

Aviso de reclamación

Hola,

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



INFORMACIÓN BÁSICA DEL SEGURO

Reclamación 9210000449331	Número de póliza 013000721814	Póliza riesgo 013000721814
Código oficina radicación 2821	Oficina radicación SUCURSAL GRAN EMPRESA OCCIDENT	Fecha de reclamación 30-07-2021
Tipo de oferta RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD	Fecha inicio vigencia póliza 30-09-2020	Fecha fin vigencia póliza 30-09-2021

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 18 NORTE # 5 34	Ciudad SANTIAGO DE CALI	Departamento VALLE DEL CAUCA
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 NIT 8903005133	Nombre del reclamante CLINICA DE OCCIDENTE S.A.	Ciudad SANTIAGO DE CALI
Departamento VALLE DEL CAUCA	Teléfono 6603000	Correo electrónico CLINICADEOCCIDENTE@CDOSA.COM

DETALLES DEL HECHO

Fecha del hecho 04-05-2021	Causa RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO
-------------------------------	--

¿Cómo sucedió el evento?

Citación audiencia de conciliación fallida por responsabilidad civil médica, convocante: Viviana Gómez Figueroa.

Contacto sandra.echavarria@willistowerswatson.com

Celular 3137738533

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
----------------	--	--