CONFIANZA
Swiss Re Corporate Solutions
NIT: 860.070.374-9

RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES MEDICAS

PÓLIZA 06 RM016376
CERTIFICADO 06 RM019638

CÓDIGO REFERENCIA PAGO: 0632019638

SUCURSAL: 06. BARRANQUILLA **USUARIO:** DAVILAJ **TIP CERTIFICADO:** Nuevo **FECHA** DD 10 MM 12 AAAA 2020

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

TOMADOR:	SOLANO DE ALBA DONALDO JOSE	**C.C. O NIT:**	8508858 3
DIRECCIÓN:	CR 79 10 D 95 BRR CASTILLA	**CIUDAD:**	BOGOTA
E-MAIL:	marijo0903@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3340158
ASEGURADO:	SOLANO DE ALBA DONALDO JOSE	**C.C. O NIT:**	8508858 3
DIRECCIÓN:	CR 79 10 D 95 BRR CASTILLA	**CIUDAD:** BOGOTA	**TEL.** 3340158
BENEFICIARIO:	TERCEROS AFECTADOS	**C.C. O NIT:**	082740
DIRECCIÓN:	0	**CIUDAD:** 0	**TEL.** 0

VIGENCIA		VALOR ASEGURADO EN PESOS		
	DD MM AAAA	ANTERIOR	ESTA MODIFICACIÓN	NUEVA
DESDE	09 12 2020			150,000,000.00
HASTA	09 12 2021			

INTERMEDIARIO		COASEGURO				PRIMA		
%	NOMBRE	COMPAÑIA	%			TRM	MONEDA	VALORES
100.00	DIRECTO - SEGUROS CONF					PRIMA	PESOS	153,000.00
						CARGOS DE EMISIÓN	PESOS	0.00
						IVA	PESOS	29,070.00
						TOTAL		**182,070.00**

AMPAROS	VIGENCIA		VALOR ASEGURADO ANTERIOR EN PESOS	VALOR ASEGURADO NUEVO EN PESOS	VALOR PRIMA EN PESOS	DEDUCIBLE	
	Desde	Hasta				%	Mínimo
RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONES M	09-12-2020	09-12-2021	0.00	150,000,000.00	153,000.00	10.00	3,500,000.00
Lucro Cesante - Vigencia	09-12-2020	09-12-2021	0.00	30,000,000.00	0.00	10.00	900,000.00
Lucro Cesante - Evento	09-12-2020	09-12-2021	0.00	30,000,000.00	0.00	10.00	900,000.00
Gastos Judiciales - Vigencia	09-12-2020	09-12-2021	0.00	30,000,000.00	0.00	10.00	900,000.00
Gastos Judiciales - Evento	09-12-2020	09-12-2021	0.00	30,000,000.00	0.00	10.00	900,000.00

OBJETO DEL SEGURO:
INDEMNIZAR LOS PERJUICIOS PATRIMONIALES (DAÑO EMERGENTE LUCRO CESANTE) DERIVADOS DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA EN QUE PUDIERE INCURRIR EL ASEGURADO SOLANO DE ALBA DONALDO JOSE A CONSECUENCIA DE NEGLIGENCIA, IMPRUDENCIA O IMPERICIA EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION MEDICA COMO MEDICO SI EL SINIESTRO REFERENTE INCURRIESE DENTRO DEL PERIODO DE LA VIGENCIA DEL SEGUROS.

SISTEMA BASE DE COBERTURA: OCURRENCIA

LA PRESENTE POLIZA NO SE EXTIENDE A CUBRIR NINGUN TIPO DE LESION, DAÑO, RESPONSABILIDAD, RECLAMACION, PERDIDA, PAGO, COSTO O GASTO DE CUALQUIER TIPO, YA SEA REAL O PRESUNTO, QUE DERIVE DE, SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE, ATRIBUIBLE A, O EN CUALQUIER MODO RELACIONADO CON O EN CONEXION CON: BROTE, EDPIDEMIA, VIRUS, PANDEMIA, Y/O EMERGENCIA PUBLICA DECLARADA; ENFERMEDADES INFECCIOSAS, TRANSMISIBLES Y/O CONTAGIOSAS (SE TRATEN DE MANIFESTACIONES REALES O DE SOSPECHAS)

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.
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 DE SEGURO.
LAS PARTES ACUERDAN QUE EL PAGO SE DEBERA HACERA MAS TARDAR DENTRO DEL MES SIGUIENTE CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE LA INICIACION DE LA VIGENCIA DE LA POLIZA O, SI FUERE EL CASO, DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.
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 ÁRTICULO 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 01042015-1308-P06-SU-OD-09-02-RCME-D00I ADJUNTA.

TOMADOR

(415)7709998911901(8020)0632019638

COMPAÑIA ASEGURADORA DE FIANZAS S.A. FIRMA AUTORIZADA

SU-FO-10-01

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE - ORIGINAL - ASEGURADO

Escaneado con CamScanner