CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions

NIT. 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 08 RC000611
CERTIFICADO 08 RC000667

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0838000667

SUCURSAL: 08. MONTERIA | USUARIO: VASQUEZM | TIP CERTIFICADO: Nuevo | FECHA DD MM AAAA: 09 01 2019

TOMADOR:	SURGYMAX ODONTOLOGICA S A S	C.C. O NIT:	901139897 6
DIRECCIÓN:	CR 6 62 B 32 LC 518 ED SEXTA AV	CIUDAD:	MONTERIA
E-MAIL:	jtirado70@hotmail.com	TELÉFONO:	3003965639
ASEGURADO:	SURGYMAX ODONTOLOGICA S A S	C.C. O NIT:	901139897 6
DIRECCIÓN:	CR 6 62 B 32 LC 518 ED SEXTA AV	CIUDAD: MONTERIA	TEL. 3003965639
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	C.C. O NIT:	082740
DIRECCIÓN:	0	CIUDAD: 0	TEL. 0

VIGENCIA			VALOR ASEGURADO EN PESOS	
DESDE DD MM AAAA	HASTA DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
09 01 2019	09 01 2020			100,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	VASQUEZ FLOREZ MIGUEL ANTO					PRIMA	PESOS	624,000.00
						GAST. EXPED.	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	118,560.00
						TOTAL		742,560.00

AMPAROS	VIGENCIA Desde	VIGENCIA Hasta	VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE %	DEDUCIBLE Mínimo
Responsabilidad Civil Profesional Clínicas,	09-01-2019	09-01-2020	0.00	100,000,000.00	370,000.00	10.00	2,500,000.00
Predios, Labores y Operaciones - Vigencia	09-01-2019	09-01-2020	0.00	100,000,000.00	150,000.00	10.00	2,500,000.00
Gastos Judiciales de Defensa - Vigencia	09-01-2019	09-01-2020	0.00	20,000,000.00	104,000.00	10.00	1,500,000.00
Gastos Judiciales de Defensa - Evento	09-01-2019	09-01-2020	0.00	10,000,000.00	0.00	10.00	1,500,000.00

OBJETO DEL SEGURO:
INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES ATRIBUIBLES A SURGYMAX ODONTOLOGIA S A S COMO CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA DURANTE LAS ACTIVIDADES COMO EMPRESA PRESTADORA DE SERVICIOS MEDICOS.

A PRESENTE POLIZA DE SEGURO OTORGA COBERTURA PARA : TRES(3) PROFESIONALES EN EL AREA DE LA SALUD.

SEGUN RELACION ADJUNTA QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA POLIZA.

" EXCLUSIONES ADICIONALES A LAS CONTEMPLADAS EN LOS CLAUSULADOS ADJUNTOS

1. Da?os 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. Da?os o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesion medica y/o tratamientos con fines de embellecimiento.

3. Da?os causados por la prestacion de servicios por personas que no estan legalmente habilitadas para ejercer la profesion o no cuentan con la respectiva torizacion o licencia otorgada por la autoridad competente.

4. Reclamaciones por da?os 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

EXCLUSION DE TRANSACCIONES PROHIBIDAS, EMBARGOS Y SANCIONES ECONÓMICAS: LA COMPAÑÍA NO PROVEERÁ 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 COMPAÑÍA 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 CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES HECHAS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER DOCUMENTO APORTADO PARA LA EXPEDICION, LOS CUALES FORMAN PARTE INTEGRANTE DE ESTA POLIZA.
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 ARTÍCULO 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-11-02 ADJUNTA.

RES. DIAN NO. 18762008977396 03/07/2018 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG: 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG: 000560 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD ESTI

CONFIANZA
NIT. 860.070.374-9

TOMADOR

SU-FO-10-01

(415)7709998911901(8020)0838000667

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA