# SEGURO
## R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA** AA004449

**FACTURA** AA009221

NIT 860028415

### INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DOCUMENTO** | Nuevo | **PRODUCTO** | R.C. PROFESIONAL CLINICAS | | | **ORDEN** | 1 |
| **CERTICADO** | AA008938 | **FORMA DE PAGO** | Contado | **TELEFONO** | 5922929 | **USUARIO** | JGARCIA83 |
| **AGENCIA** | RE ASESORES DE SEGUROS LTDA | | | **DIRECCIÓN** | BARRANQUILLA | | |

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DE LA POLIZA | | | | | | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 07 | 06 | 2019 | **DESDE** | DD 07 | MM 06 | AAAA 2019 | **HORA** | 12:00 | 07 | 06 | 2019 |
| DD | MM | AAAA | **HASTA** | DD 07 | MM 06 | AAAA 2020 | **HORA** | 12:00 | DD | MM | AAAA |

### DATOS GENERALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **TOMADOR** | CLINICA LA TRINIDAD LTDA. | | | **NIT/CC** | 812002958 |
| **DIRECCIÓN** | CALLE 2 NO. 15 - 72 | **E-MAIL** | notiene@notiene.com | **TEL/MOVIL** | 7735554 |
| **ASEGURADO** | CLINICA LA TRINIDAD LTDA. | | | **NIT/CC** | 812002958 |
| **DIRECCIÓN** | CALLE 2 NO. 15 - 72 | **E-MAIL** | notiene@notiene.com | **TEL/MOVIL** | 7735554 |
| **BENEFICIARIO** | TERCEROS AFECTADOS | | | **NIT/CC** | 000000000021 |
| **DIRECCIÓN** | TODA COLOMBIA | **E-MAIL** | notiene@notiene.com | **TEL/MOVIL** | .... |

### DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

| DETALLE | DESCRIPCIÓN |
|---|---|
| ACTIVIDADES | CLINICA |
| CIUDAD | LORICA |
| DEPARTAMENTO | CORDOBA |
| LOCALIDAD | LORICA |
| DIRECCION | CL 2 15 72 |
| CANAL DE VENTA | FRANQUICIA |

### COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO

| DESCRIPCIÓN | VALOR ASEGURADO | DEDUCIBLE % | DEDUCIBLE VALOR | PRIMA |
|---|---|---|---|---|
| Responsabilidad Civil Clinicas Hospitales | $500,000,000.00 | 10.00% | 1.00 SMMLV | $.00 |
| Predios Labores y Operaciones. | Si | .00% | | $.00 |
| Responsabilidad Civil Profesional Médica | Si | 10.00% | 1.00 SMMLV | $.00 |
| Responsabilidad Civil Estudiantes en Práctica y Estudiantes en Especialización | Si | 10.00% | 1.00 SMMLV | $.00 |
| Responsabilidad Civil del Personal Paramédico | Si | 10.00% | 1.00 SMMLV | $.00 |
| Uso de Equipos y Tratamientos Médicos | Si | 10.00% | 1.00 SMMLV | $.00 |
| Materiales Médicos, Quirúrgicos, Dentales, Drogas o Medicamentos | Si | 10.00% | 1.00 SMMLV | $.00 |
| Gastos de Defensa Judicial y Extrajudicial | Si | 10.00% | 1.00 SMMLV | $.00 |

| VALOR ASEGURADO TOTAL | PRIMA NETA | GASTOS | IVA | TOTAL POR PAGAR |
|---|---|---|---|---|
| $500,000,000.00 | $5,040,600.00 | | $957,714.00 | $5,998,314.00 |

| COASEGURO | |
|---|---|
| **COMPAÑIA** | **PARTICIPACIÓN** |
| | %. |

| INTERMEDIARIO Y/O FUERZA COMERCIAL DIRECTA | | |
|---|---|---|
| **CÓDIGO** | **NOMBRE** | **PARTICIPACIÓN** |
| 900224284 | RE ASESORES DE SEGUROS LTDA | %. |

La mora en el pago de la prima o certificados que se expidan con fundamento en ella producirá la terminación automática del contrato y dará derecho a La Equidad Seguros O.C. para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato. El pago extemporaneo de la prima, no convalida la mora ni reactiva la póliza terminada automáticamente, caso en el cual se devolverá la prima a que haya lugar.

Con la firma del presente documento certifico que he leído de manera anticipada en la página web de La Equidad http://www.laequidadseguros.coop/, el clausulado anexo a la póliza contratada, el cual adicionalmente me fue explicado por la compañía de seguros; Información que en todo caso, declaro que conozco y entiendo, clara, suficiente y expresamente, en especial lo relacionado con las condiciones generales, el contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías del contrato de seguro. De igual forma, en el evento que corresponda, certifico que me fue entregada la tarjeta de asistencia y/o carné correspondiente a la póliza.

