

POLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL

DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN VALLEDUPAR			SUCURSAL AGENCIA VALLEDUPAR			COD.SUC 47		NO.PÓLIZA 47-44-101007864		ANEXO 0	
FECHA EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO			VIGENCIA DESDE DÍA MES AÑO			A LAS HORAS		VIGENCIA HASTA DÍA MES AÑO		A LAS HORAS	
03 07 2018			25 06 2018			00:00		30 03 2019		23:59	
TIPO MOVIMIENTO EMISION ORIGINAL											

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL CENTRO DE REHABILITACION Y ELECTRODIAGNOSTICOS S.A.S		IDENTIFICACIÓN NIT: 900.931.777-3	
DIRECCIÓN: CL 7 B NRO. 19 - 66		CIUDAD: VALLEDUPAR, CESAR	
		TELÉFONO: 3157311230	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO

ASEGURADO / BENEFICIARIO: LA NACION-MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL-DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR-ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR NO.1015		IDENTIFICACIÓN NIT: 830.039.670-5	
DIRECCIÓN: CL 51 NRO. 72 - 28		CIUDAD: BARRANQUILLA, ATLANTICO	
		TELÉFONO 3555088	
ADICIONAL:			

OBJETO DEL SEGURO

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:

GARANTIZAR EL PAGO DE LOS PERJUICIOS DERIVADOS POR EL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES ADQUIRIDAS POR PARTE DEL AFIANZADO, MEDIANTE CONTRATO No. 188-DGSM-ESM-1015-2018 QUE TIENE COMO OBJETO PRESTACION DE SERVICIO MEDICOS EN FIJIATRIA Y ELECTROFISIATRA PARA EL PERSONAL DE USUARIOS Y BENEFICIARIO DE LAS FUERZAS MILITARES ADSCRITOS A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR No 1006 Y 1009 DE LA CIUDAD DE SANTA MARTA Y VALLEDUPAR, CENTRALIZADOS POR EL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR 1015

AMPAROS

RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS			
AMPAROS	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	SUMA ASEG/ACTUAL
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	25/06/2018	30/03/2019	\$2,000,000.00
CALIDAD DEL SERVICIO	25/06/2018	30/03/2019	\$2,000,000.00

ACLARACIONES

EL CLIENTE POSEE POLIZA RCE PROFESIONAL No 101000221, POR VALOR ASEGURADO DE \$300.000.00

VALOR PRIMA NETA	GASTOS EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL A PAGAR	VALOR ASEGURADO TOTAL	FECHA LIMITE DE PAGO
\$ *****40,000.00	\$ *****7,000.00	\$ *****8,930.00	\$ *****55,930.00	\$ *****4,000,000.00	/ /
INTERMEDIARIO			DISTRIBUCION COASEGURO		
NOMBRE	CLAVE	% DE PART.	NOMBRE COMPAÑIA	% PART.	VALOR ASEGURADO
MARTHA ELENA LOPEZ CARRILLO	153656	100.00			

CONTADO

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE UNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTIA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO.

PARA EFECTOS DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 15 NO. 11A-56 L101 - TELEFONO: 5850069 - VALLEDUPAR

