

ANEXO No 9
FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA
SERVIDORES PUBLICOS

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

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

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSE DE CALDAS

Objeto social: Educación Superior.

Tiempo: sesenta y ocho años, diez meses y veintiún días.

2. Adjuntar, relación completa de los asegurados donde se establezca, nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones. **Ver respuesta No 4**

3. Indicar las sumas aseguradas a cotizar:

	Valores Asegurados
Alternativa 1	Ver anexo 1, condiciones técnicas básicas obligatorios.
Alternativa 2	_____
Alternativa 3	_____

4. Relacione los cargos que desea asegurar

Nueve (9) miembros del consejo superior

Nueve (9) miembros del consejo superior

Un (1) Rector

Dos (2) Vicerrectores

Seis (6) asesores

Cinco (5) Decanos de facultad

Un (1) Secretario General

Tres (3) Jefes de División

Cuatro (4) Director centro

Dos (2) Jefes de Oficinas

Nueve (9) Jefes de Sección

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

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

En poder del Estado _____
En Poder del sector privado _____

8. Capital social de la Compañía:

a) Número total de accionistas: _____

Con derecho a voto: _____

Sin derecho a voto: _____

b) Sociedades 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 incluidas en la póliza las compañías filiales cuyo porcentaje de participación sea superior al 50%, si facilitan balances consolidados?

_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

SI NO

En caso afirmativo, dar detalles

10. Tiene la empresa en el momento Seguro de Manejo Global? SI NO

En caso afirmativo especifique,

Vigencia, Desde 21/06/2016 hasta, 21/08/2017

Limite Asegurado,

1. Póliza infidelidad Limite por evento \$2.500.000.000 y en el agregado \$5.000.000.000.

2. Póliza de Manejo; límite de No 500.000.000

Compañía de Seguros, **AXA COLPATRIA Seguros S.A.**

11. 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:

12. 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:

13. 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:

Según resumen del cuadro de siniestralidad. Anexo y la entidad se encuentra llevando a cabo una revisión de la carga y procesos que se adelantan a los funcionarios asegurados, información que será suministrada a la aseguradora seleccionada en los casos en los que lo haya.

14. 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:

15. Indiquen si hay:

a) Alguna calificación, comentario u observación contenida en el informe de los auditores externos sobre la compañía, si es aplicable:

N/A

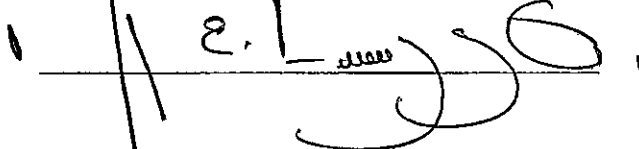
a) Alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero.

Ninguno

En caso afirmativo, proporcionen una traducción al inglés.

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.

Firmado



Cargo

Jefe División Recursos Físicos

Nombre

RAFAEL ENRIQUE ARANZALEZ GARCIA

Fecha

27 de junio de 2017

* Es importante que el alto cargo que firme esta declaración tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda rogamos contacten a la Aseguradora, puesto que la no divulgación de información puede afectar a 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.
 - Copias de las dos ultimas Memorias de la Empresa.
 - Organigrama general de la Empresa.
- Los aseguradores, están además autorizados para solicitar cualquier otra información que consideren necesaria y en conexión con este seguro.

V2-99