|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| seguros Lafise | **SEGURO DE RIESGO CIBERNÉTICO**  **SOLICITUD DE SEGURO** | | |
| **Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros Lafise, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.** | | **Lugar:** | **Fecha:** |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL TOMADOR (SOLICITANTE)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CLIENTE SEGUROS LAFISE  CLIENTE NUEVO** | | | | | | | | | | **Si es cliente nuevo o requiere actualizar la información, favor cumplimentar el formulario “Conozca a su Cliente”.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PERSONALIDAD** | | | | | | | | **NOMBRE** | | | | | | | | | | | | | | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN** | | | | | | | | | | | **N° DE IDENTIFICACIÓN** | | | | |
| **Persona Física  Persona Jurídica** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Solo en caso de Persona Física:** | | | | | **Fecha de Nacimiento:** | | | | | | | | | | **Profesión:** | | | | | | | **Género:** F M | | | | | | | | | | | **Empresa donde labora:** | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | **Trabaja en lo propio Sí No** | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Medios para Notificaciones:** | | | **Provincia:** | | | | | | | **Cantón:** | | | | | | **Distrito:** | | | | | | **Otras señas:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Correo electrónico:** | | | | | | | | | | | | | | | **Número de celular:** | | | | | | | | | **Número de teléfono:** | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL ASEGURADO (en caso de ser diferente al Tomador)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CLIENTE SEGUROS LAFISE  CLIENTE NUEVO** | | | | | | | | | | **Si es cliente nuevo o requiere actualizar la información, favor cumplimentar el formulario “Conozca a su Cliente”.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PERSONALIDAD** | | | | | | | | **NOMBRE** | | | | | | | | | | | | | | **TIPO DE IDENTIFICACIÓN** | | | | | | | | | | | **N° DE IDENTIFICACIÓN** | | | | |
| **Persona Física  Persona Jurídica** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Solo en caso de Persona Física:** | | | | | **Fecha de Nacimiento:** | | | | | | | | | | **Profesión:** | | | | | | | **Género:** F M | | | | | | | | | | | **Empresa donde labora:** | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | **Trabaja en lo propio Sí No** | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Medios para notificaciones:** | | | **Provincia:** | | | | | | | **Cantón:** | | | | | | **Distrito:** | | | | | | **Otras señas:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Correo electrónico:** | | | | | | | | | | | | | | | **Número de celular:** | | | | | | | | | **Número de teléfono:** | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA ACTIVIDAD QUE SE SOLICITA ASEGURAR Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIESGO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE NEGOCIO** | **Comercio**  **Industria** | | | | | | | | | **Detalle la actividad desarrollada en el negocio compañía:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dirección del Predio donde se desarrolla la actividad** | | | | | | | | | | **Provincia:** | | | | | | | | | **Cantón:** | | | | | | | | | | | | **Distrito:** | | | | | | |
| **Otras señas:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Observaciones:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuenta actualmente el Asegurado con sucursales o filiales?:** | | | | **Si  No** | | | | | **En caso de ser afirmativa su respuesta favor indicar:** | | | | | | | | | | | | **Nombre:**  **Dirección:**  **Ingresos mensuales:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuenta actualmente el Asegurado con Registro de Datos?** | | | | **Si  No** | | | | | **En caso de ser afirmativa su respuesta favor indicar:** | | | | | | | | | | | | **Tipo de Datos manejados por el Registro de Datos:**  Información Corporativa de Terceros  Información No Pública y Relativa a Personas Físicas Identificables  Ambas  **Tipo de Registro:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuenta actualmente el Asegurado con Seguridad del Sistema Informático?** | | | | **Si  No** | | | | | **En caso de ser afirmativa su respuesta favor indicar:** | | | | | | | | | | | | **Tipo de Sistema de Seguridad:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre de la(s) compañía(s) subcontratadas para el manejo o protección de datos:** | | | | **1.