

SOLICITUD DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL



Se hace constar que el Solicitante de este seguro declara conocer y aceptar íntegramente las Condiciones Generales y Particulares que se aplicarán en la Póliza que solicita. Este cuestionario tiene el tenor de una declaración jurada. Queda convenido que si se concreta un contrato de seguro, este cuestionario formará parte integrante del mismo.

El Asegurable tiene el deber de avisar inmediatamente a la compañía de seguros dentro de las 72 horas de toda modificación en la información aquí declarada.

1. DEL ASEGURADO

RAZÓN SOCIAL: EMPRESA IBAGUEREÑA DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO IBAL S.S ESP. OFICIAL

REPRESENTANTE LEGAL: ERIKA MELISSA PALMA HUERTAS

DOMICILIO: CRA 3# 1-04 LA POLA

TELÉFONO: 2756000 2618982 FAX: _____

OTRAS OFICINAS O PREDIOS: TOTAL PREDIOS URBANOS 21 Y TOTAL PREDIOS RURALES 11

AÑO DE CONSTITUCIÓN: 09/09/1998

2. ACTIVIDAD PRINCIPAL

DAR DETALLES: CAPTACION, TRATAMIENTO Y DISTRIBUCION DE AGUA (PRESTACION DE SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS A QUE REFIERE LA LEY 142 D 1994, EN COLOMBIA, EN ESPECIAL LOS DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO, LA PRODUCCION Y COMERCIALIZACION DE AGUA POTABLE O PRODUCTOS FABRICADOS A BASE DE AGUA, DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS SANITARIAS SOBRE LA MATERIA)

UTILIZAN MAQUINARIA SI NO

DE QUE TIPO: EQUIPO INSTALADO EN VACON, MINI CARGADOR CASE CON SUS ACCESORIOS, EQUIPO GPS , MINI VIBROCOMPACTO Y 2 EQUIPOS DE INSPECCION DE REDES MONTADO EN CAMIONETA SUPER CHARRY Y CHEVROLET LINEA NPR, EQUIPO DE ANALISIS DE AGUA

2.1. OTRAS ACTIVIDADES

DAR DETALLES: ACTIVIDADES PROVISIONALES O DEFINITIVAS O PARA EFECTOS DE REFORESTACION EN LAS CUENCAS DE LAS QUE NUTRE O LLEGARE A NUTRIRSE LAS PLANTAS DE POTABILIZACION DE LA CIUDAD, ADELANTAR LOS PROGRAMAS DE SANEAMIENTO RESIDUALES Y DOMESTICAS, ADELANTAR CAMPAÑAS DE CONSERVACION DE LOS RECURSOS NATURALES ESPECIALMENTE RELATIVAS A LA ZONA

3. CONTRATAN O SUBCONTRATAN ALGÚN SERVICIO

ESPECIFICAR: SI SE CONTRATAN SERVICIO COMO ASEO Y CAFETERIA, MENSAJERIA, EMERGENCIAS DE ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO

4. NÚMERO TOTAL DE EMPLEADOS:

469

4.1 A QUE EPS ESTAN AFILIADOS: SANITAS LA MAYORIA- SALUD TOTAL(7)- ASMET SALUD(1)-MEDIMAS(1)- NUEVA EPS(3)-

4.2 A QUE ARP ESTAN AFILIADOS: AXA COLPATRIA

5. UBICACIÓN EN EL SECTOR

- a) URBANO c) COMERCIAL e) RURAL
- b) RESIDENCIAL d) SUBURBANO f) INDUSTRIAL

6. VIGILANCIA PERMANENTE

SI NO

7. LINDEROS

7.1 NORTE
TIPO DE EDIFICACIÓN: TOTAL PREDIOS URBANOS 21 Y TOTAL PREDIOS RURALES 11

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: EN LA INSPECCION QUE REALIZO LA COMPAÑIA TIENE ESTA INFORMACION

7.2 SUR
TIPO DE EDIFICACIÓN: TOTAL PREDIOS URBANOS 21 Y TOTAL PREDIOS RURALES 11

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: EN LA INSPECCION QUE REALIZO LA COMPAÑIA TIENE ESTA INFORMACION

7.3 ORIENTE
TIPO DE EDIFICACIÓN: TOTAL PREDIOS URBANOS 21 Y TOTAL PREDIOS RURALES 11

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: EN LA INSPECCION QUE REALIZO LA COMPAÑIA TIENE ESTA INFORMACION

7.4 OCCIDENTE
TIPO DE EDIFICACIÓN: TOTAL PREDIOS URBANOS 21 Y TOTAL PREDIOS RURALES 11

ACTIVIDAD QUE DESARROLLA: EN LA INSPECCION QUE REALIZO LA COMPAÑIA TIENE ESTA INFORMACION

8. ¿EXISTEN FACTORES QUE SE CONSIDERAN AGRAVANTES DEL RIESGO?

