

**CUESTIONARIO DE RIESGO DEL  
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA SERVIDORES CIVILES**

1. Solicitante: **BANCO DE LA NACIÓN**
2. Domicilio: **AV. JAVIER PRADO ESTE 2499 SAN BORJA, LIMA-PERÚ**
3. RUC: **20100030595**
4. ¿A qué grupo corresponde el cargo?: Marcar (X)
  - 6.1 Funcionario público:   X
  - 6.2 Directivo público:
  - 6.3 Servidor Civil de Carrera:
  - 6.4 Servidor de Actividades Complementarias:
5. ¿A qué régimen de adscripción al Estado corresponde?: Marcar (X)
  - 7.1 Ley 30057 Ley del Servicio Civil:
  - 7.2 Decreto Legislativo N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público:
  - 7.3 Decreto Legislativo N° 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral: **X**
  - 7.4 Regímenes de carreras especiales de acuerdo con la Ley:
  - 7.5 Decreto Legislativo N° 1057, Contratación de Administración de Servicios, CAS:
  - 7.6 D.S N° 040-2014-PCM, Modalidad de Contratación Directa:
6. Representante Legal: **GERENTE GENERAL**
7. Actividad, funciones y áreas de responsabilidad de la Entidad o Institución Pública, sea ella Contratante o no de la posible Póliza:

**EL BANCO DE LA NACIÓN ES UNA EMPRESA DE DERECHO PÚBLICO INTEGRANTE DEL SECTOR ECONOMÍA Y FINANZAS QUE OPERA CON AUTONOMÍA ECONÓMICA FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.**

**EL BANCO SE RIGE POR SU ESTATUTO, POR LA LEY DE LA ACTIVIDAD EMPRESARIAL DEL ESTADO Y SUPLETORIAMENTE POR LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES BANCARIAS, FINANCIERAS Y DE SEGUROS.**

**LAS ÁREAS DE RESPONSABILIDAD SE LISTAN EN EL ANEXO 1 DE ESTE CUESTIONARIO.**
8. ¿A qué nivel de Gobierno corresponde?: Marcar con (X)
  - 16.1 Central: **X**
  - 16.2 Regional:
  - 16.3 Local:
9. Persona contacto: **SRA. JORGE ROGELIO GUILLERMO DELGADO MENDOZA**
10. Teléfono: **954409139**
11. Email: **rdelgado@bn.com.pe**
12. Si la Entidad o Institución Pública es Contratante de la posible Póliza y se va a proponer a más de un Servidor Civil, adjuntar una Relación los de Servidores Civiles a los que se le quiere dar cobertura.

**PRESIDENTE EJECUTIVO, DIRECTORES, GERENTES, SUBGERENTES, JEFES DE SECCIÓN, ADMINISTRADORES Y CUALQUIER OTRO SERVIDOR DE LA ENTIDAD.**



13. Límites de Responsabilidad a cotizar:  
VALORES ASEGURADOS: **USD 2,000,000.00 TODA Y CADA PÉRDIDA Y EN EL AGREGADO ANUAL.**

14. Presupuesto de la Entidad o Institución Pública Contratante:  
**N/A**

15. Relacione los puestos o cargos a reportar:  
**Incluye a todo el personal BN.**

16. Durante los últimos cinco (05) años:

- o ¿Ha cambiado la denominación o funciones de la Entidad o Institución Pública?  
SI \_\_\_\_ NO X

En caso afirmativo, dar detalles:

- o Si la Institución o Entidad Pública estuviera organizada como una persona jurídica sociedad anónima, ¿la estructura del capital social ha sufrido modificaciones?

SI \_\_\_\_ NO X

En caso afirmativo, dar detalles:

- o ¿Considera actualmente la posibilidad de alguna fusión, adquisición, etc. de otras empresas?

SI \_\_\_\_ NO X

En caso afirmativo, dar detalles:

- o ¿Se está estudiando o considerando la cotización en bolsa de las acciones de su empresa?

