

FORMULARIO PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MISCELÁNEO

Esta solicitud es confidencial, la firma o diligenciamiento de este formulario no obliga a SBS SEGUROS COLOMBIA S.A. a formalizar este seguro.

Favor anexar cualquier información complementaria que resulte significativa para las respuestas de las preguntas de este documento. En caso de estarse proponiendo el seguro para mas de un Solicitante, todas las respuestas deben darse como grupo, es decir para todos los Solicitantes. Si cualquier Compañía Subsidiaria¹ tiene respuestas distintas por favor suministrarlas en forma independiente.

El cuestionario debe ir acompañado del último Informe anual de la Sociedad y de cada Subsidiaria que incluya sus estados financieros consolidados y el informe de auditoría externa.

Información del Solicitante

Nombre de la Empresa Solicitante (Tomador)	PEOPLE CONTACT S.A.S				
NIT:	900159106-0	Fecha de fundación	27 DE JUNIO DE 2017		
Actividad de la Empresa Solicitante:	SERVICIOS DE CONTACT CENTER, BPO, RENTING, INMOBILIARIOS				
Dirección principal de la Empresa Solicitante	CALLE 19 # 16 - 04				
Tipo de Sociedad	Publica	Privada	Mixta	Cooperativa	Sociedad Sin ánimo de Lucro
			<input checked="" type="checkbox"/>		
Número de Empleados	143	Número de Predios	10		

- ¿Durante cuánto tiempo ha llevado a cabo el Tomador sus negocios sin ninguna interrupción? 12 AÑOS
- Por favor suministrar la lista completa de las subsidiarias o Entidades Externas / Compañía Asociada:

Nombre de la Empresa	Actividad	País de Origen	Porcentaje de participación del Tomador	Ingresos del último periodo	Desea incluir en la cobertura solicitada?	
					SI	NO
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Nota: Así como se solicita para el Tomador/Solicitante de este seguro, las empresas relacionadas en el cuadro anterior deben adjuntar también los Estados Financieros del último periodo contable junto con las Notas e Informe del Revisor Fiscal.

- La Empresa Solicitante es subsidiaria de otra entidad? SI No

De ser así por favor suministre Nombre, participación, país de origen:

¹ Compañía subsidiaria significa cualquier compañía en la cual el tomador de la póliza, ya sea directa o indirectamente a través de una o más de sus compañías subsidiarias: (i) controla la composición de su directorio; o (ii) controla más de la mitad del poder de voto; o (iii) posee más del 50% del capital o de las acciones de la empresa.

Handwritten initials/signature on the right margin.

4. Informar la Composición Accionaria de la Empresa Solicitante

Nombre	Participación
INFI MANIZALES	66.65%
AGUAS DE MANIZALES S.A.E.S.P	15.88%
EMPRESA METROPOLITANA DE ASEO EMAS S.A.E.S.P	17.47%
TERMINAL DE TRANSPORTES DE MANIZALES	0,0000362%
INFOTIC S.A.	0,0000362%

5. ¿El Tomador ha hecho alguna(s) adquisición (es) o fusión(es) durante el último año o tiene planeado hacerlo?

Si No

De ser así, favor dar detalles

6. Proporcionar detalles completos de todos los seguros similares al solicitado que actualmente estén contratados y vigentes para el Tomador y las Empresas Subsidiarias o Entidades Externas o Compañía Asociadas si aplica:

Entidad	Asegurador	Límite	Deducible	Prima	Vigencia
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

7. Límites asegurados a cotizar (Cifras en COP):

- Opción 1: 3.000.000.000
 Opción 2:
 Opción 3:

8. Favor describir detalladamente todas las actividades profesionales con el porcentaje que representa sobre sus ingresos brutos, para lo cual se busca la cobertura

Actividades Proyectadas	Año Actual	Año 2016	Año
BPO	7.1%	11,7%	80 %
RENTING	52.8%	51,2%	13 %
INMOBILIARIO	18.4%	18.1%	7 %
CONVENIOS	2.6%	3,8%	%
OTROS	19.1%	15,2%	

9. ¿El Asegurado esta comprometido con cualquier otro tipo de negocio o profesión diferente de las descritas en la pregunta 8?

Si No

En caso afirmativo proporcionar detalles e ingresos brutos

10.

a) Suministre una relación de los principales socios, los principales funcionarios y empleados profesionales directamente comprometidos en proporcionar servicio a los clientes

b) Numero de empleados no profesionales (Ej. Secretarias)

115 EMPLEADOS ENTRE PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES

AS
68

11. Favor proporcionar la siguiente Información:

Nombre completo de Socios Principales/ Socios Importantes	Carreras Profesionales	Fecha de Grado	Tiempo de Practica	Tiempo como Socio o Principal
INFIMANIZALES				12 AÑOS
METROPOLITANA DE ASEO S.A				12 AÑOS
AGUAS DE MANIZALES E.S.P				12 AÑOS
TERMINAL DE TRANSPORTES DE MANIZALES				12 AÑOS
INFOTIC S.A.				12 AÑOS

12. Favor incluir una lista de los cinco (5) trabajos o proyectos más significativos realizados por la Firma Asegurada durante los últimos tres (3) años. Favor especificar el nombre del proyecto o cliente, la naturaleza de servicios prestados al cliente y los ingresos obtenidos por dichos servicios.

