



Empresas

Condiciones del
Contrato de Seguro

Póliza N°
022126715 / 0

Allianz

Responsabilidad Civil

Profesional Clínicas y Hospitales

www.allianz.co

25 de Julio de 2017

Tomador de la Póliza

DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

Su intermediario de seguros en Allianz Seguros



AGORA AGENCIA DE SEGUROS LTDA

NIT: 9003600180
CL 22 CR 6 A - 24 OF 507
CALI
Tel. 4855440
E-mail: alejandro.rios@segurosagora.co

Allianz Seguros S.A.

www.allianz.co

Cra. 13a No.29-24
Bogotá - Colombia

Conmutador: (+57)(1) 5600600

Operador Automático: (+57)(1) 5600601

Fax: 56166/95/96/97/98/99

Nit. 860026182 - 5

26-07-2017 01:01:31 03101100220100C052 CE00127 1064019

AGORA AGENCIA DE SEGUROS LTDA

Allianz Seguros S.A.



El contrato de seguro está integrado por la carátula de la póliza, las condiciones generales y particulares de la misma, la solicitud de seguro firmada por el asegurado, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1068 del Código de Comercio, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a la Compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable

Capítulo I

Datos Identificativos

Datos Generales

Tomador del Seguro:

DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR
AVENIDA 5N N 20N-75
CALI
Teléfono: 6600160
Email: notienecorreo@allianz.co

NIT: 8000243903

Asegurado:

DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR
AVENIDA 5N N 20N-75
CALI
Teléfono: 6600160
Email: notienecorreo@allianz.co

NIT: 8000243903

Póliza y duración:

Póliza n°: 022126715 / 0
Duración: Desde las 00:00 horas del 15/07/2017 hasta las 24:00 horas del 14/07/2018.

Importes expresados en PESO COLOMBIANO.

Intermediario:

Renovable a partir del 14/07/2018 desde las 24:00 horas.
AGORA AGENCIA DE SEGUROS LTDA
Clave: 1064019
CL 22 CR 6 A - 24 OF 507
CALI
NIT: 9003600180
Teléfonos: 4855440 0
E-mail: alejandro.rios@segurosagora.co

Identificación del riesgo objeto del seguro

Categoría del riesgo

Servicios

Dirección del Riesgo

AVENIDA 5N N 20N-75

Descripción

Riesgo asegurado
Ambito territorial

Valor

Clínicas Quirúrgicas
Colombia

Límite asegurado evento	2.500.000.000,00
Límite asegurado vigencia	2.500.000.000,00
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	23,00
Grupo	A
Especialidad	Demás médicos
Numero de medicos	22,00
Grupo	B

Ambito Temporal

CLAIMS MADE

Bajo la presente póliza se amparan las indemnizaciones por las reclamaciones escritas presentadas por los terceros afectados y por primera vez al asegurado o a la aseguradora durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se trate de hechos ocurridos durante la misma vigencia o dentro de las vigencias anteriores contadas a partir de JULIO 15 DE 2012 y por los cuales el asegurado sea civilmente responsable.

Extensión en el periodo de reclamos

Cláusula de extensión para la denuncia de reclamos sujeta a las siguientes condiciones:

- La Suma Asegurada que atenderá a la totalidad de los reclamos que se reciban dentro del período del endoso será la suma en vigor para la última vigencia no renovada.
- El Endoso dejará de ser operativo una vez se agote la Suma Asegurada o se cumpla la vigencia de su período, cualquiera que ocurra primero.

El derecho a obtener este endoso está condicionado a la no renovación o cancelación de la póliza por razones diferentes a la cancelación por no pago de prima.

Si el Asegurado decide unilateralmente el no renovar o rescindir esta cobertura a su vencimiento, el Asegurado tendrá el derecho de comprar un endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos por una prima adicional, y bajo los términos estipulados en esta cláusula, salvo cuando el contrato se rescindiera por falta de pago de la prima por el Asegurado, hecho que generará la pérdida del derecho del Asegurado para la compra de tal endoso.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos dará el derecho al Asegurado a extender, hasta un período máximo de dos (2) años, la cobertura para los reclamos que se reciban o se formulen con posterioridad a la vigencia de la póliza y exclusivamente por actos médicos ocurridos durante tal período y con posterioridad a la fecha de efecto de esta póliza.

El endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos no cambiará la fecha de vigencia de la presente póliza. Simplemente extenderá el período durante el cual, el Asegurado, podrá poner en conocimiento del Asegurador dichos reclamos.

Los Límites de Cobertura por Acto Médico y/o Agregado Anual contratados en el

último período de la póliza, son los mismos que regirán para el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, es decir, dicho endoso no alterará la Suma Asegurada acordada en la póliza.

A fines de obtener el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos el Asegurado deberá hacer lo siguiente:

- Someter por escrito su solicitud al Asegurador.
- Enviar dicha solicitud dentro de los treinta (30) días anteriores a la finalización de la presente cobertura.
- Determinar el término de tiempo deseado para la Extensión, ya sea por un período de uno (1) o de dos (2) años.
- Abonar al contado la prima correspondiente al endoso.

