# PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

**PÓLIZA** 802019023
**CERTIFICADO** RM22996
**REFERENCIA PAGO ELECTRONICO** 0900029917

**SUCURSAL:** C. ANDINO **USUARIO:** HSALGADO **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 23 MM 02 AAAA 2022

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | LEIDY ESPERANZA GONZALEZ ROJAS | **C.C. O NIT:** | 53139509 8 |
| **DIRECCIÓN:** | CL 131 19 31 AP 213 | **CIUDAD:** | BOGOTA DC |
| **E-MAIL:** | leidyegr85@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3505210811 |
| **ASEGURADO:** | LEIDY ESPERANZA GONZALEZ ROJAS | **C.C. O NIT:** | 53139509 |
| **DIRECCIÓN:** | CL 131 19 31 AP 213 | **CIUDAD:** BOGOTA DC | **TEL.** 3505210811 |
| **BENEFICIARIO:** | TERCEROS AFECTADOS | **C.C. O NIT:** | 0000000000 |
| **DIRECCIÓN:** | | **CIUDAD:** | **TEL.** |

| VIGENCIA | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| DESDE | 21 02 2022 | HASTA 21 02 2023 | | | 500,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| %PART | NOMBRE | COMPAÑIA | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | TRM: | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | TRAVIN SEGUROS LIMITADA | | | | | PRIMA NETA | PESOS | 438,000.00 |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | IVA | PESOS | 83,220.00 |
| | | | | | | TOTAL | | 521,220.00 |

| AMPAROS | VIGENCIA Desde | VIGENCIA Hasta | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE % | DEDUCIBLE Mínimo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 500,000,000.00 | 365,000.00 | 10 | 10,000,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 250,000,000.00 | 0.00 | 10 | 5,000,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 250,000,000.00 | 0.00 | 10 | 5,000,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 100,000,000.00 | 73,000.00 | 10 | 2,500,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Evento | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 100,000,000.00 | 0.00 | 10 | 2,500,000.00 |

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: MEDICO GENERAL.
ESPECIALIDAD: MEDICO INTERNISTA

MODALIDAD SISTEMA BASE DE OCURRENCIA.

**EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.**

**ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.**
**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 DE SEGURO.**
**LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.**
**LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.**
**CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.**
*****VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.**
**SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C**
**SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.**
**LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.**
**AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.**
**EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-09-02 ADJUNTA.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(415)7709998911901(8020)0900029917

Juan Manuel Merchan Hernández
CC: 79.780.531

**TOMADOR**

**COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

# PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS

CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

**PÓLIZA** 802019023
**CERTIFICADO** RM22996
**REFERENCIA PAGO ELECTRONICO** 0900029917

**SUCURSAL:** C. ANDINO **USUARIO:** HSALGADO **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 23 MM 02 AAAA 2022

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | LEIDY ESPERANZA GONZALEZ ROJAS | **C.C. O NIT:** | 53139509 8 |
| **DIRECCIÓN:** | CL 131 19 31 AP 213 | **CIUDAD:** | BOGOTA DC |
| **E-MAIL:** | leidyegr85@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3505210811 |
| **ASEGURADO:** | LEIDY ESPERANZA GONZALEZ ROJAS | **C.C. O NIT:** | 53139509 |
| **DIRECCIÓN:** | CL 131 19 31 AP 213 | **CIUDAD:** BOGOTA DC | **TEL.** 3505210811 |
| **BENEFICIARIO:** | TERCEROS AFECTADOS | **C.C. O NIT:** | 0000000000 |
| **DIRECCIÓN:** | | **CIUDAD:** | **TEL.** |

| VIGENCIA | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| DESDE | 21 02 2022 | HASTA 21 02 2023 | | | 500,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| %PART | NOMBRE | COMPAÑIA | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | TRM: | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | TRAVIN SEGUROS LIMITADA | | | | | PRIMA NETA | PESOS | 438,000.00 |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | IVA | PESOS | 83,220.00 |
| | | | | | | TOTAL | | 521,220.00 |

| AMPAROS | VIGENCIA Desde | VIGENCIA Hasta | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE % | DEDUCIBLE Mínimo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 500,000,000.00 | 365,000.00 | 10 | 10,000,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 250,000,000.00 | 0.00 | 10 | 5,000,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 250,000,000.00 | 0.00 | 10 | 5,000,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 100,000,000.00 | 73,000.00 | 10 | 2,500,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Evento | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 100,000,000.00 | 0.00 | 10 | 2,500,000.00 |

