Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Apartado	26	4032	26180249355	26180249355005

Liberty Seguros S.A.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD - Plan Tres Cuotas Nuevo

CERTIFICADO DE: RENOVACIÓN

Tomador:	COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE COOMEVA .			Ident. / T.I.	890300625 NIT
Teléfono Tomador:	3330000				
Responsable de pago:	JUAN DAVID MOGOLLON JIMENEZ			Ident. / T.I.	1000145114 CC
Asegurado:	JUAN DAVID MOGOLLON JIMENEZ			Ident. / T.I.	1000145114 CC
Teléfono Asegurado:	8281825	Correo Electrónico:	juandavidmogollonjimenez@gmail.com		
Beneficiario:	TERCEROS RECLAMANTES			Ident. / T.I.	1 CC
Teléfono Beneficiario:		Correo Electrónico:			

Vigencia Póliza (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	31/07/2022	Hasta 00:00	01/10/2022	Vigencia Certificado (DD/MM/AAAA)	Desde 00:00	31/07/2022	Hasta 00:00	01/10/2022

UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Dirección:	CR 104 95A-48 AP 201				
Ciudad:	APARTADÓ	Departamento:	ANTIOQUIA	Teléfono:	8281825
Nombre:	JUAN DAVID MOGOLLON JIMENEZ			Ident.	1000145114
Especialidad:	ECOCARDIOGRAFÍA, ELECTROFISIOLOGÍA CLÍNICA, ODONTOPEDIATRIA, DIAGNOSTICO POR IMÁGENES BUCO MAXILOFACIAL, ENDODONCIA, ODONTOLOGÍA LEGAL, ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR, PERIODONCIA Y MEDICINA ORAL, AUXILIAR DE URGENCIAS MEDICAS, ODONTOLOGÍA				

DETALLE AMPAROS, VALORES ASEGURADOS, SUB LIMITES Y DEDUCIBLES

Plan Contratado: PLAN UNICO

AMPARO	LIMITE Y/O SUBLIMITE DE VALOR ASEGURADO	DEDUCIBLE Valor – Variable / Mínimo
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	$ 200.000.000	
RESPONSABILIDAD CIVIL USO DE EQUIPOS MEDICOS	SUBLIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
RESPONSABILIDAD CIVIL PREDIOS, LABORES Y OPERACIONES	SUBLIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
PERJUICIOS EXTRA PATRIMONIALES	SUBLIMITE, 100% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL	
GASTOS DE DEFENSA	SUBLIMITE, 20% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, MAXIMO $60'000,000=	
GASTOS DE DEFENSA EN CASACION	SUBLIMITE, 10% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL, MAXIMO $20'000,000=	

DETALLE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

NOMBRE ASEGURADO	T.I.	NUM. DE IDENTIF.
JUAN DAVID MOGOLLON JIMENEZ	CC	1000145114

NOMBRE BENEFICIARIO	T.I.	NUM. DE IDENTIF.
TERCEROS RECLAMANTES	CC	1

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:
CLAUSULA DEFINICIONES:

SMMLV: Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes.
SMDLV: Salarios Mínimos Diarios Legales Vigentes.
N.A.: No Aplica.

AUTORIZACIÓN DE CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE INFORMACIÓN:

Autorizo de manera expresa a **LIBERTY SEGUROS S.A.**, o a quien represente sus derechos, para que con fines estadísticos, de control, supervisión y de información comercial a otras entidades procese, reporte, conserve, consulte, suministre o actualice cualquier información de carácter financiero, comercial, crediticio y personal desde el momento de la solicitud de seguro o vinculación, a las centrales de información o bases de datos debidamente constituidas que estimen conveniente, en los términos o el tiempo en que los sistemas de bases de datos, las normas y las autoridades lo establezcan.

La consecuencia de esta autorización será la inclusión de mi información en las mencionadas bases de datos y por tanto las entidades del Sector Financiero, asegurador o de cualquier otro sector afiliadas a dichas centrales, conocerán mi comportamiento presente y pasado relacionado con mis obligaciones financieras, comerciales, crediticias y personales, o cualquier otro dato personal o económico que estime pertinente.

