

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
8751146732

PÓLIZA No: 875 -88 - 99400000011 ANEXO:0

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|------|-------|--------------------------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|----------------|-----|-----|-------|
| AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ MAC SEGUROS LTDA | | | | COD. AGE: 875 | | | | RAMO: 88 | | | | PAP: | | | |
| DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS |
| 27 | 07 | 2020 | 23:59 | 13 | 07 | 2020 | 23:59 | 13 | 07 | 2021 | 23:59 | 365 | 19 | 02 | 2024 |
| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | | VIGENCIA DE LA PÓLIZA | | | | VIGENCIA DESDE | | | | VIGENCIA HASTA | | | |
| A LAS | | | | A LAS | | | | A LAS | | | | DIAS | | | |
| MODALIDAD FACTURACIÓN: ANUAL | | | | TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------------|-----|------|-------|----------------|-----|------|-------|-------|
| TIPO DE MOVIMIENTO: EXPEDICION | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIA | MES | AÑO | HORAS | DIAS |
| VIGENCIA DEL ANEXO | 13 | 07 | 2020 | 23:59 | 13 | 07 | 2021 | 23:59 | 365 |
| | VIGENCIA DESDE | | | | VIGENCIA HASTA | | | | A LAS |

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **DENTIX COLOMBIA S.A.S.** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.759.454-3**

DIRECCIÓN: **AV CL 72 12 69** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELÉFONO: **6016340555**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **DENTIX COLOMBIA S.A.S.** IDENTIFICACIÓN: NIT **900.759.454-3**

DIRECCIÓN: **AV CL 72 12 69** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELÉFONO: **6016340555**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: **DISTRITO CAPITAL** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C.**

DIRECCION: **CARRERA 19 No. 89-36**

ACTIVIDAD: **CLINICA**

| DESCRIPCION | AMPAROS | SUMA ASEGURADA | LIMITE POR EVENTO |
|---------------------------------------|---------|---------------------|-------------------|
| DAÑO EMERGENTE POR EL SERVICIO MEDICO | | \$ 1,000,000,000.00 | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL | | 1,000,000,000.00 | |

DEDUCIBLES: **10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 10.00 SMLLV en RESPONSABILIDAD CIVIL INSTITUCIONAL**

BENEFICIARIOS
NIT 001 - **TERCEROS AFECTADOS**

VIGENCIA **2020 - 2021**

OBJETO DEL SEGURO:

OTORGAR LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA A LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO, LAS CUALES SE INCORPORAN AL CONTRATO DE SEGUROS PARA TODOS LOS EFECTOS Y, AL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, HASTA POR LOS LÍMITES Y SUBLÍMITES ASEGURADOS ESTIPULADOS PARA CADA AMPARO, TAL COMO SE DESCRIBEN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES.

CONDICIONES GENERALES:

TEXTOS SEGÚN CLAUSULADO ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA FORMA 28/02/2018-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-17-DOOI V2 Y 15/09/2017-1502-NT-P-06-P150917001046000.

MODALIDAD DE COBERTURA:

| | | | | |
|---|---|---|---------------------------------|---|
| VALOR ASEGURADO TOTAL: \$ *1,000,000,000.00 | VALOR PRIMA: \$ *****38,000,000 | GASTOS EXPEDICION: \$ ****15,000.00 | IVA: \$ ****7,222,850 | TOTAL A PAGAR: \$ *****45,237,850 |
|---|---|---|---------------------------------|---|

| INTERMEDIARIO | | | COASEGURO CEDIDO | | |
|--------------------------------------|-------|--------|------------------|-------|-----------------|
| NOMBRE | CLAVE | %PART | NOMBRE COMPAÑIA | %PART | VALOR ASEGURADO |
| AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORRE | 21 | 100.00 | | | |

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 DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR (415)7701861000019(8020)00000000007000875114673

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CLIENTE **EVALVAREZ 0**

C6DF25790E0BFA795C

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES-2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601 - ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ MAC SEGUROS LTDA

COD. AGENCIA: 875

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000011 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: DENTIX COLOMBIA S.A.S.

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.759.454-3

ASEGURADO: DENTIX COLOMBIA S.A.S.

