



Solicitud y Cuestionario de Riesgo del Seguro de Responsabilidad Civil para Servidores Civiles

Este documento constituye una solicitud de seguro y por lo tanto puede o no ser aceptada por Chubb Perú S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante La Compañía. Una vez analizada la información proporcionada por el solicitante y/o la Entidad o Institución Pública Contratante, La Compañía se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud, así como, en su caso, proponer alternativas de cobertura.

Una vez celebrado el contrato de seguro, el presente documento se convertirá en parte integral de la Póliza. Es fundamental que todas las preguntas sean contestadas correcta y completamente.

Información a Proporcionar:

1. Nombres y Apellidos completos del Solicitante: _____
2. Estado Civil: _____
3. Domicilio: _____
4. DNI: _____
5. Cargo: _____
6. A qué grupo corresponde el cargo?: Marcar (X)
 - 6.1 Funcionario público: ____
 - 6.2 Directivo público: ____
 - 6.3 Servidor Civil de Carrera: ____
 - 6.4 Servidor de Actividades Complementarias: ____
7. A qué régimen de adscripción al Estado corresponde: Marcar (X)
 - 7.1 Ley 30057 Ley del Servicio Civil: ____
 - 7.2 Decreto Legislativo N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público: ____
 - 7.3 Decreto Legislativo N° 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral: ____
 - 7.4 Regímenes de carreras especiales de acuerdo con la Ley: ____
 - 7.5 Decreto Legislativo N° 1057, Contratación de Administración de Servicios, CAS: ____
 - 7.6 D.S N° 040-2014-PCM, Modalidad de Contratación Directa: ____
8. Actividad, funciones y área de responsabilidad del Puesto: _____

9. Tiempo en el Puesto: _____
10. Antecedentes de falta, amonestación, suspensión, multa, cese temporal o destitución
 - 10.1 Si
 - 10.2 NoEn caso positivo, proporcionar detalles:

11. Entidad o Institución Pública donde labora el Servidor Civil, sea ella Contratante o no de la posible Póliza:

12. Domicilio social:

13. RUC:

14. Representante Legal: _____

15. Actividad, funciones y áreas de responsabilidad de la Entidad o Institución Pública, sea ella Contratante o no de la posible Póliza:

16. A qué nivel de Gobierno corresponde: Marcar con (X)

16.1 Central: _____

16.2 Regional: _____

16.3 Local: _____

17. Persona contacto: _____ Sr. Sra.

18. Teléfono: _____

19. Email: _____

20. Si la Entidad o Institución Pública es Contratante de la posible Póliza y se va a proponer a más de un Servidor Civil, adjuntar una Relación los de Servidores Civiles a los que se le quiere dar cobertura, donde se establezca, lo siguiente:

- Nombre:
- DNI:
- Estado civil:
- Puesto:
- Tiempo en el Puesto
- Grupo al que corresponde el Puesto:
- Régimen de Adscripción al Estado:
- Actividad, funciones y área de responsabilidad:
- Remuneración:

21. Límites de Responsabilidad a cotizar:

VALORES ASEGURADOS: En S/ o, en US\$

Propuesta Básica:

Alternativa 1

Alternativa 2

22. Presupuesto de la Entidad o Institución Pública Contratante:

23. Relacione los puestos o cargos a reportar:

PUESTOS CUYOS SERVIDORES CIVILES
ASEGURAR

NUMERO DE SERVIDORES CIVILES SE PRETENDE

-
-
-

TOTAL DE PUESTOS O CARGOS REPORTADOS:

24. Durante los últimos cinco (05) años:

- Ha cambiado la denominación o funciones de la Entidad o Institución Pública?
SI ____ NO ____
En caso afirmativo, dar detalles: _____
- Si la Institución o Entidad Pública estuviera organizada como una persona jurídica sociedad anónima, la estructura del capital social ha sufrido modificaciones?
SI ____ NO ____
En caso afirmativo, dar detalles: _____
- Considera actualmente la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc. de otras empresas?
SI ____ NO ____
En caso afirmativo, dar detalles: _____
- Se está estudiando o considerando la cotización en bolsa de las acciones de su empresa?
SI ____ NO ____
En caso afirmativo, dar detalles: _____

25. Es la Entidad o Institución Pública: Marcar (X)

- Pública ____
- Mixta ____

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

- En poder del Estado _____
- En poder del sector privado _____

26. De ser el caso, personas jurídicas que posean al menos 15% del capital social de la Entidad o Institución Pública, identidad y porcentaje en cada caso, y especificar si están representados en el Directorio o Junta. Dar detalles:

Nombre de la Sociedad - % de Participación - Representados en Junta

27. La Entidad o Institución Pública se encuentra bajo la vigilancia y control de: Marcar (X)

- Contraloría General de la República: _____
- Ministerio Público: _____
- Oficina de Control Interno o Auditoría Interna: _____
- Superintendencia: _____
- Organismo Regulador: _____
- Otros: _____

28. Tiene la Entidad o Institución Pública en el momento Seguro de Responsabilidad Civil de Directores y Administradores? SI ____ NO ____

En caso afirmativo especifique:

- Vigencia:
- Fecha de Retroactividad:
- Limite Asegurado:
- Compañía de Seguros:

29. Tiene la Entidad o Institución Pública 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:

- Vigencia:
- Fecha de Retroactividad:

- Limite Asegurado:
- Compañía de Seguros:

30. La Entidad o Institución Pública tienen una oficina de Control Interno o Auditoría que realiza investigaciones disciplinarias Internas?

SI ____ NO ____

En caso afirmativo dar detalles: _____

31. 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: _____

32. Se ha tenido conocimiento durante los últimos cinco (05) años de eventos que puedan dar lugar al inicio de una demanda, investigación o proceso contra el o los Servidores Civiles que se pretende amparar, por parte de los Organismos de Control Interno Administrativos o Sociedades de Auditoría, Contraloría General de la República, o por parte del Ministerio Público o Jueces Civiles o Penales de la República?

SI ____ NO ____

En caso Afirmativo por favor describir en detalle:

33. Indique si la Entidad o Institución Pública o alguno de los cargos reportados o algunas de las personas para las que solicita este seguro se ha visto alguna vez afectada por una reclamación o denuncia en su contra o por una investigación por parte de cualquier entidad competente?

SI ____ NO ____

En caso Afirmativo por favor describir en detalle las acciones y los costos de defensa incurridos:

34. Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro, conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a la reclamación de un tercero?

SI ____ NO ____

En caso afirmativo por favor relacionar detalle de las circunstancias o incidentes:

35. Indiquen si hay:

- Alguna calificación, comentario u observación contenida en el informe de Control Interno o Dictamen de los Auditores Externos sobre la Entidad o Institución Pública, si es aplicable:

y/o

- Alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero.

Rechazo de la Solicitud

La Compañía está obligada a comunicar al CONTRATANTE, dentro de los quince (15) días de presentada la solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que se le haya requerido información adicional en el referido plazo.

Declaración Formal

Por favor lea cuidadosamente la siguiente declaración y firme a continuación en el espacio indicado. Si se celebra el contrato de seguro, esta declaración se adjuntará al mismo.

Declaro que la totalidad de la información suministrada en este formulario es verídica y exacta, y que no se ha omitido voluntariamente, ni siquiera suprimido ningún hecho. También informaré La Compañía cualquier modificación que ocurra desde este día hasta la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. La firma de esta solicitud no obliga a la formalización del seguro propuesto, pero se acuerda que esta solicitud se adjuntará y constituirá parte de la Póliza. La Compañía queda autorizada a realizar cualquier indagación y consulta que en conexión con esta solicitud considere necesaria.

Firma *

Cargo

Nombre

Fecha

* El Formulario deberá ser firmado por el Servidor Civil solicitante y, en su caso, por la Entidad o Institución Pública Contratante, representada por una persona que ostente plenas facultades para ello. Es importante que quienes firmen tengan un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente. En caso de duda solicitamos contacten con Chubb Seguros Perú, puesto que la no divulgación u omisión de información puede afectar a los derechos del Asegurado o puede anular la Póliza.

P. SOLICITANTE

P. ENTIDAD O INSTITUCIÓN PÚBLICA CONTRATANTE

LISTADO DE DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE SE DEBEN ADJUNTAR EN CASO CONTRATE LA ENTIDAD O INSTITUCIÓN PÚBLICA:

- En su caso, Estado de Ganancias y Pérdidas y Balance General comparativo dos últimos años.
- Informe de Control Interno y/o Dictamen de los Auditores Externos del último ejercicio.
- Organigrama general de la Entidad o Institución Pública.

Chubb Seguros Perú está autorizado para solicitar cualquier otra información que considere necesaria y en conexión con este seguro.

“Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley de Contrato

de Seguro y normas reglamentarias, y estas no sean subsanadas por la empresa, la Superintendencia podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización”.