SI NO

CUALES: EL INFORME DE INSPECCION LO HIZO PREVISORA EN EL 2020 Y TIENE LA INFORMACION COMPLETA/ SIN EMBARGO SE

9. VALORACIÓN DE INSTALACIONES

PRECAUCIONES CONTRA INCENDIO / SEGURIDAD GENERAL (NÚMERO):

- EXTINGUIDORES SPRINKLERS
- BOMBAS DE AGUA BRIGADA CONTRA INCENDIO
- ASCENSORES ESCALERAS ELÉCTRICAS
- CAFETERÍA, RESTAURANTE ZONAS DEPORTIVAS
- ENFERMERÍA, (PRIMEROS AUXILIOS)

10. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

	AÑO ACTUAL	PROYECCIÓN AÑO SIGUIENTE
INGRESOS BRUTOS	77.035.893.742	81.365.310.970
VALOR DE LA NÓMINA	26.451.894.959	28.171.268.131
UTILIDAD BRUTA ANUAL	40.637.466.004	43.278.901.294

11. RELACIÓN DE VEHÍCULOS UTILIZADOS PARA LA ACTIVIDAD DE LA EMPRESA

- a) PROPIOS No. 12
- b) NO PROPIOS No. 5

REGISTRO DE SINIESTROS

INDIQUEN A CONTINUACIÓN LAS RECLAMACIONES QUE LES HAN SIDO PRESENTADAS, LAS LIQUIDADAS Y LAS PENDIENTES DURANTE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS AUNQUE NO HAYAN ESTADO ASEGURADOS LOS SINIESTROS PENDIENTES ESTIMADOS DE LOS QUE PUDIERAN SER RESPONSABLES (NO EL IMPORTE RECLAMADO) POR EJEMPLO EL IMPORTE QUE LIMITARÍA SU RESPONSABILIDAD BAJO LAS CONDICIONES DE SUS CONTRATOS CON SUS CLIENTES.

AÑO	DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL PERDIDA	VALOR PAGADO TOTAL
	SE ANEXA SINIESTRALIDAD DE LOS ULTIMOS 4 AÑOS DE LAS COMPAÑIAS MAPFRE Y PREVISORA		

INDICAR EN HOJA APARTE CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL RELATIVA AL SEGURO DE SU NEGOCIO.

