



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.**

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

Universidad del Atlántico
Educación
Desde 1946

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

3. Indicar las sumas aseguradas a cotizar:

	Valores Asegurados
Alternativa 1	<u>\$700.000.000</u>
Alternativa 2	_____
Alternativa 3	_____

4. Relacione los cargos que desea asegurar

Cargo	Nombre
-------	--------

CARGO
GOBERNADOR
REP DEL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
MINISTRO DE EDUCACION O SU REPRESENTANTE
REP DE LOS EXRECTORES
REP DE LOS PROFESORES
REP DE LOS ESTUDIANTES
REP DE LOS EGRESADOS
REP DE LAS DIRECTIVAS ACADEMICAS
REP DE LOS GREMIOS
RECTOR
VICERECTOR DE INV Y PROYECCION SOCIAL
VICERECTOR DE DOCENCIA
VICERECTOR ADMINISTRATIVO
VICERECTOR DE BIENESTAR



SECRETARIO GENERAL
DECANO DE QUÍMICA Y FARMACIA
DECANO CIENCIAS ECONÓMICAS
DECANO DE CIENCIAS HUMANAS
DECANO DE INGENIERÍA
DECANO DE CIENCIAS BÁSICAS
DECANO DE CIENCIAS JURÍDICAS
DECANO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
DECANO DE ARQUITECTURA
DECANO DE EDUCACIÓN
DIRECTOR DEPARTAMENTO DE ADMISIONES
JEFE DE OFICINA INFORMÁTICA
JEFE DE OFICINA DE PLANEACION
JEFE DE OFICINA CONTROL INTERNO
JEFE DE OFICINA DE CONTROL DISCIPLINARIO
JEFE OFICINA DE JURÍDICA
JEFE DEL DPTO DE BIENES Y SUMINISTROS
JEFE DEL DPTO FINANCIERO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

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: ___N.A._____

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 15-06-2010 hasta, 29-02-2012
Limite Asegurado \$ 450.000.000
Compañía de Seguros, Previsora 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

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:

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:

_____ No _____

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

_____ No _____

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 _____ Rector (e) _____

Nombre _____ Freddy Andrés Díaz Mendoza _____

Fecha _____ 01/02/2012 _____

* 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 últimas 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.