CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT 860.070.374-9

PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MÉDICA PARA CLÍNICAS Y

PÓLIZA 02 RC001096
CERTIFICADO 02 RC001472

SUCURSAL: 02. CARTAGENA | USUARIO: CARBALLOC | TIP CERTIFICADO: Modificacion | FECHA: DD 27 MM 04 AAAA 2018

TOMADOR:	CENTRO DE REHABILITACION Y ESTETICA IPS EU	C.C. O NIT: 806015513	6
DIRECCIÓN:	CL 16 16 02 URB MO NORTE CATINI	CIUDAD: CARTAGENA	
E-MAIL:		TELÉFONO: 6877661	
ASEGURADO:	CENTRO DE REHABILITACION Y ESTETICA IPS EU	C.C. O NIT: 806015513	6
DIRECCIÓN:	CL 16 16 02 URB MO NORTE CATINI	CIUDAD: CARTAGENA	TEL. 6877661
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	C.C. O NIT: 082740	
DIRECCIÓN:	0	CIUDAD: 0	TEL. 0

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
DESDE DD 30 MM 03 AAAA 2018	HASTA DD 30 MM 03 AAAA 2019	ANTERIOR 150,000,000.00	ESTA MODIFICACIÓN 0.00	NUEVA 150,000,000.00

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%PART	NOMBRE	COMPAÑIA	%	PRIMA	VALOR ASEGURADO	TRM	MONEDA	VALORES
100.00	HBL SEGUROS LTDA					PRIMA	PESOS	0.00
						GAST. EXPED.	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	0.00
						TOTAL		0.00

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
Responsabilidad Civil Profesional Clínicas,	30-03-2018	30-03-2019	150,000,000.00	150,000,000.00	0.00	10.00	3,500,000.00
Predios, Labores y Operaciones - Vigencia	30-03-2018	30-03-2019	60,000,000.00	60,000,000.00	0.00	10.00	1,500,000.00
Predios, Labores y Operaciones - Evento	30-03-2018	30-03-2019	30,000,000.00	30,000,000.00	0.00	10.00	1,500,000.00
Gastos Judiciales de Defensa - Vigencia	30-03-2018	30-03-2019	30,000,000.00	30,000,000.00	0.00	10.00	1,500,000.00
Gastos Judiciales de Defensa - Evento	30-03-2018	30-03-2019	15,000,000.00	15,000,000.00	0.00	10.00	1,500,000.00

OBJETO DE LA MODIFICACION:
DE ACUERDO A SOLICITUD DEL TOMADOR SE INCLUYE ASEGURADO/BENEFICIARIO ADICIONAL.

BENEFICIARIO ADICIONAL: ECOPETROL S.A.

OBJETO DEL SEGURO:
INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES ATRIBUIBLES A CENTRO DE REHABILITACION Y ESTETICA IPS EU COMO CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA DURANTE SU ACTIVIDADES PROFESIONALES COMO INSTITUCION PRESTADORA DE SALUD.

ASEGURADO: LUCY DEL CARMEN ORDOÑEZ MENDOZA (GERENTE), MARGARITA ROSA PEÑA NIÑO (RECEPCIONISTA), SANDRA MILENA MARCHENA ESCORCIA (CONTADOR), ERIKA PAOLA CAICEDO PEÑARANDA (FISIOTERAPEUTA)

ASEGURADO ADICIONAL: ECOPETROL S.A

EXCLUSIONES ADICIONALES A LAS CONTEMPLADAS EN LOS CLAUSULADOS ADJUNTOS

1. Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica con fines diferentes al diagnóstico o a la terapéutica. (Literal E Numeral 2 Exclusiones Condiciones particulares para R.C. Profesional Clínicas)

2. Daños o perjuicios causados como consecuencia del ejercicio de una profesión médica y/o tratamientos con fines de embellecimiento.

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 CONSIDERACION 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 PAGINA 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 PROTECCION DE DATOS PERSONALES PUBLICADO EN EL MISMO PORTAL

RES. DIAN NO. 18762004374897 10/08/2017 NUMERACION AUTORIZADA DEL SEG. 000001 AL 100000 NUMERACION HABILITADA DE SEG. 001400 AL 100000 CODIGO ACTIVIDAD 6511

Lucy Ordoñez M.
TOMADOR

(415)7709998911901(8020)

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-18-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - SEGUNDA COPIA - INTERMEDIARIO