



AraujoAbogados

Señores
JUZGADO CUARTO (4) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ)

E. S. D.

Referencia: Declarativo de Responsabilidad Civil Contractual

Radicado: 11001400300420230025000

Demandante: Yolanda Peláez Parra

Demandado: Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Asunto: Poder Especial.

ALLAN IVÁN GÓMEZ BARRETO mayor y vecino de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.794.741 de Bogotá, actuando en calidad de representante legal de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, de manera atenta manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a **JUAN PABLO ARAÚJO ARIZA** como apoderado principal, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía 15.173.355 de Valledupar, abogado inscrito, portador de la tarjeta profesional No. 143.133 del C.S.J., con correo electrónico registrado jparaujo5@hotmail.com, para que en nombre de la sociedad que represento, actúe, intervenga y lleve hasta su culminación el proceso de la referencia.

En favor de la Doctora **MARTHA CECILIA DE LA ROSA BARBOSA**, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 1.019.066.525 de Bogotá D.C., y portadora de la Tarjeta Profesional No. 322.580 del C.S.J, con correo electrónico martidelarosa24@hotmail.com para que actúe en nombre y representación de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.** en el proceso de la referencia actualmente tramitado ante este Juzgado, y en general para que ejecute todas las actuaciones necesarias para la defensa de los intereses de la Compañía que represento.

Mis apoderados quedan legalmente investidos de las facultades contenidas en el artículo 77 del Código General del Proceso, y especialmente las de notificarse, proponer excepciones, solicitar, aportar y practicar toda clase de pruebas, interponer toda clase de recursos, realizar llamamiento en garantía según corresponda, recibir, desistir, transigir, conciliar, revocar, inclusive de tacha de falsedad o de autenticidad y de todas aquellas facultades que otorga la ley y que sean necesarias e inherentes para el cabal cumplimiento de este mandato.

Atentamente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

ALLAN IVÁN GÓMEZ BARRETO

C. C. No. 79.794.741 de Bogotá

Representante Legal

Aceptamos,

JUAN PABLO ARAUJO ARIZA

CC 15.173.355 de Valledupar

T.P. 143.133 C.S. de la J.

MARTHA CECILIA DE LA ROSA BARBOSA

C.C. 1.019.066.525 de Bogotá D.C

T.P. 322.580 del C.S.J

Carrera 12 numero 90 – 20, oficina 501, Edificio San German PH
Teléfono: (57) 1 – 8050629. Bogotá D.C. - Colombia

REMITO PODER RAD 11001400300420230025000 Yolanda Peláez Parra

NOTIFICACIONES <notificaciones@segurosbolivar.com>

Lun 5/06/2023 8:52 AM

Para:jparaujo5@hotmail.com <jparaujo5@hotmail.com>;martidelarosa24@hotmail.com <martidelarosa24@hotmail.com>

📎 2 archivos adjuntos (341 KB)

01.06.2023 Superfinanciera - Certificado de existencia y representacion legal Compañía de Seguros Bolivar S.A..pdf; PODER YOLANDA PELÁEZ.pdf;

Estimados doctores,

Por medio de la presente nos permitimos remitir poder del asunto de la referencia con el fin de que se adelante las labores de defensa de los intereses de la compañía al interior del mismo.

Cordialmente,

**COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A**

Av El Dorado # 68B - 31 Piso 3

Bogotá, Colombia

www.segurosbolivar.com

AVISO LEGAL: Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Está prohibido sustraer, ocultar, interceptar o impedir que el presente mensaje llegue a su destinatario, so pena de las sanciones penales correspondientes. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. Está prohibida su retención, grabación, utilización, aprovechamiento o divulgación con cualquier propósito. El receptor deberá verificar posibles virus informáticos u otros defectos que tenga el correo o cualquier anexo a él, razón por la cual ninguna de las Compañías integrantes del Grupo Bolívar o sus entidades vinculadas asumen responsabilidad alguna por daños causados por cualquier virus u otro defecto transmitido en este correo. El presente correo electrónico solo refleja la opinión de su remitente y no representa necesariamente la opinión oficial de alguna de las Compañías del Grupo Bolívar o de sus Directivos o de alguna de las entidades vinculadas al Grupo Bolívar.

El correo electrónico bajo el dominio @grupobolivar.com, @segurosbolivar.com y/o @solucionesbolivar.com puede ser usado por funcionarios de Grupo Bolívar S.A., Compañía de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A., Soluciones Bolívar S.A.S. o de otras Compañías integrantes del Grupo Bolívar, así como por funcionarios de otras entidades vinculadas al Grupo Bolívar. La titularidad de la información contenida en este correo corresponderá a la respectiva Compañía o entidad a la que haga referencia el remitente del mensaje.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2459227731905838

Generado el 01 de junio de 2023 a las 16:04:57

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

**RAZÓN SOCIAL: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. TAMBIEN PODRA GIRAR BAJO LA
DENOMINACION "SEGUROS BOLIVAR S.A."**

NIT: 860002503-2

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 3592 del 05 de diciembre de 1939 de la Notaría 4 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

Escritura Pública No 757 del 12 de abril de 2004 de la Notaría 7 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA).

Escritura Pública No 1043 del 15 de mayo de 2007 de la Notaría 7 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). La sociedad tendrá su domicilio principal en Bogotá

Resolución S.F.C. No 2169 del 12 de diciembre de 2007 La Superintendencia Financiera de Colombia aprueba la escisión de Seguros Bolívar S.A., Seguros Comerciales Bolívar S.A. y Capitalizadora Bolívar S.A., se crearán tres nuevas sociedades beneficiarias a saber: INVERSIONES BOLÍVAR S.A., (beneficiaria de Seguros Bolívar S.A.), INVERCOMERCIALES S.A., (beneficiaria de Seguros Comerciales Bolívar S.A.), y INVERCAPI S.A. (beneficiaria de Capitalizadora Bolívar S.A.) protocolizada mediante Escritura Pública 3261 del 19 de diciembre de 2007 Notaria Séptima de Bogotá D.C., aclarada con Escritura Pública 3274 del 20 de diciembre de 2007 Notaria Séptima de Bogotá D.C.

Resolución S.F.C. No 1260 del 24 de septiembre de 2019 ,no objetar la adquisición con fines de absorción (fusión) del 100% de las acciones de Liberty Seguros de Vida S.A. por parte la Compañía de Seguros Bolívar S.A., por las razones expuestas en la parte motiva de la presente resolución, protocolizada mediante Escritura Pública 1855 del 31 de octubre de 2019 Notaria 65 de Bogotá D.C.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 458 del 25 de junio de 1940

REPRESENTACIÓN LEGAL: Presidentes y suplentes. La sociedad tendrá un Presidente que será reemplazado en sus faltas absolutas, temporales o accidentales, por uno de cinco (5) suplentes quienes ejercerán la Representación Legal de la Sociedad. No obstante lo anterior, la Junta Directiva podrá designar Representantes Legales para adelantar funciones judiciales, es decir para actuar ante las Autoridades Jurisdiccionales. Serán elegidos por la Junta Directiva para períodos de un (1) año y podrán ser reelegidos indefinidamente, lo que se entenderá surtido, si la Junta Directiva no manifiesta lo contrario. Así mismo podrán ser revocados en cualquier tiempo, si la Junta directiva así lo determina. Representación legal. La representación legal de la Sociedad, su dirección y administración estará a cargo del Presidente de la Compañía o de sus suplentes cuando hagan sus veces, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo anterior y dentro de las normas de los estatutos y de las que adopte la Asamblea General y la Junta Directiva. No podrán desempeñarse como administradores o directivos quienes tengan la calidad de socios o



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2459227731905838

Generado el 01 de junio de 2023 a las 16:04:57

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

administradores de Sociedades intermediarias de seguros o quienes sean administradores de otra entidad aseguradora que explote los mismos ramos de negocios, así como cualquier otra persona frente a quien se presente inhabilidad o incompatibilidad prevista en la Ley. Funciones del Presidente de la Sociedad, corresponde al Presidente de la Sociedad: a) Representar a la Sociedad como persona jurídica; b) Ejecutar y hacer ejecutar todas las operaciones comprendidas dentro del objeto social, sujetándose a los estatutos, a las resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y a las normas aplicables a la Sociedad; c) Constituir mandatarios y apoderados que obran a sus órdenes y representan a la Sociedad. Adicionalmente, podrán delimitar las funciones de los Representantes Legales de las Sucursales en virtud de lo dispuesto por el Artículo 114 del Código de Comercio, así como las de los Representantes Legales para adelantar funciones judiciales: d) Celebrar o ejecutar todos los actos y contratos comprendidos dentro del objeto social de acuerdo con sus atribuciones legales estatutarias y las que le confieran la Asamblea General y la Junta Directiva; e) Presentar a la Junta Directiva y con más de quince (15) días hábiles por lo menos de anticipación a la próxima reunión ordinaria de la Asamblea General de Accionistas, el balance, las cuentas, el inventario y la liquidación de los negocios, con un proyecto de distribución de utilidades y un informe sobre la marcha de la Compañía; f) Nombrar o remover todos los empleados y funcionarios de la Compañía cuyo nombramiento no corresponda a la Junta Directiva o a la Asamblea General de Accionistas; g) Convocar a la Junta Directiva a sesiones ordinarias y extraordinarias y mantenerla al corriente de los negocios sociales, h) Nombrar árbitros y componedores; i) Presentar a la Junta Directiva la proposición de nombramientos o remoción de gerentes de sucursales; j) Suscribir las actas junto con el Secretario General, en el caso de reuniones no presenciales de Asamblea y Junta Directiva, las cuales deberán elaborarse y asentarse en el libro respectivo, dentro de los treinta días siguientes a aquel en que ocurrió el acuerdo; k) Realizar los esfuerzos conducentes al adecuado desarrollo del objeto social; l) Velar porque se permita la adecuada realización de las funciones encomendadas a la Revisoría Fiscal; m) Guardar y proteger la reserva industrial y comercial de la Sociedad; n) Abstenerse de utilizar indebidamente información privilegiada; o) Dar un trato equitativo a todos los Accionistas y respetar el ejercicio del derecho de inspección de todos ellos; p) Velar por el estricto cumplimiento de las disposiciones legales o estatutarias; q) Abstenerse de participar por si o por interpuesta persona en interés personal o de terceros, en actividades que impliquen competencia con la Sociedad o en actos respecto de los cuales exista conflictos de interés, salvo autorización expresa de la Asamblea General de Accionistas y velar porque no se presenten conflictos de interés en decisiones que tengan que tomar los Accionistas, Directores, Administradores y en general los funcionarios de la Sociedad. En todo caso la autorización de la Asamblea General de Accionistas sólo podrá otorgarse cuando el acto no perjudique los intereses de la Sociedad; r) Ejercer las demás funciones que le asignen o deleguen la Asamblea General de Accionistas o la Junta Directiva. (Escritura Pública 4875 del 2 de diciembre de 2021 Notaria 5a de Bogotá)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Álvaro Alberto Carrillo Buitrago Fecha de inicio del cargo: 01/01/2022	CC - 79459431	Presidente
David Leonardo Otero Bahamon Fecha de inicio del cargo: 13/02/2020	CC - 91514879	Primer Suplente del Presidente
Sandra Isabel Sánchez Suarez Fecha de inicio del cargo: 18/06/2015	CC - 51710260	Segundo Suplente del Presidente
María De Las Mercedes Ibáñez Castillo Fecha de inicio del cargo: 09/08/1994	CC - 39681414	Tercer Suplente del Presidente
Claudia Marcela Sánchez Rubio Fecha de inicio del cargo: 20/02/2020	CC - 65745726	Cuarto Suplente del Presidente
Álvaro José Cobo Quintero Fecha de inicio del cargo: 10/02/2022	CC - 14898861	Quinto Suplente del Presidente
Luz Mila Rondón Torres Fecha de inicio del cargo: 26/10/2022	CC - 52711461	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2459227731905838

Generado el 01 de junio de 2023 a las 16:04:57

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Allan Iván Gómez Barreto Fecha de inicio del cargo: 09/03/2021	CC - 79794741	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Sergio Vladimir Ospina Colmenares Fecha de inicio del cargo: 14/01/2020	CC - 79517528	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Hernando Fabiano Ramírez Rojas Fecha de inicio del cargo: 30/05/2018	CC - 79911703	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Juan Fernando Parra Roldán Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014	CC - 79690071	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Elsa Magdalena Pardo Rey Fecha de inicio del cargo: 30/05/2014	CC - 21068659	Representante Legal para adelantar funciones Exclusivamente Judiciales
Daniel Alberto Tocarruncho Mantilla Fecha de inicio del cargo: 30/05/2018	CC - 7173298	Representante Legal para Efectos Exclusivamente Judiciales

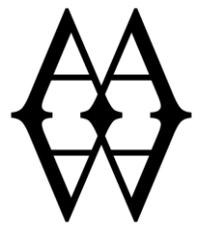
RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 accidentes personales, colectivo de vida, vida grupo, educativo, pensiones, salud, vida individual
 Resolución S.B. No 1006 del 30 de mayo de 1994 seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia
 Resolución S.B. No 1174 del 17 de junio de 1994 seguro de pensiones ley 100
 Resolución S.B. No 2511 del 18 de noviembre de 1994 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).
 Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 el ramo de pensiones de jubilación se comercializará bajo el nombre de pensiones voluntarias (Formalizar por Resolución S.B. Nro. 128 del 16/02/2004).
 Resolución S.F.C. No 1417 del 24 de agosto de 2011 se revoca la autorización concedida a Compañía de Seguros Bolívar S.A., para operar los ramos de Colectivo de vida y Educativo
 Resolución S.F.C. No 0828 del 04 de agosto de 2021 autoriza la cesión de todos los contratos de seguros del ramo de vida individual de la cedente HDI SEGUROS DE VIDA S.A., a la cesionaria SEGUROS BOLÍVAR S.A. en las condiciones informadas y por las razones expuestas en la parte motiva de esta Resolución.

Natalia Guerrero Ramírez

**NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARÍA GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."





AraujoAbogados

Señor

JUZGADO CUARTO (4°) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.

Correo electrónico: cmpl04bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.

S.

D.

<i>Referencia:</i>	<i>Verbal.</i>
<i>Demandante:</i>	<i>Yolanda Peláez Parra.</i>
<i>Demandado:</i>	<i>Compañía de Seguros Bolívar S.A.</i>
<i>Radicado:</i>	<i>110014003004-2023-00250-00.</i>

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

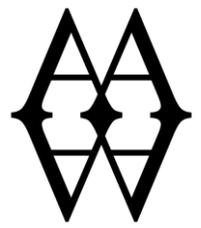
JUAN PABLO ARAUJO ARIZA, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía número 15.173.355 expedida en Valledupar, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional número 143.133 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi condición de apoderado de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** (en adelante "**BOLÍVAR**"), dentro del proceso de la referencia, de acuerdo con el poder que obra en el expediente, dentro del término legal procedo a **contestar la demanda** presentada por la señora YOLANDA PELÁEZ PARRA, contra mi representada, en los siguientes términos:

I. IDENTIFICACIÓN DE LA PARTE QUE REPRESENTO.

Mi representada, **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, identificada con NIT. 860.002.503-2, es una sociedad comercial anónima de carácter privado, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia. Esta sociedad es representada legalmente por el Dr. ALLÁN IVÁN GÓMEZ BARRETO y recibe notificaciones en la Avenida El Dorado No.68 B- 31, de la ciudad de Bogotá D.C. y en el correo electrónico notificaciones@segurosbolivar.com

II. OPORTUNIDAD DE LA CONTESTACIÓN

Ponemos de presente que mi representada conforme lo establece el artículo 8 de la ley 2213 de 2022, recibió mensaje de datos el día 24 de mayo de 2023 a las 17:05 pm, esto es, pasadas las cinco de la tarde o fuera del horario laboral, tal y como se observa:



Araujo*Abogados*

----- Forwarded message -----

De: Juan David Aristizábal López <juanaristizabal88@hotmail.com>

Date: mié, 24 may 2023 a las 17:05

Subject: NOTIFICACIÓN AUTO ADMISORIO DEMANDA. RAD. 11001400300420230025000

To: notificaciones@segurosbolivar.com <notificaciones@segurosbolivar.com>

NOTIFICACIÓN PERSONAL

Fecha: Manizales, 24 de mayo de 2023
Señor: REP. LEGAL COMPAÑÍA DE SEGUROS
BOLIVAR S.A.
Ciudad: BOGOTA D.C.

En ese sentido, la notificación se hizo efectiva el 25 de mayo de 2023, por tanto, la notificación se entendió realizada una vez transcurrieron 2 días del envío del mensaje de datos (26 y 29 de mayo de 2023) y el término de 20 días empezó a contabilizarse el 30 de mayo de 2023, transcurriendo a la fecha de radicación de esta contestación 18 días del término otorgado, por lo cual nos encontramos dentro de la oportunidad legal para contestar la demanda.

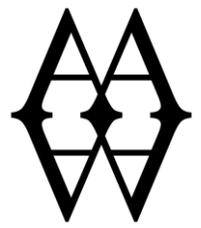
III. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

A continuación, me pronuncio sobre los hechos expuestos en la demanda, en el orden allí consignado:

Al marcado como 1.: El hecho es impreciso porque no indica quién celebró el supuesto contrato de seguro con mi representada. En consecuencia, resulta imposible decir si es cierto o no, toda vez que es posible que el 1 de octubre de 2014 SEGUROS BOLIVAR haya celebrado muchos contratos de seguro.

Al marcado como 2.: **No es cierto como se plantea y se aclara** que el número de la Póliza Colectiva de Vida Grupo es 2660000759801 y el certificado individual por el cual se amparó a la demandante es la póliza No. 2660300052001.

Sin embargo, desde ya debo resaltar que, en la declaración de asegurabilidad, la señora YOLANDA PELÁEZ, suministró información que no se ajustaba a la realidad, al negar que tenía padecimientos de salud de su pleno conocimiento. En consecuencia, en este caso se configuró el fenómeno de la reticencia y, por lo tanto, se ha configurado la nulidad relativa del contrato de seguro, como se explicará en detalle más adelante.



Al marcado como 3.: Es cierto lo indicado en este numeral, sin embargo, me atengo al contenido literal de la póliza No. 2660000759801.

Desde ya se aclara que tanto la declaración de asegurabilidad, como el condicionado particular y general, hacen parte de la póliza de seguro contratada. No obstante, es importante destacar que no se ha configurado el siniestro ni hay cobertura, porque la acción instaurada se encuentra prescrita y porque la parte actora no ha demostrado que cumpla con las condiciones particulares y generales suscritas en el contrato de seguro, toda vez que fue reticente e inexacta al momento de declarar su verdadero estado de salud.

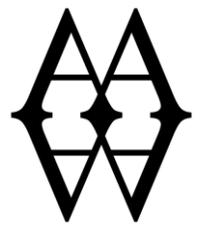
Al marcado como 4.: No me consta lo señalado en este numeral, en la medida en que, como apoderado de SEGUROS BOLÍVAR, soy totalmente ajeno al mismo. En consecuencia, me atengo a lo que resulte demostrado en el proceso.

Al marcado como 5.: No me consta lo señalado en este numeral, en la medida en que se trata de asuntos propios de la esfera personal de la demandante, ajenos a SEGUROS BOLÍVAR. En consecuencia, me atengo a lo que resulte demostrado en el proceso.

Al marcado como 6.: El hecho se compone de varias afirmaciones, frente a las cuales me pronunciaré así:

- **No me consta** si en la fecha indicada la señora PELAEZ fue incapacitada, en la medida en que se trata de asuntos propios de la esfera personal de la demandante, ajenos a SEGUROS BOLÍVAR. En consecuencia, me atengo a lo que resulte demostrado en el proceso.
- **No me constan** los motivos y valoraciones tenidas en cuenta por la entidad mencionada en el presente hecho para dictaminar a la demandante con una pérdida de capacidad laboral, toda vez que no fue SEGUROS BOLIVAR quien emitió dicha calificación.

En todo caso, téngase por confesado, en primer lugar, que la incapacidad alegada se dio el 31 de enero de 2018, y en segundo lugar, el dictamen fue proferido el 10 de abril de 2019, situaciones por las que se pretende afectar la póliza colectiva vida grupo y que configuran la prescripción.



Al mercado como 7.: No me constan las enfermedades, ni los estudios médicos tenidos en cuenta para dictaminar la disminución de capacidad laboral de la demandante, en la medida en que se trata de asuntos propios de la esfera personal de la actora, ajenos a SEGUROS BOLÍVAR. En consecuencia, me atengo a lo que resulte demostrado en el proceso.

Al mercado como 8.: No es cierto como se plantea y se aclara que el contrato de seguro suscrito no se limita únicamente a los amparos y coberturas mencionadas.

Se reitera que tanto la declaración de asegurabilidad, como el condicionado particular y general, hacen parte de la póliza de seguro contratada y en cuanto a los amparos y coberturas se encuentran mencionadas en la carátula de la póliza y corresponden a las siguientes:

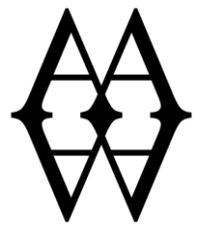
AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA BASICA	\$ 30,000,000	\$ 188,640
DOBLE IND X MUERTE ACCIDE	\$ 30,000,000	\$ 31,320
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA	\$ 30,000,000	\$ 62,640
ENFERMEDADES GRAVES	\$ 15,000,000	\$ 18,360
ULTIMOS GASTOS	\$ 3,000,000	\$ 0
BONO CANASTA	\$ 1,475,434	\$ 0
RENTA DIARIA POR HOSPITAL	\$ 30,000	\$ 27,000
RD INCAPACIDAD POST HOSP	\$ 15,000	\$ 10,800

No obstante, es importante destacar que no se ha configurado el siniestro ni hay cobertura, porque la acción instaurada se encuentra prescrita y porque la parte actora no ha demostrado que cumpla con las condiciones particulares y generales suscritas en el contrato de seguro, toda vez que fue reticente e inexacta al momento de declarar su verdadero estado de salud.

Al mercado como 9.: No es cierto como se plantea y se aclara que si bien la demandante cumplió con el pago de lo prima. Lo cierto es que el contrato de seguro vinculado al presente proceso, se encuentra cancelado desde el 1 de febrero de 2020.

Al mercado como 10.: No es un hecho, es una apreciación subjetiva de la parte actora que corresponde a las pretensiones declarativas de la demanda, en cuanto al presunto derecho que le asiste a la asegurada de acceder a la cobertura del amparo de incapacidad total y permanente, y renta diaria por incapacidades post hospitalarias. Siendo lo anterior, objeto de debate probatorio.



No obstante, se hace evidente que, en los términos de la póliza expedida por mi representada, no se configuró el siniestro ni hay lugar a cobertura porque la parte actora no ha demostrado que cumple con ninguno de los requisitos señalados en la definición de los amparos. Lo anterior, hace concluir forzosamente que no hay lugar al pago de la indemnización pretendida por el accionante, como se explicó en las comunicaciones remitidas por parte de mi representada.

Al mercado como 11.: Es cierto que la demandante presentó solicitud de afectación del contrato de seguro ante mi representada el 6 de mayo de 2019 como lo manifiesta en este hecho.

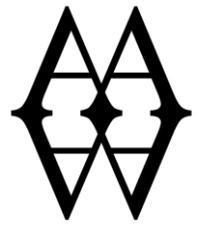
Tengas por confesado que desde el 6 de mayo de 2019 ya se había generado la incapacidad y la demandante tenía absoluto conocimiento que iba a reclamar los amparos de Incapacidad Total y Permanente y la Renta diaria por incapacidad, que pretende en el presente proceso.

Al mercado como 12.: No es cierto como se plantea y se aclara: El oficio por el cual mi representada objetó la solicitud de indemnización es el GO-SV-7852303, emitido el 17 de junio de 2019, y no aquel indicado en el presente hecho.

Adicionalmente, la decisión de SEGUROS BOLIVAR de no pagar el valor asegurado reclamado fue seria y fundada a través de las comunicaciones del 17 de junio de 2019 y 10 de julio de 2018, porque en este caso se configuró el fenómeno de la reticencia y, por tanto, el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa.

Al mercado como 13.: No es cierto. Mi representada no se encuentra en mora porque se reitera que en los términos de la póliza expedida por mi representada, no se configuró el siniestro ni hay lugar a cobertura porque la parte actora no ha demostrado que cumple con ninguno de los requisitos señalados en la definición de los amparos. Lo anterior, hace concluir forzosamente que no hay lugar al pago de la indemnización pretendida por el accionante, como se explicó en las comunicaciones remitidas por parte de mi representada.

Al mercado como 14.: No es cierto. Mi representada no ha generado ningún “perjuicio moratorio” porque se reitera que en los términos de la póliza expedida por mi representada, no se configuró el siniestro ni hay lugar a cobertura porque la parte actora



no ha demostrado que cumple con ninguno de los requisitos señalados en la definición de los amparos. Lo anterior, hace concluir forzosamente que no hay lugar al pago de la indemnización pretendida por el accionante, como se explicó en las comunicaciones remitidas por parte de mi representada.

Al marcado como 15.: No es un hecho, tal y como lo indica la parte actora, se trata de un requisito de procedibilidad para incoar la acción impetrada.

IV. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a que se declare civil y contractualmente responsable a mi representada porque no ha incurrido en el presunto incumplimiento del contrato de seguro No. 2660000759801, por el contrario, las razones tenidas en cuenta al momento de objetar la reclamación presentada por la demandante, se soportan en el contrato mismo y en la ley.

Adicionalmente, me opongo a que se condene a mi representada en la cuantía de \$30.000.000 y \$ 1.875.000, porque no se ha configurado el siniestro a la luz de la póliza No. 2660000759801, motivo por el cual, no existe obligación legal para que se haga efectivo el pago del amparo de incapacidad total y permanente, ni renta diaria por incapacidad post hospitalaria, en favor de la demandante.

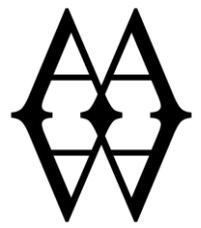
En la medida que no existe responsabilidad en cabeza de mi representada, en ese sentido, no resulta procedente pagar los intereses moratorios de una obligación que no nació.

En consecuencia, solicito que se condene en costas a la parte demandante,

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO

1. Prescripción extintiva de las acciones derivadas del contrato de seguro.

Antes de entrar a revisar el fondo del caso, deberá reconocerse desde ya que frente a la demanda se configuró el fenómeno extintivo de la prescripción, en los términos



establecidos en el artículo 1081 del Código de Comercio, haciéndose necesario que el Despacho dicte sentencia anticipada, como pasa a explicarse.

Inicialmente, conviene recordar la norma citada, que dispone literalmente lo siguiente:

“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

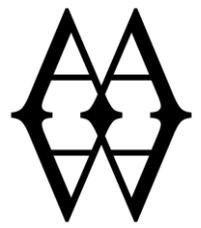
La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Resaltado propio).