**  **2.**  **3.**  **4.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DEPENDENCIA DE LA RED** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Qué porcentaje de la operación de su empresa, incluyendo filiales y subsidiarias, depende de los sistemas de cómputo?** | | | |  | | | | **Por favor indique el número de dispositivos individuales que tienen IT (Ej. Servidores, computadoras de escritorio, computadores portátiles, equipos móviles)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **¿Dispone la Compañía de servicios en nube o cloud computing?** | | | | Si  No | | | | | **En caso afirmativo, detallar política de seguridad en cloud para seguridad de los datos personales y corporativos** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Después de cuánto tiempo sin acceso a su Red, Plataforma Tecnológica por parte de sus empleados se ocasionaría un impacto significativo en su negocio?** | | | | Inmediatamente Después de 6 horas Después de 12 horas  Después de 24 horas Después de 48 horas  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cuánto tiempo sin que sus clientes tengan acceso a su página web supondría un impacto significativo para su negocio?** | | | | Inmediatamente Después de 6 horas Después de 12 horas  Después de 24 horas Después de 48 horas  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **En el evento en que ocurra una falla en el sistema, ¿cuál es el tiempo estimado de recuperación para las aplicaciones críticas del negocio?** | | | | Inmediatamente Después de 6 horas Después de 12 horas  Después de 24 horas Después de 48 horas  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿La Empresa Solicitante o sus filiales subcontratan la gestión o algunas de sus operaciones tecnológicas?** | | | | Si  No | | | | **En caso afirmativo, por favor facilite detalles, si fuera necesario, usar una hoja adicional, incluyendo qué tipo de subcontratación y a quién:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿La Empresa Solicitante o sus filiales subcontratan empresas para funciones de administración de seguridad de la información?** | | | | Si  No | | | | **En caso afirmativo, por favor facilite detalles, si fuera necesario, usar una hoja adicional, incluyendo qué tipo de subcontratación y a quién:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿La Empresa Solicitante o sus filiales subcontratan actividades de proceso, tratamiento o recopilación de datos?** | | | | Si  No | | | | **En caso afirmativo, por favor detalle las funciones de proceso, tratamiento o recopilación de datos que son externalizadas:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Se exige a los contratistas y subcontratistas el cumplimiento de las políticas de seguridad y protección de datos de la empresa?** | | | | Si  No | | | | **En caso afirmativo, por favor detalle por medio de qué mecanismo exigen tal cumplimiento:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Se exige a los contratistas o subcontratistas tener vigente una póliza de responsabilidad para la protección de datos?** | | | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | **¿Realiza revisiones periódicas a sus proveedores de servicios y socios para comprobar que cumplen con sus requerimientos para la protección de la información sensible que manejan?** | | | | | | | | | | | | | | | | | Si  No | | |
| **¿Se auditan periódicamente las funciones de subcontratistas / prestadores del servicio para asegurar que cumplen con las políticas de seguridad del Solicitante?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Si  No | | |
| **CONTINUIDAD DEL NEGOCIO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Dispone de un plan de continuidad de negocio en caso de presentarse una brecha de seguridad o privacidad de datos?** | | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | **¿Dispone de un plan para recuperarse después un desastre?** | | | | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | | |
| **¿Cada cuánto tiempo son revisados estos planes?** | | | | | | | | | | | | |  | | | | **Indique la persona(s) encargada para la ejecución y supervisión de dichos planes** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **¿Realiza regularmente auditoría a sus sistemas tecnológicos?** | | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | **¿Con qué frecuencia?** | | | | | | |  | | | | | **¿Cuándo fue la última auditoría realizada?** | | | | |  | | | |
| **¿Cuándo se llevó a cabo la última prueba de vulnerabilidad externa en sus sistemas?** | | | | | | | | | | | | |  | | | | **¿Cada cuanto se realizan estas pruebas?** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **¿Se le ha comunicado alguna preocupación, falla o inconsistencia, sobre cualquier aspecto de la red en la que se haya aconsejado una subsanación inmediata?** | | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | **¿Se realizan copias de seguridad, periódicas y automáticas?** | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | | | | | |
| **¿Usted es capaz de restaurar copias de seguridad de datos lo más rápidamente posible y con el menor impacto?** | | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | **¿Dónde son almacenadas las copias de seguridad?** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **¿Las copias de seguridad están guardadas fuera de línea (off site)?** | | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | **¿Ha ejecutado un análisis de impacto empresarial (Business Impact Analysis “BIA”) teniendo en cuenta las amenazas relevantes de TI?** | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | | | | | |
| **¿Cuánto tiempo estima usted para su RPO (Recovery Point Objective), el periodo entre dos copias de seguridad con una pérdida aceptada /aceptable de datos?** | | | | Inmediatamente Después de 6 horas Después de 12 horas  Después de 24 horas Después de 48 horas  Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SEGURIDAD DE LA RED** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tiene un Director de Cumplimiento (Chief Compliance Officer), responsable o supervisor de seguridad, o un responsable de protección de datos, o un supervisor de información encargado de la protección y seguridad de los datos y/o el cumplimiento interno de la legislación en materia de protección de datos?** | | | | | | | Si  No | | | | | | | | | | **En caso negativo por favor indicar quien es responsable por la política de protección y seguridad de datos:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **¿Maneja un contrato estándar con los proveedores, contratistas o subcontratistas que incluya una cláusula de confidencialidad, y donde se exija el cumplimiento de las políticas de seguridad?** | | | | | | | Si  No | | | | | | | | | | **¿Sus políticas incluyen un proceso por escrito para el cumplimiento de las políticas de seguridad y protección de datos?** | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | | | | | |
| **¿Sus políticas de seguridad y protección de datos incluyen un curso de formación obligatorio para todos los empleados?** | | | | Si  No | | | | **En caso afirmativo por favor indicar el contenido:** | | | | Privacidad de datos | | | | | | | | | | | | |  | Temas de responsabilidad legal | | | | | | | | | | |  |
| Seguridad y protección informática | | | | | | | | | | | | |  | Social Engineering | | | | | | | | | | |  |
| Tendencias regulatorias | | | | | | | | | | | | |  | Otro | | | | | | | | | | |  |
| **¿Es diferente la capacitación de seguridad en términos de los participantes (Ej.: Usuarios estándares o privilegiados, gerente de TI, ejecutivos etc.)?** | | | | | | | Si  No | | | | | | | | | | **¿Ha implementado un** **procedimiento que prepare a los empleados para ser más cautelosos y vigilantes respecto a phising (Ej,: vincular de forma automática a un curso obligatorio (en línea) después de responder a un ataque simulado)?** | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | | | | | |
| **¿Las políticas y procesos de seguridad y protección de datos que implementa cumplen con la legislación vigente?** | | | | | | | Si  No | | | | | | | | | | **¿A todos los puestos de trabajo analizados, se les asigna un único usuario de acceso y clave que se modifica periódicamente?** | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | | | | | |
| **¿Se revisa su política de protección de los datos y se ajusta en función de las nuevas amenazas?** | | | | | | | Si  No | | | | | | | | | | **¿Cuándo fue actualizada por última vez la política de Seguridad de la información?** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **¿Cuándo fue actualizada por última vez la política de privacidad de la información?** | | | | | | |  | | | | | | | | | | **¿Tiene procedimientos estrictos de revocación de acceso a usuarios cuyo contrato de trabajo haya finalizado?** | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | | | | | |
| **¿De acuerdo con la pregunta anterior hay acceso al histórico de información utilizada por dicho empleado?** | | | | | | | Si  No | | | | | | | | | | **¿Maneja un contrato estándar con los proveedores, contratistas o subcontratistas que incluya una cláusula de confidencialidad, y donde se exija el cumplimiento de las políticas de seguridad?** | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | | | | | |
| **¿Tiene software antivirus actualizado en todos sus ordenadores, servidores y redes de acuerdo con las recomendaciones de sus proveedores de software?** | | | | | | | Si  No | | | | | | | | | | **¿Utilizan Firewall (Sistemas de prevención de intrusiones)?** | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | | | | | |
| **¿Las subsidiarias, filiales o subordinadas de la empresa solicitante utilizan firewall?** | | | | | | | Si  No | | | | | | | | | | **¿En qué equipos o dispositivos utilizan Firewall (Móviles, sitios web, computadores)?** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **¿Tiene política de aplicación de parches?** | | | | | | | Si  No | | | | **¿Cada cuanto aplica los parches?** | | | | | | | Automáticamente  Mensualmente  Bimensualmente  Trimestralmente S Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Tiene un plan de respuesta a incidentes de violaciones de datos, intrusiones de redes o infecciones de virus informático?** | | | | | | | Si  No | | | | | | | | | | | **¿Se revisa y actualiza regularmente este plan?** | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | | | | |
| **¿Se llevan a cabo regularmente pruebas a este plan?** | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | | | | | **¿Se eliminan los problemas identificados?** | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | | | | |
| **¿Incluye su plan de respuesta a incidentes, opciones alternativas en caso de que los proveedores de outsourcing de los que usted depende no estén disponibles?** | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | | | | | **En caso de que la pregunta anterior sea afirmativa, ¿han sido las recomendaciones llevadas a cabo?** | | | | | | | | | | | | Si  No | | | | | | | |
| **¿Cuenta con procedimientos de control de acceso y encriptado de disco duro para evitar la exposición no autorizada de datos en todos los ordenadores portátiles, PDAs, smartphones (p.ej. BlackBerry) y PC’s en la oficina u ordenadores personales?** | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | | | | | **En caso de pérdida o robo de los equipos portátiles o móviles donde los empleados pueden acceder a información no pública, ¿tiene la empresa un proceso a seguir determinado?** | | | | | | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | |
| **En caso que la respuesta anterior, sea afirmativa, por favor indicar cuál es el procedimiento a seguir para mitigar los daños.** | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | | | | | **¿La información sensible y confidencial que se transmite dentro y desde su organización está encriptada?** | | | | | | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | |
| **¿Se encuentra encriptada la información sensible y confidencial almacenada en sus bases de datos, servidores y archivos?** | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | | | | | **¿Se encriptada la información contenida en dispositivos móviles? (Portátiles, drivers, USB, etc…)** | | | | | | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | |
| **MANEJO DE INFORMACIÓN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿La empresa maneja datos de terceros, información confidencial, datos de información personal de clientes, o tarjetas de crédito?** | | **Si  No** | | | | **¿Qué Tipo de información se recolecta/gestiona/almacena como datos personales o confidenciales?** | | | | | **Información de tarjetas de crédito (PCI)** | | | | | | | | | Menos de 500,000  1Millon – 5Millones  500,000 – 999,999  Más de 5 Millones | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Información financiera** | | | | | | | | | Menos de 500,000  1Millon – 5Millones  500,000 – 999,999  Más de 5 Millones | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Información personal (PII)** | | | | | | | | | Menos de 500,000  1Millon – 5Millones  500,000 – 999,999  Más de 5 Millones | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Información Corporativa de terceros** | | | | | | | | | Menos de 500,000  1Millon – 5Millones  500,000 – 999,999  Más de 5 Millones | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Historias Clínicas (PHI)** | | | | | | | | | Menos de 500,000  1Millon – 5Millones  500,000 – 999,999  Más de 5 Millones | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Propiedad Intelectual (IP)** | | | | | | | | | Menos de 500,000  1Millon – 5Millones  500,000 – 999,999  Más de 5 Millones | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Otra (Describa)** | | | | | | | | | Menos de 500,000  1Millon – 5Millones  500,000 – 999,999  Más de 5 Millones | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Su programa de clasificación de información incluye una clasificación estándar de datos? (por ejemplo “públicos”, “solo para uso interno”, “confidencial”)** | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | | | | | **¿Los sistemas críticos cuentan con medidas adicionales de segmentación, autentificación segura?** | | | | | | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | |
| **¿Contiene su página web una política de privacidad de datos, que haya sido revisada por abogado / consultor jurídico?** | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | | | | | **¿Se realiza un seguimiento de datos mediante el uso de herramientas de rastreo (tracking tools)?** | | | | | | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | |
| **¿Se informa a los visitantes de sus sitios web que hace seguimiento de datos?** | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | | | | | **¿Usted tiene implementado un sistema de Gestión de Seguridad de la información (ISMS) basado en una norma internacional?** | | | | | | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | |
| **¿Dispone de un inventario sobre información que indique los propietarios y las fuentes de dichos datos?** | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | | | | | **¿Tiene procedimientos en vigor para eliminar información y para controlar el periodo de tiempo que debe mantenerse la información en sus archivos?** | | | | | | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | |
| **¿La información almacenada en formato físico (papel, discos duros, CD’S, etc.) se desecha o recicla con procedimientos confidenciales y seguros conocidos por toda la organización?** | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | | | | | **¿Mantiene un registro de incidencias (amenazas a sistemas de seguridad) y fallos en la red?** | | | | | | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | |
| **En el evento en que aplique, indique los controles que utiliza para identificar y reparar las fallas, debilidades e incidencias identificadas en la red:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | **¿La empresa y/o sus filiales, subsidiarias o subordinadas realiza procesos de pagos en nombre de terceros, u operaciones de comercio electrónico (e-commerce)?** | | | | | | | | | | | | **Si  No** | | | | | | | |
| **¿Usted cumple con una o más de las siguientes leyes de seguridad / marcos de acción / estándares / requisitos?** | | | | | | | ISO 27000 y siguientes | | | | | | | | | | | | |  | | | Regulación de protección de datos de EEUU | | | | | | | | | | | | |  | |
| HIPAA / HITECH | | | | | | | | | | | | |  | | | PCI – DSS | | | | | | | | | | | | |  | |
| Sarbanes – Oxley | | | | | | | | | | | | |  | | | COBIT | | | | | | | | | | | | |  | |
| NIST | | | | | | | | | | | | |  | | | Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Información de Tarjetas de Pago**  (Solamente en caso que usted procese datos de tarjetas de pago) | | | |
| **¿Está sujeto al cumplimiento de PCI (Payment Card Industry)? En caso de ser afirmativa la respuesta, por favor suministre una copia del certificado de PCI-DSS.** | **Si  No** | **¿Usted acepta tarjetas de crédito?** | **Si  No** |
| **En caso afirmativo, por favor indicar la facturación generada con tarjetas de crédito** |  | **¿Cuantas transacciones de tarjetas de crédito o débito procesa al año?** |  |
| **¿Qué nivel de comerciante (Merchant level) de acuerdo con la definición de PCI tiene actualmente?** |  | **¿Se enmascaran todos, menos los últimos cuatro dígitos de los números de tarjetas al mostrar o imprimir datos de titulares de tarjetas?** |  |
| **¿Los códigos de validación de tarjetas se almacenen en ninguna de sus bases de datos, archivos de registro o en cualquier otro lugar dentro de su red?** | **Si  No** | **¿Toda la información de cuentas bancarias en sus bases de datos se encuentra encriptada?** | **Si  No** |
