

**RESPONSABILIDAD CIVIL PARA DIRECTORES
Y ADMINISTRADORES
CUESTIONARIO DE SOLICITUD DEL SEGURO**



Las condiciones de la presente póliza se encuentran sujetas a una revisión posterior por parte de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's, por lo que, en caso se identifiquen cláusulas abusivas en el marco de la Ley del Contrato de Seguro y normas reglamentarias, y estas no sean subsanadas por RIMAC, la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's podrá revocar el código de registro asignado lo que determinará la prohibición de su comercialización.

1. Nombre de la sociedad solicitante (la "Sociedad"):

Nombre del Tomador del Seguro, en caso de ser distinto al anterior:

2. Domicilio Principal:

3. Fecha de constitución / Escritura pública. Extracto inscrito en el Registro de Comercio y publicado en el Diario Oficial:

Dirección del Sitio de Internet o "Website address":

4. Actividad(es) de la Sociedad y sus Sociedades Filiales o Subsidiarias y Sociedades Relacionadas (*):

5. Tipo de Sociedad:

Anónima Abierta Anónima Cerrada Responsabilidad Limitada
Persona Jurídica sin Fines de Lucro O Otra (Explicar)

Si la Sociedad es anónima abierta, favor señalar número de registro en el Registro de Valores de la S.V.S. y, de proceder, la(s) bolsa(s) de valores donde se encuentran registradas sus acciones:

Si la Sociedad anónima abierta efectivamente cotiza sus acciones en Bolsa, indicar lo siguiente:

Bolsas donde se cotiza:

Símbolo Bursátil:

Número de Acciones emitidas y suscritas

Fecha de O.P.A. ("Oferta Pública de Acciones") más Reciente:

Si cotiza en cualquier bolsa de U.S.A (es decir, ha emitido ADR's), por favor indique:

a) Bolsa en la que cotiza (NYSE, NASDAQ, ...):

**RESPONSABILIDAD CIVIL PARA DIRECTORES
Y ADMINISTRADORES
CUESTIONARIO DE SOLICITUD DEL SEGURO**



b) Tipo de ADR's emitidos:

c) Símbolo de la Sociedad en la bolsa (Ticker Symbol):

d) Porcentaje del capital social total de la Sociedad emitido en la Bolsa de

e) ¿Cotiza de alguna otra forma? Por favor, especifique.

6. Durante los últimos 5 años,

A. ¿Se ha cambiado el nombre de la Sociedad? Sí No

Si su respuesta es SI indicar escritura pública y extracto inscrito en el Registro de Comercio y publicado en el Diario Oficial

B. ¿Se ha producido alguna fusión, adquisición o venta de la Sociedad o alguna de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias? Sí No

Si su respuesta es SI adjuntar escritura pública y extracto inscrito en el Registro de Comercio y publicado en el Diario Oficial

C. ¿Ha aumentado o disminuido el Capital Social y/o ha cambiado su distribución? Sí No

D. ¿Ha cambiado de empresa de auditoría? Sí No

¿Quién es el auditor actual?

(*) **Por los fines de este cuestionario, el término “Sociedad Filial o Subsidiaria” significa cualquier entidad de la que la Sociedad controle directa o indirectamente:**

- i) **la mayoría de los derechos de votos, o**
- ii) **el derecho a nombrar o revocar a la mayoría de los miembros del Directorio u otro órgano de administración.**

“Sociedad Relacionada” es toda persona jurídica que no sea Sociedad Filial o Subsidiaria y que figure expresamente nombrada como “sociedad relacionada” en este cuestionario y en las Condiciones Particulares y en cuyo Directorio u órgano de administración, la Sociedad haya ostentado u ostente alguna representación.

7. A. ¿Se está considerando alguna fusión, adquisición o venta de la Sociedad o alguna de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias y/o Sociedades Relacionadas?