Teniendo en cuenta lo establecido en la norma citada, deberá reconocerse que cualquier derecho que hubiera podido surgir a favor de la demandante (que, como se explicará más adelante, no ocurrió) ya se habría extinguido por razón de la prescripción. Esto es así porque la fecha de la presunta incapacidad total y permanente o de la presunta invalidez, habría tenido lugar o se estructuró el **28 de diciembre de 2017**, como se confiesa en el hecho SEXTO (6°) de la subsanación de la demanda, razón por la cual la acción contra mi representante debía presentarse a más tardar el 28 de diciembre de 2019, esto es 2 años después de configurado el hecho que da base a la acción. Sin embargo, esta demanda no fue presentada sino hasta el 24 de marzo de 2023, es decir, **3 años y 3 meses después de configurada la prescripción** aproximadamente.

De hecho, si se quiere contabilizar el término de prescripción desde el momento en que la demandante formula la reclamación a mi representada, siendo esto el 6 de mayo de 2019, tal y como se indica en el hecho DÉCIMO PRIMERO (11°), inexorablemente se llega a la misma conclusión, la acción contra mi representante debía presentarse a más tardar el 6 de mayo de 2021, sin embargo, la demanda no fue presentada sino hasta el 24 de marzo de 2023, es decir, **1 año, 10 meses y 18 días después de configurada la prescripción.**



En consecuencia, no existe ninguna duda frente al momento en el que la asegurada conoció el hecho que da base a la acción que dio inicio al presente proceso.

Con fundamento en lo anterior, solicito al Despacho que profiera sentencia anticipada, declarando como probada la excepción de prescripción extintiva, en los términos señalados por el artículo 278 del Código General del Proceso, que dispone lo siguiente:

“ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS. *Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias. (...)*

En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:

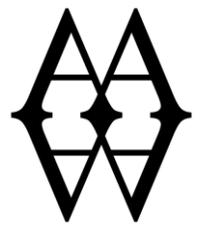
- a. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.*
- b. Cuando no hubiere pruebas por practicar.*
- c. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa.” (Se resalta)*

Por todo lo expuesto, solicito respetuosamente que se declare probada la excepción de prescripción extintiva y, de considerarlo procedente, se dicte sentencia anticipada liberando a SEGUROS BOLIVAR de toda responsabilidad.

2. Ausencia de acreditación de la ocurrencia del siniestro.

El artículo 1077 del Código de Comercio establece que le “...corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso”.

El amparo de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE que se pretende afectar en la presente controversia, es definido de la siguiente manera en el contrato de seguro:



PRIMERA. – DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁ COMO

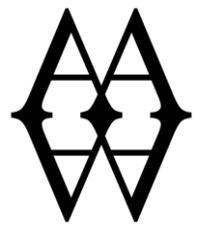
TAL LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO,

NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERÍODO CONTINUO DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS DE INCAPACIDAD.

Vistas las condiciones de la póliza, podemos indicar que los requisitos que se deben acreditar por la Asegurado para poder afectar el amparo son:

- La incapacidad total y permanente debe ocasionarse y manifestarse en el asegurado durante la vigencia de la póliza.
- La pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie.
- La incapacidad total y permanente debe existir por un periodo continuo mínimo de 150 días.
- La incapacidad no pudo haber sido provocada por el asegurado.

Contrastando los requisitos de la norma en comento y lo aportado por el asegurado en su solicitud de pago, debemos indicar que no se ha acreditado debidamente la ocurrencia del siniestro, por las siguientes razones:



- La declaración de asegurabilidad tal y como se suscribió por la asegurado, impidió que mi representada conociera su verdadero estado de salud y el momento real en que se habían ocasionado y empezado a manifestarse los padecimientos que aquejaban a la señora YOLANDA PELAEZ.
- Las lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que presuntamente padece la señora PELAEZ, no refieren a la pérdida de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie.

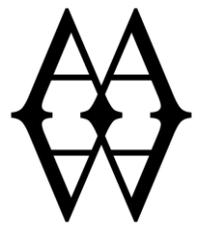
Así las cosas, la señora YOLANDA PELAEZ no ha acreditado la ocurrencia del siniestro según lo acordado y establecido en las condiciones particulares y generales del contrato de seguro suscrito con mi representada.

3. Nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia.

De conformidad con lo establecido en el artículo 282 del Código General del Proceso, el cual advierte en su inciso primero que “*en cualquier tipo de proceso, cuando el Juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda*”, esta Defensa se permite presentar la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro, generada por la RETICENCIA y/o falta al deber de informar a la aseguradora sobre preexistencias médicas, en la que incurrió la demandante al momento de suscribir la póliza de Seguro Colectivo de Vida Grupo.

El Código de Comercio regula expresamente la obligación de declarar el estado del riesgo de forma honesta y exacta al momento de tomar el seguro, en los siguientes términos:

*ARTÍCULO 1058. <DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA>. **El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.***



Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente". (subrayado propio)

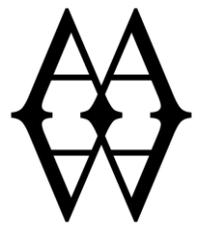
Aunado a lo anterior, el Código de Comercio en su artículo 1158 indica que la no práctica de exámenes médicos no excluye al asegurado de su deber de declarar sinceramente el estado de riesgo. Este artículo dispone lo siguiente:

"ARTÍCULO 1158. <PRESCINDENCIA DE EXAMEN MEDICO Y DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO>. Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar". (se resalta).

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar.

Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que trasladan a las aseguradoras, y en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informar claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

*"Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se***



trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia¹. (Subrayado fuera del texto original)

No puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la señora PELAEZ PARRA, conociendo a profundidad sus padecimientos, no informó sobre estos ni los declaró en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno.

La Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

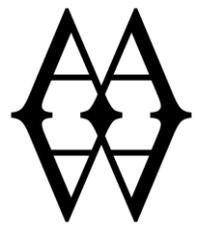
“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.

Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.

En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro. (Subrayado fuera del texto original)

Es claro que la Corte Constitucional, en su sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que dicha omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última

¹ BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.



se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas.

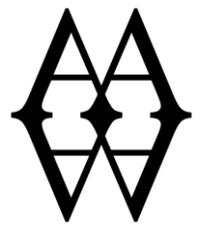
En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.

*Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro** o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora”. (Subrayado fuera del texto original)*

No obstante, y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del Código de Comercio. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador**, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced***



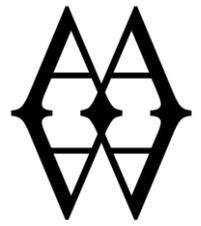
de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**” (subrayado propio).

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte, involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicentes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Teniendo en cuenta estas consideraciones normativas², es necesario revisar el aspecto factico de la demanda que ocupa la atención del despacho en esta oportunidad.

² Al respecto, el doctor Hernán Fabio López Blanco ha explicado en torno al fenómeno de la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia e inexactitud: “1.1 Deber de evitar reticencias: Dentro del desarrollo del contrato de seguro tiene destacada importancia



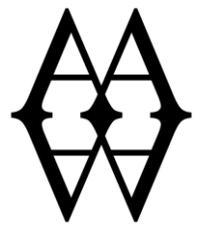
En este caso, la señora PELAEZ PARRA no informó a la aseguradora su real estado de salud en el momento que contrató la póliza que se pretende afectar.

Es importante recordar que tanto las condiciones particulares del Seguro Colectivo de Vida Grupo, como el Código de Comercio en el Artículo 1058, consagran el deber del asegurado de declarar fielmente el estado del riesgo.

En el caso bajo estudio, la señora PELAEZ PARRA en la declaración de asegurabilidad afirmó que no padecía ninguna enfermedad, como se puede observar:

Adicionalmente, en la misma solicitud de certificado individual, la señora PELAEZ PARRA declaró que toda la información relacionada con su estado de salud actual y pasado, se ajusta a la verdad, como se observa a continuación:

el adecuado cumplimiento de este deber [el de evitar reticencias] porque, siendo el seguro un contrato de ubérrima buena fe resulta una exigencia perentoria, dentro de la conducta del tomador, la declaración sincera de todas las circunstancias que determinen el estado del riesgo (...). Reticencia u ocultamiento de hechos, inexactitud o presentación no concordante con la realidad de aquellos, tienen idénticos efectos: anular el contrato de seguro."



Sin embargo, conforme con la historia clínica de la demandante, se establece que para el 28 de junio de 2013 la señora PELAEZ PARRA fue diagnosticada con enfermedad diverticular del colon, así mismo desde antes del 29 de enero de 2016 padecía de deformidad del 5° dedo del pie derecho y hallux valgus, incluso, para el 16 de enero de 2013, contaba con el diagnóstico de divertículos vesicales. Además, desde el 25 de agosto de 2016 los médicos tratantes advirtieron a la señora YOLANDA que padecía de deformidad severa de artejos de pie derecho. Por último, antes del 9 de marzo de 2016, la demandante ya padecía de lesión del nervio ciático derecho.

Los antecedentes médicos descritos fueron previos a la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad (20 de septiembre de 2017), no obstante, la demandante omitió informar sobre dichos padecimientos a SEGUROS BOLIVAR al momento de la celebración del contrato de seguro.

Por lo anterior, la demandante contaba con unos diagnósticos de su pleno conocimiento, y omitió informarlos a mi representada, pese a que se le puso de presente la relación de enfermedades en la declaración de seguro de la póliza, situación que impidió a SEGUROS BOLIVAR conocer la situación real del riesgo que asumiría.

Así mismo, procedo a citar los apartes respectivos de la historia clínica de la señora YOLANDA PELAEZ, en la cual se evidencian los siguientes diagnósticos:

LAFARMACIA
Farmacia

HISTORIA CLINICA

PACIENTE: YOLANDA PELAEZ RAMA	IDENTIFICACION: CC 28109616	NO. SISTEMA - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 28/12/1962	EDAD: 53 años	SEXO: F
TIPO AFILIADO: OMI	ESTADO CIVIL: Soltera	
DIRECCION: CCL 13 N 7 00 CASA 13 PENSAMIENTO	RESALDA/PRESA	TELEFONO: 3104516433
OCCUPACION: PROPIETARIA DE LA FARMACIA SEGUROS BOLIVAR		
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE	PARENTESCO	TEL. FONO
NOMBRE ACOMPAÑANTE	PARENTESCO	TEL. FONO
FECHA INGRESO: 13/1/2016 - 15:12:49	FECHA EGRESO: 13/1/2016 - 15:42:05	CAMA
DEPARTAMENTO: 843007 - CONSULTA EXTERNA - OMI B	SERVICIO: AMBULATORIO	
PLANTA: COSMETOLOGÍA RESALDA/INAGNOLOGIA (U. PEREIRA)		
FORMA DE REGISTRO: RESALDA		Fecha Ingreso: 13/01/2016 - 17:47:41

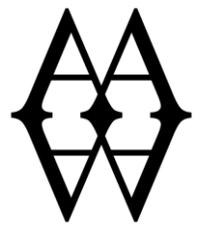
FECHA	NOTAS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
15/01/2016	Edvardo Valero - EDUARDO VALERO MOTIVO DE CONSULTA: Dolor en el dedo derecho. ENFERMEDAD ACTUAL: Dolor en el dedo derecho. Dolor en el dedo derecho. Dolor en el dedo derecho.

ORIGEN DE LA ATENCION	Enfermedad general

EXAMEN FÍSICO		
PROFESIONAL	ESTADO	FECHA 2016-01-13
SETHA	ANORMAL	ORGANIZACIONES
OsteoMuscular		pie derecho deformidad en 5to dedo pie derecho

FINALIDAD DE LA ATENCION			
No aplica			

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ADMISION			
CDIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	RESERVACION
R02.1	HALLUX VALGUS (ADQUIRIDO)		
R02.6	DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DE LOS DEDOS DEL PIE, NO ESPECIFICADAS		



EPICRISIS

PACIENTE: YOLANDA PELAEZ PARRA	IDENTIFICACION: CC 25159626	HG: 25159626 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 28/12/1962	EDAD: 50 años	SEXO: F
TIPO AFILIADO: Otrs	ESTADO CIVIL: Soltero(a)	
RESIDENCIA: CLL 13 N 7 00 CASA 13 MONSERIATE	RISARALDA-PEREBRA	TELÉFONO: 3104516413
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TELÉFONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELÉFONO:
FECHA INGRESO: 28/6/2013 - 09:38:13	FECHA EGRESO: 28/6/2013 - 09:38:21	CAMA: 1004-B
DEPARTAMENTO: 040207 - CONSULTA EXTERNA - CMS PEREIRA	SERVICIO: AMBULATORIO	
CLIENTE: COSMET LTDA CORPORACION DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES THEM Y CALTA	PLAN: COSMET RISARALDA-HOSPITALIZACION-35(LI-PEREBRA)	