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.759.454-3

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

LA PÓLIZA OPERA BAJO EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO BASE RECLAMACIÓN CLAIMS-MADE, DONDE SE ENTIENDE POR CLAIMS-MADE LA COBERTURA A LAS INDEMNIZACIONES QUE EL ASEGURADO DEBE PAGAR EN VIRTUD DE LAS RECLAMACIONES, SUCEDIDAS POR PRIMERA VEZ Y REPORTADAS Y/O NOTIFICADAS DURANTE EL PERIODO DEL SEGURO, COMO CONSECUENCIA DE LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES CAUSADOS POR ALGUNA CAUSA CUBIERTA BAJO LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA EN SUS AMPAROS GENERALES Y PARTICULARES, SUCEDIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DESDE LA FECHA DE RETROACTIVIDAD OTORGADA.

FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD:

LA FECHA DE PERIODO DE RETROACTIVIDAD QUE SE OTORGA ES A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA EMITIDA POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, EN CUANTO AL MOMENTO EN QUE SE PRESENTE EL SINIESTRO, SIEMPRE Y CUANDO EL ASEGURADO NO TUVIERA CONOCIMIENTO DE UNA RECLAMACIÓN POTENCIAL.

NO EXISTIRÁ RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SEA OCASIONADA O ESTÉ CONECTADA A CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO QUE SE HAYA NOTIFICADO A LA ASEGURADORA EN CUALQUIER OTRA PÓLIZA DE SEGURO REALIZADA PREVIAMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA; Y/O QUE SURJA O ESTÉ EN CONEXIÓN CON CUALQUIER CIRCUNSTANCIA O HECHO CONOCIDO POR EL ASEGURADO ANTERIORMENTE AL INICIO DE ESTA PÓLIZA.

AMPARO BÁSICO:

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD CLAIMS-MADE.

" RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA DURANTE EL TRANSPORTE EN AMBULANCIA: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD CLAIMS-MADE.

" RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL: LÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA, EN MODALIDAD "OCURRENCIA", POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- o PROPIEDAD, ARRENDAMIENTO USO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS EN LOS QUE DESARROLLAN SUS ACTIVIDADES MÉDICAS.
- o POSESIÓN Y EL USO DE APARATOS Y EQUIPOS MÉDICOS CON FINES DE DIAGNÓSTICO O DE TERAPÉUTICA.
- o SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.
- o SUMINISTRO A PACIENTES DE COMIDAS, BEBIDAS Y PRODUCTOS O MATERIALES MÉDICOS, QUIRÚRGICOS O DENTALES.

AMPAROS ADICIONALES:

ENTENDIDOS COMO CONTRATADOS SUJETOS AL RESPECTIVO PAGO DE PRIMA Y CONSIGNACIÓN EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

" HONORARIOS DE DEFENSA: LA ASEGURADORA INDEMNIZARA AL ASEGURADO, LOS GASTOS DE DEFENSA EN QUE INCURRA HASTA POR EL MONTO ESTABLECIDO, Y QUE HAYAN SIDO CAUSADOS EN LA DEFENSA DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO LEGAL EN SU CONTRA Y EN LO QUE SE PRETENDA DEMOSTRAR SU RESPONSABILIDAD SIEMPRE Y CUANDO LOS HECHOS POR LOS QUE SE LE DEMANDA O SE RECLAMAN SE ENCUENTREN AMPARADOS BAJO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTE SEGURO.

SUBLÍMITE DEL 15% DEL VALOR ASEGURADO TOTAL DE LA PÓLIZA, DISTRIBUIDO, ASÍ:

o POR PROCESO: COP \$15.000.000.

o POR EVENTO: COP \$60.000.000.

" COSTOS PARA LA CONSTITUCIÓN DE CAUCIONES JUDICIALES: SUBLÍMITE DE COP \$100.000.000 POR EVENTO / COP \$200.000.000 VIGENCIA.

" COSTAS DEL PROCESO: SEGÚN FALLO JUDICIAL, LIMITADO SEGÚN TEXTO CLAUSULADO GENERAL ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.

" GASTOS MÉDICOS: SUBLÍMITE DEL 5% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA.

