

CUESTIONARIO 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.

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

Nombre de la Empresa: UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

Objeto Social: El objeto principal es la educación superior y la investigación, la extensión, dirigidas a elevar la preparación académica de los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, en actividad o en retiro; los empleados civiles del sector defensa, los familiares de todos los anteriores, y los particulares que se vinculen a la universidad. Vinculado al ministerio de educación nacional, en lo que ha políticas y planeación del sector educativo se refiere.

Fundada en el año de 1982

- Adjuntar, relación completa de los asegurados donde se establezca, nombre, cargo, antigüedad en la empresa y funciones.

CARGO QUE DESEMPEÑA	DEPENDENCIA	FUNCIONES
Rector	Rectoría	Las establecidas en el manual de funciones
Jefe Oficina	Oficina Protección del Patrimonio	Las establecidas en el manual de funciones
Jefes Oficinas asesoras	Oficina Jurídica Oficina de Planeación.	Las establecidas en el manual de funciones
Vicerrectorías	Vicerrectoría General Vicerrectoría de Investigaciones Vicerrector Administrativo, Vicerrector Sede Campus Nueva Granada Vicerrector Académico	Las establecidas en el manual de funciones
Jefe de División	División Financiera División de Servicios Generales División Gestión del Talento Humano/ Delegado Ordenador del Gasto	Las establecidas en el manual de funciones

	División de Contratación y Adquisiciones/ Delegado Ordenador del Gasto División de Extensión y Proyección Social División Administrativa Campus	
Contador	División Financiera	Las establecidas en el manual de funciones
Tesorero	División Financiera	Las establecidas en el manual de funciones

3. Indicar las sumas aseguradas a cotizar:

	Valores Asegurados
Alternativa 1	\$5.000.000.000
Alternativa 2	\$6.000.000.000
Alternativa 3	_____

4. Relacione los cargos que desea asegurar

- Cargo
Rector
Jefe de Oficina
Jefes de Oficinas Asesoras
Vicerrectores
Jefes de División
Contador
Tesorero
Jefe de División Administrativa Campus

5. Durante los últimos cinco años:

a) Ha cambiado la denominación de la Compañía?

SI _____ NO X

En caso afirmativo, dar detalles:

b) La estructura del capital social ha sufrido modificaciones?

M

M

SI _____ NO X

En caso afirmativo, dar detalles:

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

SI _____ NO X

En caso afirmativo, dar detalles:

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

SI _____ NO X

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 X

En caso afirmativo, dar detalles:

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

SI _____ NO X

En caso afirmativo, dar detalles:

A
M

7. Es la Compañía:

- a) X Pública
- b) _____ Mixta

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

En poder del Estado	<u> N/A </u>
En Poder del sector privado	<u> N/A </u>

8. Capital social de la Compañía:

a) Número total de accionistas: N/A

Con derecho a voto: N/A

Sin derecho a voto: N/A

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. _____ N/A

_____	<u> N/A </u>	_____
_____	<u> N/A </u>	_____

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?

_____	<u> N/A </u>	_____
_____	<u> N/A </u>	_____
_____	<u> N/A </u>	_____
_____	<u> N/A </u>	_____

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

SI _____ NO X

A

En caso afirmativo, dar detalles

A

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

En caso afirmativo especifique,

Vigencia, Desde 28/01/2016 hasta, 01/07/2016

Limite Asegurado, \$20.000.000.000 evento 40.000.000.000 vigencia anual.

Compañía de Seguros, La Previsora S.A. Compañía de 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 X

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 X

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:

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 X

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:

NO

y/o

b) alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero.

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

Nombre:


C.C. N°

Cargo

Dirección

Teléfono

Fecha



Brigadier General (R) HUGO RODRIGUEZ DURAN *MD*
19.378.345 de Bogotá D.C.
RECTOR UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
Carrera 11 N°101-80 / Edificio administrativo.
6500000 ext. 1001- 1002
Marzo de 2016

• 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.
- Organigrama general de la Empresa.

- Los aseguradores, están además autorizados para solicitar cualquier otra información que consideren necesaria y en conexión con este seguro.

Vo.Bo.

- Vicerrectoría Administrativa. [Signature]
- Vicerrectoría Académica. [Signature]
- División Financiera. [Signature]
- División de Contratación y Adquisiciones. [Signature]
- División de Gestión del Talento Humano. [Signature]
- Oficina Jurídica. [Signature]
- Oficina Protección del Patrimonio. [Signature]

V2-99