AUTORIZACIÓN HABEAS DATA:

Autorizo a **LIBERTY SEGUROS S.A**. NIT. 860.039.988-0 con domicilio principal en la Calle 72 # 10-07 Piso 7 de Bogotá, como responsable del tratamiento de mis datos, para que cualquier información incluida en este documento, o en los documentos emanados del proceso de suscripción, sea compilada, almacenada, consultada, usada, procesada, compartida, para efectos de 1) mi vinculación como Tomador y/o Asegurado o Beneficiario y la de las personas que a través de esta solicitud pretendo sean incluidas en el contrato de seguro; 2) para la ejecución del presente contrato de seguro; 3) para la atención, análisis, liquidación y pago de siniestros y en general toda la gestión necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro celebrado 4) para el envío de información relacionada con el (los) contrato(s) de seguro(s) celebrado(s), a través de medios telefónicos, electrónicos (SMS, chat, correo electrónico y demás medios considerados electrónicos) físicos y/o personales. Autorizo adicionalmente a **LIBERTY SEGUROS S.A.** a transferir mis datos personales a 1) a mi(s) intermediario (s) de seguros; 2) al tomador de mi seguro 3) a los coaseguradores o reaseguradores en Colombia o en el exterior, 4) a FASECOLDA E INVERFAS. Así mismo autorizo a **LIBERTY SEGUROS S.A.**, domiciliada en la Calle 72 # 10-07 Piso 7, para que, en caso de financiar las primas de seguros con dicha Compañía, mi información sea tratada, durante la relación contractual para todas las actividades relativas a la ejecución del contrato de mutuo. Declaro

ORIGINAL

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Apartado	26	4032	26180249355	26180249355005

Liberty Seguros S.A.

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD - Plan Tres Cuotas Nuevo

CERTIFICADO DE: RENOVACIÓN

DETALLE CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES

CLAUSULAS Y CONDICIONES PARTICULARES:

que he sido informado de 1) la existencia de las Políticas de Tratamiento, las cuales se encuentran publicadas en www.libertycolombia.com.co y también pueden ser solicitadas a atencionalcliente@libertycolombia.com o al teléfono 3077050 de Bogotá 2) que me asisten los derechos establecidos en la ley 1581 de 2012 y sus Decretos reglamentarios o demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen, en especial los derechos a: a) conocer, actualizar y rectificar mis datos b) solicitar prueba de la autorización otorgada; c) ser informado del uso que le ha dado a sus datos personales; d) presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a las disposiciones legales vigentes e) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el Tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. f) acceder en forma gratuita a mis datos personales que hayan sido objeto de Tratamiento, 3) que la información que suministro sobre niños, niñas y adolescentes responde y respeta su interés superior y sus derechos fundamentales 4) que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me harán sobre datos personales sensibles.

CLÁUSULA DE DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES QUE APLICARÍAN AL CONTRATO DE SEGURO QUE SE SOLICITA:

Declaro que tuve a disposición las Condiciones Generales del producto Póliza Responsabilidad Civil Profesional para Médicos, Odontólogos y demás Profesionales del Sector Sanidad, que además se encuentran publicados en la página web de la aseguradora.

Como consecuencia de haber leído, entendido y aceptado lo incluido en este documento, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo en constancia de ello, el presente documento.

NOTA. POR FAVOR ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, REVISE NUEVAMENTE QUE TODAS LAS DECLARACIONES Y / O MANIFESTACIONES, O SOLICITUDES EFECTUADAS, CORRESPONDEN A LA REALIDAD O A SU EXPRESA VOLUNTAD.

CLAUSULA DE RENOVACION AUTOMATICA:

Esta Póliza se renovara automáticamente a su vencimiento por periodos anuales. En caso de beneficiario oneroso el plazo de la Póliza será hasta la fecha en que termine de pagar la deuda. Salvo que la Aseguradora comunique al beneficiario su decisión de no renovar, revocar o modificar con antelación mínima de treinta (30) días.

CONTACTO COOMEVA:

En caso de requerir información adicional ponemos a tu disposición nuestra red de oficinas Coomeva, la línea nacional de atención 01 8000 950 123 opción 4, vía celular #464 Opción 4 o ingresando a nuestra página web www.coomeva.com.co, opción Contáctenos.

