



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

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 y debe ir acompañado de los últimos estados financieros consolidados de la Empresa, Agronomía y/o Institución e informes anuales de auditorías externas de los últimos 5 años.



Información general

1. Nombre del Solicitante NIT

2. Dirección Ciudad

Departamento Teléfono Correo electrónico

3. Dirección web

4. Nombres y localidades de todas las Subsidiarias para las cuales se desea cobertura. Provea por favor el porcentaje propiedad del Solicitante.

Nombres	Localidades	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Enumere todas las oficinas que son sucursales, afiliadas o empresa conjunta (Joint venture).

Nombre	Nit	Ciudad	# Socios	# Empleados
<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"/>

6. El Solicitante es: Corporación Sociedad Individual Agronomía y/o Institución Otro Describa

Razón Social NIT

Fecha de iniciación de la Corporación, Sociedad, Agronomía y/o Institución

Actividad de la Corporación, Sociedad, Agronomía y/o Institución

Dirección de la Corporación, Sociedad, Agronomía y/o Institución

7. ¿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

8. ¿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

9. ¿El seguro es para atender las exigencias de un contrato específico de prestación de servicio? Sí No

Si la respuesta es afirmativa por favor anexar el contrato ¿Cuál es el valor del Contrato? \$

10. ¿Cuál es el número de empleados exclusivos para la atención del contrato de prestación de servicios?



Servicios profesionales

11. Provea por favor una descripción completa de los servicios profesionales desarrollados por el Solicitante. De ser necesario adjunte hoja por separado.



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

12. ¿El Solicitante provee algún servicio/s profesional/es por internet Sí No
13. ¿El Solicitante provee algún tipo de servicio profesional fuera del extranjero? Sí No
14. ¿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 11? Sí No
Caso afirmativo por favor explique
15. Durante los últimos cinco años, ¿ha el Solicitante estado ligado con cualquier negocio o servicio profesional que no sea el descrito en la Pregunta 11?



Información del riesgo

16. Ingresos brutos

Año anterior	Año actual	Estimado o proyectado año siguiente

17. 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.

18. 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.

19. Para los ingresos brutos indicados en la Pregunta 16, antes (2021) 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

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

Cliente	Servicios Profesionales Provistos	Ingresos

Cantidad total de clientes



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

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

Socios	Directores	Profesionales	Consultores	Estudiantes	Demás Funcionarios
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

22. Cantidad de empleados no - profesionales (administrativos)

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

24. ¿El Solicitante utiliza subcontratistas? Sí No

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

26. ¿El Solicitante recibe una copia de la póliza de responsabilidad profesional por los errores u omisiones de los contratistas?

Sí No

27. ¿Los contratos con los subcontratistas tienen acuerdos de inocuidad/inocencia o indemnización cuyo beneficiario sea el Solicitante?

Sí No

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

29. ¿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.
- Avals, Garantías o Titularidad de Garantías (de inmunidad) para beneficio del cliente.
- Descripción específica de los servicios profesionales que el Solicitante proveerá.

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

Si la respuesta es sí, por favor explique

31. ¿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

32. ¿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

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

Si la respuesta es sí, por favor explique

34. 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.	Límite de responsabilidad	Retención	Prima
<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"/>	<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"/>	<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"/>

35. ¿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

36. ¿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.

37. ¿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.

38. ¿Durante los últimos cinco años, ha 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 costos legales a la fecha.

39. La póliza básica por usted solicitada, no cubrirá actos cometidos con antelación a la fecha de entrada en vigencia de dicha póliza. Si desea 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

Nota: Según su razón social trasladarse al anexo correspondiente:

Anexo Abogados y Contadores | Anexo Arquitectos e Ingenieros | Anexo Empresas de tecnología | Anexo Instituciones Educativas



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



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

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

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.

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

Presidente, Gerente o Director

Auditor

Contralor

Fecha