" COBERTURA A PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES: SUBLÍMITE DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO / VIGENCIA. SE INCLUYE COMO PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES LOS OCASIONADOS A UN TERCERO, DERIVADOS DIRECTAMENTE DE UNA LESIÓN PERSONAL O DAÑO MATERIAL AMPARADOS POR LA PÓLIZA, TASADOS EN SENTENCIAS JUDICIALES O LAUDOS ARBITRALES, O ACUERDOS DE CONCILIACIÓN AVALADOS POR LA ASEGURADORA. EN DAÑOS MORALES SE INCLUYEN AMPARADOS LOS PERJUICIOS FISIOLÓGICOS Y LOS DAÑOS A LA VIDA EN RELACIÓN. DENTRO DEL MISMO SUBLÍMITE SE INCLUYE EL LUCRO CESANTE.

" AMPARO DE EQUIPOS ESPECIALES: SUBLÍMITE DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR EVENTO, Y DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PÓLIZA POR VIGENCIA.

PARA QUE SE OTORQUE ESTE AMPARO ES NECESARIO QUE LAS CLÍNICAS, HOSPITALES Y CENTROS MÉDICOS ASEGURADOS:

a) INCLUYAN LA DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS EN CARATULA DE LA PÓLIZA O EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

b) MANTENGAN EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS, INCLUYENDO LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO CON LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES

c) EJERCEN UN ESTRICTO CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIAS, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD

ESTE AMPARO SERÁ PROCEDENTE CUANDO EL HECHO GENERADOR DE LOS DAÑOS MATERIALES Y/O LESIONES CORPORALES HAYA OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

SE CUBREN TAMBIÉN MEDIANTE ESTE AMPARO, HASTA EL LÍMITE INDICADO EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, LOS COSTOS Y GASTOS DEL PROCESO PREVISTOS EN EL NUMERAL 1.3.1. CUANDO TAL PROCESO SE ADELANTE POR RESPONSABILIDAD DERIVADA DE LA POSESIÓN, USO Y APLICACIÓN A PACIENTES DE LOS EQUIPOS.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:

" EXTENSIÓN DEL PERÍODO DE RECLAMACIONES, SEGÚN CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) DE LA PÓLIZA: BAJO EL PRESENTE AMPARO SE OTORGA EN CASO DE REVOCACIÓN O NO RENOVACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA Y SIEMPRE QUE LA PÓLIZA NO SEA REEMPLAZADA POR OTRA DE LA MISMA NATURALEZA CON OTRA ASEGURADORA, EL DERECHO DE EXTENDER, HASTA POR UN PERÍODO DOCE (12) MESES, LA COBERTURA PARA LAS RECLAMACIONES INICIADAS EN SU CONTRA DE LAS QUE CONOZCA, O DEBIERA CONOCER HABRÍAN DE SER INICIADAS, POR PRIMERA VEZ CON POSTERIORIDAD A LA EXPIRACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO TALES RECLAMACIONES SE FUNDAMENTEN EN ACTOS OCURRIDOS EXCLUSIVAMENTE DURANTE LA ÚLTIMA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. ESTA EXTENSIÓN DE COBERTURA DARÁ LUGAR AL ASEGURADOR AL COBRO DE PRIMA ADICIONAL DEL 50% DE LA PRIMA ANUAL COBRADA INICIALMENTE.

" CLÁUSULA DE REVOCACIÓN: TREINTA (30) DÍAS.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ MAC SEGUROS LTDA

COD. AGENCIA: 875

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000011 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: DENTIX COLOMBIA S.A.S.

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.759.454-3

ASEGURADO: DENTIX COLOMBIA S.A.S.