Manuel Sarmiento

47-44-101007864

FIRMA AUTORIZADA: Manuel Sarmiento - Vicepresidente de Fianzas



(415)7709998021167 (8020)11015200261164 (3900)00000055930 (96)20190623

REFERENCIA PAGO:
1101520026116-4

Guadalupe Grifer

FIRMA TOMADOR

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

CIUDAD DE EXPEDICIÓN VALLEDUPAR	SUCURSAL AGENCIA VALLEDUPAR	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No. 47-03-101000221	ANEXO No. 1
TOMADOR CENTRO DE REHABILITACION Y ELECTRODIAGNOSTICOS S.A.S			NIT	900.931.777-3
DIRECCION CL 7 B NRO. 19 - 66			CIUDAD	VALLEDUPAR, CESAR
ASEGURADO CENTRO DE REHABILITACION Y ELECTRODIAGNOSTICOS S.A.S			NIT	900.931.777-3
DIRECCION CL 7 B NRO. 19 - 66			CIUDAD	VALLEDUPAR, CESAR
BENEFICIARIO TERCEROS AFECTADOS			NIT	0-0
FECHA DE EXPEDICION (d-m-a) 07 / 07 / 2017		VIGENCIA SEGURO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 13 / 07 / 2017 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 13 / 07 / 2018		VIGENCIA ANEXO DESDE LAS 24 HORAS (d-m-a) 13 / 07 / 2017 HASTA LAS 24 HORAS (d-m-a) 13 / 07 / 2018
INTERMEDIARIO MARTHA ELENA LOPEZ CARRILLO		CLAVE 153656	% PARTICIPACION 100.00	COMPANIA COASEGURO CEDIDO
		% PARTICIPACION		

INFORMACION DEL RIESGO

RIESGO: 1

ACTIVIDAD: CLINICAS Y HOSPITALES

DESCRIPCION	AMPAROS	SUMA ASEGURADA	% INVAR	SUBLIMITE
PERJUICIO PATRIMONIAL		\$ 300,000,000.00		
	ERRORES U OMISIONES	\$ 300,000,000.00		

DEDUCIBLES: ° 15.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 5.00 SMMLV en ERRORES U OMISIONES

OBJETO DE LA POLIZA:

TOTAL SUMA ASEGURADA:	\$ *****300,000,000.00	PRIMA:	\$ *****1,740,000.00
PLAN DE PAGO:	CONTADO	IVA:	\$ *****330,600.00
		TOTAL A PAGAR:	\$ *****2,070,600.00

TÉRMINO PARA EL PAGO DE LA PRIMA: CONFORME AL PACTO EN CONTRARIO, QUE PREVEE EL ART. 1066 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO DE LA PRIMA SERÁ A SEGURESTADO, DENTRO DE LOS 45 DÍAS CALENDARIOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO: 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.

PARA NOTIFICACIONES LA DIRECCION DE SEGUROS DEL ESTADO ES: CALLE 15 NO. 11A-56 L101, TELÉFONO 5850069 - VALLEDUPAR

HACEN PARTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA NINGUNA, ADJUNTA.

USTED PUEDE CONSULTAR ESTA PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM



(415) 770998021167 (8020) 11015200170801 (3500) 000002070600 (96) 20170827

REFERENCIA
PAGO:
1101520017080-1

[Handwritten Signature]

47-03-101000221

FIRMA AUTORIZADA

JUANFAWCETT

CLIENTE

Oficina Principal: Cra. 11 No. 90 - 20 Bogotá D.C. Teléfono 2186977

TOMADOR

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA VALLEDUPAR		47-03-101000221	1
TOMADOR	CENTRO DE REHABILITACION Y ELECTRODIAGNOSTICOS S.A.S	NIT	900.931.777-3
DIRECCION	CL 7 B NRO. 19 - 66 CIUDAD VALLEDUPAR, CESAR	TELEFONO	3157311230
ASEGURADO	CENTRO DE REHABILITACION Y ELECTRODIAGNOSTICOS S.A.S	NIT	900.931.777-3
DIRECCION	CL 7 B NRO. 19 - 66 CIUDAD VALLEDUPAR, CESAR	TELEFONO	3157311230
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

PROFESIONALES ASEGURADOS:

4 TERAPEUTAS
2 FISIOTRAS.

BASE DE COBERTURA:
SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE POLIZA.

DEDUCIBLES:
GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS
DEMÁS AMPAROS 15% MINIMO 5 SMLLV.

AMPAROS:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VICTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION O OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION.

LA COBERTURA COMPRENDE TAMBIEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEL ASEGURADO (PLO) POR DAÑOS MATERIALES O DAÑOS PERSONALES, DERIVADA DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS, EN QUE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESION MEDICA MATERIA DE ESTE SEGURO.

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MEDICOS, QUIRURGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISION DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

GASTOS JUDICIALES Y/O GASTOS DE DEFENSA SUBLIMITADO AL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA POLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.