DELIMITACIÓN TEMPORAL CLAIMS MADE:

Se cubren las reclamaciones judiciales y/o extrajudiciales al Asegurado por hechos ocurridos durante el periodo del seguro, que sean presentadas a Liberty Seguros durante la vigencia actual de la misma, -y/o dentro del periodo de extendido de notificación, si es el caso. Se entiende como vigencia actual el último periodo anual contratado de la póliza. Se entiende como periodo del seguro, la fecha de la primera vigencia hasta la vigencia de la última renovación expedida, para lo cual se aplica como fecha máxima de retroactividad la fecha de la primera vigencia contratada con Liberty Seguros S.A. en forma continua.

En el caso que el Asegurado tome la primera póliza en el periodo vigente se le otorgará automáticamente una retroactividad de dos años. La cobertura del presente seguro no ampara ni se refiere a hechos por los que se le imputa responsabilidad al Asegurado antes del periodo del seguro de la presente póliza aunque la reclamación judicial y/o extrajudicial por las consecuencias de tales hechos se efectué estando vigente el seguro.

El valor de prima que se indica en el presente documento se estableció de acuerdo a los datos y características que el cliente entregó en el proceso de emisión. En caso de presentarse alguna modificación o corrección sobre estos datos, la aseguradora se reserva el derecho de efectuar los ajustes de prima que considere pertinente de acuerdo a sus políticas de suscripción aplicables al ramo objeto de este seguro.

OBSERVACIONES:
Renovación Masiva

DETALLE RECIBOS DE PAGO (APLICA PARA PAGOS DE CONTADO):

NUMERO DE RECIBO	FECHA DE RECAUDO	VALOR RECAUDADO

INTERMEDIARIO: COOMEVA CORREDORES DE SEGUROS	**Part. %** 100%	**FORMA DE PAGO:**	**VALOR IVA VIGENCIA:** $ 11.532	**VALOR VIGENCIA CON IVA:** $ 72.229
ASEGURADORA: LIBERTY SEGUROS S.A	**Part. %** 100%	**VALOR PRORRATA PRIMER MES CON IVA:** $ 0		**PRIMA MENSUAL CON IVA:** $ 36.114

USUARIO:	Cesar Augusto Vargas Montealegre	**CANAL:**	DIRECTO BARRA COMERCIAL	**PROCEDENCIA:**	ASOCIADO	**PROMOTOR:**	Sandra Patricia Hernandez Chancy
FECHA IMPRESIÓN:	03/08/2022	**REGIONAL:**	Regional Medellin	**ZONA CIUDAD:**	Nacional	**OFICINA:**	Oficina Apartado

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR A EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO.

Las condiciones generales de su póliza se pueden descargar de nuestra página www.libertycolombia.com.co en el Link https://www.libertycolombia.com.co/personas/seguros-responsabilidad-civil o solicítelo a Nuestra Unidad de Servicio al Cliente, Línea Nacional Gratuita 018000113390 o desde Bogotá 3077050 de Lunes a Sábado de 8 am a 8 pm. Si lo prefiere escríbanos atencionalcliente@libertycolombia.com

VERSIÓN CONDICIONADO: 22/05/2020-1333-P-06-RESPCIVMEDICYODO-D00I
DEFENSOR DEL CLIENTE: Defensor Del Consumidor Financiero Liberty Seguros, E-mail: defensor.liberty@libertycolombia.com, Teléfonos +57 601 4898285, +57 601 6092013, 3208312863 o 3224163490
NOTIFICACIONES: SUCURSAL CALI Calle 36 N # 6A- 65, Piso 23 – Oficina 2301 TELÉFONO 660-30-50

ORIGINAL

Sucursal	Ramo	Póliza No.	Referencia No.	Certificado No.
Zona Apartado	26	4032	26180249355	26180249355005

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL PARA MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y DEMÁS PROFESIONALES DEL SECTOR SANIDAD - Plan Tres Cuotas Nuevo

CERTIFICADO DE: RENOVACIÓN

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LIBERTY SEGUROS S.A. NIT 860.039.988-0
FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL ASEGURADO

ORIGINAL