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.759.454-3

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

- " NO SE OTORGA RESTABLECIMIENTO DEL VALOR ASEGURADO POR PAGO DE SINIESTRO.
- " DESIGNACIÓN DE AJUSTADORES: SEGÚN LISTADO DE LA COMPAÑÍA.
- " ANTICIPO DE INDEMNIZACIÓN DEL 50%: UNA VEZ DEMOSTRADA LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, Y LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA EN INDEMNIZAR.
- " DEFINICIÓN DE SUBLÍMITE: INCLUIDO DENTRO DEL VALOR ASEGURADO, ESTO QUIERE DECIR QUE EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL NO CONSTITUYE UN VALOR ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN.
- " CLÁUSULA DE ARBITRAMIENTO: LAS DIFERENCIAS QUE SURJAN ENTRE LAS PARTES DEL CONTRATO, SERÁN SOMETIDAS A UN TRIBUNAL DE ARBITRAMIENTO QUE ESTARÁ INTEGRADO POR TRES ÁRBITROS NOMBRADOS POR CADA UNA DE LAS PARTES, LOS DOS PRIMEROS, Y UN TERCERO NOMBRADO POR UN CENTRO DE CONCILIACIÓN O JUZGADO EN BOGOTÁ.
- " CLÁUSULA DE NO RENOVACIÓN TÁCITA O AUTOMÁTICA: MEDIANTE LA PRESENTE CLAUSULA SE DEJA CLARIDAD QUE EL ASEGURADOR SE RESERVA EL DERECHO DE RENOVAR LA PÓLIZA EN LOS MISMOS TÉRMINOS Y CONDICIONES. EN TODOS LOS CASOS EL TOMADOR DEBERÁ APORTAR LA INFORMACIÓN QUE EL ASEGURADOR SOLICITE PARA DECIDIR SOBRE LA RENOVACIÓN, PREVIAMENTE AL VENCIMIENTO DE LA COBERTURA.
- " DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES: LA EMPRESA TOMADORA ESTÁ OBLIGADA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO. LA RETICENCIA O INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS RELACIONADAS CON ÉSTE PRODUCEN LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL CÓDIGO DE COMERCIO.
- " TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
- " TODOS LOS AMPAROS Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

EXCLUSIONES:

SIN PERJUICIO DE LAS CONSAGRADAS EN EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES (CLAUSULADO) DEL SEGURO, SE EXCLUYEN ADEMÁS LAS SIGUIENTES:

- " ASEGURADO CONTRA ASEGURADO.
- " RECLAMACIONES POR ACTOS MÉDICOS ELECTIVOS PARA LA REDUCCIÓN DE PESO, O MEDIANTE RECETA DE MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN BARBITÚRICOS, SUS COMPONENTES O DERIVADOS.
- " RECLAMACIONES POR CIRUGÍA BARIÁTRICA, SALVO PARA PACIENTES DIAGNOSTICADOS CLÍNICAMENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA O SUPER-OBESIDAD Y CON MASA CORPORAL SUPERIOR A 35 KILOGRAMOS POR METRO CUADRADO.
- " RECLAMACIONES POR CUALQUIER OFENSA SEXUAL, CUALQUIERA QUE SEA SU CAUSA Y/U ORIGEN.
- " RECLAMACIONES POR REINTEGRO DE HONORARIOS PROFESIONALES O SUMAS ABONADAS AL ASEGURADO O A SU REPRESENTANTE.
- " RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL, TALES COMO; RC PATRONAL, RC DIRECTORES Y OFICIALES (D&O), RC DE PROFESIONALES NO MÉDICOS (E&O), RC SERVIDORES PÚBLICOS, Y RC AUTOMOTORES.
- " RECLAMACIONES PRESENTADAS Y/O DEMANDAS ENTABLADAS / FORMULADAS Y/O SENTENCIAS FUERA DEL PAÍS DE DOMICILIO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO AQUELLAS DONDE SE CONCEDA EL ESTADO DE EXQUATUR EN COLOMBIA.
- " RESPONSABILIDAD CIVIL PROVENIENTE DE LOS ERRORES Y OMISIONES O LA FALTA DE GESTIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO Y EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LA INSTITUCIÓN ASEGURADA.
- " SE EXCLUYE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL INDIVIDUAL DE CADA PROFESIONAL DE LA SALUD AL SERVICIO DEL ASEGURADO.
- " SE EXCLUYE CUALQUIER PÉRDIDA, RECLAMO, DEMANDA O COSTOS Y GASTOS QUE SE DERIVEN O TENGAN RELACIÓN CON EL RESULTADO FINAL DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO DE ESTÉTICA DENTAL O DISEÑOS DE SONRISA CON CIRUGÍA MAXILOFACIAL CON FINES ESTÉTICOS.
- " ENFERMEDAD TRANSMISIBLE. SEGÚN TEXTO ADJUNTO.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:

SUJETO A LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ESTA PÓLIZA, QUEDA ACORDADO Y CONVENIDO QUE ESTA COBERTURA NO SE EXTIENDE PARA AMPARAR RECLAMACIONES DE GASTOS DE DEFENSA, DERIVADAS DE:

- " SI LA RESPONSABILIDAD QUE SE PRETENDE DEMOSTRAR PROVIENE DE DOLO O ESTÁ EXPRESAMENTE EXCLUIDA DE LA PÓLIZA.
- " SI EL ASEGURADO AFRONTA EL PROCESO CONTRA ORDEN EXPRESA DEL ASEGURADOR.

AMBITO TERRITORIAL:

" JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE: COLOMBIANA.

GARANTIAS:

PARA LOS EFECTOS Y CON EL ALCANCE DEL ARTÍCULO 1061 DEL CÓDIGO DE COMERCIO COLOMBIANO, QUEDA EXPRESAMENTE DECLARADO Y CONVENIDO QUE ESTE SEGURO SE REALIZA EN VIRTUD DEL COMPROMISO QUE ADQUIERE EL ASEGURADO, QUE DURANTE SU VIGENCIA CUMPLIRÁ CON LAS GARANTÍAS ESTIPULADAS EN EL NUMERAL 3. GARANTIAS DEL CLAUSULADO GENERAL DE LA PÓLIZA.
EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE COMPROMISO O GARANTÍA DA LUGAR A LAS SANCIONES QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO MENCIONADO.

DEDUCIBLES:

- " GASTOS MÉDICOS: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE.
- " GASTOS DE DEFENSA, CAUCIONES JUDICIALES Y COSTAS DEL PROCESO: SIN APLICACIÓN DE DEDUCIBLE
- " DEMÁS EVENTOS: 10% DEL VALOR DE LA PÉRDIDA, MÍNIMO 10 SMMLV

EXCLUSIÓN - ENFERMEDAD TRANSMISIBLE

ESTA PÓLIZA NO APLICA A: ENFERMEDAD TRANSMISIBLE "LESIÓN PERSONAL" O "DAÑO MATERIAL" SURGIDO DE UNA TRANSMISIÓN REAL O PRESUNTA DE UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, INCLUYENDO, PERO SIN LIMITARSE AL NUEVO CORONAVIRUS EN CUALQUIER FORMA DE CUALQUIER ORIGEN.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CLINICAS Y CENTROS MEDICOS

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS BOGOTÁ MAC SEGUROS LTDA

COD. AGENCIA: 875

RAMO: 88

No PÓLIZA: 99400000011 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: DENTIX COLOMBIA S.A.S.

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.759.454-3

ASEGURADO: DENTIX COLOMBIA S.A.S.

IDENTIFICACIÓN: NIT 900.759.454-3

BENEFICIARIO: TERCEROS AFECTADOS

IDENTIFICACIÓN: NIT 001-8

TEXTO ITEM 1

ESTA EXCLUSIÓN APLICA AUN SI LOS RECLAMOS CONTRA CUALQUIER ASEGURADO ALEGAN NEGLIGENCIA U OTRA CONDUCTA INDEBIDA EN:

- A. LA SUPERVISIÓN, CONTRATACIÓN, EMPLEO, ENTRENAMIENTO O MONITOREO DE OTROS QUE PUEDAN ESTAR INFECTADOS Y PROPAGAR UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE;
- B. LAS PRUEBAS PARA UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE;
- C. FALLA EN PREVENIR LA PROPAGACIÓN DE LA ENFERMEDAD; O
- D. FALLA EN EL REPORTE DE LA ENFERMEDAD A LAS AUTORIDADES;
- E. LA APLICACIÓN DE CUALQUIER LEY U ORDEN LA CUAL EL ASEGURADO ESTABA LEGALMENTE OBLIGADO A CUMPLIR ANTES O EN CUALQUIER MOMENTO DE LA PROPAGACIÓN REAL DE LA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE.