**RESPONSABILIDAD CIVIL PARA DIRECTORES
Y ADMINISTRADORES
CUESTIONARIO DE SOLICITUD DEL SEGURO**



Sí No

B. ¿Existe actualmente alguna propuesta conocida por la Sociedad en relación con su adquisición por otra entidad?

Sí No

C. ¿Ha anunciado públicamente la Sociedad alguna emisión de valores durante este o el próximo año?

Sí No

D. ¿Está o ha estado la Sociedad en los últimos 5 años, en quiebra o ha caído en cesación de pagos, o de ser aplicable, en causal de terminación o disolución por estos hechos?

Sí No

E. ¿Ha promulgado la Sociedad alguna normativa interna con respecto a la compra o venta de acciones de la Sociedad por sus directores y/o funcionarios?

Sí No

F. ¿Tiene la Sociedad algún pasivo, obligación o deuda contingente o fuera de sus libros de contabilidad?

Sí No

G. ¿Otorga la Sociedad algún tipo de préstamo a sus directores y/o gerentes o planifica la Compañía proporcionar algún préstamo en el futuro a estas personas?

Sí No

EN EL CASO DE UNA RESPUESTA AFIRMATIVA A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS 6 Y 7, POR FAVOR, EXPLIQUELA DETALLADAMENTE EN UNA HOJA APARTE INDIQUE LOS ANTECEDENTES LEGALES EN CASO DE PROCEDER

8. A. Nombre y porcentaje de participación de cualquier accionista/propietario directa o indirectamente de más del 5% de las acciones de la Sociedad:

Nombre y porcentaje de participación de cualquier accionista/propietario directa o indirectamente de más del 5% de las acciones de la Sociedad:	

B. Acciones de propiedad directa o indirecta de directores, administradores y gerentes:

9. Indique detalladamente cualquier cambio en la lista de miembros de los órganos de administración, directores, gerentes o ejecutivos de la Sociedad, desde la fecha de cierre de la última memoria anual aprobada por la Junta Ordinaria de Accionistas:

**RESPONSABILIDAD CIVIL PARA DIRECTORES
Y ADMINISTRADORES
CUESTIONARIO DE SOLICITUD DEL SEGURO**



10. A. Indique las Sociedades Filiales o Subsidiarias y Sociedades Relacionadas de la Sociedad:

[Redacted]				

Por favor completar en una hoja aparte si fuera necesario.

B. 1. Indique las Sociedades Filiales o Subsidiarias y/o Relacionadas que se desean incluir en la cobertura, especificando si alguna de ellas es una Persona Jurídica sin Fines de Lucro:

C. ¿Alguna de las Sociedades Filiales o Subsidiarias y/o Relacionadas, actuales o anteriores, está o ha estado en los últimos 5 años en situación de quiebra, suspensión de pagos o, de ser aplicable, en causal de terminación o disolución?

Sí No

Si la respuesta es SI, explicar:

11. ¿Existe cualquier hecho o circunstancia del cual tenga conocimiento la Sociedad, cualquiera de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias y/o Sociedades Relacionadas, o cualquier persona para la que se solicita este seguro y que puedan dar lugar a un Reclamo o Investigación por parte de cualquier organismo competente o persona en su contra? :

Sí No

En el caso de una respuesta afirmativa, describa en detalle tales hechos o circunstancias:

Por favor completar en una hoja aparte si fuera necesario.

Por favor, tenga presente que cualesquiera hechos o circunstancias de la índole mencionada en la pregunta 11, fueren o no divulgados en dicha respuesta, están

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA DIRECTORES
Y ADMINISTRADORES
CUESTIONARIO DE SOLICITUD DEL SEGURO



excluidos (junto con cualquier Reclamo basado en los mismos) de la cobertura de cualquier póliza de seguros emitida con base en este cuestionario.

12. A. Indique si la Sociedad o cualquiera de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias y/o Sociedades Relacionadas o alguna de las personas para las que se solicita este seguro se ha visto alguna vez afectada por una demanda, reclamación o sanción en su contra o por una investigación por parte de cualquier autoridad competente o persona:

Sí No

- B. Indique si la Sociedad o cualquiera de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias y/o Sociedades Relacionadas o alguna de las personas para las que se solicita este seguro ha sido objeto alguna vez de una demanda, reclamación o sanción en su contra **por daños al medio ambiente o por infracción de cualquier normativa ambiental:**

Sí No

En caso de respuesta afirmativa en los puntos anteriores A o B, favor de indicar a continuación:

- C. Los detalles del asunto, incluyendo un resumen de las alegaciones, el monto reclamado y la resolución o estado actual del caso:

- D. Si dicha reclamación o investigación se llegó a hacer pública en algún medio de comunicación:

Por favor completar en una hoja aparte si fuera necesario.

