

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA001427

FACTURA
AA002770



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS				ORDEN	1						
CERTIFICADO	AA002702	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	5763462338		USUARIO	MLONDONO81						
AGENCIA	FRANQUICIA NTD ACOMPANARTE LTDA MANIZALES		DIRECCIÓN AV 30 AGOSTO CALLE 32 BIS N 13 09.											
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA						FECHA DE IMPRESIÓN					
19	03	2019	DESDE	DD	09	MM	03	AAAA	2019	HORA	12:00	04	04	2024
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	31	MM	12	AAAA	2019	HORA	12:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO	EMAIL	HOSPITALPACHO@HOSPIPACHO.GOV.CO	NIT/CC	800099860
DIRECCIÓN	CL 9 17 17			TEL/MOVL	8540055
ASEGURADO	HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO	EMAIL	HOSPITALPACHO@HOSPIPACHO.GOV.CO	NIT/CC	800099860
DIRECCIÓN	CL 9 17 17			TEL/MOVL	8540055
BENEFICIARIO	TERCEROS USUARIOS DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES			NIT/CC	XXXXXX
DIRECCIÓN		EMAIL		TEL/MOVL	871515.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION	CLINICA PACHO CUNDINAMARCA PACHO CALLE 9 #16-35

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$400,000,000.00	10.00%	5,000,000.00 smmlv	\$0.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		\$0.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	5,000,000.00 smmlv	\$0.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	5,000,000.00 smmlv	\$0.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	5,000,000.00 smmlv	\$0.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	5,000,000.00 smmlv	\$0.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	5,000,000.00 smmlv	\$0.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	5,000,000.00 smmlv	\$0.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$400,000,000.00	\$32,000,000.00		\$6,080,000.00	\$38,080,000.00
COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPañIA	PARTICIPACIÓN	CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
	%	93360612	EDGAR JAVIER SIMMONDS MORALES	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro.

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

SEGURO
R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA001427

FACTURA
AA002770



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Nuevo	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AA002702	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	MLONDONO81
AGENCIA	FRANQUICIA NTD ACOMPAÑARTE LTDA MANIZALES	TELEFONO	5763462338		
		DIRECCIÓN	AV 30 AGOSTO CALLE 32 BIS N 13 09.		
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA			
19	03	2019	DESDE	DD	09
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	31
			MM	03	AAAA
			AAAA	2019	
			HORA		12:00
			HORA		12:00
				04	04
				DD	MM
					AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO
DIRECCIÓN CL 9 17 17
EMAIL HOSPITALPACHO@HOSPIPACHO.GOV.CO
NIT/CC 800099860
TEL/ MOVIL 8540055

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

SE EMITE POLIZA NUEVA PARA LA VIGENCIA DESCRITA.

TOMADOR: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL PACHO NIT: 800.099.860-5
ASEGURADO: ESE HOSPITAL SAN RAFAEL PACHO NIT: 800.099.860-5
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

ACTIVIDAD ECONÓMICA: Prestación de Servicios Médicos Hospitalarios

Hospital de nivel de complejidad II.

UBICACIÓN DE LOS PREDIOS ASEGURADOS:
Calle 9 # 16-35. Pacho Cundinamarca

1. LÍMITE ASEGURADO:
Col\$ 400.000.000 Evento / vigencia.

GRUPO A GRUPO B
Anestesiólogos 1 8
Especialista Cirugía 15 10
Demás Médicos 5 27
Camas: 4

NOTA:
Médicos Grupo A: con relación laboral
Médicos Grupo B: adscritos ó autorizados

2. AMPAROS: Según texto La Equidad Seguros 01042010-1501-P-06-0000000000001008

" Responsabilidad Civil Profesional Médica
" Responsabilidad Civil Estudiantes en práctica y Estudiantes en Especialización.
" Responsabilidad Civil de Personal Paramédico
" Uso de equipos y tratamientos médicos
" Predios Labores y operaciones
" Gastos de defensa judicial y extrajudicial
" Materiales médicos quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos

3. CLÁUSULAS ADICIONALES:

" Ampliación del término de revocación de la póliza a treinta (30) días calendario.
" Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días.
" Amparo automático para nuevos predios siempre y cuando se lleven a cabo las mismas actividades del Asegurado. Aviso a sesenta (60) días.
" Cobertura automática de nuevos equipos. Aviso a sesenta (60) días.