ESPECIFIQUE EL LIMITE DE VALOR ASEGURADO SOLICITADO: 1.000.000.000

OBSERVACIONES: _____

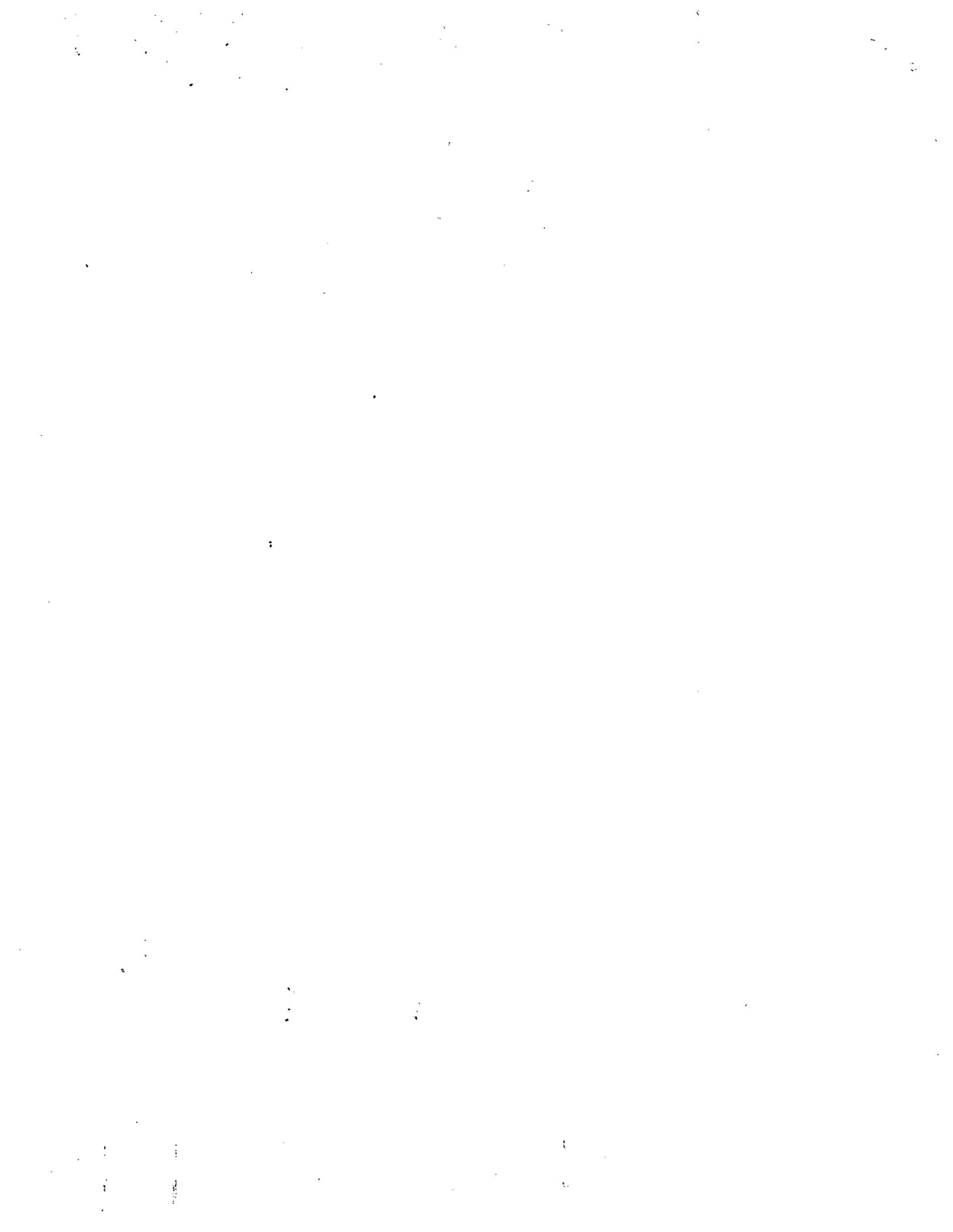
Es importante que el Representante Legal que firme esta declaración tenga un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda rogamos contacten con LA PREVISORA S.A. Compañía de Seguros, puesto que la no divulgación de información puede afectar a los derechos del Asegurado o pueda anular la Póliza.

Firma:  _____

Nombre: ERIKA MELISSA PALMA HUERTAS

Cargo: GERENTE

Lugar y Fecha: IBAGUE FEBRERO 16 DEL 2022



5. ¿Se han adquirido o vendido filiales o subsidiarias? SI NO En caso afirmativo dar detalles:

6. Relacione las compañías filiales de la entidad, indicando su porcentaje de participación:

MUNICIPIO DE IBAGUE:0.17940%

INFIBAGUE:99.8258%

UNIDAD DE SALUD DE IBAGUE USI:0.00001%

COLEGIO ALBERTO SANTOFIMIO CAICEDO:0.00001%

HOSPITAL SAN FRANCISCO:0.00001%

7. Información relacionada con seguros

Informe si tiene actualmente contratadas alguna de las siguientes pólizas:

Ramo	Aseguradora	Límite asegurado	Vigencia desde	Vigencia hasta
Responsabilidad Civil Servidores Públicos	PREVISORA	500,000,000	12/03/2021	04/03/2022
Manejo Global	PREVISORA	500,000,000	12/03/2021	04/02/2022
Infidelidad y riesgos financieros	NO CONTRATADA			

8. Límite asegurado requerido para la nueva vigencia: 500.000.000

8.1 En caso de ser distinto el límite requerido para la nueva vigencia al actualmente contratado, favor indicar las razones de la modificación:

8.2 En caso de requerir retroactividad, indicar fecha exacta: (ILIMITADA).

Día	Mes	Año

9. Actualmente tiene contratado el periodo extendido para reclamos en pólizas de responsabilidad civil para servidores Públicos:

SI NO

10. En los últimos 3 años, le han revocado la póliza de responsabilidad civil para servidores públicos:

SI NO En caso afirmativo dar detalles:

11. ¿Respecto a las pólizas de responsabilidad civil, durante los últimos 5 años se han formulado reclamos?

