

CUESTIONARIO PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA Y DEMÁS ADMINISTRADORES

El presente cuestionario forma parte integrante de la póliza. Por favor conteste todas y cada una de las siguientes preguntas. Si la pregunta no aplica, favor escribir N/A. Cualquier pregunta que quede sin responder será asumida como respondida de manera negativa.

Se adjuntarán a este cuestionario los informes del representante legal y del revisor fiscal, reporte anual de la Entidad Tomadora del último año, el cual deberá contener estados financieros comparativos de los dos últimos años y composición accionaria de los dos últimos años.

DATOS DEL SOLICITANTE	
1. Nombre de la Entidad Tomadora:	Universidad Tecnológica de Pereira
Nit:	891.480.035-9
Domicilio Principal:	Pereira
Objeto Social:	
Tiempo durante el cual se encuentra desarrollando su actividad:	52 años
2. Durante los últimos 5 años:	
a. La estructura de capital social ha sufrido modificaciones?	
SI ☐	NO ☒
b. Ha tenido lugar alguna adquisición, fusión, absorción, etc. de otras sociedades?	
SI ☐	NO ☒
c. Considera la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc. de otras sociedades?	
SI ☐	NO ☒
En caso afirmativo en alguno de los literales anteriores, por favor incluya detalles a continuación:	

21



3. Es la Entidad:

a. Pública X d. Cooperativa _____

b. Privada _____ e. Sociedad sin ánimo de lucro _____

c. Mixta _____ f. Asociación Empresarial / "Joint Venture" _____

4. Forma la Entidad Tomadora parte de un grupo?

SI _____ NO X

En caso afirmativo favor adjuntar esquema de grupo en hoja aparte.

5. Propiedad accionaria:

a. Nro. Total de acciones emitidas:	<u>NA</u>
b. Nro. Total de accionistas:	<u>NA</u>
c. Nro. De acciones (%) en poder directa o indirectamente de los miembros de junta directiva y administradores:	Acciones (%) en poder directa: _____ Acciones (%) en poder indirecta: _____

d. Favor listar las Sociedades o personas físicas que posean al menos el 10% de cualquier clase de acciones de la Entidad o del patrimonio, identidad y porcentaje en cada caso, y especificar si están representadas en la junta. Dar detalles. NA

Nombre de la sociedad	% de participación	Representados en junta

6. Favor suministrar una lista completa de las sociedades subordinadas, incluyendo: — actividad, país de origen, porcentaje de participación de la Entidad Tomadora en cada una de ellas, fecha de adquisición o creación: NA

Nombre	País	Porcentaje %	Fecha de adquisición / creación

Las sociedades subordinadas podrán quedar automáticamente cubiertas bajo la póliza, según la definición de las Condiciones Generales, si se adjunta a este cuestionario los estados financieros consolidados. No obstante lo anterior, quedará a criterio de la Aseguradora su inclusión.



7. Esta la Entidad Tomadora o cualquiera de sus subordinadas cotizando en una bolsa de valores o en cualquier mercado organizado?

SI _____

NO X

Nombre de la sociedad:

De ser así, detallar:

a. Donde:

- b. Indique el rango de precios por acción para las acciones ordinarias de la sociedad en cada uno de los tres últimos años y para la fecha de solicitud de este seguro:

Año	Valor Alto	Valor Bajo	Ganancia por Acción
Fecha de solicitud			

c. Fecha de inscripción:

d. Valor total de las acciones en el
mercado ("Market
capitalización"):

e. Indique la fecha desde la cual la Entidad
ha pagado continuamente dividendos:

- Acciones ordinarias: _____
- Acciones preferentes (de haber) _____

8. La Entidad Tomadora o alguna de las subordinadas ha introducido en los dos últimos años o contempla introducir en el transcurso del próximo año alguna ampliación de capital o la adición de otros títulos valores, sea en la bolsa o a través de otros medios?

SI _____

NO X

En caso afirmativo dar detalles:



9. Indique nombres de los miembros de la junta directiva y su carácter (pal/suplente).

Nombre	Carácter	Fecha de nombramiento	% de acciones en la sociedad

Aporte detalles en hoja aparte si es necesario *NA*

10. Ámbito territorial de actuación requerido: *Nacional*

INFORMACIÓN GENERAL

11. Ha cambiado durante los últimos cinco años los auditores externos ? *NA*

SI ☐

NO ☐

En caso afirmativo favor explicar las razones para dicho cambio:

12. Ha rechazado o ha denegado algún Asegurador la cobertura del riesgo a las personas, la Entidad Tomadora, o alguna de sus subordinadas para quien actualmente se solicita?