4. EXCLUSIONES: Además de las Exclusiones que se estipulan en las Condiciones Generales de la Póliza 01042010-1501-P-06-0000000000001008 se establecen las siguientes:

Esta póliza no cubre las lesiones corporales o daños materiales ni ningún otro perjuicio derivado directa o indirectamente de los siguientes hechos o circunstancias

" Del ejercicio de una profesión médica u odontológica con fines diferentes al diagnóstico o terapia.
" La prestación de servicios por personas que no estén legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuenten con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente.
" Reclamaciones derivadas de aplicación de técnicas novedosas o experimentales o no conformes al grado de conocimiento de la ciencia médica.
" Por la prestación de servicios o atención por personas que no tienen una relación contractual con el asegurado, salvo que se pacte expresamente.
" Por la prestación de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o Narcóticas
" Por Cirugía Plástica o estética, salvo que se trate de una intervención de cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas.
" Por tratamientos destinados a interrumpir o provocar un embarazo o la procreación.
" Por tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación del secreto profesional y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesión o daño causado por el tratamiento o la terapia a un paciente
" Reclamaciones por daños genéticos
" Relacionados directa o indirectamente con el SIDA o con virus tipo VIH, Hepatitis C.
" Daños causados a personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la póliza y a riesgos de infección y contagio con enfermedades o agentes patógenos.

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR

PARA COMPROBAR LA VERACIDAD DE ESTE DOCUMENTO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP Y USA ESTE CÓDIGO QR
Desde Bogotá puede marcar al (601) 7460392,
desde otras ciudades del país nuestra línea gratuita es 01800 091 9538 opción servicio al cliente.

SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA001427

FACTURA
AA004726



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AA004642	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	JTRUJ181
AGENCIA	EDGAR JAVIER SIMMONDS MORALES	TELEFONO		DIRECCIÓN	
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA		
30	12	2019	DESDE	DD	31
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	31
				MM	12
				AAAA	2019
				AAAA	2020
				HORA	12:00
				HORA	12:00
				30	12
				DD	MM
				AAAA	2019

DATOS GENERALES

TOMADOR	HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO	EMAIL	HOSPITALPACHO@HOSPIPACHO.GOV.CO	NIT/CC	800099860
DIRECCIÓN	CL 9 17 17			TEL/ MOVIL	8540055
ASEGURADO	HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO			NIT/CC	800099860
DIRECCIÓN	CL 9 17 17	EMAIL	HOSPITALPACHO@HOSPIPACHO.GOV.CO	TEL/ MOVIL	8540055
BENEFICIARIO	TERCEROS USUARIOS DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES			NIT/CC	XXXXXX
DIRECCIÓN		EMAIL		TEL/ MOVIL	871515.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCION CANAL DE VENTA	CLINICA PACHO CUNDINAMARCA PACHO CALLE 9 #16-35 FRANQUICIA

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$400,000,000.00	20.00%	10,000,000.00 SMMLV	\$.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		\$.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	20.00%	10,000,000.00 SMMLV	\$.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	20.00%	10,000,000.00 SMMLV	\$.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	20.00%	10,000,000.00 SMMLV	\$.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	20.00%	10,000,000.00 SMMLV	\$.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	20.00%	10,000,000.00 SMMLV	\$.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$400,000,000.00	\$60,336,138.00		\$11,463,866.00	\$71,800,004.00
COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPANIA	PARTICIPACIÓN	CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
	%	93360612	EDGAR JAVIER SIMMONDS MORALES	%

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad <http://www.laequidadseguros.coop/>, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

CLAUSULADO N°.

