacen reportes escritos de la Auditoría?** Sí No

¿Si la respuesta es sí a quién son enviados?

g. **¿Hay empleados del departamento de auditoría interna que sean designados a hacer operaciones foráneas?** Sí No

¿A compañías subsidiarias o filiales? Sí No

Si lo anterior es afirmativo, describa sus canales de reporte e indique su relación con la gerencia local (particularmente con respecto a la vigilancia de la gerencia local y asuntos relacionados con empleados).



Controles

14. Compras, inventarios y conciliación de cuentas

a. **¿Mantiene usted una lista actualizada de proveedores (vendedores) aprobados?** Sí No

b. **¿Utiliza usted formatos de compra con números preimpresos seriales, órdenes de pago, reporte de recibos y solicitud de cupones de cheques?** Sí No

c. **¿Antes del pago, son conciliadas las órdenes de pago, recibos de venta y los documentos de recibo y la información del vendedor es comparada con la lista aprobada de proveedores (vendedores) por una persona no asignada a compras o recibos?**
 Sí No

d. **¿Todas las órdenes son confirmadas con los proveedores (vendedores) por alguien no asignado a compras o recibos?**
 Sí No

e. **¿Mantiene usted una división estricta de funciones con respecto a compras, recibos, pagos y contabilidad?** Sí No

f. **¿Los compradores y asistentes de compras están sujetos a algún límite específico de autorización?** Sí No

g. **¿Se hace un inventario completo de mercancías y equipo?** Sí No
 Favor suministrar detalles (sobre qué, por quién y con qué frecuencia).

h. **¿Reconcilia usted mensualmente los estados de cuenta bancarios?** Sí No

i. **Los empleados que concilian los estados de cuenta bancarios mensualmente también.**

¿Firman cheques? Sí No

¿Manejan depósitos? Sí No

¿Tiene acceso a máquinas firmadoras de cheques? Sí No

¿Tienen acceso a terminales de transferencia electrónica de fondos o protocolos? Sí No

¿Si se responde positivamente a cualquiera de las anteriores preguntas, está usted dispuesto a rectificar estas debilidades?
 Sí No

¿O tiene usted otros controles con el fin de prevenir pérdidas que surjan de tales debilidades? Sí No

Si lo anterior es positivo, por favor descríbalos.

15. Procesamiento Electrónico de Datos (P.E.D.) y Transferencias electrónicas (Wire Transfers).

a. **Favor adjuntar una lista de las facilidades con las que usted cuenta para el procesamiento electrónico de datos (P.E.D.). De ser necesario incluir número y ubicación de las instalaciones, tipos de equipos, número de empleados por categoría de funciones, número de terminales en línea y de hardware, y porcentaje de la actividad del terminal al que se llama o marca.**



b. ¿Está la supervisión de empleados involucrada en el procesamiento electrónico de datos y/o la transferencia electrónica de fondos, similar a la de otros empleados que tengan control o acceso a la propiedad de valores? Explique. Sí No

c. ¿Los programadores de computadoras y operadores se rotan periódicamente para minimizar el riesgo? Sí No

d. ¿Las funciones de programación de procesamiento de datos están separadas operacional y físicamente? Sí No

e. ¿El acceso a facilidades de P.E.D. está limitada a personal autorizado? Sí No

f. ¿Posee usted un Login de usuarios automático y un manual de uso de Login? Sí No

g. ¿Hay al menos dos empleados trabajando durante cualquier turno del P.E.D.? Sí No

h. ¿Las operaciones computarizadas de escritura de cheques están separadas de los departamentos que autorizan cheques?

Sí No

i. ¿Las claves son utilizadas para permitir diferentes niveles de acceso al computador? Sí No

j. ¿Las claves son cambiadas cuando un empleado que las posee abandona (renuncia o vacaciones) la compañía? Sí No

k. ¿Tiene usted un programa de auditoría de P.E.D. en operación? Sí No

Si no, describa el alcance de la auditoría actual.

l. ¿Su departamento de auditoría interna tiene entrenamiento y experiencia en auditoría de P.E.D.? Sí No

Descríbala.

m. Con respecto a transferencia electrónica de fondos.

¿Cuál es su volumen medio aproximado de transacciones diarias?

¿Cuál es su volumen máximo aproximado de transacciones diarias?

