

SEGURO R.C. PROFESIONAL CLINICAS

PÓLIZA
AA195705

FACTURA
AA782381



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS					ORDEN	1					
CERTIFICADO	AA905335	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	5922929					USUARIO	MJAIME			
AGENCIA	DELIMA MARSH	DIRECCIÓN Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS												
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA							FECHA DE IMPRESIÓN				
25	02	2021	DESDE	DD	09	MM	01	AAAA	2021	HORA	00:00	25	02	2021
DD	MM	AAAA	HASTA	DD	14	MM	09	AAAA	2021	HORA	00:00	DD	MM	AAAA

DATOS GENERALES

TOMADOR	COMPANIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.	EMAIL	MARITZA.SANTOS@MERCERMARSHBENEFICIOS.COM	NIT/CC	000860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	TEL/MOVI	6210088	TEL/MOVI	6210088
ASEGURADO	COMPANIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.	EMAIL	MARITZA.SANTOS@MERCERMARSHBENEFICIOS.COM	NIT/CC	000860078828
DIRECCIÓN	CALLE 100 11B-67	TEL/MOVI	6210088	TEL/MOVI	6210088
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS Y/O USUARIOS AFECTADOS	NIT/CC	XXXX	NIT/CC	XXXX
DIRECCIÓN	-	EMAIL	notiene@notiene.com	TEL/MOVI	

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

DETALLE	DESCRIPCIÓN
ACTIVIDADES CIUDAD DEPARTAMENTO LOCALIDAD DIRECCIÓN CANAL DE VENTA	CLINICA BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. BOGOTA D.C. Directo

COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

DESCRIPCIÓN	VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE VALOR	PRIMA
Responsabilidad Civil Clínicas Hospitalares	\$4,530,000,000.00	10.00%	1.00 SMMLV	\$0.00
Predios Labores y Operaciones.	Si	.00%		\$0.00
Responsabilidad Civil Profesional Médica	Si	10.00%	1.00 SMMLV	\$0.00
Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización	Si	10.00%	1.00 SMMLV	\$0.00
Responsabilidad Civil del Personal Paramédico	Si	10.00%	1.00 SMMLV	\$0.00
Uso de Equipos y Tratamientos Médicos	Si	10.00%	1.00 SMMLV	\$0.00
Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos	Si	10.00%	1.00 SMMLV	\$0.00
Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial	Si	10.00%	1.00 SMMLV	\$0.00

VALOR ASEGURADO TOTAL	PRIMA NETA	GASTOS	IVA	TOTAL POR PAGAR
\$4,530,000,000.00	\$7,644,337.00		\$1,452,424.00	\$9,096,761.00

COASEGURO		INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA		
COMPANIA	PARTICIPACIÓN	CÓDIGO	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
	%	000890301584	DELIMA MARSH	%

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
AA195705**

**FACTURA
AA782381**



NIT 860028415

INFORMACIÓN GENERAL

DOCUMENTO	Modificación	PRODUCTO	R.C. PROFESIONAL CLINICAS				ORDEN	1
CERTIFICADO	AA905335	FORMA DE PAGO	Contado				USUARIO	MJAIME
AGENCIA	DELIMA MARSH	TELEFONO	5922929				DIRECCIÓN	Cra 9 A No. 99 - 07 PISO 1 LOCAL 5 EDIFICIO TORRE LA EQUIDAD SEGUROS
FECHA DE EXPEDICIÓN	25 02 2021	VIGENCIA DE LA POLIZA					FECHA DE IMPRESIÓN	25 02 2021
	DD MM AAAA	DESDE	DD	MM	AAAA	HORA	00:00	
		HASTA	DD	MM	AAAA	HORA	00:00	
			09	01	2021			
			14	09	2021			

DATOS GENERALES

TOMADOR COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. **NIT/CC** 000860078828
DIRECCIÓN CALLE 100 11B-67 **EMAIL** MARITZA.SANTOS@MERCERMARSHBENEFICIOS.COM **TEL/MOVI** 6210088

TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA INCREMENTA EL LIMITE ASEGURADO:

INCREMENTO LIMITE: COP 30.000.000 EVENTO /VIGENCIA
 PRIMA: US 2.149 (TRM COP 3,557.16): COP 7.644.337

POR MEDIO DEL PRESENTE CERTIFICADO SE REALIZA AJUSTE DE PRIMAS REVERSANDO 50% EN EL VALOR ANTES DE IVA EN POLIZA:

POLIZA: AA195705
 CERTIFICADO: AA858524
 Ajuste 50% \$18.134.563

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

DEMÁS TERMINOS Y CONDICIONES TECNICAS NO SE MODIFICAN

**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