EXCLUSIONES:

1. DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION MEDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O A LA TERAPEUTICA. EN CASO DE LA CIRUGIA PLASTICA O ESTETICA, SOLAMENTE SE OTORGA EN LOS CASOS DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGIA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGENITAS.
2. DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESION MEDICA Y/O TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.
3. DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTAN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESION O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.
4. RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHOLICAS O NARCOTICAS.
5. RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTIFICAS Y QUE POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES PROVENIENTES DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA POLIZA Y A RIESGOS DE INFECCION O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATOGENOS.
6. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES.
7. RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO PRESENTAN TALES RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO.
8. DAÑOS (DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES) QUE TENGAN SU ORIGEN EN LA EXTRACCION, TRANSFUSION Y/O CONSERVACION DE SANGRE O PLASMA SANGUINEO Y AQUELLAS ACTIVIDADES NEGLIGENTES QUE TENGAN COMO CONSECUENCIA LA ADQUISICION, TRANSMISION O CONTAGIO DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
9. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA, VIRUS DEL TIPO VIH, HEPATITIS B.
10. RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACION DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACION.
11. RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS O PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO PERSONAL O MATERIAL, CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE, PERJUICIOS DERIVADOS DE TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISION DE DICTAMENES PERICIALES, VIOLACION DE SECRETO PROFESIONAL.
12. EN EL CASO DE ODONTOLOGOS Y ORTODONCISTAS, RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA ANESTESIA NO FUE LLEVADA A CABO EN UNA CLINICA O UN HOSPITAL ACREDITADO PARA DICHO FIN.
13. RECLAMACIONES POR ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTUEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES, CAMBIOS, EXPERIMENTOS, MANIPULACIONES GENETICAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA VALLEDUPAR		47-03-101000221	1
TOMADOR	CENTRO DE REHABILITACION Y ELECTRODIAGNOSTICOS S.A.S	NIT	900.931.777-3
DIRECCION	CL 7 B NRO. 19 - 66 CIUDAD VALLEDUPAR, CESAR	TELEFONO	3157311230
ASEGURADO	CENTRO DE REHABILITACION Y ELECTRODIAGNOSTICOS S.A.S	NIT	900.931.777-3
DIRECCION	CL 7 B NRO. 19 - 66 CIUDAD VALLEDUPAR, CESAR	TELEFONO	3157311230
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

14. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENETICOS
15. RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGENICOS (MOHO U HONGOS O SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTOXINAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABOLICO, ENZIMAS O PROTEINAS SEGREGADAS POR LAS ANTERIORES, BIEN SEA TOXICAS O NO.)

16. LUCRO CESANTE.

17. RECLAMACIONES POR DAÑOS MORALES.

18. RECLAMACIONES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES.

19. RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION MEDICA.

GARANTIAS:

MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.

EJERCER UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.
TERMINOS Y CONDICIONES SUJETO A CONFIRMACION ESCRITA POR EL ASEGURADO QUE NO TIENEN CONOCIMIENTO DE RECLAMO ALGUNO EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS, DE RECLAMOS PENDIENTES, DE CUALQUIER ACTIVIDAD INCLUYENDO PETICION Y/O SEQUESTRO DE HISTORIAS CLINICAS O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURGIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO.

DEDUCIBLES:

GASTOS DE DEFENSA: 10% DE LOS GASTOS INCURRIDOS
DEMS AMPAROS 10% MINIMO \$ 5.000.000

VIGENCIA: 12 MESES

BASE DE COBERTURA: SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PLIZA

AMPAROS:

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL DEL ASEGURADO FRENTE A LOS DAÑOS QUE HAYAN SIDO CAUSADOS A UN TERCERO, LLAMADO VCTIMA, COMO CONSECUENCIA DE UNA ACCION U OMISION EN EL EJERCICIO DE SU PROFESIN.