SI ☐

NO ☒

En caso afirmativo dar detalles:

13. Ha existido o existe alguna reclamación contra alguna de las personas para las que se propone este seguro en relación al riesgo asegurado (de la Entidad Tomadora o cualquiera de sus Subordinadas) ?

SI ☐

NO ☒

En caso afirmativo dar detalles:



14. Después de haber realizado una razonable investigación o consulta con los demás Asegurados, tiene alguna de las personas de la Entidad Tomadora o alguna de sus subordinadas, para las que se propone este seguro conocimiento de algún acto incorrecto, hecho o circunstancia o investigación previa que en su opinión pudiera dar lugar a futuras reclamaciones dentro del ámbito del seguro propuesto? (Favor incluir demandas corporativas importantes independientemente de que se refieran a la cobertura para Miembros de Junta Directiva y demás Administradores solicitada)

SI___

NO___

No aplica

En caso afirmativo, por favor incluya detalles:

15. Después de haber realizado una razonable investigación o consulta con los demás Asegurados, indique si la Entidad Tomadora, cualquiera de sus subordinadas o alguna de las personas para las que se propone este seguro:

a. Ha dejado de cumplir alguna vez con sus obligaciones con respecto a sus deudas, convenios o créditos durante los tres últimos años: (Entidad Tomadora o cualquiera de sus subordinadas)

SI___

NO X

b. Han sido mencionados en alguna acción civil o penal o procedimiento administrativo relacionado con una violación de una ley o norma de seguridad, o se ha visto la sociedad involucrada en algún litigio por prácticas monopólicas, fijación de precios por acuerdo, impuestos, derechos de autor, patentes o algún tipo de proceso público?

SI___

NO X

c. Se ha visto involucrado en alguna acción representativa, acción de clase o demandas derivadas de las mismas?

SI___

NO X

Si la respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa por favor a continuación incluya detalles :

16. Que límite de indemnización se solicita? Opciones:

Límite

A. ~~\$~~ 500.000.000 =B. ~~\$~~ 1.000.000.000C. \$ 1.500.000.000 =*21*



17. Aporte detalles sobre la cobertura actual del Seguro de Responsabilidad Civil para Miembros de Junta Directiva y Demás Administradores:

a) Nombre del asegurador

La Previsora S.A.

b) Límite de indemnización

\$ 500.000.000

c) Fecha de vencimiento de la póliza

1-10-2013

18. alguna vez se ha interrumpido la vigencia de la cobertura entre cualquiera de las vigencias desde la fecha del primer seguro?

SI ☐

NO ☒

En caso afirmativo dar detalles:

RIESGO EN ESTADOS UNIDOS, CANADÁ Y PUERTO RICO

Las preguntas 19 y 20 deben ser respondidas cuando se requiera cobertura respecto a reclamaciones hechas en Estados Unidos, Puerto Rico o Canadá o reclamaciones hechas en otros países como consecuencia de operaciones realizadas por la Entidad Tomadora o cualquiera de sus Subordinadas en Estados Unidos, Puerto Rico o Canadá.

Si no tiene activos totales, valores o algún tipo de deuda en Norte América, conteste no.

SI ☐

NO ☒ No aplica

Si posee, por favor conteste todas las preguntas siguientes

19.

a) Activos Totales en Norte América:

No aplica

Estados Unidos:	
Puerto Rico:	
Canadá:	

b) Listado de Sociedades Subordinadas en Estados Unidos, Puerto Rico y Canadá que no sean de propiedad única, junto con la participación en cada una de ellas:

Sociedad	Participación



c) Quienes son los accionistas minoritarios?

Nombre	Porcentaje %

20. Tiene la sociedad o alguna de sus subordinadas:

No aplica

a) Valores, acciones u obligaciones cotizadas en bolsas de Norteamérica.

SI _____

NO _____

b) Algún tipo de deuda, fondos propios o papel comercial localizado en Norte América?