ESTA PÓLIZA EXCLUYE TAMBIÉN CUALQUIER RESPONSABILIDAD, GASTO DE CUALQUIER TIPO, DAÑOS, DEMANDAS, RECLAMOS O PÉRDIDAS,

(I) SURGIDOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE CUALQUIER TEMOR O AMENAZA (YA SEA REAL O PERCIBIDA) DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O CUALQUIER VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO

(II) DIRECTA O INDIRECTAMENTE CAUSADOS POR, RESULTANTES DE O EN CONEXIÓN CON CUALQUIER ACCIÓN TOMADA PARA CONTROLAR, PREVENIR, SUPRIMIR O DE ALGUNA MANERA RELACIONADA A CUALQUIER BROTE DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O CUALQUIER VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO

(III) CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR LA IMPOSICIÓN DE CUARENTENA O RESTRICCIÓN EN EL MOVIMIENTO DE GENTE O ANIMALES, POR CUALQUIER ENTE O AGENCIA NACIONAL O INTERNACIONAL EN RELACIÓN CON UN BROTE DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O CUALQUIER VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO.

(IV) CAUSADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR UN AVISO O ADVERTENCIA DE VIAJE EMITIDA POR UN ENTE O AGENCIA NACIONAL O INTERNACIONAL DE CUALQUIER TIPO EN RELACIÓN CON UN BROTE DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) O UNA VARIACIÓN MUTANTE DEL MISMO Y RESPECTO A (II) Y (IV) CUALQUIER TEMOR O AMENAZA DEL MISMO (YA SEA REAL O PERCIBIDA).

PARA LOS PROPÓSITOS DE ESTA EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE SIGNIFICA: UNA ENFERMEDAD QUE SE PROPAGA DE UNA PERSONA A OTRA YA SEA POR TRANSMISIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE UNA BACTERIA O VIRUS ENTRE EL PORTADOR Y LA PERSONA INFECTADA, O A TRAVÉS DE UN VECTOR, TAL COMO COMIDA CONTAMINADA POR EL PORTADOR Y CONSUMIDO POR LA PERSONA INFECTADA.

REQUISITOS PARA LA EMISIÓN:

LA PRESENTE COTIZACIÓN SE SUJETA A RECIBIR, ANALIZAR Y APROBAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE INICIADA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

" FORMULARIO DE SOLICITUD DE SEGURO DEBIDAMENTE DILIGENCIADO, FECHADO Y FIRMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD ASEGURADA.

" COMUNICACIÓN POR PARTE DEL ASEGURADO CONFIRMANDO LA ACEPTACIÓN DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES AQUÍ EXPUESTAS.

" CONFIRMACIÓN POR ESCRITO POR PARTE DEL ASEGURADO, EN SU MEMBRETE, ANTES DEL INICIO DE LA COBERTURA, DE LA NO EXISTENCIA DE RECLAMOS Y/O INCIDENTES CONOCIDOS Y/O REPORTADOS (INCLUYENDO PETICIÓN Y/O SECUESTRO DE HISTORIAS CLÍNICAS) O DE SITUACIÓN ALGUNA QUE PUDIESE GENERAR UN RECLAMO CONTRA ESTA PÓLIZA EN EL FUTURO Y DIFERENTES DE LOS YA REPORTADOS AL ASEGURADOR PARA SU EVALUACIÓN, ACONTECIDOS EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS HASTA LA FECHA DE CONFIRMACIÓN DE RESPALDO POR PARTE DEL ASEGURADOR.

" CONFIRMACIÓN POR ESCRITO POR PARTE DEL ASEGURADO, EN SU MEMBRETE, ANTES DEL INICIO DE LA COBERTURA, DE LA NO MODIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN EL FORMULARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS QUE FORMAN PARA DE LA SOLICITUD DEL SEGURO NI AGRAVACIÓN DEL RIESGO A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DE ESTA PÓLIZA.

" CUALQUIER CAMBIO EN LA INFORMACIÓN, MODIFICACIÓN O VARIACIÓN DEL RIESGO O POTENCIAL RECLAMACIÓN, DARÁ LUGAR A LA REVISIÓN Y AJUSTE DE CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES DE LA OFERTA, O RETIRO DE LA MISMA A DISCRECIÓN DE LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.