

SOLICITUD DE SEGURO PÓLIZA DE REponsABILIDAD CIVIL PROFESIONAL - MISCELANEOS

Fecha de diligenciamiento		Día	Mes	Año	Ciudad
1. INFORMACIÓN GENERAL					
Nombre o razón social de la Compañía para la que se está solicitando esta póliza					
NIT		Ciudad		Dirección principal	
Tipo de empresa	Pública ☐	Privada ☐	Mixta ☐	Sin ánimo de lucro ☐	Otra ☐ ¿Cuál?
Fecha de constitución de la empresa				Día	Mes
Por favor proporcione el listado completo de empresas que desea incluir en esta póliza					
1				5	
2				6	
3				7	
4				8	
Relacione a continuación los ingresos de los últimos 3 años					
20__		20__		20__	
Por favor indique a continuación:		Número de socios	Número de directores	Número de ejecutivos	Número de otros profesionales
Requisitos de escolaridad y experiencia profesional para los profesionales					
Por favor relacione a continuación a los accionistas con participación mayor a 15%					
	Nombre	%		Nombre	%
1			4		
2			5		
3			6		
¿Ha cambiado la razón social de la empresa en los últimos 5 años?		Sí ☐ No ☐	En caso afirmativo, por favor explique		
¿En los últimos 5 años ha adquirido o ha consolidado una fusión con otra empresa?		Sí ☐ No ☐	En caso afirmativo, por favor explique		
2. OPERACIÓN DE LA EMPRESA					
Describa a continuación los servicios y actividades que presta la Compañía a sus clientes, detallando el porcentaje de participación de los ingresos por cada una					
Actividad		%	Actividad		%
¿La Compañía subcontrata parte de los servicios que presta?		Sí ☐ No ☐	¿Qué porcentaje del servicio es subcontratado?		%
			¿Los subcontratistas cuentan con seguro propio?		Sí ☐ No ☐
Detalle a continuación los servicios que son subcontratados					
Relacione a continuación los clientes que aportan más del 10% de los ingresos anuales de la Compañía					
¿Firma contrato o acuerdos por escrito con todos sus clientes?		Sí ☐ No ☐	Si su respuesta es negativa, por favor explique		
Incluye en sus contratos alguna de las siguientes cláusulas:		¿Fuerza mayor o caso fortuito?		Sí ☐ No ☐	¿Límite de responsabilidad?
				Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
¿Sobre qué monto?		¿Acuerdo de liberación de responsabilidad?		Sí ☐ No ☐	¿Arbitraje?
				Sí ☐ No ☐	Sí ☐ No ☐
¿La compañía modifica los límites de responsabilidad después de iniciada la ejecución de los contratos?		Sí ☐ No ☐	En caso afirmativo por favor explique la persona y el cargo de quién está autorizado		
				Nombre	Cargo

¿Todos los contratos utilizados son estándar?	Sí ☐ No ☐	Si su respuesta es negativa, por favor explique
¿Los contratos o acuerdos son revisados por el departamento jurídico de la Compañía?	Sí ☐ No ☐	Si su respuesta es negativa, por favor explique
¿Bajo alguna circunstancia la Compañía se compromete a la realización de actividades u operaciones que no quedan formalizadas en el contrato o acuerdos?	Sí ☐ No ☐	En caso afirmativo, por favor explique

3. CONTROL DE RIESGOS

¿Quién es el responsable del control de riesgos en la Compañía?	¿A quién reporta?		
¿Ha cambiado de auditor externo en los últimos 5 años?	Sí ☐ No ☐	En caso afirmativo, por favor explique	
¿Alguno de los auditores externos o internos ha realizado recomendaciones que no se hayan implementado, respecto a la ausencia de controles internos?	Sí ☐ No ☐	En caso afirmativo, por favor explique	
¿Qué medidas ha implementado la Compañía para minimizar eventuales errores u omisiones que causen daños a terceros en el desarrollo de sus actividades?			
¿Qué tipo de errores u omisiones, circunstancias e incidentes evidencia podrían originar una reclamación por responsabilidad civil profesional contra la Compañía?			
¿Cuenta con algún programa o procedimiento de control de calidad que pueda evitar alguna circunstancia, que origine un reclamo por responsabilidad civil profesional?	Sí ☐ No ☐	¿Cuál(es)?	
¿Cuenta con algún procedimiento para evitar conflictos de interés?	Sí ☐ No ☐	En caso afirmativo, por favor detállelo	
Cuenta con manuales de procedimiento actualizados que contemplen lo siguiente:	¿Selección de proveedores?	¿Controles y procesos financieros?	¿Selección de empleados y su contratación?

