

CUESTIONARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES PUBLICOS

Por favor diligencie todas y cada una de las siguientes preguntas que se le hacen ya que **este cuestionario constituirá parte de la póliza.**

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA EMPRESA: CAJA DE COMPENSACIÓN CAMPESINA COMCAJA

OBJETO SOCIAL: CORPORACIÓN DE SUBSIDIO FAMILIAR QUE CUMPLE FUNCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

TIEMPO DURANTE EL CUAL SE ENCUENTRA DESARROLLANDO SU ACTUAL ACTIVIDAD: DESDE 1993, AÑO DE CREACIÓN.

**2. Adjuntar, relación completa de los asegurados donde se establezca, nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.
Ver Anexo 3**

3. Indicar las sumas aseguradas a cotizar:

Valores Asegurados

Alternativa \$ 1.400.000.000

4. Relacione los cargos que desea asegurar

Director Administrativo
Director Administrativo Suplente
Gerente Administrativo y financiero
Asesor Oficina Jurídica
Subdirectora de Servicios Sociales
Jefe Sección de Presupuesto y Tesorería
Jefe Departamento de Subsidio
Coordinadora División de Hábitat
Asesor Oficina de Talento Humano

5. Durante los últimos cinco años:

a) Ha cambiado la denominación de la Compañía?

SI _____ NO

En caso afirmativo, dar detalles:

b) La estructura del capital social ha sufrido modificaciones?

SI _____ NO

En caso afirmativo, dar detalles:

c) Ha tenido lugar alguna adquisición, fusión, absorción, etc. de otras empresas?

SI _____ NO

En caso afirmativo, dar detalles:

6. a) Considera actualmente la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc. de otras empresas?

SI _____ NO

En caso afirmativo, dar detalles:

-

b) Existe en este momento alguna propuesta, de la que tenga conocimiento la empresa relacionada con su adquisición por otra empresa?

SI _____ NO

En caso afirmativo, dar detalles:

c) Se está estudiando o considerando la cotización en bolsa de las acciones de su empresa?

SI _____ NO

En caso afirmativo, dar detalles:

7. Es la Compañía:

- a) _____ Pública
- b) _____ Mixta

De creación legal y sus actos son de naturaleza privada

En caso de ser Mixta especificar el porcentaje de acciones así:

En poder del Estado _____
En Poder del sector privado _____

8. La Empresa se encuentra bajo la vigilancia o control de

- a) Contraloría **X**
- b) Fiscalía
- c) Personería
- d) Procuraduría
- e) Superintendencia **X**
- f) Empresas de Regulación
- g) Otras: Cuales _____

9. Capital social de la Compañía: **NO APLICA**

a) Número total de accionistas:

Con derecho a voto: _____

Sin derecho a voto: _____

b) Relacione los accionistas que posean al menos el 15% del capital social de la empresa, identidad y porcentaje en cada caso, y especificar si están representados en el consejo. Dar detalles.

c) Compañías filiales de la empresa, porcentaje de participación en aquellas. Para su información, les indicamos que quedaran automáticamente incluídas en la póliza las compañías filiales cuyo porcentaje de participación sea superior al 50%, si facilitan balances consolidados?

10. Se ha adquirido o vendido filiales o subsidiarias durante los últimos 18 meses?

SI _____ NO

En caso afirmativo, dar detalles:

11. Tiene la empresa en el momento Seguro de Responsabilidad Civil Servidores Públicos o Directores y Administradores?

SI NO _____

En caso afirmativo especifique:

Vigencia, **Desde Dic. 31/2013, 00:00 hrs. Hasta Dic. 31/2014, 00:00 hrs.**

Límite Asegurado, **\$ 1.400.000.000**

Compañía de Seguros, **LA PREVISORA**

12. Tiene la empresa o alguno de sus actuales directivos o altos cargos algún otro seguro amparando el riesgo que se propone?

SI _____ NO

En caso afirmativo dar detalles: _____

13. Ha rechazado o ha denegado algún asegurador la cobertura del riesgo a las personas para quienes actualmente se solicita?

SI _____ NO

En caso afirmativo dar detalles:

14. Ha existido o existe alguna reclamación, a alguna de las personas para las que se propone este seguro o alguna en relación al riesgo solicitado?

SI _____ NO

En caso afirmativo dar detalles: _____

15. Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro incluyendo aquellas personas propuestas en empresas subsidiarias o afiliadas, si fue aplicable, conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a la reclamación de un tercero?

SI _____ NO

En caso afirmativo, dar detalles _____

16. Existe alguna calificación, comentario u observación contenida en el informe de los auditores externos o entidades de control sobre la compañía,

SI _____ NO

17. Existe alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero.

SI _____ NO

En caso afirmativo dar detalles

El abajo firmante declara que acorde con su conocimiento, las declaraciones contenidas en esta solicitud son verdad. La firma de esta solicitud no obliga al abajo firmante a la formalización del seguro propuesto, pero se acuerda que esta solicitud se adjuntará y constituirá parte de la póliza. los aseguradores quedan autorizados a realizar cualquier indagación y consulta que, en conexión con esta solicitud considere necesaria.

Cargo

DIRECTORA ADMINISTRATIVA

Nombre


MARCELA SANIN MARQUEZ

Fecha

NOVIEMBRE 13 DE 2014

*** Es importante que el Representante Legal que firme esta declaración tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente, puesto que la no divulgación de información puede afectar los derechos del asegurado o puede anular la póliza.**

• Listado de documentos obligatorios que se deben adjuntar:

- Balance General comparativo dos últimos años de ejercicio
- Informe del Revisor Fiscal o entidad que haga sus veces, del último año de ejercicio.
- Certificado de Constitución de Cámara de Comercio
- Organigrama General de la Empresa.