

Póliza Ant.:

Ramo			Operación				Póliza		Anexo		Referencia				
12	RESPONSABILIDAD		01	Poliza Nueva			50764		0		12005076400000				
Sucursal			Vigencia del Seguro						Fecha de Emisión						
			Año	Mes	Día	Hora	Año		Mes	Día	Hora	Año	Mes	Día	
09	MEDELLIN		Desde	2021	07	06	00	Hasta	2022	07	05	24	2021	07	09
Tomador	CLINICA LA ASUNCION									C.C. O NIT	8901021400				
Dirección	CL 70B 41 93									Ciudad	BARRANQUILLA				
Asegurado	CLINICA LA ASUNCION									C.C. O NIT	8901021400				
Dirección	CL 70B 41 93									Ciudad	BARRANQUILLA				
Beneficiario	TERCEROS AFECTADOS									C.C. O NIT	1111				
Dirección	ND									Ciudad	-				
Intermediario															
42899	SEGUROS INTEGRALES GAMATRADING					15,00									

Información del Riesgo: La información del riesgo asegurado y la periodicidad de la prima se encuentran detallados en las condiciones particulares de la póliza.

SE EMITE LA PRESENTE POLIZA POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y POR COMUNICACION DEL BROKER. (CA)

El presente seguro está sujeto a exclusiones y limitaciones de cobertura que se describen y se definen detalladamente en las condiciones generales del contrato de seguro y en las de cada uno de sus amparos adicionales.

Para mayor información contáctenos al e-mail pagos.clientes@chubb.com

Salvo disposición legal o contractual en contrario, el pago de la prima deberá hacerse a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

Defensor del Consumidor Financiero: Estudio Jurídico Ustáriz Abogados Ltda. Defensor Principal: José Federico Ustáriz González. Defensor Suplente: Luis Humberto Ustáriz González. Dirección: Carrera 11A # 96 - 51 Oficina 203 Edificio Oficity. Bogotá D.C. Teléfono: (57)(1) 6108161 Fax: (57)(1) 6108164. Bogotá-Colombia Correo electrónico: defensoriachubb@ustarizabogados.com Página Web: http://www.ustarizabogados.com

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 al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La terminación automática del presente seguro por mora en el pago de la prima, operará si a los 90 días siguientes a la emisión del mismo, aún no se ha efectuado el pago correspondiente, entendiéndose este término como el plazo pactado en contrario a lo dispuesto en el artículo 1066 del Código de Comercio.

Valor Prima	146.200.000,00	\$COP
Gastos Exped.	0,00	\$COP
I.V.A.	27.778.000,00	\$COP
Total a Pagar	173.978.000,00	\$COP

De acuerdo con lo señalado por la Resolución 42 de 2020, los adquirentes de los servicios deberán suministrar una cuenta de correo electrónico para la recepción de las correspondientes facturas electrónicas que se expidan con ocasión del servicio prestado. El no suministro de esta información no exime el deber de pago en los términos señalados por este contrato y la Ley. Ingrese a www.chubb.com/co opción Servicios en línea, y allí podrá descargar su factura electrónica (aplica para emisiones con fecha posterior a 01-10-2020). En todo caso, su factura electrónica podrá ser solicitada a través del siguiente correo electrónico emisionfacturacionelectronica.co@chubb.com

Tomador

Chubb Seguros Colombia S.A.

ARCHIVO

Hoja Matriz de: OTROS

Ramo: | cod. | Tr. | Nro. Poliza | Nro. Anexo | T.Ane | Cod.Multinal. |
 RESPONSABILIDAD CIVIL | 12 | 01 | 50764 | | 0 |

Operacion: POLIZA NUEVA

18 OPERACION ORIGINAL

 T.Pol. | Periodo | T. Seg. | T.Neg. 1 | Mod. Seguro 0 | CON: |
 COMERCIAL EXTRA CONTRACTUA

Forma Lucro	Coaseg.	Periodo	Poliza	Pol.Rel/Autor	
Cesante	Pactado	% Indemn.	Meses	Acomod. N	/
		Negocio 40	No Jumbo		

=====

Departamento.....: ANTIOQUIA	Cod.....: 09
Sucursal.....: MEDELLIN	Cod.....: 09
NombSEGUROS INTEGRALES GAMATRA	Cod. Agente.....: 4-2899
	Coms.Agente...: %/ 15.00%

Tomador.....: CLINICA LA ASUNCION Nit. CC.....: 8901021400
 Direccion.....: CL 70B 41 93 Ciudad.....: BARRANQUILLA
 Asegurado.....: CLINICA LA ASUNCION Nit. CC.....: 8901021400
 Direccion.....: CL 70B 41 93 BARRANQUILLA
 Beneficiario.....: TERCEROS AFECTADOS Nit. CC.....: 11111
 Direccion.....: ND -
 Moneda.....: PESOS Cod.....: 00
 Tipo de Cambio...:

V I G E N C I A S: POLIZA	DOCUMENTO	Calculo: 2=Corto Pl.
Ter Dias Emision Desde Hasta	Desde Hasta	Prima 3=Prorrata
12 364 20210709 20210706 20220705	20210706 20220705	3 4=Especial

Tipo de Negocio.. Sin Coaseguro %
 ó Aceptacion....
 Coaseguros..... | Poliza Lider | Doc Lider |
 Aceptados: % Participacion % |

=====

Nro.	Bien	Cod	Des	Descripcion del Riesgo:	Suma A/da. Anual
de	A. o	de	cr.		
Rsgo	Tray	Amp	Amp	Bien Asegurado	
001	001	45	AMA	EDIFICIO	1500.000.000,00
TOTAL VALORES					1.500.000.000,00

=====

Des	Vlr.A/ble/*	Valor	Su	Tasa	Valor	* Deducibles *
Amp	Valor Base*	Despacho	ma	Basica	Prima	% Valor
AMA	1500.000.000,00		S	0,000	146.200.000,00	0,000
TO	1.500.000.000,00				146.200.000,00	... TOTALES

Hoja Matriz de: OTROS

Ramo:	cod.	Tr.	Nro. Poliza	Nro. Anexo	T.Ane	Cod.Multinal.
RESPONSABILIDAD CIVIL	12	01	50764		0	

Operacion:POLIZA NUEVA 18 OPERACION ORIGINAL

Continuacion de la pagina Anterior
=====

Nro.	Direccion riesgo	/	Desc. Actividad	Codigo	Codigo	Grupo	Clasi
Rsgo				Ubica.	Ocupac.	Const	fica.
001	CL 70B 41 93		OTROS		7011		
===== COASEGUROS CEDIDOS =====							

Clausulas y Textos:

SE EMITE LA PRESENTE POLIZA POR SOLICITUD DEL ASEGURADO Y POR COMUNICACION DEL BROKER. (CA)