SI NO En caso afirmativo dar detalles: (De ser necesario dar respuesta en hoja anexa)

SE ANEXA SINIESTRALIDAD DE LOS ULTIMOS 5 AÑOS

12. ¿Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a una reclamación o investigación? SI NO

En caso afirmativo dar detalles: (De ser necesario dar respuesta en hoja anexa)

13. ¿Durante los últimos 3 años alguna invitación o proceso de selección de contratistas para la contratación de seguros que ha adelantado la entidad, donde se incluya la póliza de responsabilidad civil servidores públicos se ha declarado desierto? SI NO En caso afirmativo dar detalles:

14. Informe los hallazgos o advertencias que se hallan realizado por auditorías realizadas a la entidad (incluyendo informes de Contraloría u otros organismos de control) en los últimos 3 años, así como los planes de acción implementados. (De ser necesario entregar información en hoja anexa).

Se anexa ultimo informe

INFORMACIÓN FINANCIERA

15. ¿Existe alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero del último año fiscal? SI NO En caso afirmativo dar detalles:
(De ser necesario entregar información en hoja anexa).

16. Conforme a la información financiera indique si en alguno de los últimos dos periodos fiscales la entidad ha presentado pérdidas: SI NO En caso afirmativo informar las razones:
(De ser necesario entregar información en hoja anexa).

INFORMACIÓN RELEVANTE AL COVID 19

17. Preguntas relacionadas con COVID 19: (De ser necesario dar respuesta a las siguientes, en hoja anexa)

17.1 Informe las medidas preventivas que ha adoptado con los trabajadores:

EXISTE EL MANUAL DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD

17.2 Si parte o la totalidad de sus empleados trabajan de forma remota, indique las medidas de seguridad adoptadas para prevenir ciberataques o violaciones de datos:

EXISTE EL MANUAL DE PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD

17.3 ¿Ha realizado un análisis de sus principales clientes, proveedores o cadenas de suministro que podrían verse afectados por las medidas adoptadas por el coronavirus? ¿Cuál es el resultado actual de este análisis / qué impacto anticipa que tendrán estas medidas en su entidad?

SI Y CUMPLEN TODOS LOS PROTOCOLOS QUE SE LES EXIGEN

17.4 ¿La entidad ha incumplido pagos o contratos como consecuencia de la situación generada por el coronavirus, o prevé que puede incumplirlos a futuro o solicitar ampliaciones de plazo?

SI NO

En caso afirmativo informar las razones:

17.5 ¿La entidad ha dictado medidas que pudieron o pueden afectar a la ciudadanía y por las cuales se pueda colegir reclamos futuros (Ejemplo: ¿medidas de confinamiento que hayan afectado negocios)?

NO

ACLIARACIONES

EL ABAJO FIRMANTE EN CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA DECLARA QUE ACORDE CON SU CONOCIMIENTO, LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN ESTA SOLICITUD SON VERDAD.

LA FIRMA DE ESTA SOLICITUD NO OBLIGA A LA FORMALIZACION DEL SEGURO PROPUESTO, PERO SE ACUERDA QUE ESTA SOLICITUD SE ADJUNTARÁ Y CONSTITUIRÁ PARTE DE LA PÓLIZA.

PREVISORA SEGUROS QUÉDA AUTORIZADA PARA REALIZAR CUALQUIER INDAGACIÓN Y CONSULTA O SOLICITUD DE INFORMACIÓN QUE CONSIDERE NECESARIA.

CIUDAD
IBAGUE

FECHA
16 | 2 | 2022

NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL
ERIKA MELISSA PALMA HUERTAS

CARGO
GERENTE GENERAL

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 5 2 9 0 5 4 1 3 DE BOGOTA

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS POR ADJUNTAR

1. Balance e informes financieros de los últimos dos periodos fiscales incluidas las notas.
2. Detalle de reclamaciones y/o investigaciones a la fecha indicando fecha de ocurrencia, fecha de reclamación, clase de proceso, pretensiones (si aplica), pagos, reservas, amparo afectado, estado del proceso y descripción del incidente, de los últimos 5 años

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ PREVISORA, HACE CONSTAR QUE EL SOLICITANTE DE ESTE SEGURO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR ÍNTEGRAMENTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES QUE SE APLICARÁN EN EL SEGURO QUE SOLICITA. ESTE FORMULARIO TIENE EL TENOR DE UNA DECLARACIÓN JURADA.

QUEDA CONVENIDO QUE, SI SE CONCRETA UN CONTRATO DE SEGUROS, ESTE FORMULARIO FORMARÁ PARTE INTEGRANTE DEL MISMO.

EL ASEGURADO TIENE EL DEBER DE AVISAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DENTRO DE LAS 72 HORAS DE TODA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN AQUÍ DECLARADA.