*CLAUSULADO N°.*

**FIRMA AUTORIZADA**
**LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

# SEGURO
## R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA** AA004449

**FACTURA** AA009221

NIT 860028415

### INFORMACIÓN GENERAL

**DOCUMENTO** Nuevo **PRODUCTO** R.C. PROFESIONAL CLINICAS **ORDEN** 1
**CERTICADO** AA008938 **FORMA DE PAGO** Contado **TELEFONO** 5922929 **USUARIO** JGARCIA83
**AGENCIA** RE ASESORES DE SEGUROS LTDA **DIRECCIÓN** BARRANQUILLA

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DE LA POLIZA | | | | | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 07 | 06 | 2019 | **DESDE** | DD 07 | MM 06 | AAAA 2019 | **HORA** | 12:00 | 07 | 06 | 2019 |
| DD | MM | AAAA | **HASTA** | DD 07 | MM 06 | AAAA 2020 | **HORA** | 12:00 | DD | MM | AAAA |

### DATOS GENERALES

**TOMADOR** CLINICA LA TRINIDAD LTDA. **NIT/CC** 812002958
**DIRECCIÓN** CALLE 2 NO. 15 - 72 **E-MAIL** notiene@notiene.com **TEL/MOVIL** 7735554

### TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

1. TOMADOR: CLINICA LA TRINIDAD LTDA
ASEGURADO: CLINICA LA TRINIDAD LITDA
BENEFICIARIO: TERCERO AFECTADO

2. ACTIVIDAD OBJETO DEL SEGURO: Servicios Ambulatorios

3. LÍMITE ASEGURADO:

Col$ 500.000.000 Evento / vigencia.

4. RELACION DE ESPECIALIDADES ( Según relación anexa)

Médicos GRUPO A: 2
Médicos GRUPO B: 0

NOTA:
Médicos Grupo A: con relación laboral
Médicos Grupo B: adscritos ó autorizados

5. AMPAROS: Según texto La Equidad Seguros 01042010-1501-P-06-0000000000001008

" Responsabilidad Civil Profesional Médica
" Responsabilidad Civil Estudiantes en práctica y Estudiantes en Especialización.
" Responsabilidad Civil de Personal Paramédico
" Uso de equipos y tratamientos médicos
" Predios Labores y operaciones
" Materiales médicos quirúrgicos, dentales, drogas o medicamentos

6. CLÁUSULAS ADICIONALES:

" Ampliación del término de revocación de la póliza a treinta (30) días calendario.
" Ampliación del plazo para el aviso del siniestro a diez (10) días.
" Amparo automático para nuevos predios siempre y cuando se lleven a cabo las mismas actividades del Asegurado. Aviso a sesenta (30) días.
" Cobertura automática de nuevos equipos. Aviso a sesenta (30) días.

7. EXCLUSIONES: Además de las Exclusiones que se estipulan en las Condiciones Generales de la Póliza 01042010-1501-P-06-0000000000001008 se establecen las siguientes:

Esta póliza no cubre las lesiones corporales o daños materiales ni ningún otro perjuicio derivado directa o indirectamente de los siguientes hechos o circunstancias

" Del ejercicio de una profesión médica u odontológica con fines diferentes al diagnóstico o terapia.
" La prestación de servicios por personas que no estén legalmente habilitadas para ejercer la profesión o no cuenten con la respectiva autorización o licencia otorgada por la autoridad competente.
" Reclamaciones derivadas de aplicación de técnicas novedosas o experimentales o no conformes al grado de conocimiento de la ciencia médica.
" Por la prestación de servicios o atención por personas que no tienen una relación contractual con el asegurado, salvo que se pacte expresamente.
" Por la prestación de un servicio profesional bajo la influencia de sustancias intoxicantes, alcohólicas o Narcóticas
" Por Cirugía Plástica o estética, salvo que se trate de una intervención de cirugía reconstructiva posterior a un accidente o cirugía correctiva de anormalidades congénitas.
" Por tratamientos destinados a interrumpir o provocar un embarazo o la procreación.
" Por tratamientos innecesarios, emisión de dictámenes periciales, violación del secreto profesional y todos aquellos perjuicios que no sean consecuencia directa de una lesión o daño causado por el tratamiento o la terapia a un paciente
" Bajo ninguna circunstancia se cubren Gastos de Defensa
" Reclamaciones por daños genéticos
" Relacionados directa o indirectamente con el SIDA o con virus tipo VIH, Hepatitis C.
" Daños causados a personas que ejerzan actividades profesionales o científicas en los predios donde se desarrolla la actividad asegurada, y como consecuencia de su labor, se encuentren expuestas a riesgos como rayos o radiaciones derivadas de aparatos y materiales amparados en la póliza y a riesgos de infección y contagio con enfermedades o agentes patógenos.
" Reclamaciones orientadas a reembolso de honorarios profesionales pactados entre el profesional de la salud y el paciente.
" En el caso de odontólogos y ortodoncistas daños causados por la aplicación de anestesia general o mientras el paciente se encuentra bajo anestesia general, si esta no fue aplicada por un especialista, en una clínica/ Hospital acreditados para este fin.
" Reclamaciones originadas y/o relacionadas con fallos de tutela y acciones similares donde se declare la responsabilidad