LA COBERTURA COMPRENDE TAMBIEN LA RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL DEL ASEGURADO (PLO) POR DAÑOS MATERIALES O DAÑOS PERSONALES, DERIVADA DE LA PROPIEDAD, ARRIENDO O USUFRUCTO DE LOS PREDIOS, EN QUE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESIN MDICA MATERIA DE ESTE SEGURO.

SE AMPARA LA RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR DAÑOS PERSONALES OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PLIZA CON CONSECUENCIA DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS, DROGAS U OTROS MATERIALES MDICOS, QUIRRGICOS O DENTALES, SIEMPRE Y CUANDO EL SUMINISTRO SEA PARTE NECESARIA DE LA PRESTACION DEL SERVICIO Y LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO ELABORADOS POR EL ASEGURADO MISMO O BAJO SU SUPERVISIN DIRECTA, O LOS MENCIONADOS PRODUCTOS HAN SIDO REGISTRADOS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.

GASTOS JUDICIALES Y/O GASTOS DE DEFENSA SUBLIMITADO AL 10% DEL VALOR ASEGURADO DE LA PLIZA POR EVENTO Y VIGENCIA.

EXCLUSIONES:

1. DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIN MDICA CON FINES DIFERENTES AL DIAGNOSTICO O A LA TERAPUTICA. EN CASO DE LA CIRUGA PLSTICA O ESTETICA, SOLAMENTE SE OTORGA EN LOS CASOS DE CIRUGA RECONSTRUCTIVA POSTERIOR A UN ACCIDENTE Y DE CIRUGA CORRECTIVA DE ANORMALIDADES CONGHITAS.

2. DAÑOS O PERJUICIOS CAUSADOS COMO CONSECUENCIA DEL EJERCICIO DE UNA PROFESIN MDICA Y/O TRATAMIENTOS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.

3. DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE SERVICIOS POR PERSONAS QUE NO ESTN LEGALMENTE HABILITADAS PARA EJERCER LA PROFESIN O NO CUENTAN CON LA RESPECTIVA AUTORIZACION O LICENCIA OTORGADA POR LA AUTORIDAD COMPETENTE.

4. RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA PRESTACION DE UN SERVICIO PROFESIONAL BAJO LA INFLUENCIA DE SUSTANCIAS INTOXICANTES, ALCOHOLICAS O NARCOTICAS.

5. RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE EJERZAN ACTIVIDADES PROFESIONALES O CIENTIFICAS Y QUE POR EL EJERCICIO DE ESA ACTIVIDAD SE ENCUENTRAN EXPUESTAS A LOS RIESGOS DE RAYOS O RADIACIONES PROVENIENTES DE APARATOS Y MATERIALES AMPARADOS EN LA PLIZA Y A RIESGOS DE INFECCIN O CONTAGIO CON ENFERMEDADES O AGENTES PATGENOS.

6. RECLAMACIONES ORIENTADAS AL REEMBOLSO DE HONORARIOS PROFESIONALES

7. RECLAMACIONES DE PERSONAS QUE TIENEN UNA RELACION LABORAL CON EL ASEGURADO, CUANDO PRESENTAN TALES RECLAMACIONES A CONSECUENCIA DE UN SERVICIO PRESTADO.

8. DAÑOS (DERIVADOS DE ACCIONES, OMISIONES O ERRORES) QUE TENGAN SU ORIGEN EN LA EXTRACCIN, TRANSFUSIN Y/O CONSERVACION DE SANGRE O PLASMA SANGUINEO Y AQUELLAS ACTIVIDADES NEGLIGENTES QUE TENGAN COMO CONSECUENCIA LA ADQUISICIN, TRANSMISIN O CONTAGIO DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

9. RECLAMACIONES POR DAÑOS RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL SIDA, VIRUS DEL TIPO VIH, HEPATITIS B.

10. RECLAMACIONES DERIVADAS DE LA INEFICIENCIA DE CUALQUIER TRATAMIENTO CUYO OBJETIVO SEA EL IMPEDIMENTO O LA PROVOCACION DE UN EMBARAZO O DE UNA PROCREACION.

