

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MISCELÁNEO

Esta solicitud es confidencial, la firma o diligenciamiento de este formulario no obliga al Proponente, o a cualquier individuo o Entidad que éste presente para formalizar este seguro.

Favor anexar cualquier información complementaria que resulte material o significativa para las respuestas de las preguntas de este documento. En caso de estarse proponiendo 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 por favor suministrarlas en forma independiente en su papel membreteado. De lo contrario, se entenderá que las respuestas dadas aquí aplica 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).

Información del Proponente

1. Nombre del Proponente (todos) Pablo G Paez
2. RUC 1791892267001 / 1792282225001
3. Razón Social: Paez y Paez Representaciones
4. Dirección principal del Proponente 12 de Octubre y Cordero. World Trade Center. Torre B. Oficina 702
5. Fecha de fundación 2002 / 2008
6. ¿Durante cuanto tiempo ha llevado a cabo el Tomador sus negocios sin ninguna interrupción? +10 / +5
7. Actividades Principales / Servicios del Proponente Transmisión de Eventos como partidos de futbol, eventos políticos y toda clase de eventos, principalmente para Television
8. Tipo de Organización (ej. S.A., LTDA., S. en C. etc.) CIA LTDA
9. Número total de accionistas: 3
10. Detallar los ventas brutas del cliente en el último año: 200k / 200k
11. 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 2014 | Año 2008 |
|--|------------|----------|----------|
| HACEMOS TRANSMISIONES PARA TELEVISION, | 100% | 100% | % |
| | % | % | % |
| | % | % | % |
| | % | % | % |

12. ¿El Asegurado esta comprometido con cualquier otro tipo de negocio o profesión diferente de las descritas en la pregunta 7?

SI No

En caso afirmativo proporcionar detalles e ingresos brutos ENTRENAIENTO EJECUTIVO

13. ¿Esta la Firma solicitante controlada en posesión o asociada con cualquier otra Empresa, Corporación o Compañía?

SI No

En caso afirmativo proporcionar detalles

14.

- a. Suministre el número de los principales socios, los principales funcionarios y empleados profesionales # directamente comprometidos en proporcionar servicio a los clientes
3 SOCIOS
EQUIPO DE TRABAJO FREELANCE DE HASTA 30 PERSONAS

b. Numero de empleados no profesionales (Ej. Secretarías, guardias, mensajeros, entre otros.) #
No hay

15. 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 |
|--|---------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| Pablo G Paez | PhD / Ing. | 2010/1986 | +20años | +5 años |
| Olga M Paez | Ing | 2014 | +1 | +5 años |
| Ana P Paez | Ing | 2014 | +1 | +5 años |
| | | | | |
| | | | | |

16. ¿A que asociaciones profesionales pertenece el Asegurado? CICP

17. Favor incluir una lista de los cinco (5) trabajos o proyectos mas 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 |
|-----------------------------|---|-----------|
| GamaTV | Transmisión partidos de futbol series A y B | Usd 200 K |
| | | |
| | | |
| | | |

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

- a. En todos los casos
- b. Algunas Veces
- c. Nunca

| | | | |
|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
| SI | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| SI | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| SI | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

Favor anexar una copia del tipo de contrato normalmente utilizado

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

Por favor detalle las operaciones o actividades que subcontrata: Cuales son? Personal Free Lance

Experiencia de las firmas que se subcontratan: ____ años

Se les exige una póliza de Responsabilidad Civil Profesional a dichos subcontratistas:

| | | | |
|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| SI | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|-------------------------------------|

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

| | | | |
|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| SI | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|----|-------------------------------------|

Si la respuesta es " Si" , explique



21. ¿Alguna vez le han negado o cancelado algún tipo de seguro similar al solicitado?

Si No

Si la respuesta es " Si" , explique

22. Proporcionar detalles completos de todos los seguros similares al solicitado, puestos en vigencia dentro de los últimos seis (6) años

| Asegurador | Límite | Deducible | Prima | Vigencia |
|------------|--------|-----------|-------|----------|
| | | | | |
| | | | | |

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

24. ¿Ha sido alguna de las personas nombradas en la pregunta quince 15(a) sujetas a medidas de acción disciplinarias, penales o civiles como resultado de sus actividades?

Si No

Si la respuesta es " Si" , explique

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

a. La Firma

Si No

b. Sus Predecesores en la actividad

Si No

c. Cualquiera de los Socios o Directores actuales o anteriores de la Firma o sus predecesores en la actividad

Si No

Si la respuesta es " Si" , proporcionar detalles

26. 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

27. Limite de indemnización requerido:\$40000 por evento que suceda

Declaración

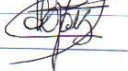
Declaramos que las repuestas que figuran en la siguiente aplicación son ciertas, y acordamos que si la información aquí contenida sufre cambios en la fecha de diligenciamiento y la iniciación de la cobertura, notificaremos inmediatamente tales cambios al asegurador, y el asegurador podrá declinar o modificar cualquier cotización pendiente y/o autorización o acuerdo de cobertura. Aceptamos que la presente propuesta junto con cualquier otra información que se haya facilitado constituye la base de cualquier contrato de seguros suscrito y que serán incorporadas al mismo.

Confirmo que a la fecha _4 de marzo de 2015 No tengo conocimiento o noción de reclamación o circunstancias que puedan llegar a serlo bajo la Póliza de Responsabilidad Civil para Directores y Administradores Empresarial. SI__ NOx__



Metropolitana
Cia. de Seguros y Reaseguros S.A.

* Conozco los términos propuestos para la Póliza de Responsabilidad Civil Profesional Miscelánea y deseo tomar la Póliza por el límite de responsabilidad anteriormente indicado. SI_X_ NO_

| | |
|---------------------------------|---|
| FIRMADO |  |
| CARGO | Gerente General |
| Firma autorizada del Proponente | |
| COMPAÑÍA | Paez y Paez representaciones |
| FECHA | 4 de Marzo de 2015 |

Favor adjuntar a este Formulario de Propuesta: Estados Financieros completos y Formulario de Conocimiento del Cliente (SARLAFT).