13. Si la Sociedad, alguna de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias y/o Sociedades Relacionadas, alguno de los administradores, ejecutivos, o cualquier otra persona para la que se solicita el presente seguro, tiene o ha tenido cobertura de responsabilidad civil para directores y administradores bajo otra póliza de seguro, se ruega indicar:

a) Nombre de la Compañía Aseguradora:

b) Límite de indemnización:

c) Fecha de vencimiento/cancelación

d) Identidad de los Asegurados:

e) Si fue indemnizado producto de este seguro, indicar motivo de la indemnización y monto.

14. Límite de Indemnización solicitado:

RESPONSABILIDAD CIVIL PARA DIRECTORES
Y ADMINISTRADORES
CUESTIONARIO DE SOLICITUD DEL SEGURO



LAS PREGUNTAS 15, 16 Y 17 SOLO DEBERAN SER CONTESTADAS SI LA SOCIEDAD O CUALQUIERA DE SUS SOCIEDADES FILIALES O RELACIONADAS POSEEN ACTIVOS O HAN EMITIDO CUALQUIER CLASE DE TITULOS EN LOS EEUU.

15. Por favor, indique el total de activos brutos de la Sociedad y de sus Sociedades Filiales o Subsidiarias o Relacionada en EEUU:

--

16. A. Por favor, enumere las Sociedades Filiales o Subsidiarias o Relacionadas en EEUU que no sean en su totalidad propiedad de la Sociedad, así como el porcentaje que la Sociedad posee de cada una:

[Redacted]	

B. En cada Sociedad Filial o Subsidiaria, ¿quiénes son los accionistas minoritarios?

[Redacted]	

17. La Sociedad o alguna Sociedad Filial o Subsidiaria o Relacionadas:

A. ¿Posee o ha emitido acciones, participaciones u obligaciones en EEUU?

Si

No

B. Si la respuesta a 17. A es afirmativa y de ser procedente, ¿en qué fecha se realizó la última emisión, en qué bolsa cotiza, y cuál es el/los símbolo(s) bursátil(es) ?

--

C. Si la respuesta a 17.A es afirmativa, indique en detalle el total de capital u obligaciones / deuda emitida por la Sociedad o alguna Sociedad Filial o Subsidiaria o Relacionada en EEUU. Indique la cantidad, el mercado y la fecha del vencimiento (en USD).

--

18. Indique el Período de Seguro que se desea:

Al partir de las 12:00 horas del día [_____] de [_____] de 20__ hasta las 12:00 horas del día [_____] de [_____] de 20__, hora local en ambas fechas.

**RESPONSABILIDAD CIVIL PARA DIRECTORES
Y ADMINISTRADORES
CUESTIONARIO DE SOLICITUD DEL SEGURO**



19. POR FAVOR ADJUNTAR LA SIGUIENTE INFORMACION ADICIONAL:

- A. Estados Financieros Auditados del último año con sus notas de la Sociedad y de las Sociedades Filiales o Subsidiarias y Relacionadas.
- B. Copia del último estado financiero provisional y/o FECU (si es aplicable).
- C. Lista completa de las personas a ser aseguradas, indicando nombre y cargo.

Información Adicional

Con la suscripción del presente documento se confirma la exactitud y veracidad de las declaraciones expresadas en el mismo, indicando el Contratante/Asegurado que cualquier declaración inexacta y/o reticente donde medie dolo o culpa inexcusable, respecto de circunstancias conocidas por ellos y que hubiesen impedido el Contrato de Seguro o modificado sus condiciones si La Aseguradora hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, hará que se proceda al rechazo de la presente o a la nulidad del Contrato de Seguro, de ser el caso.