¿Cuál es la cantidad máxima individual transferida?

n. ¿Mantiene usted un manual de procedimientos actualizado que cubra las transacciones de fondos en línea? Sí No

o. ¿Quién está autorizado para transferir fondos en línea, y cuales son los límites de su autoridad?

p. ¿Emplea usted un procedimiento de devolución de llamada, a una persona diferente, que no sea la que inició la transferencia?

Sí No

q. ¿Cómo transmite usted las instrucciones de transferencia (teléfono, terminales dedicadas, telex etc.)?

r. ¿Mantiene usted cuentas (propias) con saldo cero? Sí No

Si lo anterior es afirmativo, ¿cuál es su procedimiento para constituir estas cuentas y para cambiar las instrucciones a las instituciones financieras (bancos, cooperativas, etc.)?

s. ¿Recibe usted copias (mensajes) de confirmación de todas las transacciones en línea? Sí No

¿Son estos mensajes enviados directamente a un departamento no autorizado para iniciar las transferencias? Sí No



16. General.

- a. ¿Tiene usted un manual de operaciones o instrucciones escritas similares actualizadas y en funcionamiento, que cubran todos los aspectos de su negocio y que definan claramente la función de cada uno de sus empleados? Sí No
- b. ¿Todos los empleados son conscientes en lo que a ellos les respecta? Sí No
- c. ¿Están ordenadas las tareas de los empleados de modo que no se les permita a ninguno de ellos el control de una transacción desde su comienzo hasta su terminación? Sí No
- d. ¿Tiene usted un departamento de seguridad? Sí No
- e. ¿Este departamento reporta directamente a la junta directiva o consejo de administración? Sí No

¿En caso contrario, a quién reporta?

- f. ¿Cuántos empleados son asignados al departamento de seguridad? Sí No
- g. ¿Ha designado usted a algún funcionario u otro empleado sujeto a la supervisión de la Junta Directiva o Consejo de Administración que sea responsable de la instalación, mantenimiento y operación de los sistemas de seguridad y del desarrollo y administración de un programa de seguridad? Sí No
- h. ¿Tiene usted un manual de seguridad? Sí No
- i. ¿Mantiene usted un sistema de custodia conjunta y control dual con respecto a efectivo, cheques, títulos valores negociables, llaves de las cajas fuertes y cajillas de seguridad, códigos, claves, llaves de prueba, cheques en blanco, giros y propiedades de valor similar o que potencialmente sean de valor? Sí No
- j. ¿Requiere usted doble firma en todos los cheques? Sí No

En caso contrario, explique los controles utilizados para prevenir el abuso.

- k. ¿Si utiliza cajillas de seguridad (bancos principalmente), se han dado instrucciones al depositario para requerir la presencia de dos empleados antes de permitir la entrada a cualquier caja? Sí No

Si lo anterior es negativo, listar el nombre de las personas y cargo a las que se les permite entrada individual

- l. ¿Es requisito que todos los empleados tomen al menos dos semanas consecutivas de vacaciones interrumpidas durante cada año?

Sí No

Si no es así, dar detalles.

- m. ¿Cómo selecciona usted empleados potenciales? (cheques de crédito, policía o record policial, polígrafo, empleados anteriores, solicitudes individuales, etc.). Si sus procedimientos difieren para las distintas categorías de empleados, de ser posible favor suministrar un anexo detallado de cada uno.

- n. ¿Cuál es la tasa de ingreso aproximado anual con respecto a empleados profesionales de nivel gerencial?

- o. Favor describa su organización en términos de su estilo gerencial, líneas de reporte y autoridad (centralizada o descentralizada; estructurada o sin estructura; empresarial, burocrática, etc.)



p. ¿En los últimos seis años (6), el asegurado y/o cualquiera de sus directores o administradores se han visto involucrados en cualquier acción civil, penal o en algún procedimiento administrativo con respecto a la violación de cualquier ley o regla o en la comisión de un acto fraudulento o deshonesto? Sí No

En caso de que se afirmativo, favor suministrar detalles completos.

q. ¿Según su mejor conocimiento, alguno de los administradores, directores o empleados del Asegurado han cometido o se han visto implicados en actos fraudulentos o deshonestos? (Al servicio del asegurado o de cualquier otra forma? Sí No

En caso afirmativo, favor dar detalles.

