

SOLICITUD PARA EL SEGURO CONTRA RIESGOS CIBERNÉTICOS

Por favor lea y revise cuidadosamente la totalidad del presente formulario de Solicitud de Seguro antes de firmarlo.

Instrucciones:

1. Responda en forma completa todas las preguntas. Marque las respuestas en la forma solicitada.
2. Si el espacio es insuficiente, continúe las respuestas en papelería membretada y adjúntelo como anexo.
3. Esta Solicitud de Seguro debe ser diligenciada en su totalidad y firmada por un representante legal de la entidad que aparece identificada en la sección "Información del Solicitante" de este formulario, indicando la fecha del diligenciamiento.
4. El término "Solicitante", tal como se utiliza en esta Solicitud de Seguro, se refiere al solicitante mencionado en la sección correspondiente y todas las entidades, incluyendo las subsidiarias, que se presenten para los efectos de este seguro.

I. Información del Solicitante			
Nombre del Solicitante:			
Dirección del Solicitante:			
Ciudad:	Departamento:	Código postal:	
Teléfono:	Sitio web del solicitante:		
Nombre del Grupo Económico al que pertenece (De ser aplicable):			
Descripción de las actividades de la entidad:			
Información de Contacto			
Nombre y Cargo de la persona encargada de los seguros:			
Teléfono:	Correo electrónico:		
Nombre y cargo de la persona de contacto ante un Evento de Seguridad de la Información:			
Teléfono:	Correo electrónico:		

II. Información General

Por favor complete el siguiente cuadro con la información del **Solicitante**:

	Año Anterior	Año Actual
Número de empleados		
Ingresos brutos percibidos en Colombia.		
Ingresos brutos percibidos fuera de Colombia.		
Total Activos		

Por favor estime el número de expedientes de información personal bajo el cuidado, custodia o control del **Solicitante**, sus subsidiarias y todas las entidades presentadas en la solicitud. En caso de no tener registro alguno, por favor marque esta casilla.

Tipo de información personal	Número de Registros
Información de Identificación Personal excluyendo información financiera e Información Clínica de Carácter Confidencial (ICC)	
Información Clínica de Carácter Confidencial (ICC)	
Información Financiera	
Información Corporativa de terceros	
Información Personal de residentes en Estados Unidos	

Políticas de Seguridad de Redes e Información		
1. ¿El Solicitante tiene una política de seguridad de la información que registre y exhiba la manera como la información está protegida por la entidad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

2. ¿El Solicitante implementa políticas de seguridad de redes e información que sean revisadas anualmente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿El Solicitante cumple con las normas nacionales e internacionales en materia de protección y seguridad de información aplicables a sus actividades?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>En caso afirmativo, por favor describir la periodicidad con la que se revisa el cumplimiento normativo.</i>		
4. ¿El Solicitante ha implementado políticas y procedimientos con base en las revisiones periódicas para verificar el cumplimiento de la normatividad en materia de protección y seguridad de la información?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>En caso contrario, por favor explique los motivos.</i>		
5. ¿El Solicitante ha implementado políticas y procedimientos con base en las revisiones periódicas para verificar el cumplimiento de la normatividad en materia de protección y seguridad de la información?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>En caso afirmativo, por favor indicar cuales políticas y procedimientos:</i>		
6. ¿El Solicitante cuenta con un programa para poner a prueba y auditar los controles de seguridad adoptados?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>En caso afirmativo, con que periodicidad el Solicitante prueba los controles.</i>		

Capacitación de empleados y cumplimiento de normas		
1. ¿Con qué periodicidad el Solicitante ofrece capacitación sobre seguridad de la información para sus empleados?		
2. ¿El Solicitante evalúa a todos los empleados y consultores independientes?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿El Solicitante ofrece capacitación sobre suplantación de identidad para todos sus empleados?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿El Solicitante impide el acceso al computador de los empleados, cuando éstos terminan su vínculo con la compañía?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Seguridad de las Contraseñas		
1. ¿El Solicitante exige que las contraseñas de sus empleados tengan al menos 8 caracteres, un número y carácter especial?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