[Firma Autorizada]

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538

SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA001427

FACTURA
AA004726



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTICADO	AA004642	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	JTRUJI81
AGENCIA	EDGAR JAVIER SIMMONDS MORALES	TELEFONO		DIRECCIÓN	
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA		
30	12	2019	DESDE	DD	31
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	31
				MM	12
				AAAA	2019
				HORA	12:00
				HORA	12:00
30	12	2019			
DD	MM	AAAA			

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO
DIRECCIÓN CL 9 17 17

EMAIL HOSPITALPACHO@HOSPIPACHO.GOV.CO

NIT/CC 800099860
TEL/ MOVIL 8540055

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

LA EQUIDAD SEGUROS RENUEVA EL PRESENTE A SOLICITUD DEL TOMADOR

TOMADOR : ESE HOSPITAL SAN RAFAEL PACHO NIT: 800.099.860-5
ASEGURADO : ESE HOSPITAL SAN RAFAEL PACHO NIT: 800.099.860-5
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

ACTIVIDAD ECONÓMICA: Prestación de Servicios Médicos Hospitalarios

Hospital de nivel de complejidad II.

UBICACIÓN DE LOS PREDIOS ASEGURADOS:

Calle 9 # 16-35. Pachó Cundinamarca

1. LÍMITE ASEGURADO:

Col\$ 400.000.000 Evento / vigencia.

GRUPO A GRUPO B
Anestesiólogos 3 0
Especialista Cirugía 7 6
Demás Médicos 23 19
Camas: 64

NOTA:
Médicos Grupo A: con relación laboral
Médicos Grupo B: adscritos ó autorizados

2. AMPAROS: Según texto La Equidad Seguros 01042010-1501-P-06-0000000000001008

- " Responsabilidad Civil Profesional Médica
- " Responsabilidad Civil Estudiantes en práctica y Estudiantes en Especialización.
- " Responsabilidad Civil de Personal Paramédico
- " Uso de equipos y tratamientos médicos
- " Predios Labores y operaciones
- " Materiales médicos quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos

3. CLÁUSULAS ADICIONALES:

- " Ampliación del término de revocación de la póliza a treinta (30) días calendario.
- " Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días.
- " Amparo automático para nuevos predios siempre y cuando se lleven a cabo las mismas actividades del Asegurado. Aviso a sesenta (60) días.
- " Cobertura automática de nuevos equipos. Aviso a sesenta (60) días.

4. EXCLUSIONES: Además de las Exclusiones que se estipulan en las Condiciones Generales de la Póliza 01042010-1501-P-06-0000000000001008 se establecen las siguientes:

Esta póliza no cubre las lesiones corporales o daños materiales ni ningún otro perjuicio derivado directa o indirectamente de los siguientes hechos o circunstancias

- " Del ejercicio de una profesión médica u odontológica con fines diferentes al diagnóstico o terapia.
- " La prestación de servicios por personas que no estén legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuenten con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente.
- " Bajo ninguna circunstancia se cubren los gastos de defensa
- " Reclamaciones derivadas de aplicación de técnicas novedosas o experimentales o no conformes al grado de conocimiento de la ciencia médica.
- " Por la prestación de servicios o atención por personas que no tienen una relación contractual con el asegurado, salvo que se pacte expresamente.
- " Por la prestación de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o Narcóticas
- " Por Cirugía Plástica o estética, salvo que se trate de una intervención de cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anomalías congénitas.
- " Por tratamientos destinados a interrumpir o provocar un embarazo o la procreación.
- " Por tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación del secreto profesional y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesión o daño causado por el tratamiento o la terapia a un paciente

FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538

#324

SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA001427

FACTURA
AA004726



equidad
seguros



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Renovación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS	ORDEN	1
CERTIFICADO	AA004642	FORMA DE PAGO	Contado	USUARIO	JTRUJI81
AGENCIA	EDGAR JAVIER SIMMONDS MORALES	TELEFONO		DIRECCIÓN	
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA		
30	12	2019	DESDE	DD	31
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	31
				MM	12
				AAAA	2019
				HORA	12:00
				HORA	12:00
FECHA DE IMPRESIÓN					
30	12	2019			
DD	MM	AAAA			

DATOS GENERALES

TOMADOR HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

DIRECCIÓN CL 9 17 17

EMAIL HOSPITALPACHO@HOSPIPACHO.GOV.CO

NIT/CC 800099860

TEL/ MOVIL 8540055

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

" Reclamaciones por daños genéticos
" Relacionados directa o indirectamente con el SIDA o con virus tipo VIH, Hepatitis C.
" Daños causados a personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la póliza y a riesgos de infección y contagio con enfermedades o agentes patógenos.
" Reclamaciones orientadas a reembolso de honorarios profesionales pactados entre el profesional de la salud y el paciente.
" En el caso de odontólogos y ortodoncistas daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista, en una clínica/ Hospital acreditados para este fin.
" Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y acciones similares donde se declare la responsabilidad civil del asegurado y se fije claramente la cuantía de la indemnización.
" Por drogas o medicamentos, que afecten la responsabilidad civil del fabricante.
" Por la utilización de equipos, aparatos y materiales de medicina nuclear, rayos X, scanner, radiación por isotopos, radiografías o radioterapias, salvo pacto expreso en contrario, de acuerdo con lo contemplado en el literal D de la cláusula 3 "Definición de amparos".
" Todo tipo de responsabilidad civil, daños, lesiones, pérdidas o gasto de cualquier naturaleza, así como el lucro cesante derivados de eventos originados directa o indirectamente por el no-reconocimiento electrónico de cualquier fecha real de calendario, especialmente la del cambio de milenio, tal como se define en la cláusula 20 de esta póliza.
" Por responsabilidad civil excedente de la legal, como daños derivados de acuerdos o compromisos del asegurado en virtud de los cuales se hubiere comprometido a un resultado, efecto o éxito que excede su obligación legal.
" Por la ineficacia de cualquier tratamiento o intervención quirúrgica.
" Por la prestación de servicios por personas que no estén vinculados o adscritos al Tomador/Asegurado al momento de la prestación del servicio o la terapia
" Pérdidas financieras puras
" Toda responsabilidad cubierta bajo la póliza de Responsabilidad Civil Directores y Administradores.

5. PRIMA ANUAL : Col\$ 71.800.000.00 IVA incluido.

6. DEDUCIBLES : Aplicables a toda y cada pérdida: 20% mínimo \$10.000.000 por evento.

7. CONDICION DE LA POLIZA

Es parte integrante de la póliza el respectivo formulario debidamente diligenciado por la institución asegurada.

8. OTRAS CONDICIONES PARTICULARES Y DEFINICIONES:

" Pago de las primas: De acuerdo con lo establecido en los artículos 81 y 82 de la ley 45 de 1990.
" Por el pago de un siniestro, NO se acepta el restablecimiento del límite asegurado en forma automática.
" Compañías aseguradoras: La equidad de Seguros
" Requisitos para Circular 022 de 2007 de la Superfinanciera. (Referente al SARLAFT).
" Prima mínima para movimientos: Establecida en dos (2) SMDLV.
" Los valores especificados como límites y/o sublímites, se entenderán incluidos dentro del valor asegurado pactado.
" SMDLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente; SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente
" Deducibles pactados en dólares, serán liquidados a la tasa de cambio representativa del mercado del día del siniestro.

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01042010-1501-P-06-0000000000001008

[Firma Autorizada]

**FIRMA AUTORIZADA
LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

FIRMA TOMADOR



APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538

#324