DATOS DEL INGRESO

- MOTIVO CONSULTA
REMISIDA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL SANTA ROSA DE CABAL.
- ESTADO GENERAL Y ENFERMEDAD ACTUAL ACTUAL
PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 4 SEM DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DEPOSICIONES MLEMICAS, PALIDEZ CUTANEA, ASTENIA Y JOINTALGIA DOLOR EPISODIICO OCASIONAL, ES REMISIDA PARAMANABO EN TERCER NIVEL.
- ANTECEDENTES PERSONALES
- EXAMEN FISICO
NEUROLOGICO: NORMAL
NEFROLOGICO CENTRAL Y PERIFERICO: NORMAL
ORGANOS DE LOS SENTIDOS: NORMAL
CARDIOVASCULAR: NORMAL
RESPIRATORIO: NORMAL
GASTROINTESTINAL: NORMAL
GENITOURINARIO: NORMAL
OSTEOMUSCULAR: NORMAL
SISTEMA NERVIOSO: NORMAL
PIEL: NORMAL
SISTEMA ENDOCRINO: NORMAL
GENERAL: NORMAL
CABEDA Y CUELLO: NORMAL
CARDIOPULMONAR: NORMAL
MAMAS: NORMAL
ABDOMEN: ANORMAL
GENITOURINARIO: NORMAL
EXTREMIDADES: NORMAL
PEL Y UÑAS: NORMAL
HALLAZGOS: PACIENTE EN APARENTE BUEN ESTADO GENERAL, PALIDEZ MUCOCUTANEA, MUCOSAS HUMIDAS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NORMALES O VESICULARES, CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS NI NODULOS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES NORMALES, NEUROLOGICO SIN DEFICIT.
- APORTES DIAGNOSTICOS
ENTROSCOPIA O ENDOSCOPIA DE INTESTINO DELGADO (GRUPOS DE DUODENO, COLONOSCOPIA TOTAL, TIEMPO DE PROTROMBINA [PT], TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (PTT), HEMODRAMA (H) (HEMOGRAMA) (HEMOGRAMA, HEMATOCRITO, RECUBRIMIENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCODRAMA, RECUBRIMIENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA METODO AUTOMATICO, HEMOGLOBINACION GRUPO ABO Y FACTOR RH, CREATININA EN SUEÑO, OXENIA U OTROS, INTROSPIRO UREICO (IURU), URIDRINALES CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA, ANTICUERPOS ANTICOLICIALES, DETECTOR INMUNO O RAE CON CULABAS I Y B, D.L. I Y B, EN TURBO, PRUEBA DE COMPATIBILIDAD, CRUZADA MAYOR EN TUBO, RASTREO DE HEMOLESIAS Y AGLUTININAS, PRUEBA DE COMPATIBILIDAD, CRUZADA MENOR
- DIAGNOSTICOS DE INGRESO
CODIGO DIAGNOSTICO TIPO DIAGNOSTICO PRIORITY
K52.2 HEMORRAGA GASTROINTESTINAL, NO ESPECIFICADA INFUSION DIAGNOSTICA 3

DATOS DE LA EVOLUCION

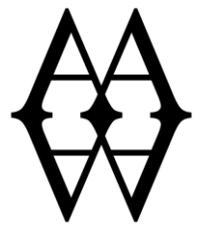
- DATOS DE LA EVOLUCION
ANALISIS JUSTIFICACION: PACIENTE EN SITUACION DE SANGRADO DE VASO DIGESTIVO ALTA, CON ANEMIA SEVERA SE DECIDE TRANSFUSION DE CONCENTRADO GLOBULAR, SE SOLICITA HEMOGLOBINACION Y PRUEBAS CRUZADAS.
INTER. APORTO DIAGNOSTICO: HEMOGRAMA LEU HEM S.E, HCTO 18.32, PLAQ 216, NEU 89%, LIN 2%, AMEBIA SEVERA, INR 0.72 NORMAL, CREAT 3.3, BUN 21 NORMALES
ANALISIS JUSTIFICACION: PFE CON SANGRE ANEMICO SECUNDARIO SIN SIGNOS DE BAJO GASTO EN ESPERA DE EVDA + TRANSFUSION



HISTORIA CLINICA

PACIENTE: YOLANDA PELAEZ PARRA	IDENTIFICACION: CC 25159626	HG: 25159626 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 28/12/1962	EDAD: 50 años	SEXO: F
TIPO AFILIADO: Otrs	ESTADO CIVIL: Soltero(a)	
RESIDENCIA: CLL 13 N 7 00 CASA 13 MONSERIATE	RISARALDA-PEREBRA	TELÉFONO: 3104516413
OCCUPACION: PROFESORES DE LA ENSEÑANZA SECUNDARIA		
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TELÉFONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELÉFONO:
FECHA INGRESO: 28/6/2013 - 09:04:09	FECHA EGRESO: 28/6/2013 - 09:38:21	CAMA:
DEPARTAMENTO: 040207 - CONSULTA EXTERNA - CMS PEREIRA	SERVICIO: AMBULATORIO	
PLAN: CONSULTA AMBULATORIA NAGISTERIO RISARALDA(U.PEREIRA)		
wprim@w: WILSON LEAL - wilson.leal		
Fecha Ingreso/Mo: 2013/06/13 - 17:50:34		

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
09:32	carlos.beserra - CARLOS ALBERTO BICERRA ARIAS
2013-06-28	MOTIVO DE CONSULTA: remiso
	ENFERMEDAD ACTUAL: paciente con historia de de sangrado digestivo- le hacen endoscopia que no muestra anomalías y le hacen colonoscopia que muestra enfermedad diverticular del colon



COSMITET **HISTORIA CLINICA**

PACIENTE: YOLANDA PELAEZ PARRA	IDENTIFICACION: CC 25159626	HC: 25159626 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 28/12/1962	EDAD: 52 Años	SEXO: F
RESIDENCIA: CLL 13 11 58 SANTA ROSA	VALLE DEL CAUCA-CALI	TIPO AFILIADO: Cotizante
OCCUPACION: MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA		TELEFONO: 3104516413
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 24/2/2015 - 13:47:15	FECHA EGRESO: 24/2/2015 - 13:58:53	CAMA:
DEPARTAMENTO: 182801 - CONSULTA EXTERNA - PEREIRA	SERVICIO: AMBULATORIO	
PLAN: REGION 4 MAGISTERIO		

Impreso: WILSON ARBEY LEAL - wilson.leal Fecha Impresión: 2018/03 - 11:09

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2015-02-14	<p>57-88 hernan guerrero - HERNAN GUERRERO</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA: VALORACION UROLOGIA</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL: en una paciente de 52 años con historia de colitis crónica y diverticulosis vesical, hoy informo que desde el inicio de la patología uraria con dolor en abdomen inferior tiene estrategias para lograr un control de los síntomas, y se plantea el presente de realizar un estudio importante.</p>

COSMITET **HISTORIA CLINICA**

PACIENTE: YOLANDA PELAEZ PARRA	IDENTIFICACION: CC 25159626	HC: 25159626 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 28/12/1962	EDAD: 52 Años	SEXO: F
RESIDENCIA: CLL 13 11 58 SANTA ROSA	VALLE DEL CAUCA-CALI	TIPO AFILIADO: Cotizante
OCCUPACION: MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA		TELEFONO: 3104516413
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 24/2/2015 - 13:47:15	FECHA EGRESO: 24/2/2015 - 13:58:53	CAMA:
DEPARTAMENTO: 182801 - CONSULTA EXTERNA - PEREIRA	SERVICIO: AMBULATORIO	
PLAN: REGION 4 MAGISTERIO		

Impreso: WILSON ARBEY LEAL - wilson.leal Fecha Impresión: 2018/03 - 14:46:12

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2015-02-24	<p>13-56 hernan guerrero - HERNAN GUERRERO</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA: VALORACION UROLOGIA</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON VESIGA HIPOCONTRACTIL EN MANEJO CON CATERETERISMO VESICAL, ASISTE A CONTROL CON REPORTE DE CISTOSCOPIA QUE REPORTA VESIGA CON DIVERTICULOS DOS CARA LATERAL DERECHA UNO DE GRAN TAMAÑO EN PISO DE VESIGA CON SEDIMENTO, VESIGA NEUROGENICA, CAPACIDAD VESICAL 700 CC, NO LESIONES EN TODO EL CONTORNO BYACULACION CLARA POR MEATOS N. 2. SE INDICO CATERETERISMO VESICAL 4 VECES DIARIAMENTE. REFERIR SOLO REALIZA CATERETERISMO VESICAL UNA VEZ DIARIAMENTE. SE EXPLICA PATOLOGIA A LA PACIENTE Y NECESIDAD DE REALIZAR CATERETERISMO VESICAL 4 VECES AL DIA 55 VALORACION POR MEDICINA LABORAL 55 CONTROL UROLOGIA EN 3 MESES</p>

COSMITET **HISTORIA CLINICA**

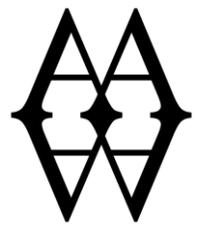
PACIENTE: YOLANDA PELAEZ PARRA	IDENTIFICACION: CC 25159626	HC: 25159626 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 28/12/1962	EDAD: 53 Años	SEXO: F
RESIDENCIA: CLL 13 11 58 SANTA ROSA	VALLE DEL CAUCA-CALI	TIPO AFILIADO: Cotizante
OCCUPACION: MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA		TELEFONO: 3104516413
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 9/3/2016 - 09:59:23	FECHA EGRESO: 9/3/2016 - 10:43:53	CAMA:
DEPARTAMENTO: 182801 - CONSULTA EXTERNA - PEREIRA	SERVICIO: AMBULATORIO	
PLAN: REGION 4 MAGISTERIO		

Impreso: WILSON ARBEY LEAL - wilson.leal Fecha Impresión: 2018/03 - 14:40:08

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2016-03-09	<p>10-29 maria mojica - MARIA ISABEL MOJICA DELGADO</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA: TENGO ANTECEDENTES DE OPERACION DEL 2004</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL: CX DE VESIGA POR DIVERTICULOS PERO HUBO SANGRADO Y LESION D EL CIATICO DERECHO DURANTE AÑO Y MEDIO EN TRATAMIENTO CON OTRA MEDICA FISIATRA NO TOMA NINGUN MEDICAMENTO, CONSULTA POR DEDOS DE PIE DERECHO TORCIDOS Y PERDIDA DE FUERZA DE PIERNA</p>

EXAMEN FISICO		
PROFESIONAL: MARIA ISABEL MOJICA DELGADO	FECHA: 2016-03-09	
SISTEMA	ESTADO	OBSERVACIONES
OsteoMuscular (8)	ANORMAL	AMBULATORIA SIN AYUDAS, CON DEDOS EN GARRA TURGENCIA DE FASCIA PLANTAR, ANAS DE TOBILLO NO LLEGA NEUTRO, RETRACCIONES DE ISQUIERSURALES Y AQUILES BIATERIALES PERDIDA DE LA MASA MUSCULAR EN TODA LA PIERNA

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION
G379	LESION DEL NERVO CIATICO		
R522	OTRO DOLOR CRONICO		



UNIVERSITARIO LEON			
PACIENTE: YOLANDA PELAEZ PARRA	IDENTIFICACION: CC 25159626	HC: 25159626 - CC	
FECHA DE NACIMIENTO: 28/12/1962	EDAD: 53 Años	SEXO: F	TIPO AFILIADO: Beneficiario
RESIDENCIA: CLL 13 11 58 SANTA ROSA	VALLE DEL CAUCA-CALI	TELEFONO: 3104516413	
OCCUPACION: MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA			
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:	
NOMBRE ACOMPAÑANTE: LUIS GUILLERMO LONCOSO	PARENTESCO: Conyugue	TELEFONO: 3117002096	
FECHA INGRESO: 25/8/2016 - 11:22:00	FECHA EGRESO: 25/8/2016 - 21:51:23	CAMA:	
DEPARTAMENTO: 090605 - CIRUGIA - REY DAVID	SERVICIO: CIRUGIA		
PLAN: REGION 4 MAGISTERIO			
Impreso: WILSON ARIBEY LEAL - wilson.leal		Fecha Impresión: 2016/03 - 14:38:54	

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
16-01-2013	Jaramirez - JORGE ARMANDO RAMIREZ FERRO
28-06-2013	MOTIVO DE CONSULTA : PLAN QUIRURGICO
29-01-2016	ENFERMEDAD ACTUAL : DEFORMIDAD SEVERA ARTEJOS MENORES PIE DERECHO
09-03-2016	
25-08-2016	

Puede verse claramente en la historia clínica que desde antes de que la señora PELAEZ se vinculara a la póliza, ella ya padecía de varias patologías como:

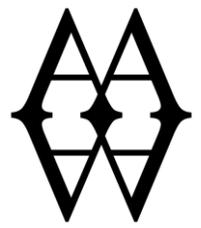
- 16 de enero de 2013 diagnóstico: divertículos vesicales.
- 28 de junio de 2013 diagnóstico: enfermedad diverticular del colon.
- 29 de enero de 2016 diagnóstico: deformidad del 5° dedo del pie derecho y hallux valgus.
- 9 de marzo de 2016 diagnóstico: lesión del nervio ciático derecho.
- 25 de agosto de 2016 diagnóstico: deformidad severa de artejos de pie derecho.

Lo visto en precedente y como quedará probado en el proceso, nos permite concluir que la señora YOLANDA PELAEZ fue reticente, al no informarle a SEGUROS BOLIVAR que desde antes de suscribir la declaración de asegurabilidad padecía serias patologías, de las cuales tenía pleno conocimiento tal como se refleja en la historia clínica y que, en virtud de ellas, había consultado a profesionales de la salud.

Es importante poner de presente que algunas de las enfermedades que no fueron declaradas fueron las que generaron la supuesta incapacidad total y permanente que se alega. En otras palabras, en este caso existe nexo causal entre los padecimientos no declarados u ocultados al momento de la celebración del contrato de seguro y la causa del supuesto siniestro.

Si mi representada hubiera tenido conocimiento de dichas patologías, hubiera rechazado el riesgo, tal y como se indica en el concepto de calificación médica, emitido por el Doctor FABIAN ARIAS, que se adjunta como prueba con la presente contestación.