2. ¿Las contraseñas de los empleados del Solicitante expiran y requieren su modificación por los menos cada 90 días?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿El Solicitante requiere que los usuarios remotos sean autenticados y encriptados antes de acceder a redes internas y sistemas informáticos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿El Solicitante requiere que sus empleados utilicen la autenticación de doble factor o multifactores en todos los dispositivos móviles que tengan acceso a redes internas o sistemas informáticos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Cumplimiento de normas sobre pagos con tarjetas de crédito		
1. ¿El Solicitante procesa, almacena o transmite información relacionada con tarjetas de crédito Si "SI", Complete las preguntas 2-4	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Cuál es número total estimado de transacciones anuales que se realizan con tarjetas de crédito?		
3. ¿El Solicitante cumple con los estándares de seguridad requeridos para pagos con tarjetas de crédito de acuerdo con su volumen y nivel de negocios?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>En caso contrario, explique los motivos</i>		
4. ¿En qué fecha se presentó la última asesoría recibida por parte de terceros sobre pagos con tarjetas de crédito para el personal del Solicitante (Si es aplicable)?		

Cumplimiento de las normas sobre información clínica:		
1. ¿El Solicitante procesa, almacena o transmite Información Clínica de Carácter Confidencial (ICC)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>En caso afirmativo, por favor responder las preguntas 2 y 3.</i>		
2. ¿El Solicitante ha evaluado su cumplimiento con las reglas de privacidad, seguridad y violación de las normas sobre información clínica y su correspondiente notificación en el último año?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>En caso afirmativo, por favor indique si se trató de una autoevaluación o la efectuó un tercero independiente:</i>		
3. ¿El Solicitante cumple con las reglas de privacidad, seguridad y violación de las normas sobre información clínica y su correspondiente notificación?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Actividades Tercerizadas

1. ¿El Solicitante contrata a proveedores externos para alguna de las siguientes actividades?:			Nombre del proveedor
A. Gestión de Seguridad de la Información	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
B. Alquiler de espacios físicos para alojamiento de equipos y recuperación de desastres	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
C. Almacenamiento y recuperación de información	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
D. Proveedor de servicios de aplicativos o aplicaciones	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
E. Hosting de sitios web	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
F. Procesamiento de tarjetas de crédito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
G. La administración de recursos humanos/ servicios extralegales a trabajadores	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
H. Servicios de almacenamiento en “la nube”	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
2. ¿El Solicitante exige a sus proveedores que demuestren el cumplimiento de políticas de protección de seguridad de la información que concuerden con las del Solicitante ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
3. ¿El Solicitante realiza la Debida Diligencia o “Due Diligence” sobre cada proveedor para asegurar que sus medidas cumplen con las normas de seguridad de datos del Solicitante ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
4. ¿El Solicitante realiza auditorías sobre todos sus proveedores para asegurarse que éstos cumplan con los estándares aceptados por el Solicitante ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
5. ¿El Solicitante exige a sus proveedores que lo defiendan e indemnicen en caso de que los proveedores contribuyan a una violación de confidencialidad o privacidad?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
6. ¿El Solicitante requiere que sus proveedores mantengan un seguro de responsabilidad civil vigente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

Medidas de seguridad y procedimientos de protección		
1. ¿El Solicitante cuenta con una persona encargada de la administración de su sitio web y la seguridad de su red?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>En caso afirmativo, indique el nombre del funcionario y describa sus responsabilidades.</i>		
2. ¿El Solicitante encripta esta información?		
A. Aquella almacenada en dispositivos móviles y soportes portátiles	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
B. Aquella que está inactiva o “en reposo” dentro de las bases de datos y computadores	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

C. Aquella que está almacenada en copias de seguridad (discos externos, redes de almacenamiento externo)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿El Solicitante ha establecido y consignado por escrito políticas sobre?		
A. Encriptación de comunicaciones internas y externas	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
B. Eliminación constante de los dispositivos informáticos en des uso	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
C. Controles de seguridad para prevenir accesos no autorizados a dispositivos móviles	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿El Solicitante cuenta con controles físicos para el acceso a sus instalaciones?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿La red del Solicitante cuenta con “firewalls” o cortafuegos entre los lugares de acceso restringido y los de acceso público?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6. ¿La red del Solicitante cuenta con “firewalls” o cortafuegos para acceder a información sensible?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7. ¿El Solicitante utiliza antivirus/anti-malwares en todos sus computadores?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8. ¿El Solicitante ha implementado un sistema de detección de intrusos a las redes?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9. ¿El Solicitante tiene un proceso centralizado para el mantenimiento, monitoreo y análisis de los registros de las auditorías?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
10. ¿El Solicitante ha establecido y consignado por escrito políticas sobre?		
A. Sistemas internos y externos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
B. Aplicaciones web	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
11. ¿Con qué periodicidad el Solicitante realiza actualizaciones, modificaciones o reparaciones (Patches/Hot-Fixes/Service Packs) a sus softwares/firmwares?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Por favor describallo:		
12. ¿El Solicitante aplica el principio “least privilege” (acceso restringido a los lugares o información estrictamente necesario para el adecuado desempeño de las labores asignadas) para el acceso a información sensible?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
13. ¿El Solicitante aplica la segmentación o segregación de la red para proteger información sensible?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Procedimientos de respuesta y Continuidad del negocio	
1. ¿El Solicitante cuenta con un procedimiento escrito sobre el plan de respuesta ante las siguientes situaciones?	
<i>En caso contrario, por favor explique.</i>	

