FORMULARIO DE SOLICITUD PARA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD

PARA SERVIDORES PÚBLICOS

Este cuestionario es para pólizas relacionadas exclusivamente con reclamaciones presentadas contra el Asegurado durante el período de la vigencia de dicha póliza.

Por favor diligencie todas y cada una de las siguientes preguntas, toda vez este cuestionario se constituye como parte de la póliza.

Ciudad y Fecha Barrancabermeja, marzo ___ de 2025

1. Nombre de la empresa, objeto social, tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actividad actual.

   ALCALDÍA MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA
   NIT 890.201.900-6

2. Adjuntar relación detallada de los funcionarios asegurados, donde se establezca nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.

   SEGÚN RELACIÓN ADJUNTA

3. Indicar las sumas aseguradas requeridas:

   Alternativa 1 $2.000.000.000
   Alternativa 2 _____
   Alternativa 3 _____

4. Durante los últimos 5 años:

   a. ¿Ha cambiado la denominación de la compañía?

      Si _____No XX

      En caso afirmativo favor dar detalles

   b. ¿La estructura de capital social ha sufrido modificaciones?

      Si _____No XX

      En caso afirmativo favor dar detalles

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

      Si _____No XX

En caso afirmativo favor dar detalles

5.

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

Si _____No XX

En caso afirmativo favor dar detalles

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

Si _____No XX

En caso afirmativo favor dar detalles

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

Si _____No XX

En caso afirmativo favor dar detalles

6. ¿Es la compañía:

a. Pública XX
b. Mixta _____
c. Privada _____

En caso de ser mixta, favor informar el porcentaje de acciones así:

En poder del Estado _____
En poder del sector privado _____

7. Capital Social de la Compañía: N/A

a. Número total de accionistas: _____
Con derecho a voto _____
Sin derecho a voto _____

b. Sociedades que posean más del 15% del capital social de la empresa. Favor indicar su identidad y porcentaje en cada caso y si tienen representación en el Concejo. Suministrar detalles.

c. Compañías filiales de la empresa, porcentaje de participación en aquellas. Para su información, les indicamos que quedan automáticamente incluidas en las pólizas las compañías filiales cuyo porcentaje de participación sea superior al 50%, si si facilitan balances consolidados.

8. ¿Se han adquirido o vendido filiales o subsidiarias durante los últimos 18 meses? N/A

9. ¿Tiene la Entidad actualmente Póliza de Manejo Global?

   Si XX No _____

   En caso afirmativo favor dar detalles sobre:

   Vigencia 29/05/2024 AL 29/05/2025
   Límite asegurado: $1.000.000.000
   Compañía de Seguros: SOLIDARIA SEGUROS

10. ¿Tiene la entidad actualmente póliza de RC servidores públicos?

    Vigencia 29/05/2024 AL 29/05/2025
    Límite asegurado: $2.000.000.000
    Compañía de Seguros: SOLIDARIA SEGUROS

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

    Si _____No XX

    En caso afirmativo favor dar detalles

12. ¿Se le ha rechazado o denegado por parte de algún asegurador la cobertura a las personas para las que actualmente se solicita?

    Si _____No XX

    En caso afirmativo favor dar detalles

13. ¿Ha existido o existe alguna reclamación, respecto de alguna de las personas para las que se propone este seguro o alguna con relación al riesgo solicitado?

    Si _____No XX

    En caso afirmativo favor dar detalles

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

Si _____No XX

En caso afirmativo favor dar detalles

15. Favor indicar si hay:

    a. alguna calificación, comentario u observación contenida en el informe de los auditores externos sobre la compañía, si es aplicable: NO

    b. Alguna responsabilidad aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero. NO

    En caso afirmativo, favor suministrar copia del informe.

CONSTANCIA DE ASESORÍA
Certifico que he recibido y entendido la siguiente información de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera: 1. Los derechos y obligaciones emanados del contrato de seguro y de las condiciones particulares de póliza de seguro. 2. El alcance de la cobertura, las exclusiones y de las garantías de los productos de seguros ofrecidos. 3. El alcance de los servicios de intermediación. 4. Los costos del producto y su comercialización, de acuerdo con lo establecido en el art. 9 de la Ley 1328 de 2009. 5. La forma de vinculación contractual del intermediario con la entidad aseguradora y su estado de inscripción en el Sistema Unificado de Consulta de Intermediarios de Seguros (SUCIS). 6. La responsabilidad que como intermediario le corresponde frente al consumidor financiero. 7. La autorización otorgada por la entidad aseguradora para comercializar el producto de seguros ofrecido. 8. El procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación de un siniestro. 9. Los canales por medio de los cuales puede formular una petición, queja o reclamo.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	
Declaro que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: https://www.aseguradorasolidaria.com.co; 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 suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. Autorizo de manera previa, expresa e informada a **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente 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 ASEGURADORA para**:	
a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la ASEGURADORA.	SI ☐ NO ☐
b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013.	SI ☐ NO ☐
c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012.	SI ☐ NO ☐
d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.	SI ☐ NO ☐

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

Firmado _____

Cargo _____

Nombre _____

Fecha Abril __ de 2025

Documentos que se deben anexar:

- Estados Financieros comparativos de los últimos dos ejercicios
- Informe de revisor Fiscal o entidad que haga sus veces, del último año de ejercicio.
- Organigrama de la empresa
- Relación de funcionarios asegurados

Es importante tener en cuenta que el alto funcionario de la Entidad que diligencie este formulario debe tener amplio conocimiento de la información solicitada para que las preguntas sean respondidas correctamente. En caso de duda sobre el sentido de alguna pregunta, agradecemos contactar a su intermediario de seguros puesto que la divulgación de información incorrecta puede afectar los derechos del Asegurado y/o dar lugar a la anulación del seguro otorgado.