| **¿Usted usa terminales de punto de venta “POS”?.** | **Si  No** | **En caso afirmativo, ¿Esta deshabilitado permanentemente el acceso remoto a todos los puntos de venta?** | **Si  No** |
| **¿Se encripta o se utilizan sistemas de token para toda la información de cuenta en el punto de venta?** | **Si  No** | **¿Emplea el cifrado punto a punto, comenzando con el hardware de tarjeta magnética?** | **Si  No** |
| **¿Tiene un procedimiento estándar implementado para cumplir permanentemente con los requisitos o regulaciones legales (o contractuales) de privacidad?** | | | **Si  No** |
| **Otras circunstancias** | | | |
| **¿Algún director antiguo o presente, socio, director o empleado de la empresa, o sus subsidiarias, filiales o subordinadas ha sido alguna vez sancionado, investigado o auditado por un mal uso de los datos o alteración en la red informática?** | **Si  No** | **¿La red ha sufrido alguna caída o interrupción no programada en los últimos 24 meses?** | **Si  No** |
| **En caso afirmativo, favor indicar:** | **Valor del evento, o valor estimado del evento:** | | |
| **Descripción del evento:** | | |
| **Medidas correctivas:** | | |
| **¿Se ha presentado alguna vez un acceso no autorizado al sistema, alteraciones, virus o un ataque de código malicioso, pérdida de datos, incidente de hacking, robo de datos o un incidente similar?** | | | **Si  No** |
| **En caso afirmativo, favor indicar:** | **Valor del evento, o valor estimado del evento:** | | |
| **Descripción del evento:** | | |
| **Medidas correctivas:** | | |
| **¿Tiene conocimiento de hechos o circunstancias que puedan dar lugar a una reclamación contra usted y / o una reclamación bajo esta póliza de seguros?** | **Si  No** | **¿Tiene conocimiento de hechos o circunstancias que puedan dar lugar a investigaciones por parte de las autoridades competentes, investigaciones o imposición de multas o sanciones?** | **Si  No** |
| **En caso afirmativo, favor indicar:** | **Valor del evento, o valor estimado del evento:** | | |
| **Descripción del evento:** | | |
| **Medidas correctivas:** | | |
| **¿Ha experimentado alguna vez un intento o un hecho de extorsión con respecto a sus sistemas informáticos?** | | | **Si  No** |
| **En caso afirmativo favor adjuntar a esta solicitud de seguros una descripción completa e indicar:** | **Valor del evento, o valor estimado del evento:** | | |
| **Descripción del evento:** | | |
| **Medidas correctivas:** | | |
| **¿Le han declinado cobertura de seguro o su asegurador actual le ha impuesto alguna condición, para este Riesgo?** | | | **Si  No** |
| En caso de haber contestado afirmativamente cualquiera de las preguntas formuladas en este apartado, por favor facilite detalles en una hoja aparte si fuera necesario. | | | |
| **PLAZO DE VIGENCIA SOLICITADO** | | | |
| **Desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ELECCIÓN OPCIONES ESTABLECIDAS EN CONDICIONES GENERALES** | | | | | | | | |
| **Forma de Pago de la Prima y Recargos:** | **Anual** | | | **Semestral** | | **Trimestral** | | **Mensual** |
| **Recargo:** | **0%** | | **5%** | | **7%** | | **9%** |
| **Fecha de Retroactividad** | **Si  No** | | **Desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| **Fecha de Continuidad** | **Si  No** | | **Desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| **Periodo de Continuidad** | **Si  No** | | **Desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| **DETALLE DE COBERTURAS, MONTOS ASEGURADOS, DEDUCIBLES Y PRIMAS** | | | | | | | | |
| **Cobertura Básica:** | | | **Deducible** | | | | **Suma Asegurada** | |
| 1. Responsabilidad Civil derivada de la Seguridad y Privacidad de Datos | | |  | | | | **$** | |
| **A.1.** Sublímite (A) Multas y Sanciones | | |  | |  | | **$** | |
| **Coberturas Opcionales:**   1. Gastos de Notificación de Incidencias Relativas a la Seguridad | | |  | |  | | **$** | |
| 1. Defensa y Sanciones | | |  | |  | | **$** | |
| 1. Defensa Civil Derivada de Contenido en Páginas Web | | |  | |  | | **$** | |
| 1. Extorsión Cibernética | | |  | |  | | **$** | |
| 1. Daños Propios relacionados con Protección de Datos | | |  | |  | | **$** | |
| 1. Daños por Interrupción de la actividad Informática (Periodo de espera 12 Horas) | | |  | |  | | **$** | |

|  |
| --- |
| **OTROS TEMAS** |
| **TIPO DE SOLICITUD: Emisión Renovación Modificación** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODO DE PAGO** | Pago Directo  Deducción de Planilla  Cargo a Tarjeta | Titular: | | | Fecha de vencimiento: |