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: MEDICO GENERAL.
ESPECIALIDAD: MEDICO INTERNISTA

MODALIDAD SISTEMA BASE DE OCURRENCIA.

**EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.**

**ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.**
**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 DE SEGURO.**
**LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.**
**LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.**
**CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.**
*****VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.**
**SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C**
**SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.**
**LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.**
**AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.**
**EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-09-02 ADJUNTA.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(415)7709998911901(8020)0900029917

Juan Manuel Merchan Hernández
CC: 79.780.531

**TOMADOR**

**COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-FO-10-01

# PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

**PÓLIZA** 802019023
**CERTIFICADO** RM22996
**REFERENCIA PAGO ELECTRONICO** 0900029917

**SUCURSAL:** C. ANDINO **USUARIO:** HSALGADO **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 23 MM 02 AAAA 2022

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | LEIDY ESPERANZA GONZALEZ ROJAS | **C.C. O NIT:** | 53139509 8 |
| **DIRECCIÓN:** | CL 131 19 31 AP 213 | **CIUDAD:** | BOGOTA DC |
| **E-MAIL:** | leidyegr85@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3505210811 |
| **ASEGURADO:** | LEIDY ESPERANZA GONZALEZ ROJAS | **C.C. O NIT:** | 53139509 |
| **DIRECCIÓN:** | CL 131 19 31 AP 213 | **CIUDAD:** BOGOTA DC | **TEL.** 3505210811 |
| **BENEFICIARIO:** | TERCEROS AFECTADOS | **C.C. O NIT:** | 0000000000 |
| **DIRECCIÓN:** | | **CIUDAD:** | **TEL.** |

| VIGENCIA | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| DESDE | 21 02 2022 | HASTA 21 02 2023 | | | 500,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| %PART | NOMBRE | COMPAÑIA | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | TRM: | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | TRAVIN SEGUROS LIMITADA | | | | | PRIMA NETA | PESOS | 438,000.00 |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | IVA | PESOS | 83,220.00 |
| | | | | | | TOTAL | | 521,220.00 |

| AMPAROS | VIGENCIA Desde | VIGENCIA Hasta | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE % | DEDUCIBLE Mínimo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 500,000,000.00 | 365,000.00 | 10 | 10,000,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 250,000,000.00 | 0.00 | 10 | 5,000,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 250,000,000.00 | 0.00 | 10 | 5,000,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 100,000,000.00 | 73,000.00 | 10 | 2,500,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Evento | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 100,000,000.00 | 0.00 | 10 | 2,500,000.00 |

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: MEDICO GENERAL.
ESPECIALIDAD: MEDICO INTERNISTA

MODALIDAD SISTEMA BASE DE OCURRENCIA.

**EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.**

**ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.**
**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 DE SEGURO.**
**LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.**
**LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.**
**CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.**
*****VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.**
**SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C**
**SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.**
**LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.**
**AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.**
**EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-09-02 ADJUNTA.**

(415)7709998911901(8020)0900029917

Juan Manuel Merchan Hernández
CC: 79.780.531

**TOMADOR**

**COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-FO-10-01

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO

# PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MÉDICAS



CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

**PÓLIZA** 802019023
**CERTIFICADO** RM22996
**REFERENCIA PAGO ELECTRONICO** 0900029917

**SUCURSAL:** C. ANDINO **USUARIO:** HSALGADO **TIP CERTIFICADO:** Nueva producción **FECHA EXPEDICION:** DD 23 MM 02 AAAA 2022