SI \_\_\_\_ NO X

En caso afirmativo, dar detalles:

17. Es la Entidad o Institución Pública: Marcar (X)

- o Pública X

- o Mixta \_\_\_\_

En caso de ser Mixta, especificar el porcentaje de acciones:

- o En poder del Estado \_\_\_\_

- o En poder del sector privado \_\_\_\_

18. De ser el caso, personas jurídicas que posean al menos 15% del capital social de la Entidad o Institución Pública, identidad y porcentaje en cada caso, y especificar si están representados en el Directorio o Junta. Dar detalles:

Nombre de la Sociedad - % de Participación - Representados en Junta

**N/A**

19. La Entidad o Institución Pública se encuentra bajo la vigilancia y control de: Marcar (X)

- o Contraloría General de la República: X

- o Ministerio Público: \_\_\_\_

- o Oficina de Control Interno o Auditoría Interna: X

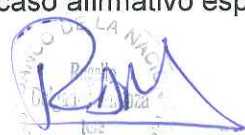
- o Superintendencia: X

- o Organismo Regulador: \_\_\_\_

- o Otros: \_\_\_\_

20. Tiene la Entidad o Institución Pública en el momento Seguro de Responsabilidad Civil de Directores y Administradores? SI X NO \_\_\_\_

En caso afirmativo especifique:





- o Vigencia:
- o **01/11/2020 – 31/10/2023**
- o Fecha de Retroactividad: **ILIMITADA**
- o Limite Asegurado:  
**USD 2 000 000.00 EN AGREGADO ANUAL PARA TODA Y CADA PÉRDIDA**
- o Compañía de Seguros:  
**LA POSITIVA SEGUROS Y REASEGUROS S.A.A.**

21. Tiene la Entidad o Institución Pública o alguno de sus actuales directivos o altos cargos algún otro seguro amparando el riesgo que se propone?

SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo dar detalles:

- o Vigencia:
- o Fecha de Retroactividad:
- o Limite Asegurado:
- o Compañía de Seguros:

22. La Entidad o Institución Pública tienen una oficina de Control Interno o Auditoría que realiza investigaciones disciplinarias Internas?

SI ☒ NO ☐

En caso afirmativo dar detalles: **EL ÓRGANO DE CONTROL INSTITUCIONAL DEPENDE DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA Y LA GERENCIA DE AUDITORIA INTERNA DEPENDE DEL DIRECTORIO.**

23. ¿Ha rechazado o ha denegado algún asegurador la cobertura del riesgo a las personas para quienes actualmente se solicita?

SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo dar detalles:

24. ¿Se ha tenido conocimiento durante los últimos cinco (05) años de eventos que puedan dar lugar al inicio de una demanda, investigación o proceso contra el o los Servidores Civiles que se pretende amparar, por parte de los Organismos de Control Interno Administrativos o Sociedades de Auditoría, Contraloría General de la República, o por parte del Ministerio Público o Jueces Civiles o Penales de la República?

SI ☒ NO ☐

En caso Afirmativo por favor describir en detalle:

---



---

25. Indique si la Entidad o Institución Pública o alguno de los cargos reportados o algunas de las personas para las que solicita este seguro se ha visto alguna vez afectada por una reclamación o denuncia en su contra o por una investigación por parte de cualquier entidad competente

SI ☒ NO ☐

En caso Afirmativo por favor describir en detalle las acciones y los costos de defensa incurridos:

---



---

26. ¿Tiene alguna de las personas para las que se propone este seguro, conocimiento de alguna circunstancia o incidente que pudiera dar lugar a la reclamación de un tercero?

SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo por favor relacionar detalle de las circunstancias o incidentes:

---



---



27. Indiquen si hay:

- o alguna calificación, comentario u observación contenida en el informe de Control Interno o Dictamen de los Auditores Externos sobre la Entidad o Institución Pública, si es aplicable:

NO \_\_\_\_\_ y/o

- o alguna responsabilidad o aspecto extraordinario indicado dentro del informe financiero.

NO \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN FORMAL

Por favor lea cuidadosamente la siguiente declaración y firme a continuación en el espacio indicado. Si se celebra el contrato de seguro, esta declaración se adjuntará al mismo.

Declaro que la totalidad de la información suministrada en este formulario es verídica y exacta, y que no se ha omitido voluntariamente, ni siquiera suprimido ningún hecho. También informaré cualquier modificación que ocurra desde este día hasta la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. La firma de esta solicitud no obliga a la formalización del seguro propuesto, pero se acuerda que esta solicitud se adjuntará y constituirá parte de la Póliza. La Aseguradora queda autorizada a realizar cualquier indagación y consulta que en conexión con esta solicitud considere necesaria.

Firma \*

  
VICENTE DANTE MALÁSQUEZ GIL  
Gerente (e)  
Administración y Logística

Cargo **GERENTE DE ADMINISTRACIÓN Y LOGÍSTICA**

Nombre **VICENTE DANTE MALÁSQUEZ GIL**

Fecha **JULIO 2023**

\* El Formulario deberá ser firmado por el Servidor Civil solicitante y, en su caso, por la Entidad o Institución Pública Contratante, representada por una persona que ostente plenas facultades para ello. Es importante que quienes firmen tengan un buen conocimiento del ámbito de esta cobertura para que las preguntas sean contestadas correctamente.