A. Acceso no autorizado a la red	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
B. Violación de la Privacidad/Confidencialidad	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
C. Ataques que impidan disponer de los servicios de su sistema	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
D. Interrupción del funcionamiento de la red	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E. Amenaza extorsiva	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

2. ¿Con qué periodicidad el Solicitante pone a prueba sus procedimientos de respuesta?		
3. ¿El Solicitante cuenta con un plan de continuidad del negocio y de recuperación ante desastres?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿El solicitante ha puesto a prueba su plan de continuidad del negocio y de recuperación ante desastres durante el último año?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿Cuánto tiempo toma restablecer las operaciones del Solicitante después de recibir un ataque que impida disponer de los servicios de su sistema o una interrupción del funcionamiento de su red?		
<i>Por favor explique</i>		
6. ¿Con qué periodicidad el Solicitante realiza copias de seguridad de la información relevante?		
<i>Por favor explique</i>		
7. ¿El Solicitante cuenta con un procedimiento para administrar y controlar la vida útil de los equipos que soportan el funcionamiento de los sistemas y la red?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8. ¿El Solicitante implementa una política de control para el cambio de sus sistemas tecnológicos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9. ¿El plan de continuidad del negocio y de recuperación ante desastres del Solicitante contempla fallos en la nube?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
10. ¿Cuánto tiempo toma restablecer las operaciones del Solicitante que dependen del proveedor de servicios que implican el uso de la nube?		

Cobertura de Medios Cibernéticos	
1. ¿El Solicitante publica en sus sitios web o cuentas de redes sociales?	

A. Contenidos licenciados por terceros	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
B. Contenidos generados por los usuarios (videos, fotografías, salas de chats, etc.)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
C. Transmisión de música o video	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿El Solicitante cuenta con procedimiento para identificar alguna de las siguientes circunstancias previo a la publicación de los contenidos mencionados anteriormente?		
A. Infracción de derechos de autor	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
B. Infracción de marca	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
C. Difamación (incluyendo la difamación comercial)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
D. Invasión de privacidad	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿El Solicitante cuenta con un procedimiento formal para responder las quejas recibidas en relación con contenido difamatorio, infracciones, controversias o violaciones sobre la privacidad de terceros?		
4. ¿El Solicitante cuenta y hace cumplir un procedimiento para retirar contenidos de acuerdo con las normas sobre derecho de autor?		

Coberturas de Delito Cibernético e Ingeniería Social		
1. ¿El Solicitante cuenta con un plan de acción ante fraudes relacionados con pagos electrónicos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Por favor marque todos los controles contra fraudes implementados por el Solicitante		
A. Software anti-spam	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
B. Tecnologías diseñadas para la autenticación/validación de correos electrónicos tales como SPF, DKIM, firmas digitales, Identificador del remitente, etc.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
C. Controles automáticos con las respectivas instituciones financieras requiriendo autenticación para cualquier pago en línea que exceda criterios predeterminados	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
D. Procedimientos independientes de verificación para todas las solicitudes por correo electrónico para hacer pagos por transferencia o pagos electrónicos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E. Personas autorizadas para hacer pagos electrónicos o por transferencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
F. Personas autorizadas para llevar a cabo las operaciones descritas con un límite determinado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

G. Controles en donde se requieran más de una persona autorizada para aprobar pagos electrónicos o por transferencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
H. 1. ¿Cuál es el número promedio semanal del solicitante y la cantidad en dólares de transferencias electrónicas? A. Doméstico: Número ___ Dólar \$ ___ B. Extranjero: Número ___ Dólar \$ ___		
I. ¿Los empleados que son responsables de las transferencias electrónicas reciben capacitación contra el fraude que incluye, entre otros, la detección de ingeniería social, phishing u otras estafas?		

