

CUESTIONARIO CRIME

Al completar este Cuestionario

Por favor conteste todas las preguntas dando respuestas completas.

Es deber del Proponente proporcionar toda la información que se solicita en el formato de propuesta así como agregar hechos adicionales relevantes.

Hecho relevante es aquel hecho y/o circunstancia conocida que puede influir en la evaluación del riesgo por parte del asegurador. Si tiene alguna duda sobre qué es un hecho relevante, no dude en ponerse en contacto con nosotros.

Si el espacio provisto en el Cuestionario es insuficiente, utilice una hoja separada firmada y fechada para proporcionar una respuesta completa a cualquier pregunta.

El formulario del Cuestionario deberá ser llenado, firmado y fechado por una persona, la cual deberá tener capacidad legal y estar autorizada para efectos de solicitar un seguro para la firma que actúe como Proponente.

Este Cuestionario **NO OBLIGA** al Proponente a formalizar el seguro pero formará parte de cualquier seguro ofrecido por las aseguradoras.

1.Nombre de la Compañía Asegurada (incluidas todas las Compañías Filiales/Asociadas) que estará cubierta por este Seguro.

2. Domicilio principal

3. ¿Cuenta con un procedimiento que requiera que la cuenta bancaria del cliente/cliente y los datos de contacto se acuerden por escrito, confirmen y validen con el cliente/cliente antes de realizar cualquier pago cliente/cliente?

Si

No

Si la respuesta a esta pregunta es No, proporcione detalles de otros arreglos de seguridad que tenga para validar a su cliente y sus datos bancarios.?

4. ¿Cuenta con un procedimiento que requiera que se verifiquen todos los datos de contacto y de la cuenta bancaria del vendedor/proveedor antes de que se establezcan dentro de su sistema de cuentas por pagar antes de realizar cualquier pago?

SI

No

Si la respuesta a esta pregunta es No, proporcione detalles de otros arreglos de seguridad que tenga para validar a los vendedores/proveedores de su empresa y sus datos bancarios.

5. ¿Cuenta con un procedimiento para la verificación de cualquier cambio en los detalles mencionados en los puntos 3 y 4 anteriores utilizando la información de contacto proporcionada anteriormente?

Si

No

6. ¿Acepta instrucciones de transferencia de fondos de clientes/clientes por teléfono, correo electrónico, mensaje de texto o método de comunicación similar?

Si

No

Si la respuesta a esta pregunta es Sí, proporcione breves detalles del Método secundario de validación empleado para autenticar dichas instrucciones.

7. ¿Todos los empleados autorizados a transferir fondos reciben capacitación específica sobre el fraude de suplantación de identidad?

Si

No

8. ¿Tiene un sistema de doble control para todas las transferencias de fondos?

Si

No

Si No hay límite de transferencia de estado para el cual se aplica el control dual.

9. Información/circunstancias de las reclamaciones

Proporcione detalles completos de cualquier pérdida o circunstancia relacionada con el fraude de suplantación de identidad, ya sea que el asegurado la haya descubierto o no en los últimos cinco (5) años, incluyendo: Fecha del siniestro;; Monto del siniestro (desde cero), Descripción del siniestro, Precauciones que ahora se han tomado para evitar que vuelva a ocurrir una pérdida de este tipo.



Reaseguro

DECLARACIÓN

LA FIRMA DE ESTE CUESTIONARIO NO OBLIGA AL PROPONENTE NI AL ASEGURADOR A COMPLETAR ESTE SEGURO

Declaramos que la declaración y los detalles en este Cuestionario son verdaderos y que ningún hecho material ha sido tergiversado o suprimido. Estamos de acuerdo en que si la información proporcionada por nosotros cambia entre la fecha de este Cuestionario y la fecha de inicio del seguro al que se refiere este Cuestionario, lo notificaremos de inmediato. Estamos de acuerdo en que este Cuestionario, junto con cualquier otra información proporcionada por nosotros, formará la base de cualquier contrato de seguro que se efectúe al respecto.

FIRMA:

PUESTO:

NOMBRE:

FECHA