Específicamente la señora YOLANDA PELAEZ fue reticente por las siguientes razones:



- Cuando diligenció la declaración de asegurabilidad electrónica No. 29724762291, se le preguntó si un médico le había diagnosticado alguna enfermedad diferente a las relacionadas en preguntas anteriormente o si había tenido fracturas. La respuesta de la asegurada fue: NO.
- En la misma declaración de asegurabilidad se le preguntó si tenía secuelas de algún accidente o enfermedad y la respuesta de la señora YOLANDA PELAEZ PARRA fue la misma, es decir, NO.
- No obstante lo manifestado en la declaración de asegurabilidad, en la historia clínica, se indica que la señora PELAEZ PARRA padecía desde antes del 16 de enero de 2013 de divertículos vesicales, desde el 28 de junio de 2013 fue diagnosticada con la enfermedad diverticular del colon, para el 29 de enero de 2016 su diagnóstico fue deformidad del 5° dedo del pie derecho y hallux valgus, además el 9 de marzo de 2016 fue diagnosticada con lesión del nervio ciático derecho y el 25 de agosto de 2016 con deformidad severa de artejos de pie derecho.

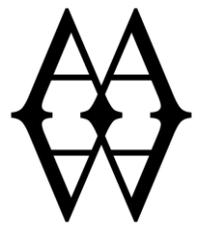
En síntesis, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio, el cual consagra la nulidad del contrato como consecuencia de la reticencia del asegurado.

El contrato de seguros en el que funge como asegurada la señora YOLANDA PELAEZ está viciado de nulidad, debido a que ella omitió informar todas sus patologías previas durante la etapa precontractual a la inclusión en la póliza.

Esto, irrevocablemente, conduce a que no sea procedente ni la reclamación formulada ni las pretensiones consignadas en su escrito de demanda en contra de SEGUROS BOLIVAR

En consecuencia, se hace imperativo que se libere a mi representada de toda responsabilidad y por ende la pretensión invocada por la parte actora está llamada a fracasar.

4. Violación del principio de Buena Fe que rige el contrato de seguro.



La buena fe según el Doctrinante Felipe Vallejo “es un principio general incorporado al derecho privado y considerado de orden público. Se halla implícito en todos los negocios jurídicos, cualquier que sea su naturaleza. En materia contractual, consiste en actuar ambas partes (acreedor y deudor) en forma honesta y diligente –en todo momento-. La honestidad simple no es suficiente para ser considerado de buena fe.”³

El artículo 83 de la Constitución Política establece que “las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas”. Esa presunción, por estar consagrada en la Carta Política, aplica para todas las leyes y todos los contratos que se expidan o se celebren en el país.

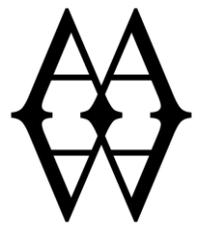
El principio de buena fe no sólo está consagrado en la Constitución, sino también en otras normas como el Código Civil y el de Comercio, que lo han establecido y desarrollado. Por ejemplo, el artículo 871 del Código de Comercio indica que “los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe (...)”.

En el contrato de seguro la aplicación del principio de buena fe es fundamental e incluso adquiere una mayor importancia que en otros negocios jurídicos precisamente por la naturaleza y las características de la actividad aseguradora. Esa connotación especial y preponderante es explicada por la Corte Constitucional de la siguiente manera:

“En consecuencia, como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe.

Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa, ni más ni menos, sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. Joaquín Garrigues expresa que la exigencia de la ubérrima buena fe obedece el hecho de que “el seguro es un contrato celebrado en masa, en el que se ofrecen las características propias de un contrato de adhesión”, agregando que “la exigencia de la buena fe lleva en el contrato de seguro a consecuencias extremas, desconocidas en los demás contratos. En tal sentido se dice que el seguro es uberrimae fidei contractus. Esta nota peculiar se manifiesta no sólo en la ejecución del contrato (...), sino en el momento anterior al contrato.

³ VALLEJO Felipe. El concepto de la buena fe en los contratos. Estudio de derecho civil, Obligaciones y contratos. Libro homenaje a Fernando Hinestrosa. Universidad Externado de Colombia. Primera Edición. Octubre de 2003.



Esto es justamente lo típico del seguro. Ya hemos dicho que la entidad aseguradora debe escrupulosamente cumplir con el principio de la buena fe, pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante del seguro (tomador) en el momento en que éste todavía no lo es. Se trata de un deber precontractual a cargo del tomador del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos, cuyas circunstancias el asegurador va a asumir. (...)" (Joaquín Garrigues, ob. cit. págs. 256 y 257)."⁴

La ubérrima buena fe en el contrato de seguro se protege a través de normas como el artículo 1058 del Código de Comercio, y cuando se es reticente y no se declara sinceramente el estado real del riesgo, como lo fue la señora YOLANDA PELAEZ, se presenta una violación de éste.

Es importante poner de presente que con el diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad, precisamente se le informa a SEGUROS BOLIVAR sobre el estado del riesgo, para que con ello se pueda tomar una decisión libre sobre si se contratan o no los amparos destinados a proteger la vida de la señora PELAEZ.

Adicionalmente, cuando se conoce realmente el estado del riesgo, se establece una prima acorde con este. No obstante, esta posibilidad le fue negada a mi representada porque el asegurado no declaró sinceramente el estado del riesgo y con esto generó una violación al principio de buena fe.

Se resalta que la inexactitud en la declaración de asegurabilidad de los hechos que rodean el riesgo o el ocultamiento de algunos de ellos, vician el consentimiento de la aseguradora, pues esta entraría a asumir en realidad un riesgo diferente al que se ha manifestado por el asegurado.

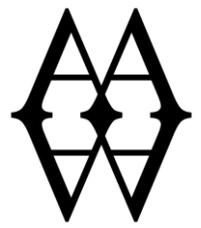
Finalmente, llama la atención que la demandante a pesar de que conocía que padecía varias enfermedades y a pesar de que se le preguntó por su estado de salud de manera expresa, no dijo la verdad y no informó sobre su estado real de salud.

Es por eso que la nulidad relativa, como consecuencia jurídica por no declarar sinceramente el estado del riesgo, surge precisamente porque genera una violación al principio de buena fe.

5. El contrato es ley para las partes

El artículo 1602 consagra el principio de *lex contractus, pacta sunt servanda*, según el cual los contratos son ley para las partes. La norma expresamente indica que "*todo contrato legalmente celebrado es una ley para los contratantes, y no puede ser invalidado sino por su consentimiento mutuo o por causas legales*".

⁴ Ibidem. Corte Constitucional. Sentencia C -232 de 1997.



Esta norma constituye el fundamento legal del postulado de la autonomía de la voluntad privada, según el cual, las partes de manera voluntaria y consensuada tienen la libertad de regular sus relaciones jurídicas, en la medida que no vulneren o desconozcan normas de orden público.

El doctrinante Guillermo Ospina Fernández ha analizado el mencionado principio y ha sostenido:

En primer lugar, el Código reconoce que la iniciativa y el esfuerzo privados, mientras obren con el debido respeto al derecho ajeno y al interés general, representan decisiva contribución al progreso y al bienestar de la sociedad. Por ello pone especial cuidado en garantizar la mayor libertad posible en las transacciones entre particulares y, en general, en todos sus actos jurídicos de contenido económico, cuyo vigor normativo está ampliamente consagrado en el artículo 1602 antes transcrito. Los particulares, libremente y según su mejor conveniencia, son los llamados a determinar el contenido, el alcance, las condiciones y modalidades de sus actos jurídicos. Solo que como aquello, al proceder a hacerlo, cumplen una función que el legislador les ha delegado, deben observar los requisitos exigidos por este y que –como lo veremos después- obedecen a razones tocantes con la protección de los propios agentes, de los terceros y del interés general de la sociedad.⁵

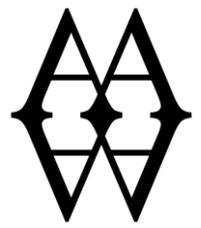
La Corte Constitucional, en Sentencia C – 341 de 3 de mayo de 2003, definió el alcance que tiene el principio de la autonomía de la voluntad, cuando sostuvo:

Dentro de este cuadro, la autonomía permite a los particulares: i) celebrar contratos o no celebrarlos, en principio en virtud del solo consentimiento, y, por tanto, sin formalidades, pues éstas reducen el ejercicio de la voluntad; ii) determinar con amplia libertad el contenido de sus obligaciones y de los derechos correlativos, con el límite del orden público, entendido de manera general como la seguridad, la salubridad y la moralidad públicas, y de las buenas costumbres; iii) crear relaciones obligatorias entre sí, las cuales en principio no producen efectos jurídicos respecto de otras personas, que no son partes del contrato, por no haber prestado su consentimiento, lo cual corresponde al llamado efecto relativo de aquel.⁶

En el caso en cuestión, las partes acordaron, en virtud del principio de la autonomía de la voluntad, las condiciones contractuales que tienen que ser respetadas, porque el acuerdo de voluntades, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1602 del Código Civil, es ley para las mismas.

⁵ OSPINA FERNANDEZ Guillermo, OSPINA ACOSTA Eduardo. Teoría General del contrato y del negocio jurídico. Sexta Edición. Editorial Temis.

⁶ Corte Constitucional. Sentencia C – 341 de 3 de mayo de 2003.



Sobre las condiciones generales que consagran las coberturas y las exclusiones la Sala de Casación de la Corte Suprema de Justicia, en sentencia CSJ SC, 2 may. 2000, Rad. 6291, explicó:

Las condiciones generales de contratación, denominadas comúnmente condiciones o cláusulas generales del negocio o del contrato, son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de éste negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanen.

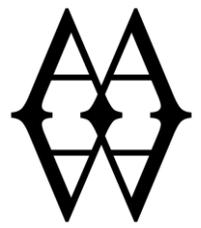
De otro lado, las condiciones particulares del contrato de seguro se elaboran de manera individual y específica para cada contrato y de manera conjunta entre el asegurador y el tomador y reflejan asimismo, pero en forma específica para el negocio acordado, la voluntad de los contratantes.

En el caso en cuestión, las partes acordaron los amparos, las coberturas, las exclusiones, la vigencia, las formas de terminación del seguro y dentro de las condiciones generales se pactó la nulidad relativa del contrato de seguro como consecuencia de incurrir en reticencia o inexactitud al momento de declarar el verdadero estado de salud de la señora YOLANDA PELAEZ.

En ese orden de ideas, se solicita que en virtud de lo dispuesto en el artículo 1602 del Código Civil, norma que consagra el principio de *lex contractus, pacta sunt servanda*, se aplique y se respete lo acordado en el contrato de seguro legalmente celebrado por las partes.

6. Sujeción al contrato de seguro celebrado

Subsidiariamente y en caso de que prosperen las pretensiones de la demanda, tal relación deberá resolverse dentro de los parámetros establecidos en el contrato de seguro Colectivo de Vida Grupo, Póliza No. 2660000759801, en la cual se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza, y por las condiciones generales contenidas en la forma No. 09/02/2015-1407-A-34-GR-0000000000108.



Es de resaltar que la cobertura del seguro de Vida Grupo está sujeta al cumplimiento de condiciones legales, entre las que cabe destacar que una vez ocurrido el siniestro debe estar previsto dentro de las coberturas pactadas por las partes, contenidas en los documentos contractuales de acuerdo con los amparos y exclusiones que se pactaron en el momento de suscribir el contrato de seguro.

Valdrá la pena traer a colación el artículo 1079 del Código de Comercio, el cual reza:

“el asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074.”

En ese orden de ideas, solicito, que en el hipotético caso en el que se le otorgue razón a las pretensiones del demandante, se tenga presente el límite del valor asegurado establecido en el contrato de seguro No. 2660000759801, el cual fue debidamente pactado, de manera libre y concertada entre las partes, esto, en ejercicio del principio de la autonomía de la voluntad privada.

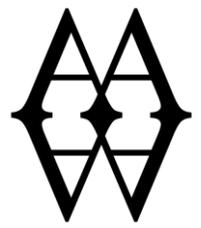
La responsabilidad de indemnización por parte de mi representada no podrá exceder el valor límite señalado del valor asegurado por el amparo de Incapacidad Total y Permanente y, renta diaria incapacidad post hospitalaria.

7. Excepción genérica

Por este medio, solicito al Despacho que declare la procedencia de cualquier otra excepción que quede demostrada durante el transcurso del proceso y con base en las pruebas que dentro de él se practiquen.

VI. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO REALIZADO POR LA PARTE DEMANDANTE.

El artículo 206 del Código General del Proceso establece que “quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos.”(subrayado propio)



Es claro que para que el juramento estimatorio surta los efectos probatorios establecidos en la ley, es necesario que el demandante estime **razonadamente** el valor de la indemnización y discrimine cada uno de los conceptos.

En torno a este tópico, el reconocido Profesor Hernán Fabio López se ha manifestado en los siguientes términos:

“La finalidad de esta disposición es la de disciplinar a los abogados, quienes con frecuencia en sus demandas no vacilan en solicitar de manera precipitada y muchas veces irresponsable, especialmente cuando de indemnización de perjuicios se trata, sumas exageradas, sin base real alguna, que aspiran a demostrar dentro del proceso, pero sin que previamente, como es su deber, traten sobre bases probatorias previas serias frente al concreto caso, de ubicarlas en su real dimensión económica, de ahí que en veces, no pocas, de manera aventurada lanzan cifras estrambóticas a sabiendas que están permitidos los fallos mínima petita; en otras ocasiones se limitan a dar una suma básica o ‘lo que se pruebe’, fórmula con la cual eluden los efectos de aplicación de la regla de la congruencia.

