

Aviso de reclamación

Hola,

Tu reclamación se recibió con éxito, ahora te informamos el paso a seguir



INFORMACIÓN BÁSICA DEL SEGURO

Reclamación 9220000540959	Número de póliza 013000721814	Póliza riesgo 013000721814
Código oficina radicación 2821	Oficina radicación SUCURSAL GRAN EMPRESA OCCIDENT	Fecha de reclamación 17-02-2022
Tipo de oferta RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD GL	Fecha inicio vigencia póliza 30-10-2021	Fecha fin vigencia póliza 30-10-2022

INFORMACIÓN DEL TOMADOR (RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PRIMA)

Nombres y apellidos o razón social	Tipo de identificación	Número de identificación
------------------------------------	------------------------	--------------------------

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombres y apellidos o razón social CLINICA DE OCCIDENTE S.A.	Tipo de identificación NIT	Número de identificación 8903005133
Dirección CL 19 N # 5 N 49	Ciudad MEDELLIN	Departamento ANTIOQUIA
Correo electrónico CLINICADEOCCIDENTE@CDOSA.COM	Cuenta bancaria	Teléfono 6603000

INFORMACIÓN BÁSICA DEL RIESGO AFECTADO

Dirección del riesgo asegurado SN CL 18 # 5N - 34 CLINICA	Ciudad SANTIAGO DE CALI	Departamento VALLE DEL CAUCA	País COLOMBIA	Descripción del riesgo
--	----------------------------	---------------------------------	------------------	------------------------

INFORMACIÓN DE PERSONA QUE GENERA RECLAMACIÓN

Tipo y número de identificación CEDULA DE CIUDADANIA 999999	Nombre del reclamante PEPITO ANTONIO PEREZ ESPITIA	Ciudad MEDELLIN
Departamento ANTIOQUIA	Teléfono	Correo electrónico JOHNTRIVIO@GMAIL.COM

DETALLES DEL HECHO

Fecha del hecho 30-03-2021	Causa RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO
-------------------------------	--

¿Cómo sucedió el evento?

LLAMAMIENTO EN GARANTIA - DEMANDA POR dilación de la cirugía de la señora YAMILSE ROSALES VILLAREAL, que constituyó una crítica espera que trae una riesgos a y urgente cirugía de emergencia que por poco le cuesta la vida a la señora Yamilse Rosales Villareal
FECHA DE LOS HECHOS 30 de marzo de 2018 al 19 de abril de 2018
SE GRABA CON FECHA DE EXISTENTE DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Importante: Si esta reclamación es aceptada y SURA asume alguna indemnización, acepto que la información entregada en este documento es verdadera y completa, y que esta es la base para atender este proceso.

DATOS DE LA PERSONA A CARGO DE SU PROCESO

Nombre ELNA CAROLINA GARCIA GUZMAN	Teléfono	Correo electrónico ECGARCIA@SURA.COM.CO
---------------------------------------	----------	--

DATOS DEL ASESOR

Código 5541	Nombre WILLIS TOWERS WATSON COLOMBIA CORREDORES DE SEGUROS SA	Correo electrónico LEIDY.PALMA@WILLISTOWERSWATSON.COM
----------------	--	--