Nota: Las pólizas de fidelidad excluyen cobertura para pérdidas causadas por empleados que haya tenido conocimiento el asegurado que hubiesen estado implicados en un acto fraudulento o deshonesto anterior.



Predios y tránsito

17. ¿Tienen pago de nómina (rol de pagos) en efectivo? Sí No

Si lo anterior es positivo, suministrar detalles completos en hoja separada de ser necesario, incluyendo localidades, cantidades máximas, número de guardias, tipos y clases de cajas de seguridad y sistemas de alarma, uso de carros blindados y periodos de exposición (tiempo del trayecto).

18. ¿Tiene usted metales preciosos, piedras o materiales similares de alto valor? Sí No

Si lo anterior es afirmativo, por favor suministrar detalles completos en hoja separada de ser necesario de las localidades, cantidades, tipo de materiales y su uso, tipo y clase de cajas de seguridad y alarmas, número de guardias, uso de carros blindados para transportar y cualquier otra medida de seguridad que se tome.

19. Indique cuál es la máxima cantidad que mantiene acumulada en predios o transporta a, o desde cualquier predio donde se mantenga dinero en efectivo, títulos valores negociables y/o cheques.

Oficinas	Valor máximo	
	Predios	Transportada a/desde predios
Matriz		
Agencias		

¿Existe tal acumulación en todos los predios?

Donde exista, favor suministrar la siguiente información en hoja separada de ser necesario.

a. Cantidades promedio y máximas por tipo de exposición (efectivo, cheques, títulos valores).

Oficinas	En valores al portador o negociables		En dinero en efectivo o cheques		En lingotes, piedras preciosas y valores similares	
	Promedio	Máximo	Promedio	Máximo	Promedio	Máximo
Matriz						
Agencias						

b. Clase y tipo de cajas de seguridad. Detalle también el tipo y número de cerraduras.

Oficinas	Cajas de seguridad		Cerraduras	
	Tipo	Número	Tipo	Número
Matriz				
Agencias				



c. Tipo y clase de cualquier sistema de alarma.

Oficinas	Sistema de alarmas	
	Tipo	Clase
Matriz		
Agencias		

e. Número de celadores por turno en los predios.

Oficinas	Celadores (Guardias)			
	Turno		Cerraduras	
	12 horas	24 horas	Tipo	
Matriz				
Agencias				

f. Número de mensajeros y guardias que acompañan los valores en tránsito.

Oficinas	Valores en tránsito	
	Valor	Clase
Matriz		
Agencias		

g. Uso de carros blindados (¿valores, frecuencia?)

Oficinas	Vehículos blindados	
	Valor	Clase
Matriz		
Agencias		

h. Suministre cualquier otra información sobre la seguridad física aplicable a su giro de negocio o a todas sus exposiciones.



Información de pérdidas

Fecha de ocurrencia	Fecha descubrimiento	Ciudad y oficina	Fecha de denuncia penal	Causa	Monto bruto	Hubo detención o despido del empleado causante de la pérdida u omisión	
						Sí	No

20. Favor describa las medidas correctivas tomadas para evitar la re - ocurrencia.



Detalles de cobertura

21. ¿Tiene usted un seguro similar al que está solicitando? Sí No

Si lo anterior es afirmativo, favor suministrar los siguientes detalles

a. Nombre del asegurador

b. Límites

Sección	Límites
Infidelidad hasta	
Pediso (Oficinas) hasta	
Transporte (Dinero y Valores) hasta	
Demás coberturas hasta	

22. ¿Se le ha cancelado o negado en los últimos seis (6) años algún seguro de cobertura similar? Sí No

Si es afirmativo suministre detalles completos.

23. Cobertura requerida.

Cobertura y límites solicitados.

Sección	Alt. 1	Alt. 2	Alt. 3
Infidelidad hasta			
Pediso (Oficinas) hasta			
Transporte (Dinero y Valores) hasta			
Demás coberturas hasta			

24. ¿Conoce usted de cualquier circunstancia que pueda afectar materialmente esta propuesta? Sí No

Si es afirmativo, explique.



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.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; **(vix)** 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

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

Presidente, Gerente o Director

Auditor

Contralor

Fecha