A esa práctica le viene a poner fin esta disposición, porque es deber perentorio en las pretensiones de la demanda por algunos de los rubros citados, señalar razonablemente el monto al cual considera asciende el perjuicio reclamado, lo que conlleva la necesidad de estudiar responsablemente y de manera previa a la elaboración de la demanda, las bases económicas del daño sufrido, de manera tal que si la estimación resulta abiertamente exagerada, que para la norma lo viene a constituir un exceso de más del 50%, se impone la multa equivalente al diez por ciento de la diferencia (...).”⁷

El mismo doctrinante también indica:

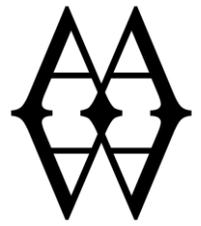
“...Significa lo anterior que para realizar un adecuado juramento estimatorio, es necesario especificar lo que se pretende por daño emergente, por lucro cesante, por frutos, por mejoras, en fin por el concepto al que se aspira a una indemnización y no está permitido señalar en forma general que se estiman los “perjuicios materiales” en equis suma.

Es de advertir que únicamente se pueden estimar perjuicios provenientes del “reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras” y no otra clase de pretensiones, como, por ejemplo, pagos de cláusulas penales, perjuicios extrapatrimoniales, multas o sumas adeudadas, que no provengan de los conceptos antes expresados.”^[2]

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que el juramento debe estar justificado y debidamente discriminado, tal y como establece el Doctrinante Nattan Nisimblat:

“Es menester aclarar en este punto que tanto el juramento como la objeción deben ser manifestaciones discriminadas de los conceptos que se estiman o se objetan, pues clara es la norma, y claro su thelos, en prevenir a los litigantes para que se abstengan de formular pretensiones in genere, aún cuando se trate de sumas

⁷ López Blanco Hernán Fabio, 2016, pp. 510-511



*determinadas, luego no se deberán aceptar pretensiones indemnizatorias o alegaciones de mejoras, de pago de frutos o compensaciones que **no estén debidamente justificadas y discriminadas, como tampoco se admitirá la objeción que no determine con precisión y claridad en qué se fundamenta**, pues, como se indicó, serán ineficaces de pleno derecho todas las expresiones que pretendan desvirtuar o dejar sin efecto la condición de suma máxima pretendida en relación con la suma indicada en el juramento, (...)⁸*

En este caso, los perjuicios alegados por la parte demandante en el juramento estimatorio no se encuentran probados, teniendo en cuenta que la señora YOLANDA PELAEZ no ha acreditado la ocurrencia del siniestro según lo acordado y establecido en las condiciones particulares del contrato de seguro suscrito con mi representada.

Llama la atención, que en el acápite del juramento estimatorio de la demanda evidenciamos que en éste se menciona el daño moral, aun cuando el mismo artículo 206 del Código General del Proceso establece “...*El juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños extrapatrimoniales.*”

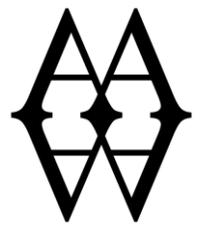
Dicha situación no puede ser acogida por este Tribunal porque viola lo estrictamente contemplado en la norma citada, en la medida en que los perjuicios inmateriales no son susceptibles de cuantificación por juramento estimatorio.

En tal sentido objeto el juramento estimatorio que se hace en la demanda por valor de **SESENTA Y NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS OCHO DE PESOS (\$69.896. 208.00)**, cifra a la que me opongo toda vez que repercute inexorablemente, en la ausencia de eficacia probatoria del juramento prestado por la parte demandante, debido a que, se insiste, su cuantificación no se encuentra edificada en la “razonabilidad” o fondo, de la tasación realizada y solicito que se le imponga a la parte demandante las sanciones consagradas en el Artículo 206 del Código General del Proceso.

VII. FUNDAMENTOS LEGALES

- Los ya mencionados en el cuerpo de la contestación, especialmente en las excepciones.

⁸ DERECHO PROBATORIO, Principios y Medios de Prueba en Particular Actualizado con la Ley 1395 de 2010 y la ley 1437 de 2011.



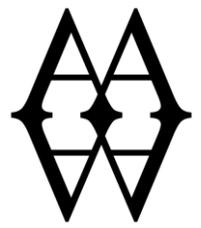
- Libro IV Título V del Código de Comercio en cuanto al Contrato de Seguro, artículo 1602 del código civil, el contrato es ley para las partes.
- Ley 1564 del 2012 CGP.
- Decreto 806 de 2020.

VIII. PRUEBAS

Para la defensa de los intereses de mi mandante y para el éxito de las excepciones propuestas, comedidamente solicito se decreten las siguientes pruebas:

Documentales

1. Declaración de asegurabilidad de la póliza No. 2660000759801, suscrita por la señora YOLANDA PELAEZ.
2. Declaración de asegurabilidad electrónica No. 29724762291 de la póliza No. 2660000759801, suscrita por la señora YOLANDA PELAEZ.
3. Certificado individual del seguro colectivo de vida Grupo póliza No. 2660000759801.
4. Condiciones generales del seguro colectivo de vida Grupo aplicables a la póliza No. 2660000759801.
5. Concepto medico emitido por el Dr. FABIAN ARIAS.
6. Apartes de la Historia clínica, a pesar de que se aclara que muchas páginas se encuentran completamente ilegibles.
7. Objeción del 17 de junio de 2019 emitida por mi representada.
8. Objeción del 10 de julio de 2018 emitida por mi representada.



Interrogatorio de parte

1. Pido respetuosamente que se fije fecha y hora para recibir la declaración de la señora YOLANDA PELAEZ PARRA, a efectos de que absuelva el interrogatorio que, vía oral o escrita, me permitiré formularle, en relación con los hechos, pretensiones y excepciones materia del proceso.

Declaración de parte

1. Solicito respetuosamente que se fije fecha y hora para recibir la declaración del señor ALLÁN IVÁN GÓMEZ BARRETO, representante legal de SEGUROS BOLIVAR o quien haga sus veces, a efectos de que absuelva el interrogatorio que, vía oral o escrita, me permitiré formularle, en relación con los hechos, pretensiones y excepciones materia del proceso.

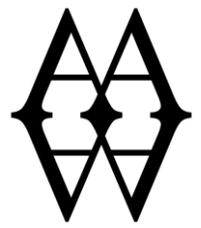
Testimonio:

1. Solicito respetuosamente que se fije fecha y hora para recibir el testimonio del Doctor CAMILO ANDRES MENDEZ CRUZ, médico experto de la Gerencia de Beneficios en Salud de Seguros Bolívar, que apoya al área de indemnizaciones de la misma compañía y quien podrá explicar por qué la Señora YOLANDA PELAEZ PARRA, fue reticente al momento de celebrar el contrato de seguros.

Con este testimonio se busca demostrar que efectivamente la Señora PELAEZ PARRA fue reticente e inexacta al momento de diligenciar y suscribir la declaración de asegurabilidad. Adicionalmente, el Dr. MENDEZ, explicará las enfermedades que padecía la demandante desde antes de que se celebrara el contrato de seguro.

El Dr. CAMILO MENDEZ podrá ser ubicado en la Avenida El Dorado No. 68B – 31, Piso 10, de la ciudad de Bogotá D.C.

Exhibición de documentos:



1. Solicito respetuosamente que se le ordene a la demandante señora YOLANDA PELAEZ PARRA exhibir la historia clínica en su integridad, desde al año 2010 hasta el año 2020, documento que se encuentra en su poder.

La exhibición se solicita con fundamento en el artículo 265 y siguientes del Código General del Proceso y se hace con el fin de probar las causas de los diagnósticos que fundamenta la reticencia y inexactitud del asegurado y el momento preciso en que se originaron.

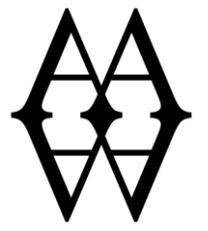
Adicionalmente, con la información solicitada se pretende demostrar que no existe cobertura en este caso porque no se cumplen los requisitos definidos en el amparo que se pretende afectar.

La historia clínica cuya exhibición se solicita es el documento idóneo para determinar cuándo se diagnosticaron por primera vez las patologías de la señora YOLANDA PELAEZ PARRA.

La exhibición de los documentos solicitados es fundamental para demostrar que la demandante fue reticente al momento de la declaración del contrato de seguro y en consecuencia, éste se encuentra viciado de nulidad relativa.

IX. NOTIFICACIONES

1. La parte demandante recibirá notificaciones en la dirección indicada en la indicada en la demanda.
2. Mi representada, COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., recibirá notificaciones en la Avenida El Dorado No.68 B- 31, de la ciudad de Bogotá D.C. y en el correo electrónico notificaciones@segurosbolivar.com
3. Por mi parte recibiré notificaciones en carrera 12 No. 90 - 20, oficina 501, de la ciudad de Bogotá D.C., y a los correos electrónicos jparaujo5@hotmail.com y jaraujo@araujoabogados.co



AraujoAbogados

Así las cosas, solicito comedidamente al Despacho se adelante respecto de esta contestación el trámite de Ley.

Del señor Juez, respetuosamente,

JUAN PABLO ARAUJO ARIZA
CC. 15.173.355 de Valledupar
TP. 143.133 del C. S de la J.

Tomador
Asegurado **Fecha de diligenciamiento**

D 20 M 09 A 2017

LAMO: VIDA SALUD AUTOMÓVIL HOGAR VIDA GRUPO

Yo, Yolanda Pezeta Parra, identificado(a) con C.C. No. 25159626 de Perú, ante COMPANIAS SEGUROS BOLIVAR S.A., SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A. Y CAPITALIZADORA BOLIVAR S.A., denominadas en adelante "LAS COMPANIAS ASISTENCIA BOLIVAR S.A.", denominada en adelante "ASISTENCIA", cuya actividad busca solucionar las emergencias y siniestros que puedan afectar a : antes incluidos los de LAS COMPANIAS, manifiesto que:

cepto que la póliza a la que se refiere este documento puede ser emitida o quedar en estado pendiente de aprobación y que por lo tanto no comprometo a LAS COMPANIAS a asumir ningún tipo de indemnización en caso de que por cualquier circunstancia se llegara a presentar un siniestro mientras la póliza se encuentre pendiente de aprobación. Igualmente, acepto que el contrato de seguro sólo quedará en firme hasta tanto se haya efectuado la debida valoración del riesgo objeto de asegurar en este contrato, cuando a ello hubiere lugar, y éste haya sido aceptado por LAS COMPANIAS.

Declaro que la información suministrada por mí vía telefónica o a través del formulario electrónico de Conocimiento del Cliente y la consignada en la declaración de veracidad electrónica # 2972476229 que he diligenciado, es totalmente verdadera, exacta y completa en todas sus partes en la forma que aparece escrita y forma parte integral del contrato de seguro. Conozco fe que estos documentos servirán como base para el análisis, aceptación del riesgo, posterior emisión del seguro cuando haya valoración del riesgo y en el momento de una indemnización, por lo tanto, entiendo que la falta de veracidad y exactitud, omisión o falsedad de la información suministrada y consignada en estos documentos, tendrá las consecuencias estipuladas por la ley y será causal de nulidad del contrato de seguro. Además, autorizo a LAS COMPANIAS para reproducirla y hacerla valer ante cualquier autoridad donde resulte pertinente.

AUTORIZACIÓN PARA EXÁMENES MÉDICOS E HISTORIA CLÍNICA: Autorizo expresamente a Compañía de Seguros Bolívar S.A. para efectos de la aceptación del riesgo, emisión del seguro o definición de una indemnización, a realizarme los exámenes médicos que considere pertinentes, así como para tener acceso a la historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos ante cualquier EPS o cualquier otra persona que me haya atendido. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en el artículo 95 del Código Civil.

DECLARACIÓN DE VERACIDAD, ORIGEN DE RECURSOS, LICITUD DE ACTIVIDADES Y REPORTE DE INFORMACIÓN A AUTORIDADES: Con el fin de evitar que la vinculación tenga por objeto dar apariencia de legalidad a activos provenientes de actividades delictivas o canalizar recursos vinculados con el lavado de activos LA y financiación de actividades terroristas FT, declaro y manifiesto que:

La información por mí suministrada es exacta, completa y verídica. Su falsedad, omisión o error, tendrá las consecuencias previstas en la Ley. Mi actividad económica y mi profesión son lícitas, las ejerzo dentro de los marcos legales y los dineros con los que adquirí los bienes relacionados en el contrato de seguro y los fondos utilizados para pagar la prima o cuota del contrato de seguro o de capitalización, provienen de la actividad Descente

He sido informado sobre el acuerdo de intercambio de información tributaria, Ley 1666 de 2013 (también conocida como Ley de Cumplimiento Fiscal de Cuentas Extranjeras -FATCA-). Entiendo que en cumplimiento de ésta, y de darse los requisitos previstos en la ley, se reportará mi información financiera y transaccional a la autoridad competente, al Gobierno de los EE.UU. y al Departamento de Servicios de Rentas Internas de Estados Unidos (IRS). Así mismo, entiendo que la información financiera y transaccional podrá ser reportada, suministrada o compartida de conformidad con lo que señalen los tratados internacionales en los cuales la República de Colombia sea parte.

Entiendo que LAS COMPANIAS están en la obligación legal de medir, gestionar y monitorear el riesgo de LAV/FT, y por ello podrán conocer, solicitar, recaudar de los canales de información y confirmar la veracidad de la información por mí suministrada, sus soportes y la que repose en centrales de riesgo.

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN: Me comprometo a actualizar como mínimo una vez al año la información personal a LAS COMPANIAS y a ASISTENCIA, además de los canales previstos por éstas, o cada vez que ocurran cambios en mis datos de contacto o en otra información relevante. Autorizo para que la actualización se haga respecto de una de estas entidades, sea conocida y utilizada por las tres restantes.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO PRIMA DEL SEGURO (Débito o cargo automático, aplica para vida, salud, autos y hogar)
Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y/o Seguros Comerciales Bolívar S.A. para descontar de la cuenta bancaria: Corriente Ahorros Tarjeta de crédito número _____ del banco _____ a mi nombre, los pagos que por concepto de primas se generen. En caso de mora o falta de pago de la prima por fondos o cupos insuficientes, entiendo que se producirá la terminación automática del contrato de seguro.

AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO CUOTA DE AHORRO (Únicamente por Débito automático, aplica para vida y capitalización)
Autorizo a Compañía de Seguros Bolívar S.A. y/o Capitalizadora Bolívar S.A. descontar de la cuenta bancaria: Corriente Ahorros número _____ del banco _____ a mi nombre, los pagos por concepto de cuotas de ahorro.

Al momento del pago de la prima se realice con cargo a mi tarjeta de crédito, acepto la financiación derivada del pago de acuerdo a las condiciones propias de mi entidad financiera, al igual que las fechas de corte propias que ella maneja. Así mismo, autorizo para que mi entidad financiera, a su discrecionalidad, en caso de cambio de emisión de tarjeta o actualización de fecha de vencimiento, suministre la nueva información a la compañía aseguradora o capitalizadora, entendiéndolo que esto de ninguna manera me exime ni reemplaza mi deber de informar oportunamente a la compañía de dichos cambios.

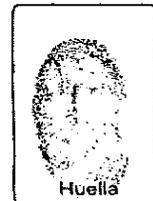
Declaro que he sido informado sobre las condiciones del seguro tales como coberturas, exclusiones, valores asegurados, garantías entre otras, y he comprendido la información del seguro que me ha sido suministrada, se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas.

Entiendo y acepto que el presente formulario incluye la huella dactilar y la firma, que son datos sensibles, siendo indispensables para poder formalizar la vinculación con LAS COMPANIAS y con ASISTENCIA. Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente firmo las presentes DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES el día 20 de Septiembre del año 2017.

Yolanda Pezeta Parra
Nombre del cliente

25159626
C.C./NIT

[Firma]
Firma del cliente



AUTORIZACIONES PARA CONSULTA A CENTRALES DE RIESGO Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES.

A) AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPORTE A CENTRALES DE RIESGO Y VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN FINANCIERA (LEY 1266 DE 2008): Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y/o a quien en el futuro ostente la calidad de acreedor(es) de la(s) obligación(es) por mi contraída(s) con aquellas, para que consulten el portafolio de importación comercial, crediticio, financiero y de servicios en los Operadores de Información o ante cualquier otra persona o entidad que maneje o administre bases de datos de manera legítima, y corroboren la información suministrada por mí, para los siguientes fines: 1.1. Como elemento de análisis para celebrar o mantener el contrato. 1.2. Monitorear el grado de endeudamiento y/o incumplimiento de mis obligaciones. 1.3. Para hacer estudios de mercado o investigaciones comerciales o estadísticas. 1.4. Realizar la gestión de cobranza, lo cual incluye la contratación de terceros que se encarguen de ello, incluida la actualización de datos de contacto. 1.5. Monitorear y desarrollar herramientas que prevengan el fraude. B). Para reportar ante los Operadores de Información, el nacimiento, modificación, ejecución, cumplimiento y/o incumplimiento, cesión y extinción de las obligaciones dinerarias contraídas con LAS COMPAÑÍAS.

) AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES (LEY 1581 DE 2012): Autorizo a LAS COMPAÑÍAS y a ASISTENCIA para que traten los datos que he incluido en el presente formulario, y aquellos que sean suministrados a través de los canales de atención físicos, telefónicos y virtuales puestos a disposición al hacer uso de los productos y/o recibir los servicios correspondientes, para las siguientes finalidades: 2.1. Desarrollar las actividades propias de los contratos celebrados, entre ellas el envío de información relevante para su desarrollo. 2.2 Medir el nivel de satisfacción respecto del(los) producto(s) y/o servicio(s) suscrito(s). 2.3. Realizar campañas comerciales y actividades de mercadeo. 2.4. Realizar contactos tendientes a la realización de investigaciones de mercados. 2.5. Contactar, enviar y/o suministrar información sobre el lanzamiento de sus productos, eventos, novedades, promociones, y publicidad mediante el uso de e-mail, correo postal, teléfono, celular, fax, mensajes cortos de texto (SMS), mensajes de multimedia (MMS), redes sociales o medios similares. 2.6. Realizar análisis de gustos, preferencias y hábitos, buscando desarrollar y mejorar productos y servicios que se ajusten a mis necesidades, así como enriquecer mi experiencia con el producto. 2.7 Autorización de reactivación: Para tratar mi información personal, una vez se haya(n) terminado el(los) contrato(s) suscrito(s) con ellas, con el fin específico de informarme sobre productos y/o servicios que me puedan interesar y que permitan reactivar mi vínculo comercial con las mismas. En el evento en que se reactive mi vinculación comercial, autorizo para que mi información siga siendo tratada para todas las finalidades previstas en este formato de autorización que a la fecha he suscrito. En todo caso, se me ha informado que puedo revocar esta autorización de reactivación en cualquier momento, por medio de los canales para atención al cliente indicados en este documento.

estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

Entiendo que con ocasión de la prestación del servicio de asistencia pueden tomarse imágenes, revelarse datos de menores de edad y datos de salud, (información sensible) y desde ahora autorizo de manera explícita su Tratamiento. En el caso de haber incluido beneficiarios en este contrato, indico que los datos personales suministrados son los necesarios para que éstos adquieran tal calidad y puedan así beneficiarse de la cobertura del seguro y de la prestación del servicio de asistencia contratado, así mismo en el caso en que haya usuarios que puedan ser cobijados con los servicios de asistencia. Si Usted tiene alguna observación o no autoriza alguna de las finalidades atrás mencionadas, por favor indíquelo en este espacio.

Recordamos que las finalidades del Núm. 2.1. son necesarias para el desarrollo del contrato.

) GRUPO BOLÍVAR: Conozco que LAS COMPAÑÍAS y ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. hacen parte del Grupo Bolivar, que tiene como matriz a Grupo Bolivar S.A. cuyo listado está disponible en la página web www.grupobolivar.com, opción "Nuestras Compañías". En consecuencia, autorizo para que me sean ofrecidos servicios de productos de las empresas del Grupo Bolivar y actividades de las Fundaciones que han adherido a sus principios, que puedan complementar mi portafolio de servicios financieros, de seguros, asistencia, inmobiliario, hotelero y editorial.

estoy de acuerdo con las finalidades indicadas: SI NO

) DERECHOS DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN Y CANALES DE ATENCIÓN: Como Titular de la información tengo derecho a conocer, actualizar, rectificar, imprimir la información personal que haya suministrado, esto último siempre y cuando no exista un deber legal y/o contractual. Los canales a través de los cuales puede ejercerlos son: Correo físico: Avenida El Dorado No. 68B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá D.C.; Contacto telefónico: La línea #322 para llamadas de atención al cliente, la línea 018000123322 para llamadas desde fuera de Bogotá D.C. y la línea 3122122 para llamadas desde Bogotá D.C. Correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com. Para el caso de ASISTENCIA BOLÍVAR S.A. al Correo físico: Calle 108 # 45 - 30 Torre 1 Piso 9 en la ciudad de Bogotá D.C. y Correo electrónico: servicioalcliente@asistenciabolivar.com.

Como constancia de haber leído y con el alcance indicado expresamente frente a cada numeral firmo las presentes AUTORIZACIONES el día 20 September del año 20 17.

Blanca Palacios Romo 25159628
Nombre del cliente C.C./NIT

[Firma]
Firma del cliente

Espacio para uso de (Seguros Comerciales Bolívar S.A., Compañía de seguros Bolívar S.A., Capitalizadora Bolívar S.A.) para ser diligenciado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista y por el responsable de la verificación de la Información.

Información de la Entrevista				Verificación de la Información		
Nombre del responsable de la entrevista	Clave	Cédula		Con fundamento en la verificación y análisis de la información contenida en el presente formulario, el resultado de la entrevista y demás verificaciones realizadas para conocer al cliente, su concepto es satisfactorio? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
Fecha de la entrevista	Hora	Ciudad	Localidad/Oficina			
Concepto general del cliente:				Observaciones:		
				Nombre del responsable de la verificación		
				Código		
				Cédula		
				Cargo		
				Localidad		

Numero de declaración electrónica : 29724762291

Fecha : 10072018

Número Documento : 25159626

Fecha Nacimiento: 28121962

Nombre : YOLANDA PELAEZ PARRA

Edad :

Producto: 799

Riesgo : 1

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

¿Cuál es su peso (Kilogramos)?	51
¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales?	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
¿Cuál es su estatura (Centímetros)?	155
¿Ha sido indiciado o sindicado o hace parte de un proceso penal?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Hipertensión arterial?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Diabetes?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Practica deportes tales como: paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclomontañismo u otros deportes denominados de alto riesgo?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Enfermedad coronaria y/o infarto?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Insuficiencia renal?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Derrame o trombosis cerebral?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Enfermedades psicológicas o psiquiátricas?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo, alucinógenos?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No



Numero de declaración electrónica : 29724762291

Fecha : 10072018

Número Documento : 25159626

Fecha Nacimiento: 28121962

Nombre : YOLANDA PELAEZ PARRA

Edad :

Producto: 799

Riesgo : 1

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

¿Cual?

¿Cual?

¿Tiene programada alguna cirugía? Si No

¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas? Si No

¿Cual?

¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad? Si No



DATOS ENVÍO

NOMBRE: YOLANDA PELAEZ PARRA
DIRECCIÓN: URB MONSERRATE CS
CIUDAD: SANTA ROSA DE CABAL-RISARALDA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: DEPARTAMENTO DE RISARALDA .

DATOS ASEGURADO - No. 1

NOMBRE: YOLANDA PELAEZ PARRA
IDENTIFICACIÓN: 25159626
EDAD: 54 AÑOS

SEGURO COLECTIVO DE VIDA GRUPO

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

Póliza Principal N°: 2660000759801

Póliza N°: 2660300052001

Certificado: 0 **N°:** 001

Fecha de Expedición: 20/09/2017

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	HASTA
	01/10/2017	01/10/2018
	<small>Día Mes Año</small>	<small>Día Mes Año</small>
	<small>A las 24 horas</small>	<small>A las 24 horas</small>

BENEFICIARIOS

VER DETALLE DE 5 BENEFICIARIOS EN LA SIGUIENTE PÁGINA

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA BASICA	\$ 30,000,000	\$ 188,640
DOBLE IND X MUERTE ACCIDE	\$ 30,000,000	\$ 31,320
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA	\$ 30,000,000	\$ 62,640
ENFERMEDADES GRAVES	\$ 15,000,000	\$ 18,360
ULTIMOS GASTOS	\$ 3,000,000	\$ 0
BONO CANASTA	\$ 1,475,434	\$ 0
RENTA DIARIA POR HOSPITAL	\$ 30,000	\$ 27,000
RD INCAPACIDAD POST HOSP	\$ 15,000	\$ 10,800

TOTAL PRIMA

\$ 338,760

Código de Clausulado que aplica: 09/02/2015-1407-P-34-GR-0000000000108. Consulte este clausulado en la página www.segurosbolivar.com

OTROS BENEFICIOS

ASISTENCIA JURIDICA

BENEFICIARIOS

NOMBRE	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
JUAN ESTEBAN PELAEZ CUERVO	OTROS	50
MARTHA PELAEZ PARRA	OTROS	15
GILBERTO PELAEZ PARRA	OTROS	10
CARLOS ANDRES PARRA PARRA	OTROS	10
FANNY PELAEZ PARRA	OTROS	15

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$ 28,230
TOTAL A PAGAR	\$ 28,230
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL

PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	\$ 338,760
---	-------------------

Si desea actualizar información de este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: contacto@segurosbolivar.com.
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Por correo físico: Avenida El Dorado No. 68 B-31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.



NOTA IMPORTANTE

El no pago de las primas dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento, producirá la terminación del contrato sin que el asegurador tenga derecho para exigir las.

- 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.
- Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la condición quinta de las condiciones generales de la póliza, de quince (15) días a partir de la fecha de recibido del presente documento, para notificar al tomador la no aceptación en el (los) seguro(s) del (los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide el presente Certificado individual.
- Límite de Responsabilidad: Seguros Bolívar limita su responsabilidad cuando por este producto se suscriba más de una póliza a favor de un mismo asegurado hasta un valor asegurado máximo acumulado de \$120.000.000

Firma Representante Legal

AMPARO CONTRATADO		SI	NO
Básico de Vida		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amparo de Últimos Gastos (para hijos)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indemnización Adicional por muerte Accidental y Beneficios por Desmembración		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Incapacidad Total y Permanente		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades Graves		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renta Diaria por Hospitalización		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renta Diaria por Incapacidad Post Hospitalaria		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EDUCADORES PLUS
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO
09/02/2015-1407-P-34-GR-000000000108

CONDICIONES GENERALES

Compañía de Seguros Bolívar S.A., que en el presente contrato se denominará LA ASEGURADORA, en consideración de las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por EL TOMADOR y las solicitudes individuales de los asegurados, las declaraciones de asegurabilidad y los certificados médicos los cuales se incorporan a este contrato para todos sus efectos, pagará la correspondiente suma asegurada al recibo de las pruebas que acrediten que la muerte de cualquiera de las personas amparadas ocurrió durante la vigencia y dentro de la cobertura de la presente póliza.

PRIMERA. - AMPARO BÁSICO.

LA ASEGURADORA CUBRE, DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EL RIESGO DE MUERTE DE LOS ASEGURADOS.

SEGUNDA. - EXCLUSIONES.