A fines de calcular la prima por el endoso para la Extensión para la Denuncia de Reclamos, el Asegurador utilizará las tarifas y condiciones existentes al momento de requisición del mismo por parte del Asegurado. Sin embargo, el precio del endoso no excederá los siguientes porcentajes de la prima de la última póliza contratada por el Asegurado:

- Un (1) año: 120%
- Dos (2) años: 160%

El Asegurador mantendrá vigente el endoso hasta cuando se agote la Suma Asegurada contratada para la última vigencia de la póliza, o se agote el período del endoso, cualquiera que suceda primero.

Interés Asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

Coberturas contratadas

Coberturas	Límite Asegurado Evento	Límite Asegurado Vigencia
1. Predios, Labores y Operaciones	2.500.000.000,00	2.500.000.000,00
3. RC Patronal	100.000.000,00	300.000.000,00
8. RC Cruzada	250.000.000,00	500.000.000,00
10. RC. Profesional	2.500.000.000,00	2.500.000.000,00
22. Gastos Médicos	30.000.000,00	90.000.000,00

Especificaciones Adicionales

Intermediarios:

Código	Nombre Intermediario	% de Participación
1064019	AGORA AGENCIA DE SEGUROS LTDA	100,00

Cláusulas

Beneficiario

Terceros Afectados

Actividad del Cliente

Prestación de Servicios Médicos

CONDICIONES PARTICULARES:

1. La Responsabilidad civil Profesional Médica indirecta que eventualmente le corresponda al asegurado por actos de entidades prestadoras de servicios profesionales médicos a nombre del asegurado. Esta póliza no se extiende a amparar estas entidades individualmente, las cuales deberán tener sus propias pólizas para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.
2. La Responsabilidad civil imputable al asegurado por los actos médicos de estudiantes de pre o post grado que realicen sus prácticas médicas dentro de las instalaciones del asegurado, habilitados por permiso/acuerdo previo por escrito entre el asegurado y la institución docente y que realicen los actos médicos bajo la supervisión y control de un profesional médico debidamente habilitado y vinculado a la institución docente. Teniendo en cuenta que en desarrollo del convenio asistencial deben indicarse claramente las etapas de formación del estudiante de pregrado o postgrado a fin de que pueda distinguirse cuando la supervisión debe ser presencial y cuando no. De acuerdo a lo definido en el numeral 1 del Amparo de RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL. Esta póliza no se extiende a amparar a los estudiantes individualmente, ni a los profesionales médicos supervisores, ni a la institución docente quienes deberán tener sus propias pólizas para su protección en caso de verse involucrados en reclamos.
3. Se deja constancia que la sede de Arbitramento es en la Ciudad de Cali
4. La presente póliza excluye del amparo de Gastos Médicos cualquier reclamación derivada de eventos relacionados con la práctica médica.

5. Asistencia en Foro Penal:

*En caso de acción penal contra el asegurado, el asegurado podrá colaborar proporcionando al asegurado, previo su requerimiento por escrito, asesoramiento jurídico o de peritos o delegados técnicos.

* Esta colaboración por parte del asegurado no implicará la aceptación de responsabilidad de este ante el asegurado o terceros en los términos de esta cobertura.

* Este es un beneficio adicional bajo la discreción absoluta del asegurado; por tanto, este podrá decidir unilateralmente el costo y/o tiempo de su colaboración.

DEDUCIBLES:

El deducible convenido se aplicará a cada reclamación presentada contra el asegurado, así como a los gastos de defensa que se generen, con independencia de la causa o de la razón de su presentación, o de la existencia de una sentencia ejecutoriada o no.

10% sobre el valor de la pérdida, mínimo COL\$3.000.000

SUBJETIVIDADES:

La presente cotización se encuentra sujeta a la contratación de la póliza de Daños con Allianz Seguros S.A.

Asegurado adicional

Se incluye como asegurado adicional a:

DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR SA 800024390-3
DIME ANGIOGRAFIA SA 900170635-1
DIME CARDIOVASCULAR SA 805030763-1
RESONAR SA 800096333-1
DIME UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS NEUROCARDIOVASCULARES SA 900345192-1
SOCIEDAD INVERSORA SA 900086538-4
CARLOS CUELLO Y COMPAÑIA CIA NIT 800109457 ? 4
INSTITUTO DE GENETICA MEDICA LTDA NIT 900195639 - 3

única y exclusivamente en lo relacionado con los daños a terceros que el asegurado DIME CLINICA NEUROCARDIOVASCULAR cause en desarrollo del contrato objeto de esta póliza.

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 882458617

Período: de 15/07/2017 a 14/07/2018
Periodicidad del pago: ANUAL

PRIMA	52.000.000,00
IVA	9.880.000,00
IMPORTE TOTAL	61.880.000,00

Servicios para el Asegurado

Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el asegurado podrá dirigirse a:

En cualquier caso

El Asesor AGORA AGENCIA DE SEGUROS LTDA
Teléfono/s: 4855440 0
También a través de su e-mail: alejandro.rios@segurosagora.co
Sucursal: CALI

Urgencias y Asistencia

Línea de atención al cliente a nivel nacional.....018000513500
En Bogotá Desde su celular al #265
www.allianz.co

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co, enlace Atención al cliente.

Se hace constar expresamente que sin el pago del recibo de prima carecerá de validez la cobertura del seguro

Representante Legal
Allianz Seguros S.A.

Recibida mi copia y aceptado el contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador

DIME CLINICA
NEUROCARDIOVASCULAR

AGORA AGENCIA DE
SEGUROS LTDA

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones,
Allianz Seguros S.A.