**FIRMA AUTORIZADA**
**LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS

# SEGURO
## R.C. PROFESIONAL CLINICAS

**PÓLIZA** AA004449

**FACTURA** AA009221

NIT 860028415

### INFORMACIÓN GENERAL

**DOCUMENTO** Nuevo
**CERTICADO** AA008938
**AGENCIA** RE ASESORES DE SEGUROS LTDA
**PRODUCTO** R.C. PROFESIONAL CLINICAS
**FORMA DE PAGO** Contado
**TELEFONO** 5922929
**DIRECCIÓN** BARRANQUILLA
**ORDEN** 1
**USUARIO** JGARCIA83

| FECHA DE EXPEDICIÓN | | | VIGENCIA DE LA POLIZA | | | | | | | | FECHA DE IMPRESIÓN | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 07 | 06 | 2019 | **DESDE** | DD 07 | MM 06 | AAAA 2019 | **HORA** | 12:00 | 07 | 06 | 2019 |
| DD | MM | AAAA | **HASTA** | DD 07 | MM 06 | AAAA 2020 | **HORA** | 12:00 | DD | MM | AAAA |

### DATOS GENERALES

**TOMADOR** CLINICA LA TRINIDAD LTDA.
**NIT/CC** 812002958
**DIRECCIÓN** CALLE 2 NO. 15 - 72
**E-MAIL** notiene@notiene.com
**TEL/MOVIL** 7735554

### TEXTOS Y/O OBSERVACIONES DE LA ORDEN

civil del asegurado y se fije claramente la cuantía de la indemnización.
" Por drogas o medicamentes, que afecten la responsabilidad civil del fabricante.
" Por la utilización de equipos, aparatos y materiales de medicina nuclear, rayos X, scaner, radiación por isotopos, radiografías o radioterapias, salvo pacto expreso en contrario, de acuerdo con lo contemplado en el literal D de la cláusula 3 "Definición de amparos".
" Todo tipo de responsabilidad civil, daños, lesiones , pérdidas o gasto de cualquier naturaleza, así como el lucro cesante derivados de eventos originados directa o indirectamente por el no-reconocimiento electrónico de cualquier fecha real de calendario, especialmente la del cambio de milenio, tal como se define en la cláusula 20 de esta póliza.
" Por responsabilidad civil excedente de la legal, como daños derivados de acuerdos o compromisos del asegurado en virtud de los cuales se hubiere comprometido a un resultado, efecto o éxito que excede su obligación legal.
" Por la ineficacia de cualquier tratamiento o intervención quirúrgica.
" Por la prestación de servicios por personas que no estén vinculados o adscritos al Tomador/Asegurado al momento de la prestación del servicio o la terapia
" Pérdidas financieras puras
" Toda responsabilidad cubierta bajo la póliza de Responsabilidad Civil Directores y Administradores.

8. DEDUCIBLES : Aplicables a toda y cada pérdida: 15% mínimo 5 000.000

9. OTRAS CONDICIONES PARTICULARES Y DEFINICIONES:

" Pago de las primas: De acuerdo con lo establecido en los artículos 81 y 82 de la ley 45 de 1990.
" Por el pago de un siniestro, NO se acepta el restablecimiento del límite asegurado en forma automática.
" Comisión de intermediación: 10%
" Intermediario:
" Compañías aseguradoras: La equidad de Seguros
" Requisitos para Circular 022 de 2007 de la Superfinanciera. (Referente al SARLAFT).
" Prima mínima para movimientos: Establecida en dos (2) SMDLV.
" Los valores especificados como límites y/o sublimites, se entenderán incluidos dentro del valor asegurado pactado.
" SMMLV: Salario Mínimo Mensual Legal Vigente; SMDLV: Salario Mínimo Diario Legal Vigente
" Deducibles pactados en dólares, serán liquidados a la tasa de cambio representativa del mercado del día del siniestro.

ESTA PÓLIZA SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES CONTENIDAS EN LA FORMA 01042010-1501-P-06-0000000000001008

**FIRMA AUTORIZADA**
**LA EQUIDAD SEGUROS O.C.**

**FIRMA TOMADOR**

APRECIADO CLIENTE PARA MAYOR INFORMACIÓN DEL PRODUCTO CONTRATADO
CONSULTE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.LAEQUIDADSEGUROS.COOP
Línea Segura 018000919538
#324

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
EQUIDAD SEGUROS es una marca de LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. y LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. COMPAÑIAS DE SEGUROS