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 Alcala Valle Febrero de 2026

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

   Municipio de Alcalda Valle 891.901.079-0

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

   Ver ficha de valores asegurados

3. Indicar las sumas aseguradas requeridas:

   Alternativa 1 $50.000.000.00
   Alternativa 2 _____
   Alternativa 3 _____

4. Durante los últimos 5 años:

   a. ¿Ha cambiado la denominación de la compañía?

      Si _____ No _X____

      En caso afirmativo favor dar detalles

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

      Si _____ No ___X__

      En caso afirmativo favor dar detalles

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

      Si _____ No ___X__

ORIGINAL FIRMADO

En caso afirmativo favor dar detalles

5.

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

   Si _____ No __X___

   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 _X____

   En caso afirmativo favor dar detalles

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

   Si _____ No _X____

   En caso afirmativo favor dar detalles

6. ¿Es la compañía:

   a. Pública ___X___
   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:

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

ORIGINAL FIRMADO

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?

   Si _____ No __X___

   En caso afirmativo favor dar detalles

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

   Si __X___ No _____

   En caso afirmativo favor dar detalles sobre:

Vigencia	Hasta el 06 de febrero del 2025
Límite asegurado:	$50.000.000
Compañía de Seguros:	Aseguradora Solidaria de Colombia

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

    Si _____ No _X____

    En caso afirmativo favor dar detalles

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

    Si _____ No _X____

    En caso afirmativo favor dar detalles

12. ¿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 ___X__

    En caso afirmativo favor dar detalles

ORIGINAL FIRMADO

13. ¿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 ___X__

    En caso afirmativo favor dar detalles

14. Favor indicar si hay:

    a. alguna calificación, comentario u observación contenida e el informe de los auditores externos sobre la compañía, si es aplicable:

    b. Alguna responsabilidad aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero.

    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 la política 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 a conocer, actualizar rectificar, revocar y los demás previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. 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 : Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles como: datos biométricos, las huellas dactilares, 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. 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: 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 a través de los diferentes canales presenciales y no presenciales de la ASEGURADORA. 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. c) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se cumpla con las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.

ORIGINAL FIRMADO

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 alcalde

Nombre

Fecha febrero del 2026

ORIGINAL FIRMADO

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 contestadas 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.