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | LEIDY ESPERANZA GONZALEZ ROJAS | **C.C. O NIT:** | 53139509 8 |
| **DIRECCIÓN:** | CL 131 19 31 AP 213 | **CIUDAD:** | BOGOTA DC |
| **E-MAIL:** | leidyegr85@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3505210811 |
| **ASEGURADO:** | LEIDY ESPERANZA GONZALEZ ROJAS | **C.C. O NIT:** | 53139509 |
| **DIRECCIÓN:** | CL 131 19 31 AP 213 | **CIUDAD:** BOGOTA DC | **TEL.** 3505210811 |
| **BENEFICIARIO:** | TERCEROS AFECTADOS | **C.C. O NIT:** | 0000000000 |
| **DIRECCIÓN:** | | **CIUDAD:** | **TEL.** |

| VIGENCIA | | | VALOR ASEGURADO EN PESOS | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | DD MM AAAA | DD MM AAAA | ANTERIOR | ESTA MODIFICACIÓN | NUEVA |
| DESDE | 21 02 2022 | HASTA 21 02 2023 | | | 500,000,000.00 |

| INTERMEDIARIO | | COASEGURO | | | | PRIMA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| %PART | NOMBRE | COMPAÑIA | % | PRIMA | VALOR ASEGURADO | TRM: | MONEDA | VALORES |
| 100.00 | TRAVIN SEGUROS LIMITADA | | | | | PRIMA NETA | PESOS | 438,000.00 |
| | | | | | | CARGOS DE EMISIÓN | PESOS | 0.00 |
| | | | | | | IVA | PESOS | 83,220.00 |
| | | | | | | TOTAL | | 521,220.00 |

| AMPAROS | VIGENCIA Desde | VIGENCIA Hasta | VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS | VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS | VALOR PRIMA EN PESOS | DEDUCIBLE % | DEDUCIBLE Mínimo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R. CIVIL PROFESIONES MEDICAS | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 500,000,000.00 | 365,000.00 | 10 | 10,000,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Vigencia | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 250,000,000.00 | 0.00 | 10 | 5,000,000.00 |
| Perjuicios Patrim Lucro Cesante / Evento | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 250,000,000.00 | 0.00 | 10 | 5,000,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Vigencia | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 100,000,000.00 | 73,000.00 | 10 | 2,500,000.00 |
| Gastos Judiciales de Defensa / Evento | 21-02-2022 | 21-02-2023 | 0.00 | 100,000,000.00 | 0.00 | 10 | 2,500,000.00 |

OBJETO DE LA PÓLIZA:

INDENMIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR AL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA, SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL RIESGO.

La presente póliza no se extiende a cubrir ningún tipo de lesión, daño, responsabilidad, reclamación, pérdida, pago, costo o gasto de cualquier tipo, ya sea real o presunto, que derive de, sea consecuencia directa o indirecta de, atribuible a, o en cualquier modo relacionado con o en conexión con: Brote; Epidemia; Virus; Pandemia y/ o Emergencia Pública declaradas; Enfermedades Infecciosas, Transmisibles y/o Contagiosas (Se traten de manifestaciones reales o de Sospecha)

PROFESION: MEDICO GENERAL.
ESPECIALIDAD: MEDICO INTERNISTA

MODALIDAD SISTEMA BASE DE OCURRENCIA.

**EXCLUSIÓN DE TRANSCCIONES PROHÍBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERA COBERTURA NI ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR NINGUNA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO EN VIRTUD DE ESTA PÓLIZA SI LA PROVISIÓN DE DICHA COBERTURA, O EL PAGO DE DICHA PÉRDIDA, RECLAMACIÓN O BENEFICIO PUDIERE EXPONER A LA COMPAÑIA A ALGUNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONFORME A LAS RESOLUCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS O SANCIONES COMERCIALES O ECONÓMICAS, LEYES O NORMATIVAS DE CUALQUIER JURISDICCIÓN APLICABLE A LA COMPAÑÍA.**