| N° de Tarjeta: | | | Banco Emisor: |
| En caso de optar por el pago con tarjeta de crédito o débito, autorizo a Seguros Lafise Costa Rica, S.A. aplicar los cargos correspondientes al pago de la prima en la frecuencia y montos que se establezcan en las Condiciones Particulares, así como en la siguiente renovación automática salvo instrucción previa en contrario. | | | | | |
| ¿**Cuenta actualmente con un Seguro de Riesgo Cibernético con otra aseguradora ya sea para esta empresa o sus filiales?** | | | **SI** **NO** | **Favor indicar si la respuesta es afirmativa:** | Entidad Aseguradora:  Número de Póliza:  Periodo de vigencia: |
| **CONSENTIMIENTO INFORMADO** | | | | | |
| Estimado cliente, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de la Persona frente al Tratamiento de sus Datos Personales (Ley 8968) y normativa conexa, le informamos lo siguiente:  La información brindada por usted como parte del proceso de contratación de un seguro con SEGUROS LAFISE, será almacenada en una base de datos de carácter personal, con la finalidad de ofrecerle los servicios y coberturas adquiridos en el seguro. Adicionalmente, la información será utilizada en el ofrecimiento de beneficios adicionales, productos y cualquier otro servicio brindado por SEGUROS LAFISE.  SEGUROS LAFISE COSTA RICA S.A., entidad aseguradora con cédula jurídica 3-101-678807, será la destinataria de la información personal brindada por usted, la cual podrá ser consultada tanto por el personal de SEGUROS LAFISE, así como las personas con las que SEGUROS LAFISE mantenga algún tipo de relación comercial, y cuenten con autorización por parte de SEGUROS LAFISE, a quienes se les podrá transferir la información con los fines antes descritos. La información brindada por usted es facultativa, no obstante, en caso de oponerse, SEGUROS LAFISE se podría ver imposibilitado de brindarle algunos de los servicios contratados.  Como titular de los datos personales, SEGUROS LAFISE le brinda el derecho de acceso, verificación, rectificación o eliminación de los mismos.  Por último, las oficinas de SEGUROS LAFISE se ubican en San Pedro de Montes de Oca, 125 metros este de la Rotonda de La Hispanidad, frente a Funeraria Montesacro, Correo Electrónico: serviciosegurocr@lafise.com.  Con pleno conocimiento de los señalado anteriormente, brindo el consentimiento libre, específico, informado, inequívoco e individualizado, del tratamiento de mis datos personales. **FIRMA DEL TOMADOR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **PROCESO DE ANÁLISIS Y ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA SOLICTUD** | | | | | |
| La Solicitud de Seguro deberá ser aceptada o rechazada por Seguros Lafise dentro de un plazo máximo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha de su recibo. En caso de que dentro del plazo establecido Seguros Lafise no se pronuncie sobre la aceptación o rechazo de la Solicitud, esta se entenderá aceptada a favor del solicitante. En casos de complejidad excepcional, Seguros Lafise deberá indicar al solicitante la fecha posterior en que se pronunciará, la cual no podrá exceder de dos meses.  La Solicitud de Seguro será analizada por el área de suscripción de Seguros Lafise, siendo esta área, el área comercial o el intermediario de seguros, los encargados de comunicar la resolución sobre la solicitud de seguro. Cualquier comunicación relacionada con la Solicitud de Seguro, puede dirigirla a: [serviciosegurocr@lafise.com](mailto:serviciosegurocr@lafise.com) o bien en nuestras oficinas, ubicadas 175 metros este de la Rotonda de San Pedro, San José, Costa Rica. | | | | | |
| **INIDICACIÓN DE ENTREGA DE INFORMACIÓN PREVIA** | | | | | |
| |  | | --- | | Como Solicitante de este seguro, hago constar que he recibido información previa al perfeccionamiento del contrato, sobre el contrato de seguro y la entidad aseguradora, así como las Condiciones Generales de la póliza.  Asimismo, he leído y comprendo las Condiciones Generales del seguro, las cuales puedo revisar accediendo a las siguientes páginas web: Seguros Lafise: <https://www.lafise.com/slcr/> ; Superintendencia General de Seguros: <http://www.sugese.fi.cr/polizas_servicios/Vigentes_web.html> | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Firma y Número de Identificación del Tomador** | **Seguros Lafise Costa Rica S.A.** |
| **La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número G08-07-A14-xxx, de fecha xxx de xxx de xxx.** | |