Historial de reclamaciones e información sobre pérdidas		
1. ¿El Solicitante ha recibido o conoce sobre eventuales reclamaciones, litigios o pérdidas durante los 3 últimos años derivadas de seguridad de la información, seguridad de la red o medios de comunicación?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿El Solicitante ha sido objeto de investigación, requerimientos o acciones por parte de autoridades competentes con motivo de una supuesta violación a la normatividad sobre seguridad y privacidad de la información dentro de los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>En caso afirmativo en las preguntas 1-2 anterior, por favor haga una descripción completa de los hechos en un anexo a esta Solicitud de Seguro, incluyendo costos, pérdidas incurridas y cualquier medida correctiva adoptada como respuesta al incidente.</i>		
3. ¿El Solicitante o cualquiera de las personas que se presenten para este seguro, tienen conocimiento de cualquier hecho, circunstancia, situación, evento o transacción que razonablemente podría dar lugar a una reclamación o pérdida que estaría dentro del ámbito de la cobertura ofrecida?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<i>En caso afirmativo por favor explique</i>		

El Solicitante entiende y acepta que si existe algún hecho, circunstancia, situación, evento o transacción previa, divulgado o no, las reclamaciones o pérdidas derivadas de tales supuestos no gozarán de cobertura bajo el seguro ofrecido, salvo las excepciones expresamente consagradas en él.

Representación del Solicitante, Advertencias sobre fraudes y Firmas

LA FIRMA DE ESTA **SOLICITUD DE SEGURO** NO IMPLICA QUE EL ASEGURADOR DEBA ACEPTAR EMITIR LA PÓLIZA, NI EL SOLICITANTE DEBA PAGAR LAS PRIMAS O PRECIO DEL SEGURO. SE ACUERDA QUE LA PRESENTE **SOLICITUD DE SEGURO**, INCLUYENDO CUALQUIER MATERIAL PRESENTADO COMO ANEXO A LA MISMA, SERÁ LA BASE DEL CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADOR PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO Y SERÁ PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA EN CASO DE EMISIÓN. EL ASEGURADOR TOMARÁ COMO CIERTA LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTA SOLICITUD, INCLUYENDO CUALQUIER MATERIAL PRESENTADO ANEXO A LA PRESENTE PARA LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA.

EL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL SOLICITANTE DECLARA QUE, EN VIRTUD DE SU CONOCIMIENTO Y DESPUÉS DE UNA INVESTIGACIÓN RAZONABLE, LAS DECLARACIONES CONSIGNADAS EN ESTA SOLICITUD DE SEGURO Y EN CUALQUIER MATERIAL SUMINISTRADO COMO ADJUNTO SON CIERTAS Y COMPLETAS Y SERÁN TENIDAS COMO TAL POR EL ASEGURADOR. SI LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN LA SOLICITUD VARÍA ANTES DE LA FECHA DEL INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL SOLICITANTE NOTIFICARÁ AL ASEGURADOR DE TALES CAMBIOS, Y EL ASEGURADOR PODRÁ MODIFICAR O RETIRAR CUALQUIER COTIZACIÓN PRESENTADA. EL ASEGURADOR ESTÁ AUTORIZADO PARA HACER INVESTIGACIONES EN RELACIÓN CON ESTA SOLICITUD.

LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTA SOLICITUD ES CON FINES DE SUSCRIPCIÓN Y NO CONSTITUYEN AVISO AL ASEGURADOR DENTRO DEL MARCO DE NINGUNA PÓLIZA SOBRE CUALQUIER RECLAMACIÓN O PÉRDIDA ACTUAL O FUTURA.

Firma del Representante o la persona autorizada	
Nombre	
Date	
Cargo	

Si la persona que firma la Solicitud no es el Presidente, Director General, Director Operativo, Director Financiero, el Secretario General, Director de Tecnología e Información, Jefe de Seguridad, Jefe de Privacidad, por favor marque con una X que la persona ha sido designada como directivo del **Solicitante** por su Junta Directa o Consejo de Administración.

Firma del Intermediario Representante del Asegurado	
Nombre	
Nombre del intermediario y teléfono	
Fecha	