**ESTA POLIZA SE EXPIDE EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.**
**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 DE SEGURO.**
**LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.**
**LAS CARÁTULAS ENVIADAS VÍA MAIL TIENEN FIRMA AUTORIZADA Y UN CERTIFICADO DIGITAL, CUALQUIER ALTERACIÓN A SU CONTENIDO ACARREARÁ LAS SANCIONES ESTIPULADAS EN LA LEY.**
**CON LA FIRMA Y/O EL RECIBO A SATISFACCIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, DECLARO DE MANERA EXPRESA EN MI CALIDAD DE TOMADOR, QUE CONOCÍ DE MANERA ANTICIPADA EL CLAUSULADO Y ME FUERON EXPLICADOS SUFICIENTEMENTE LOS EFECTOS Y ALCANCE DE LAS CONDICIONES GENERALES, DE LA COBERTURA, DE LAS EXCLUSIONES Y DE LAS GARANTÍAS DE LA MISMA. TAMBIÉN ME INFORMARON QUE PUEDO CONSULTAR TODOS LOS CONDICIONADOS DE MANERA PREVIA Y PERMANENTEMENTE EN LA PÁGINA WEB WWW. CONFIANZA.COM.CO. Y RECIBIR EXPLICACIONES DE LOS MISMOS CON MI INTERMEDIARIO DE SEGUROS ASÍ COMO EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS Y SUCURSALES DE CONFIANZA. S.A EN TODO EL PAÍS.**
*****VER NOTA*** EN LOS CASOS EN QUE EL VALOR ASEGURADO SEA EXPRESADO EN MONEDA EXTRANJERA, CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 2.31.2.1.1 DEL DECRETO 2555 DE 2010, LOS PAGOS DE LA PRIMA SÓLO SE PODRÁN REALIZAR MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA O CHEQUE, SUJETANDOSE INTEGRALMENTE A LAS DISPOSICIONES VIGENTES EN MATERIA CAMBIARIA, SEGÚN LO SEÑALADO POR EL ÁRTICULO 2.31.2.1.4 DEL MISMO ORDENAMIENTO, EL VALOR DE LA PRIMA NETA SE HARA EFECTIVO A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO EN EL DIA DE SU PAGO, EL VALOR DEL IVA Y LOS GASTOS SE LIQUIDARÁN A LA TASA REPRESENTATIVA DEL MERCADO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICION.**
**SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES-I.V.A.-REGIMEN COMUN-AGENTES DE RETENCIÓN, RESPONSABLES DE INDUSTRIA Y COMERCIO EN BOGOTA, D.C**
**SI ESTA PÓLIZA SE CONSTITUYE MEDIANTE UN INTERMEDIARIO, LA PRIMA DE ESTA PÓLIZA INCLUYE EL VALOR DE LA COMISIÓN QUE CORRESPONDE AL INTERMEDIARIO DE SEGUROS. EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS PUEDE RECIBIR REMUNERACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADOR BASADO EN ESTA PÓLIZA. DICHA REMUNERACIÓN ES CONFORME CON LAS LEYES Y REGULACIONES APLICABLES.**
**LA PRESENTACION DE ESTA POLIZA ANTE EL ASEGURADO, EN MI CALIDAD DE TOMADOR IMPLICA MI ACEPTACION Y AUTORIZACION PARA QUE EN EL EVENTO EN QUE INCUMPLA LAS OBLIGACIONES QUE EMANAN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, MI NOMBRE Y LAS CIRCUNSTANCIAS Y CARACTERISTICAS DE MI INCUMPLIMIENTO, SEAN REPORTADAS A LAS CENTRALES DE DATOS EXISTENTES EN EL PAIS.**
**AUTORIZACIÓN DATOS PERSONALES: DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO Y ACEPTO QUE EN MI CALIDAD DE: I) TOMADOR Y/O, II) ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO, QUE EL HECHO DE TOMAR, ACEPTAR Y/O RECIBIR LA PRESENTE PÓLIZA EN LAS CALIDADES ANTES MENCIONADAS, CONSTITUYE UNA CONDUCTA INEQUÍVOCA DE LA CUAL SE CONCLUYE MI AUTORIZACIÓN EXPRESA PARA EL TRATAMIENTO DE MIS DATOS PERSONALES POR PARTE DE CONFIANZA S.A, INCLUIDOS LOS SENSIBLES, ASÍ COMO MI AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA Y TRANSMISIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE MIS DATOS, POR LAS PERSONAS, PARA LAS FINALIDADES Y EN LOS TÉRMINOS QUE ME FUERON INFORMADOS EN EL AVISO DE PRIVACIDAD PUBLICADO EN WWW.CONFIANZA.COM.CO Y CONFORME CON EL MANUAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL.**
**EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES INCLUIDAS EN LA FORMA SU-OD-09-02 ADJUNTA.**