Nombre del Proyecto/Cliente	Naturaleza del Servicio	Ingresos
Telecentros comunitarios	Operación de los telecentros comunitarios de la ciudad de Manizales 2017.	\$812.462.431
Telecentros comunitarios	Operación de los telecentros comunitarios de la ciudad de Manizales 2018.	\$1.354.137.822
Telecentros comunitarios	Operación de los telecentros comunitarios de la ciudad de Manizales 2019.	\$1.078.569.202

13. ¿Tiene la Empresa Asegurada un contrato escrito con clientes?

- a) En todos los casos SI No
- b) Algunas Veces SI No
- c) Nunca SI No

Favor anexar una copia del tipo de contrato normalmente utilizado

14. ¿Que porcentaje de los negocios de la Empresa Asegurada involucra subcontratos de trabajo?:

0%

- Por favor detalle las operaciones o actividades que subcontrata: Cuales son?
- Experiencia de las firmas que se subcontratan: N/A Años
- Se les exige una póliza de Responsabilidad Civil Profesional a dichos subcontratistas: SI No

15. ¿El Asegurado presta servicios profesionales a entidades en las cuales tiene Intereses de propiedad?

SI No

Si la respuesta es "Si", explique

16. Adjuntar último Reporte Anual y cualquier tipo de información promocional o descriptiva de la Firma

17. ¿Ha sido alguna de las personas nombradas en la pregunta trece (10) sujetas a medidas de acción disciplinarias, penales o civiles como resultado de sus actividades?

SI No

Handwritten signature/initials.

Si la respuesta es "Si", explique

Información sobre Perdidas

18. Se han efectuado o tiene noción o conocimiento de alguna reclamación en contra de

a) La Firma Si No X

b) Cualquiera de los Socios o Directores actuales o anteriores de la Firma o sus predecesores en la actividad. Si No X

Si la respuesta es "Si", proporcionar detalles

19. Se entiende con respecto a la pregunta anterior que si tal conocimiento o información existe, cualquier demanda o acción que surja se excluye de la presente cobertura. Si No X

Declaración

Declaramos que las respuestas que figuran en la presente aplicación son ciertas, y acordamos que si la información aquí contenida sufre cambios entre la fecha de diligenciamiento y la de iniciación de cobertura, notificaremos inmediatamente tales cambios al asegurador, y el asegurador podrá declinar o modificar cualquier cotización pendiente y/o autorización o acuerdo de cobertura.

Firmar esta aplicación no obliga ni al solicitante ni a la aseguradora a completar este seguro, pero es acordado que esta forma será la base del contrato de ser emitida una póliza, y se adjuntará y hará parte integrante de la póliza.

Firma autorizada del Solicitante: _____

Nombres y Apellidos: ALEJANDRO ARANGO CASTRO

Cargo: Gerente General

Razón Social: People Contact S.A.S.

Fecha: Febrero 17 de 2020

AVISO IMPORTANTE - LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

Con el propósito de proteger sus datos personales, SBS Seguros ha diseñado una Política de Privacidad que nos permite manejar adecuadamente los datos personales que recolectemos, almacenemos o actualicemos, así como compartirlos, dentro o fuera del territorio nacional, con sociedades del grupo o con entidades con las cuales trabajamos. Aquella información que nos suministre la utilizaremos para comunicarnos con usted y enviarle información sobre: nuestros productos y servicios, las actividades comerciales de SBS Colombia, asuntos relacionados con el contrato de seguro y aspectos relativos a la seguridad de la información recolectada por SBS Seguros. Usted cuenta con los derechos establecidos en la Ley 1581 de 2012 o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, y en especial tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar los datos e información suministrados y podrá revocar las autorizaciones que aquí constan en cualquier momento. Adicionalmente, se le informa que son facultativas las respuestas a las preguntas que se le han hecho o se le harán sobre datos personales sensibles (incluidos los relativos a la salud y biométricos) o sobre datos de niñas, niños y adolescentes; por lo cual usted no se encuentra obligado a responderlas o a autorizar su tratamiento.

Por medio del presente documento, usted acepta la Política de Privacidad de Datos de SBS Seguros, la cual se encuentra disponible en la página web WWW.SBSSEGUROS.CO, puede solicitar una copia en la línea de Atención al Cliente de SBS01 8000 522 244 o en sus oficinas; política que usted reconoce es de su interés revisarla periódicamente. Si por alguna razón ha entregado a SBS Seguros información de otra persona, usted certifica que está autorizado para ello y que compartirá con esa persona la Política de Privacidad de SBS Seguros.

Nombre: Alejandro Arango Castro
C.C. 16.073.165
Representante Legal de People Contact S.A.S.

Handwritten initials/signature