4. RECLAMACIONES

¿La Compañía o alguna de sus filiales ha recibido reclamaciones por responsabilidad civil profesional?	Sí ☐ No ☐	En caso afirmativo, por favor detállelo	
¿Alguna persona de la Compañía, incluyendo sus subsidiarias o filiales, tienen conocimiento de algún hecho o circunstancia que pueda dar lugar a una reclamación que pudiera afectar el seguro que se está solicitando?	Sí ☐ No ☐	En caso afirmativo, por favor detállelo	
¿Le ha sido rechazada a la Compañía en los último 5 años por parte de alguna Aseguradora, la solicitud de cotización de una póliza de seguro de Responsabilidad Civil Profesional o le ha sido cancelada una de estas pólizas durante su vigencia?	Sí ☐ No ☐	En caso afirmativo, por favor detállelo	

5. SEGUROS ANTERIORES

¿Es la primera vez que pide este seguro?	Sí ☐ No ☐	Fecha de iniciación de la cobertura actual	Día Mes Año	¿Desde hace cuánto tiempo tiene contratado este seguro?
Por favor detallar los seguros anteriores en los dos (2) últimos años				
Vigencia	Aseguradora	Límite asegurado	Deducible	

Por favor indique las opciones de límite asegurado que requiere para la vigencia que se está cotizando

6. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Para efectos de la presente autorización, AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., o AXA COLPATRIA MEDICINA PREPAGADA S.A. (en adelante LAS COMPAÑÍAS) serán las entidades Responsables del Tratamiento de mis datos personales, los cuales se recolectan y recolectarán observando las normas especiales que rigen la actividad aseguradora y de salud y la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios; por lo tanto, AUTORIZO LIBREMENTE Y DE MANERA EXPRESA a LAS COMPAÑÍAS su matriz, subordinadas, afiliadas y en general a las sociedades que integran el Grupo AXA, o a cualquier cesionario o beneficiario presente o futuro de sus obligaciones y derechos, para que directamente o a través de terceros, puedan tener acceso a la información suministrada por mí en cualquier momento, y lleven a cabo todas las actividades de tratamiento de mis datos personales como recolección, almacenamiento, uso, circulación y supresión, entre otras, necesarias para cumplir con las siguientes finalidades: i) estudiar y atender la(s) solicitud(es) de servicios requeridos por mí en cualquier tiempo, ii) ejercer su derecho de conocer de manera suficiente al cliente/afiliado/usuario con quien se propone entablar relaciones, prestar servicios, y valorar el riesgo presente o futuro de las mismas relaciones y servicios, iii) prestar los servicios que de la(s) misma(s) solicitud(es) pudieran originarse y cumplir con las normas y jurisprudencia vigente aplicable, iv) atender las necesidades de servicio, técnicas, operativas, de riesgo o de seguridad que pudieran ser razonablemente aplicables, lo anterior en consideración a sus sinergias mutuas y su capacidad conjunta de proporcionar condiciones de servicio más favorables a sus clientes, v) ofrecer conjunta o separadamente con terceros o a nombre de terceros, servicios comerciales, de seguridad social y conexos, así como realizar campañas de promoción, beneficencia o servicio social o en conjunto con terceros. Para efectos de esta autorización, entiendo que como Titular de la información, me asisten los derechos previstos en la Ley 1581 de 2012 y normas que la complementen, en especial, los derechos a conocer, actualizar, rectificar o solicitar la supresión de mis datos, y revocar la autorización que he otorgado para el uso de mis datos personales que hayan sido recolectados con las finalidades arriba indicadas, entendiendo, no obstante, que las facultades de supresión y de revocación no aplican respecto de la información requerida para el desarrollo del contrato establecido. Entiendo además que en virtud de lo dispuesto en el art. 20 del decreto 1377/13, he indicado e identificado a los beneficiarios de la póliza o producto adquirido, y que en tal virtud sus datos quedarán almacenados en las bases de datos de LAS COMPAÑÍAS, y serán utilizados para los fines propios de la cobertura y de la prestación del servicio de asistencia que cubra al producto contratado, y finalmente entiendo que para el ejercicio de estos derechos, LAS COMPAÑÍAS ponen a mi disposición como Titular los canales de comunicación relacionados en la sección "Contáctanos" de la página web www.axacolpatria.co.

- El abajo firmante declara que se encuentra autorizado para realizar las anteriores declaraciones y representar a la Compañía solicitante de este seguro y a todos sus miembros.
- Igualmente hace constar, que las declaraciones de esta solicitud son verdaderas y que no se ha declarado falsamente ni se ha omitido ningún hecho. Por otro lado, se acuerda que esta solicitud junto con cualquier otra información suministrada por la Compañía será la base de cualquier contrato de seguro celebrado y será incorporado al mismo.
- Frente a cualquier alteración sustancial a la información aquí declarada, el aquí firmante se compromete a informarla a la Aseguradora antes o durante el curso de la vigencia de la póliza.
- La firma de la presente solicitud no obliga ni a la Aseguradora ni a la Compañía solicitante a contratar el seguro.