La Aseguradora comunicará al Contratante dentro de los plazo de quince (15) días calendario de presentada la presente Solicitud, si ésta ha sido rechazada, salvo que haya requerido información adicional dentro de dicho plazo. Por lo que, en caso La Aseguradora solicite información adicional, el Contratante y/o Asegurado se compromete a facilitar a La Aseguradora el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria.

Por lo anterior, mientras La Aseguradora solicite información adicional la presente Póliza se mantendrá en suspenso hasta la fecha cierta de la entrega de dicha información. Por lo cual, presentada la información adicional por el Contratante y/o Asegurado, La Aseguradora comunicará al Contratante dentro de los plazo de quince (15) días calendario siguientes, si ésta ha sido rechazada, salvo que requiera de información adicional dentro de dicho plazo, pues la información anteriormente entregada no estuvo completa. Por lo que, el Contratante y/o Asegurado reconocen que la presente Solicitud de Seguro, es válida hasta por quince (15) días calendario a partir de la fecha establecida en el presente documento, incluso si se mantiene en suspenso por solicitud de información adicional.

La Aseguradora deberá entregar la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro al Contratante y/o Asegurado dentro del plazo de quince (15) días calendario de haber solicitado el Seguro, si no media rechazo previo de la Solicitud. En caso se haya entregado la Póliza al Contratante, y el Asegurado sea una persona distinta, éste podrá solicitar copia de la Póliza a La Aseguradora, sin perjuicio del pago que corresponda efectuar por dicho servicio adicional.

La aceptación de la Solicitud del Seguro, evidenciada con la emisión de la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro, supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto el Contratante o Asegurado hubieran proporcionado información veraz.

La firma de la presente solicitud no implica la aceptación del seguro por parte de La Aseguradora, la aceptación de la Solicitud del Seguro se evidencia con la emisión de la Póliza de Seguro o el Certificado de Seguro y supone la conformidad de las declaraciones efectuadas en ella por el Contratante o Asegurado en los términos estipulados por La Aseguradora, en tanto hubieran proporcionado información veraz.

Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, quien suscribe el presente documento, queda informado y da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado, para el tratamiento y

**RESPONSABILIDAD CIVIL PARA DIRECTORES
Y ADMINISTRADORES
CUESTIONARIO DE SOLICITUD DEL SEGURO**



transferencia, nacional e internacional de sus datos personales al banco de datos de titularidad de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS ("La Aseguradora"), que estará ubicado en sus oficinas a nivel nacional que, conjuntamente con cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación jurídica y aquellos obtenidos en fuentes accesibles al público, se tratarán con las finalidades de analizar las circunstancias al celebrar contratos con La Aseguradora, gestionar la contratación y evaluar la calidad del servicio. Asimismo, La Aseguradora utilizará los datos personales con fines comerciales, y publicitarios a fin de remitir información sobre productos y servicios que La Aseguradora considere de su interés.

Los datos proporcionados serán incorporados, con las mismas finalidades, a las bases de datos de RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS y/u otras empresas subsidiarias, filiales, asociadas, afiliadas o miembros del Grupo Económico al cual pertenece y/o terceros con los que éstas mantengan una relación contractual.

Los datos suministrados son esenciales para las finalidades indicadas. Las bases de datos donde ellos se almacenan cuentan con estrictas medidas de seguridad. En caso se decida no proporcionarlos, no será posible la prestación de servicios por parte La Aseguradora.

Conforme a Ley, el titular de la información está facultado a ejercitar los derechos de información, acceso, rectificación, supresión o cancelación y oposición que se detallan en la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, mediante comunicación dirigida RIMAC SEGUROS Y REASEGUROS.

