

Información General

1. Nombre del Asegurado:

UNIVERSIAAO DEL TOUMA.

2. Subsidiarias (indique porcentaje de participación):

TODAS SUS SEDES.

A menos que sea requerido por el asegurado, esta póliza cubrirá al asegurado y sus subsidiarias: (Subsidiaria es cualquier organización que sea controlada por una entidad que este incluida dentro del asegurado por tener o controlar más del 50% de las acciones). Este formulario debe ser completado para reflejar el funcionamiento de todas las entidades para las cuales se solicita cobertura.

3. Dirección:

CAJLE 42 #18-1 BARRIO SANTA HELENA.

4. Clase de Negocio (del Asegurado y de todas las entidades cubiertas):

5. Fecha de Fundación:

21 DE MAYO DE 1945.

6. Total Activos:

\$ 377.502.336.000 =

7. Total Ventas/Ingresos:

\$ 100.827.477.000 =

8. Número total de Sucursales:

Nacional

Internacional:

Total

9. Nombre y porcentaje de cualquier accionista que tenga más del 50% del capital accionario:

Nombre del Accionista	Porcentaje
DEPARTAMENTO DEL TOUMA	100/.

10. El asegurado se ha fusionado o adquirido cualquier otro negocio o entidad durante los últimos 5 años?

Sí No Si es así, por favor dar mayor información:

Por favor anexar Estados Financieros actualizados (Balance General y Estado de Pérdidas y Ganancias) con sus respectivas notas.