(415)7709998911901(8020)0900029917

Juan Manuel Merchan Hernández
CC: 79.780.531

**TOMADOR**

**COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA**

SU-FO-10-01

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - TERCERA COPIA - SUCURSAL/OFICINA EXPEDIDORA

CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

**Referencia para pago electrónico:** 0900029917

**Nit:** 53139509 **DV:** 8

**Tomador:** GONZALEZ ROJAS LEIDY ESPERANZA

**Póliza:** 802019023 **Certificado:** RM22996 **SUCURSAL:** C. ANDINO

**Valor Póliza:$** 521,220

**FECHA DE** DD MM AAAA

| CANTIDAD DE CHEQUES | COD. BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | **CHEQUES $** | |
| | | | |
| | | **EFECTIVO $** | |
| | | **(*) TOTAL** | |

**Canales de Pago:**

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:
BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:
Corresponsales bancarios de Bancolombia
Grupo Éxito-Carulla
Baloto código 9595955369
Surtimax
Olímpica
Movilred
Grupo Gelsa
Corresponsal Daviplata-punto red
Otros consúltelos en nuestra página web.

**NURA**

Copidrogas
Red Cerca
EDEQ
Full recarga

(415)7709998911901(8020)0900029917

**IMPORTANTE:**

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.
- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.
- No se reciben pagos mixtos.
(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.

**- CLIENTE -**

Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co


CONFIANZA

Swiss Re Corporate Solutions

NIT: 860.070.374-9

**Referencia para pago electrónico:** 0900029917

**Nit:** 53139509 **DV:** 8

**Tomador:** GONZALEZ ROJAS LEIDY ESPERANZA

**Póliza:** 802019023 **Certificado:** RM22996 **SUCURSAL:** C. ANDINO

**Valor Póliza:$** 521,220

**FECHA DE** DD MM AAAA

| CANTIDAD DE CHEQUES | COD. BANCO | CHEQUE No. | VALOR |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | **CHEQUES $** | |
| | | **EFECTIVO $** | |
| | | **(*) TOTAL** | |

**Canales de Pago:**

- PSE en nuestra pagina web www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación, seleccione la opción: PSE/tarjeta de crédito.

- En entidades bancarias y corresponsales: (con código de barras, presentando este cupón)

Bancos:
BBVA Davivienda Banco de Bogotá

Corresponsales bancarios:
Corresponsales bancarios de Bancolombia
Grupo Éxito-Carulla
Baloto código 9595955369
Surtimax
Olímpica
Movilred
Grupo Gelsa
Corresponsal Daviplata-punto red
Otros consúltelos en nuestra página web.

**NURA**

Copidrogas
Red Cerca
EDEQ
Full recarga

(415)7709998911901(8020)0900029917

**IMPORTANTE:**

- Si se requiere pagar más de una póliza, genere su cupón de pago en www.confianza.com.co en Pagos Confianza PC, regístrese con c.c. o nit y el dígito de verificación y seleccione las pólizas en la opción: Cupón de pagos.
- Es importante que esté actualizado su correo electrónico ya que a este le llegará su recibo de caja en línea, si paga por estos medios.
- No se reciben pagos mixtos.
(*) el valor a pagar puede ser menor o igual al valor de la póliza. No se reciben valores mayores al estipulado en este cupón.


**- BANCO -**


Dirección para notificaciones: Calle 82 Nº 11 - 37 Piso 7 - Bogotá, D.C.- Colombia. centrodecontacto@confianza.com.co