Otorgo mi consentimiento para que las comunicaciones relacionadas a la presente póliza y otras pólizas que tenga contratadas con La Aseguradora, puedan ser remitidas a la dirección de correo electrónico que ha sido consignada en el presente documento:

SI NO

En caso el Contratante y/o Asegurado no pueda abrir los archivos adjuntos o modifique su dirección de correo electrónico, deberá informar dichas situaciones a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalcliente@rimac.com.pe, o comunicándose al 411-3000. Asimismo, se compromete a mantener activa su cuenta de correo electrónico, abrir y leer detenidamente las comunicaciones electrónicas y sus archivos adjuntos, revisar sus bandejas de correo electrónico, inclusive las bandejas de entrada y de correos no deseados, así como revisar la política de filtro o bloqueo de su proveedor de servicio de correo electrónico, todo aquello con el objeto de utilizar este medio de comunicación electrónica de manera sencilla y eficiente, para los fines propuestos.

El Asegurado autoriza que toda comunicación relacionada con la presente Póliza, que deba serle entregada, sea dirigida al Contratante.

La Aseguradora, a través de su portal web, pone a disposición del Contratante y Asegurado la totalidad de las condiciones de esta Póliza. Por lo que el Contratante/ Asegurado firma la presente Solicitud en señal de haber tomado conocimiento antes de la misma, de la totalidad de las condiciones de esta Póliza, a través del portal web de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's y del portal web de La Aseguradora, encontrándose conforme con dichas condiciones.

Declaración jurada del Contratante y/o Asegurado

Certifico que las respuestas y declaraciones contenidas en esta solicitud son verídicas y que se ajustan a la realidad y de no serlo, cualquier declaración falsa hecha por el Contratante o Asegurado, voluntaria o involuntariamente, invalida esta solicitud y libera de toda responsabilidad y compromiso indemnizatorio a Rimac Seguros y Reaseguros, quedando el seguro emitido en virtud de esta solicitud nulo y sin efecto.

**RESPONSABILIDAD CIVIL PARA DIRECTORES
Y ADMINISTRADORES
CUESTIONARIO DE SOLICITUD DEL SEGURO**



Declaro que tengo conocimiento y acepto las Condiciones Generales, Particulares, Especiales y Cláusulas Adicionales relacionadas con la Póliza de Seguros de Rimac Seguros y Reaseguros.

El que suscribe declara conocer y aceptar que la firma de este cuestionario de solicitud no compromete al Asegurador a formalizar el contrato de seguro, el que sólo entrará en vigencia cuando sea emitida la póliza, comprometiéndose el solicitante a informar al Asegurador de cualquier alteración relevante que tenga lugar antes de la emisión de la correspondiente póliza. El que suscribe reconoce que este cuestionario de solicitud y sus anexos (incluyendo pero no limitándose a la información solicitada en numeral 19, anterior) serán la base del contrato correspondiente de expedirse una póliza, y se presumirán anexas a, y parte de, la póliza. Asimismo autoriza expresamente al Asegurador para llevar a cabo cualquier investigación o solicitud de informes en conexión con esta solicitud y en la medida que discrecionalmente el Asegurador lo entienda conveniente o necesario.

El que firma, quien es el apoderado y representante de la persona(s) y la compañía(s) propuesta(s) para este seguro, declara que tal persona(s) y compañía(s) entienden que dicho seguro:

- (1) Se aplica sólo a Reclamos presentados o reconocidos por el Asegurador como presentados durante el Período de Vigencia de la Póliza o cualquier Período Ampliado de Denuncia, si éste es contratado;
- (2) A no ser que se establezca lo contrario en cualquier póliza de seguro que eventualmente podría emitirse con base en el presente cuestionario, los Gastos de Defensa reducirán y podrían consumir el Limite(s) de Responsabilidad aplicable y el Asegurador no será responsable por esa parte de los Gastos de Defensa o pérdidas que excedan tal Limite(s) de Responsabilidad, y
- (3) Cualquier deducible establecido en la póliza de seguro contratada en virtud de este cuestionario será aplicable a los Gastos de Defensa y a los demás riesgos cubiertos por tal póliza

El que firma se compromete a informar al Asegurador de cualquier modificación de la información aquí indicada que pueda producirse desde el momento de la firma del presente cuestionario hasta la entrada en vigor de la posible póliza a emitir. El incumplimiento de esta obligación provocará la nulidad de la cobertura.

Firma y Sello	
Nombre y Apellidos	
Cargo / Representante legal	
Correo electrónico	
Fecha (Día/Mes/Año)	