

**PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL MÉDICA PARA CLINICAS Y**

Póliza 07 R0000703
Certificado 07 R0000703

SUCURSAL 07 NEIVA

USUARIO FALLAL

TIP CERTIFICADO

Número

FECHA

DD MM AAAA
08 11 2016

TOMADOR: CLINICA EL DONCELLO LTDA
DIRECCIÓN: CR 4 363
E-MAIL:
ASEGURADO: CLINICA EL DONCELLO LTDA
DIRECCIÓN: CR 4 363
BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS
DIRECCIÓN:

C.C.O.NIT: 900172906
CIUDAD: DONCELLO
TELÉFONO: 4310075
C.C.O.NIT: 900172906
CIUDAD: DONCELLO
TEL: 4310075
C.C.O.NIT: 00000001
TEL: 1

VIGENCIA
DESDE: 08 11 2016 HASTA: 08 11 2017
VALOR ASEGURADO EN PESOS
ANTERIOR: ESTÁ MODIFICACIÓN: NUEVA: 300.000.000,00

INTERMEDIARIO		COASEGURO		PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPANIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM
100,00	SALAZAR CUELLAR BLANCA LIVI					
						MONEDA VALORES
						PRIMA PESOS 3.212.100,00
						GAST. EXPED. PESOS 0,00
						IVA PESOS 513.938,00
						TOTAL 3.726.038,00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
Responsabilidad Civil Profesional Clinicas - Hospit	06-11-2016	06-11-2017	0,00	300.000.000,00	2.912.100,00	10,00	5.000.000,00
Pedidos: Labores y Operaciones - Vigencia	06-11-2016	06-11-2017	0,00	300.000.000,00	0,00	10,00	5.000.000,00
Pedidos: Labores y Operaciones - Evento	06-11-2016	06-11-2017	0,00	300.000.000,00	0,00	10,00	0,00
Gastos Medicos - Vigencia	06-11-2016	06-11-2017	0,00	10.000.000,00	0,00	0,00	0,00
Gastos Medicos - Evento	06-11-2016	06-11-2017	0,00	10.000.000,00	0,00	0,00	0,00
Vehiculos Propios y no propios - Vigencia	06-11-2016	06-11-2017	0,00	100.000.000,00	300.000,00	10,00	2.000.000,00
Vehiculos propios y no propios - Evento	06-11-2016	06-11-2017	0,00	100.000.000,00	0,00	10,00	2.000.000,00
Daño Mora - Vigencia	06-11-2016	06-11-2017	0,00	50.000.000,00	0,00	10,00	2.000.000,00
Daño Mora - Evento	06-11-2016	06-11-2017	0,00	50.000.000,00	0,00	10,00	2.000.000,00
Lucro Cesante - Vigencia	06-11-2016	06-11-2017	0,00	50.000.000,00	0,00	10,00	2.000.000,00
Lucro Cesante - Evento	06-11-2016	06-11-2017	0,00	50.000.000,00	0,00	10,00	2.000.000,00
Gastos Judiciales de Defensa - Vigencia	06-11-2016	06-11-2017	0,00	50.000.000,00	0,00	10,00	2.000.000,00
Gastos Judiciales de Defensa - Evento	06-11-2016	06-11-2017	0,00	50.000.000,00	0,00	10,00	2.000.000,00

OBJETO DEL SEGURO:
INDEMNIZAR LOS DAÑOS Y/O PERJUICIOS PATRIMONIALES Y/O EXTRAPATRIMONIALES ATRIBUIBLES A LA CLINICA EL DONCELLO LTDA COMO CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA IMPRUDENCIA O IMPERICIA DURANTE LAS ACTIVIDADES MEDICAS COMO INSTITUTO PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD:

PERSONAL ASEGURADO NUEVE (9) ASI:

1. CRISTIAN NAVAS - 79.11.481 - MEDICO
2. BLANCA ESNEDA CARDONA - 24.328.938 - ENFERMERA
3. MONICA VIRGINIA MERCAD GARCIA CC. 1.022.370.519 BACTERIOLOGA
4. MARTHA JUDITH TRUJILLO - 40.085.804 ODONTÓLOGA
5. DISNEY RODRIGUEZ - 40.730.421 TÉCNICO SERVICIO FARMACÉUTICO
6. MARTHA EUGENIA FERNANDEZ - 40.732.091 - ENFERMERA
7. LINA MILENA ESCOBAR - 1.117.813.649 ENFERMERA
8. YENNY CUELLAR - 52.842.568 - ENFERMERA
9. KERLY JOHANA BALANTA PLAZAS CC. 1.116.921.735 ENFERMERA.

PERSONAL ADMINISTRATIVO TRES (3) ASI:

ESTA PÓLIZA DE SEGURO CONSIDERA LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICIÓN, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA PÓLIZA. LAS DECLARACIONES ENVIADAS VIA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL. CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY. POR LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOZCO DE MANERA ANTECIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PAGINA WEB WWW.CONFIANZA.COM.CO Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA S.A EN TODO EL PAÍS. EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.312.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA Y CHEQUE, SUJETÁNDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 2.312.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO. EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARÁ EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DE LOS INTERBANCARIOS EN EL DÍA DE SU PAGO. EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS DE LIQUIDACIÓN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA SE CONSIDERARÁN COMO GASTOS DE LIQUIDACIÓN. SEAN BRIGADISTAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAÍS. LA PRESENTE PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO. LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DE ASESORAMIENTO BASADO EN ESTA PÓLIZA, QUE REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES. LA REPRESENTACIÓN DE ESTA PÓLIZA POR EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR, IMPLICA LA ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CAUSAS, EN LAS QUE SE MANIFIESTEN LOS DAÑOS EXISTENTES EN EL PAÍS. LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPRESA LA TASA DE PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDA CON FUNDAMENTO EN ELLO POR REVOCACIÓN UNILATERAL POR PARTE DEL TOMADOR O DE LA COMPANIA DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL NUMERAL 15 DEL ARTÍCULO 1555 DE LA LEY 95 DE 1995. AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES: SE MANIFIESTA Y EXPRESA MANIFESTO Y ACERTO QUE EN MI CALIDAD DE (1) TOMADOR Y/O (2) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTERIORMENTE MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONSENTIMIENTO DE LA CUAL SE CONCLUYE LA AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES SIN PARTE DE CONFIANZA S.A. INCLUIDOS LOS QUE SE AUTORIZA PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.

RES DIAN NO 31000006930 11/08/15 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG 0000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DEL SEG 0000032 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 03.1

TOMADOR

COMPANIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Dirección para notificaciones: Calle 82 N° 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C. - Colombia

Tue 8 Nov 2016 14:26:37

