

## Información General

Nombre del Proponente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de fundación: \_\_\_\_\_ Servicios/Actividad Principal: \_\_\_\_\_

Número de predios\*: \_\_\_\_\_ Número de empleados: \_\_\_\_\_

\*Si este número incluye subsidiarias fuera o dentro del país por favor relacionar en una hoja adjunta el nombre de las subsidiarias que se desean cubrir bajo esta póliza y el país donde están localizadas.

1. ¿Verifica la información laboral u obtiene referencias que cubran al menos 3 años previos de historia laboral de los empleados?

☐ Si☐ No

2. ¿Los auditores externos o internos auditan todas las operaciones al menos una vez al año?

☐ Si☐ No

3. ¿Han sido cumplidas todas las recomendaciones sobre controles internos realizadas por los auditores en su última auditoría?

☐ Si☐ No

Si la respuesta es no, favor suministrar detalles: \_\_\_\_\_

4. a. ¿Tiene un departamento de tesorería?

☐ Si☐ No

b. ¿Existe un manual de procedimientos que especifique los niveles de autoridad de cada miembro del personal?

☐ Si☐ No

5. ¿Son las funciones separadas de tal forma que ningún individuo pueda controlar las siguientes actividades de principio a fin sin la intervención de un tercero?

a. Firma de cheques o autorización de pagos (incluyendo inversiones de capital)

☐ Si☐ No

b. Instrucciones de transferencia de fondos

☐ Si☐ No

c. Enmendar procedimientos de transferencia de fondos

☐ Si☐ No

d. Apertura de nuevas cuentas bancarias o actualización de detalles de firmas aprobadas

☐ Si☐ No

e. Inversiones y custodia de títulos valores y objetos de valor (incluyendo cheques en blanco, cheques de viajeros y notas de cambio)

☐ Si ☐ No

f. Reembolso de dinero o devolución de bienes

☐ Si ☐ No

g. Designación de nuevos proveedores o concesión de contratos

☐ Si ☐ No

h. Desembolso de préstamos (incluyendo préstamos a empleados) o aprobación de préstamos

☐ Si ☐ No

6. ¿Toda la documentación de respaldo es validada antes de firmar cheques o autorizar pagos?

☐ Si ☐ No

7. ¿Son los estados de cuenta enviados a los clientes independientemente de que los empleados reciban el pago?

☐ Si ☐ No

8. ¿Son las cuentas bancarias reconciliadas al menos una vez al mes por un empleado independiente al que realiza autorización de depósito/retiro de fondos, preparación de instrucciones de transferencia de fondos o envío de cuentas a clientes?

☐ Si ☐ No

9. ¿Cual es el máximo valor en efectivo, títulos, valores, metales preciosos y/o joyería mantenida en cualquier predio?

---

10. ¿Mantiene una lista aprobada de proveedores?

☐ Si ☐ No

11. ¿Son los proveedores...

a. Revisados en cuanto a capacidad, estabilidad económica y honestidad antes de ser aprobados?

☐ Si ☐ No

b. Designados bajo contrato escrito?

☐ Si ☐ No

12. ¿Cuál es el valor total anual de las transferencias de fondos?

a. Entre compañías del grupo \_\_\_\_\_

b. Pagos externos \_\_\_\_\_

13. ¿Cuál es el valor total anual de ventas?

- ☐ Menor a USD 100 mil
- ☐ Entre USD 100 mil y USD 500 mil
- ☐ Entre USD 500 mil y USD 1 millón
- ☐ Entre USD 1 millón y USD 5 millones
- ☐ Entre USD 5 millones y USD 10 millones
- ☐ Mayor de USD 10 millones

14. ¿Todas las transferencias de fondos están sujetas a procesos de autenticación y verificación?

- ☐ Si ☐ No

15. ¿Las instrucciones de pago pueden ser realizadas únicamente para cuentas que ya están predeterminadas como beneficiarios aprobados?

- ☐ Si ☐ No

16. ¿Cuenta con sistemas operativos automatizados para el manejo de efectivo?

- ☐ Si ☐ No

17. ¿Cuenta con sistemas operativos automatizados para el manejo de inventarios?

- ☐ Si ☐ No

18. ¿La institución financiera requiere autenticar la instrucción con alguien diferente a quien emitió la instrucción, antes de realizar el pago?

- ☐ Si ☐ No

19. ¿Es una empresa familiar?

- ☐ Si ☐ No

20. ¿Se realizan cuadros de caja e inventario?

- ☐ Si ☐ No

21. ¿Con qué frecuencia se realizan los cuadros?

De inventario: \_\_\_\_\_

De caja: \_\_\_\_\_

## Información sobre Pérdidas

1. Favor suministrar información breve acerca de cualquier pérdida que haya sufrido el proponente durante los últimos cinco años:

| Naturaleza de la pérdida | Fecha de descubrimiento | Ubicación | Monto de la pérdida (antes de aplicar el deducible) |
|--------------------------|-------------------------|-----------|-----------------------------------------------------|
|                          |                         |           |                                                     |
|                          |                         |           |                                                     |
|                          |                         |           |                                                     |

2. Describa las medidas correctivas que se han implementado para prevenir pérdidas similares:

---

---

3. ¿Han sido estas medidas implementadas en todas las operaciones?

☐

Si

☐

No

(Si la respuesta es no, favor dar explicación) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La firma o diligenciamiento de este formulario no obliga al Proponente, o a cualquier individuo o entidad que éste represente para formalizar este seguro. Favor anexar cualquier información complementaria que resulte material o significativa para la respuesta de las preguntas de este documento. En caso de estarse solicitando el seguro para mas de un proponente, todas las respuestas deben darse como grupo, es decir para todos los proponentes. Si cualquier compañía subsidiaria tiene respuestas distintas favor suministrarlas de forma independiente en su papel membreteado. De lo contrario, se entenderá que las respuestas dadas aquí aplican para todas las entidades para las que se propone este seguro y la firma de este documento sin ninguna aclaración adicional, es prueba de que así lo confirma(n) el (los) proponente(s).

Declaro que las afirmaciones e información en este formulario son ciertas y que no se ha malversado u omitido ningún hecho material después de una completa indagación. Estoy de acuerdo que esta propuesta conjuntamente con cualquier otra información suministrada será parte integral del contrato de seguros de aquí en adelante. Me comprometo a informar a los Aseguradores acerca de cualquier cambio material de los hechos, que ocurra antes de la celebración del Contrato de Seguros para el que se diligencia este formulario.  
Un hecho material es un hecho que podría influenciar la aceptación o evaluación del riesgo.



Firma  
(Representante Legal)

Cargo

Fecha

Compañía