SI _____

NO _____

En caso afirmativo, en qué fecha se hizo la última oferta : Día _____ Mes _____ Año _____

c) Si algún título (acción, deuda) es negociado en forma de American Depositary Receipts ADR (Emisiones de títulos en Estados Unidos), favor informar:

No aplica

i) Tipo (nivel) de ADR: _____

ii) Son patrocinadas por la sociedad? SI _____ NO _____

iii) El porcentaje negociado del total de las acciones que conforman el capital suscrito:

iv) El número de accionistas ADR: _____

21. Información necesaria, que debe incluirse para la Entidad Tomadora y sus subordinadas, para acceder a la cobertura de Reclamaciones de Carácter Laboral (En caso de respuesta afirmativa para alguna de las preguntas, favor informar detalladamente)

Detalle sobre los empleados:

a. Número de empleados de tiempo completo:	<i>642</i>
b. Número de empleados de tiempo parcial:	<i>1.002</i>
c. Número de empleados despedidos en los últimos 12 meses con o sin justa causa.	<i>Ninguno</i>
d. Número de predios (por favor aclare si tiene predios fuera de la República de Colombia)	
e. Número de empleados en los Estados Unidos, Puerto Rico o Canadá (De tener subsidiarias en USA, sus territorios o Canadá favor completar el suplemento)	



Detalles sobre la Entidad Tomadora, sus Subordinadas o cualquier asegurado.
(En caso de responder alguna de las preguntas afirmativamente, favor dar detalles completos)

a. Tiene contemplado el despido de empleados en los próximos 12 meses?	SI__ NO ☒
b. Han estado involucrados en un litigio sobre reclamaciones laborales durante los últimos cinco años?	SI ☒ NO__
c. Han sido acusados por la vía civil, penal o administrativa de violaciones a cualquier ley laboral en Colombia, los Estados Unidos, o en el exterior?	SI__ NO ☒
d. Han recibido una demanda por despido injustificado? En caso afirmativo favor dar detalles, incluyendo información sobre la posibilidad de que un director o administrador se pueda ver involucrado en la demanda.	SI__ NO ☒
e. Han recibido una demanda por hostigamiento sexual o discriminación de cualquier índole?	SI__ NO ☒
f. Se tiene un departamento de recursos humanos?	SI ☒ NO__
g. Se tiene un manual de empleados?	SI ☒ NO__
h. Tiene políticas definidas y en contra del hostigamiento sexual o de cualquier otro tipo?	SI ☒ NO__
i. Tiene políticas sobre el emplear proponentes de raza que no sea anglosajona?	SI__ NO ☒
j. Tiene solicitud de empleo para todo solicitante de empleo?	SI ☒ NO__
k. Utiliza evaluaciones de ejecución formales para todo empleado?	SI ☒ NO__
l. Tiene política sobre los procedimientos en caso de una querella relacionada con hostigamiento o discriminación?	SI ☒ NO__

**DECLARACIÓN**

Les recordamos su deber de reportar todo hecho material que pueda influir en la evaluación del riesgo, cualquier cambio en la información suministrada en el presente cuestionario deberá ser notificado.

*La reticencia en la información podrá perjudicar su derecho a la indemnización ante un eventual siniestro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.
(Nulidad Relativa del Seguro)*

El abajo firmante declara también _ en nombre de las demás Personas Aseguradas, haber contestado íntegra y verídicamente a las preguntas que anteceden._ Estas preguntas hacen parte del contrato de seguro. En caso de producirse algún cambio con respecto a los datos contenidos en este cuestionario, nos comprometemos a informarlos inmediatamente al asegurador.

Firma

Nombre

Cargo

Sociedad

Fecha

(Esta solicitud debe ser firmada por un REPRESENTANTE LEGAL).

Es importante que el administrador que firme esta declaración tenga un buen conocimiento de este seguro para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda recomendamos se contacten con LA GERENCIA DE NEGOCIOS EMPRESARIALES DE SURAMERICANA DE SEGUROS S.A. (Tel 051 435 5551 - 5436) puesto que la información que se omita puede afectar los derechos del Asegurado bajo la Póliza.

Adjunto y formando parte de esta solicitud debe acompañarse una copia del último informe de gestión, los estados financieros debidamente auditados, los comentarios del revisor fiscal y las notas a los estados financieros.

SURAMERICANA DE SEGUROS S.A., está además autorizada para solicitar cualquier otra información que consideren necesaria y en conexión con este Seguro.