11. RECLAMACIONES DERIVADAS DE DAÑOS O PERJUICIOS QUE NO SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN DAÑO PERSONAL O MATERIAL, CAUSADO POR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE, PERJUICIOS DERIVADOS DE TRATAMIENTOS INNECESARIOS, EMISIN DE DICTMENES PERICIALES, VIOLACION DE SECRETO PROFESIONAL.

12. EN EL CASO DE ODONTLOGOS Y ORTODONCISTAS, RECLAMACIONES POR DAÑOS CAUSADOS POR LA APLICACION DE ANESTESIA GENERAL O MIENTRAS EL PACIENTE SE ENCUENTRA BAJO ANESTESIA GENERAL, SI ESTA ANESTESIA NO FUE LLEVADA A CABO EN UNA CLINICA O UN HOSPITAL ACREDITADO PARA DICHO FIN.

POLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

CLINICAS Y HOSPITALES

SUCURSAL	TIPO DE MOVIMIENTO ANEXO DE RENOVACION	POLIZA No.	ANEXO No.
AGENCIA VALLEDUPAR		47-03-101000221	1
TOMADOR	CENTRO DE REHABILITACION Y ELECTRODIAGNOSTICOS S.A.S	NIT	900.931.777-3
DIRECCION	CL 7 B NRO. 19 - 66 CIUDAD VALLEDUPAR, CESAR	TELEFONO	3157311230
ASEGURADO	CENTRO DE REHABILITACION Y ELECTRODIAGNOSTICOS S.A.S	NIT	900.931.777-3
DIRECCION	CL 7 B NRO. 19 - 66 CIUDAD VALLEDUPAR, CESAR	TELEFONO	3157311230
BENEFICIARIO	TERCEROS AFECTADOS	NIT	0-0

TEXTO ACLARATORIO DE LA POLIZA

13. RECLAMACIONES POR ACTOS MEDICOS QUE SE EFECTEN CON EL OBJETO DE LOGRAR MODIFICACIONES, CAMBIOS, EXPERIMENTOS, MANIPULACIONES GENTICAS, AUNQUE SEA CON EL CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE.
14. RECLAMACIONES POR DAÑOS GENTICOS
15. RECLAMACIONES POR ORGANISMOS PATOGNICOS (MOHO U HONGOS SUS ESPORAS, BACTERIAS, ALGAS, MICOTOXINAS Y CUALQUIER OTRO PRODUCTO METABOLICO, ENZIMAS, PROTEINAS SEGREGADAS POR LAS ANTERIORES, BIEN SEA TOXICAS NO.)
16. LUCRO CESANTE.
17. RECLAMACIONES POR DAÑOS MORALES
18. RECLAMACIONES POR ENFERMEDADES PROFESIONALES
19. RECLAMACIONES POR TODA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL Y/O PENAL COMO CONSECUENCIA DE ABANDONO Y/O NEGATIVA DE ATENCION MEDICA.

GARANTIAS:

MANTENER EN PERFECTAS CONDICIONES LOS EQUIPOS UTILIZADOS INCLUYENDO LA REALIZACION DE LOS SERVICIOS DE MANTENIMIENTO DE ACUERDO LAS ESTIPULACIONES DE LOS FABRICANTES.

EJERCER UN Estricto CONTROL SOBRE EL USO DE LOS EQUIPOS Y MATERIALES, INCLUYENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE SEGURIDAD.

TERMINOS Y CONDICIONES SUJETO A CONFIRMACION ESCRITA POR EL ASEGURADO QUE NO TIENEN CONOCIMIENTO DE RECLAMO ALGUNO EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS, DE RECLAMOS PENDIENTES, DE CUALQUIER ACTIVIDAD INCLUYENDO PETICION Y/O SECUESTRO DE HISTORIAS CLINICAS O DE CIRCUNSTANCIA ALGUNA QUE PUDIESE DAR SURGIMIENTO A UN RECLAMO O DEMANDA EN EL FUTURO.