PARA LA PRESENTE PÓLIZA SE OTORGA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA SIN EXCLUSIONES.

TERCERA. - DEFINICIONES.

3.1. EL TOMADOR.

Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza, para asegurar un número

determinado de personas, el cual está obligado al pago de la prima.

3.2. GRUPO ASEGURABLE.

Es el constituido por más de una persona natural, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con una persona natural o jurídica, relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro.

Para la presente póliza se consideran dentro del grupo asegurable el cónyuge y/o compañero(a) permanente y los hijos del ASEGURADO principal menores de veinticinco (25) años, para estos últimos, solo serán asegurables bajo el anexo de Últimos Gastos.

3.3. ASEGURADO.

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurable y cuya vida se asegura por parte de LA ASEGURADORA, en virtud del presente contrato.

3.4. BENEFICIARIO.

Es la persona designada por el ASEGURADO para recibir los



beneficios derivados del presente contrato en caso de siniestro y a falta de designación se aplicarán las normas legales sobre la materia.

CUARTA. - VIGENCIA.

Los amparos individualmente considerados sólo entrarán en vigor en la fecha prevista en la Solicitud Individual o Solicitud-Certificado, siempre y cuando haya pago de la primera prima, con independencia de la periodicidad de pago señalada en la póliza, y el documento no haya sido rechazada por LA ASEGURADORA por diligenciamiento incorrecto o por cualquier otra circunstancia.

QUINTA. - REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Y EDAD DE PERMANENCIA.

5.1. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Todo miembro del grupo asegurable podrá obtener los amparos a los que se refiere esta póliza si cumple con los siguientes requisitos:

Tener mínimo 18 años. Este límite de edad no es aplicable para el amparo de Últimos Gastos para los hijos del ASEGURADO.

No ser mayor de sesenta (60) años.

5.2. EDAD DE PERMANENCIA.

La edad de permanencia es indefinida en el amparo básico de vida tanto para el ASEGURADO

principal como para su cónyuge, conforme las condiciones del presente contrato, siempre y cuando el ASEGURADO principal siga perteneciendo al Grupo Asegurable y se realice el correspondiente pago de la prima.

SEXTA. - LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

LA ASEGURADORA limitará su responsabilidad cuando por un mismo ASEGURADO se suscriban pólizas de seguros de vida bajo esta misma modalidad de seguro, hasta un valor asegurado acumulado máximo igual al ofrecido en la opción más alta vigente indicado en la carátula de la póliza, en el momento de expedir el o los seguros.

SÉPTIMA. - VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES.

7.1. LA ASEGURADORA reconocerá como valor del Seguro de cada persona asegurada, aquel valor registrado en la respectiva Solicitud-Certificado de seguro, vigente en el momento de presentarse el siniestro.

7.2. Por el fallecimiento del ASEGURADO principal o del cónyuge ASEGURADO, se otorga un amparo para Últimos Gastos por un valor asegurado de tres millones de pesos (\$3.000.000), el cual se reconocerá a los beneficiarios junto con el pago de la indemnización, si hubiere lugar a ella.



7.3. Por el fallecimiento o por la Incapacidad Total y Permanente, si este amparo ha sido contratado, se otorga un Bono Canasta equivalente a dos salarios mínimos legales mensuales vigentes (2 SMLMV), suma única que se reconocerá con el pago de la indemnización en las proporciones que corresponda.

OCTAVA. - AMPARO DE ÚLTIMOS GASTOS PARA HIJOS.

Siempre y cuando este amparo sea contratado y se realice el pago de la prima correspondiente, con el fin de cubrir los Últimos Gastos en caso de fallecimiento del Hijo Asegurado que aparezca relacionado en la Solicitud-Certificado, LA ASEGURADORA reconocerá un valor asegurado de cinco millones de pesos (\$5.000.000) siendo el único beneficiario del amparo el ASEGURADO Principal.

NOVENA. - CÁLCULO DE LA PRIMA.

La prima se establecerá, teniendo en cuenta la edad de cada ASEGURADO, su estado de salud, el valor asegurado individual a la fecha de aseguramiento individual y en cada renovación, aplicando la tarifa correspondiente a la nota técnica de esta póliza.

DÉCIMA. - PAGO DE PRIMAS.

El TOMADOR es responsable por el pago de las primas. El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la vigencia del seguro. Excepto para la prima

inicial, se concede al TOMADOR un período de gracia de un mes contado a partir de las fechas que para tal efecto se han señalado en la Solicitud-Certificado de esta póliza para el pago de cuotas en forma anual, semestral o trimestral, y de quince (15) días cuando las primas sean pagaderas mensualmente.

La presente Póliza de Vida Grupo es de carácter contributivo, es decir, la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, por lo tanto, le corresponde al ASEGURADO proveer los recursos necesarios para que el TOMADOR efectúe el pago de la prima a LA ASEGURADORA.

Si las primas posteriores a la primera no fueron pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y LA ASEGURADORA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

DÉCIMA PRIMERA. - FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS.

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, para lo cual se aplicará a la prima anual el factor de 0,52; 0,265 y 0,0916 respectivamente.

DÉCIMA SEGUNDA. - REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

Si EL TOMADOR da aviso por escrito a LA ASEGURADORA para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas



las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por LA ASEGURADORA o en la fecha especificada por EL TOMADOR para tal terminación, la que ocurra más tarde, y EL TOMADOR será responsable de pagar a LA ASEGURADORA todas las primas debidas en esa fecha, incluyendo una prima a prorrata que comprende desde el período de gracia y hasta la fecha de tal revocación. El ASEGURADO podrá revocar su seguro individual con arreglo al mismo procedimiento.

Durante la vigencia de la póliza no es revocable por LA ASEGURADORA el amparo básico de Vida al que hace referencia esta póliza.

Sin embargo, en cualquier momento LA ASEGURADORA podrá revocar cualquiera de los anexos contratados por EL ASEGURADO, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Díez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

DÉCIMA TERCERA. - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

Por tratarse de un contrato que se basa en la Buena Fe de las partes, EL TOMADOR y EL ASEGURADO están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el

cuestionario que le sea propuesto por LA ASEGURADORA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA ASEGURADORA, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si EL TOMADOR o EL ASEGURADO han encubierto, por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del EL TOMADOR o EL ASEGURADO, el contrato no será nulo, pero la ASEGURADORA sólo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente a la que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 del Código de Comercio sobre error en la edad.

PARÁGRAFO: LA ASEGURADORA tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, en caso de que el TOMADOR o el ASEGURADO hayan incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad.



DÉCIMA CUARTA. - IRREDUCTIBILIDAD.

Transcurridos dos (2) años en vida del ASEGURADO, desde el inicio de vigencia de la póliza, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

DÉCIMA QUINTA. - TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

- a) Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia estipulado.
- b) Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- c) Cuando el ASEGURADO, por escrito, solicite su exclusión del seguro.
- d) A la revocación del contrato, por parte del TOMADOR o del ASEGURADO.
- e) En el seguro del cónyuge o cualquier ASEGURADO dependiente, al fallecimiento del ASEGURADO principal o cuando éste se retire del grupo asegurado.
- f) Cuando LA ASEGURADORA pague la indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, cuando dicho anexo hubiere sido contratado.
- g) Cuando en el momento de la renovación, el grupo asegurable no se encuentre constituido por más de un ASEGURADO.
- h) En el amparo de Últimos Gastos de

Hijos asegurados a la renovación del contrato cuando cumplan 25 años de edad.

DÉCIMA SEXTA. - COBERTURA ININTERRUMPIDA.

Con el objetivo de garantizar la cobertura ininterrumpida del ASEGURADO y los beneficios adquiridos mediante la presente póliza de seguro, las partes acuerdan que ésta continuará vigente, actualizando el valor asegurado y la prima de seguro al vencimiento de cada anualidad conforme a las condiciones SÉPTIMA.- VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES y NOVENA.- CÁLCULO DE LA PRIMA, salvo que se presente alguno de los siguientes supuestos y no opere alguna causal de terminación prevista en esta póliza:

- 16.1. EL ASEGURADO o el TOMADOR manifiesten, su intención de dar por terminado el contrato de seguro, lo cual pueden realizar en cualquier momento.
- 16.2. EL ASEGURADO el TOMADOR manifiesten a la ASEGURADORA, con anterioridad a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de que esta no se renueve por un nuevo año.
- 16.3. LA ASEGURADORA manifieste al TOMADOR con una anticipación no menor de un mes a la fecha del vencimiento de la póliza, su voluntad de no renovarla.



DÉCIMA SÉPTIMA. - CONVERTIBILIDAD.

Los Asegurados menores de setenta (70) años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, siempre y cuando lo soliciten dentro del mes siguiente contado a partir de su retiro del Grupo, tendrán derecho a ser asegurados exclusivamente por el amparo básico de vida, sin requisitos médicos o de asegurabilidad, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite LA ASEGURADORA, con excepción de los planes temporales o crecientes, pero sin beneficios ni amparos adicionales, y hasta por una suma igual a la que tenga bajo la Póliza de Grupo. El seguro individual se emitirá conforme a la tarifa aplicada a la edad alcanzada por el ASEGURADO a la fecha de la solicitud.

Si la cobertura individual de un ASEGURADO se incluyó en la póliza como riesgo subnormal, se expedirá el Seguro de Vida Individual con la extraprima que corresponda a dicho producto.

DÉCIMA OCTAVA. - INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

Si respecto a la edad del ASEGURADO se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de LA ASEGURADORA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de

Comercio.

- b) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA ASEGURADORA, y
- c) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b) del presente numeral.

DÉCIMA NOVENA. - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

La Solicitud-Certificado hace las veces de Certificado Individual de Seguro en aplicación a esta póliza. En caso de cambio de valor asegurado y/o modificación de amparos y anexos, previo al cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad previstos para este contrato, y a la aprobación de LA ASEGURADORA, el ASEGURADO deberá diligenciar una solicitud de Modificación-Certificado, que actualiza, complementa y hace parte integral de la Solicitud-Certificado inicial.

VIGÉSIMA. - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

Los beneficiarios serán libremente designados por EL ASEGURADO quien los podrá cambiar en cualquier momento.

Cuando ocurraaaga ineficaz o quede sin efecto por cu el fallecimiento del ASEGURADO sin que haya designado beneficiario, o la designación se halquier causa, o el beneficiario fallezca



simultáneamente con el ASEGURADO o se ignore cuál de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios el cónyuge o compañero(a) permanente del ASEGURADO en la mitad del seguro y los herederos del asegurado en la otra mitad.

VIGÉSIMA PRIMERA. - RECLAMACIÓN.

Para cualquier reclamación, bien sea para el amparo básico o cualquiera de los anexos, el beneficiario o EL ASEGURADO, según el caso, deberá remitir, junto con el certificado individual del seguro, los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro. El ASEGURADO o el beneficiario, según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos. LA ASEGURADORA se reserva el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

El TOMADOR o beneficiario, a petición de LA ASEGURADORA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro.

VIGÉSIMA SEGUNDA. - AVISO DE SINIESTRO.

En caso de muerte de cualquiera de los ASEGURADOS, el TOMADOR o el beneficiario deberá dar aviso a LA ASEGURADORA dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya

conocido o debido conocer su ocurrencia.

VIGÉSIMA TERCERA. - PAGO DE SINIESTRO.

LA ASEGURADORA pagará al ASEGURADO o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro.

VIGÉSIMA CUARTA. - DERECHO DE INSPECCIÓN.

LA ASEGURADORA se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del TOMADOR que se refieran al manejo de esta Póliza.

VIGÉSIMA QUINTA. - NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito; y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

VIGÉSIMA SEXTA. - DOMICILIO.

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia, que constituye el domicilio principal de LA ASEGURADORA.

LA ASEGURADORA



**ANEXO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL
Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN EDUCADORES PLUS
09/02/2015-1407-A-34-GR-000000000109**

Por convenio entre LA ASEGURADORA y EL TOMADOR y/o el ASEGURADO, este anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en este anexo, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

PRIMERA.- AMPARO

SI DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO Y COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE QUE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A SU OCURRENCIA PRODUCE UNA LESIÓN QUE CAUSE LA MUERTE O DESMEMBRACION DEL ASEGURADO, LA ASEGURADORA PAGARÁ, PREVIA COMPROBACIÓN DE LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, COMO INDEMNIZACIÓN ADICIONAL, AL MONTO DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BASICO DE VIDA DE LA POLIZA, EL VALOR PACTADO PARA ESTE ANEXO.

SEGUNDA. - EXCLUSIONES DEL ANEXO.

ESTE ANEXO NO CUBRE LA MUERTE, LESIÓN O PÉRDIDA QUE SEA CONSECUENCIA DE:

- a) HOMICIDIO O SU TENTATIVA.
- b) MUERTE, LESIÓN O PÉRDIDA CAUSADA POR ARMA DE FUEGO, ARMA CONTUNDENTE O CORTOPUNZANTE.
- c) SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO ASÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- d) LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN, POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA LEGAL.
- e) PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD.
- f) ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- g) ACCIDENTES EN QUE EL ASEGURADO, QUE SEA MENOR DE 25 AÑOS, SE ENCUENTRE VIAJANDO COMO CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS O CARROS A MOTOR.



- h) (KARTS). INTOXICACIONES, OCLUSIONES INTESTINALES, ROTURA DE ANEURISMAS E INFECCIONES BACTERIALES, EXCEPTO LA QUE SE PRESENTE POR LESIÓN SUFRIDA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR LAPÓLIZA.
- i) TEMBLORES DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, RAYO, MAREJADA O CUALQUIER OTRO FENÓMENO O CONVULSIÓN DE LANATURALEZA.
- j) GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS TERRORISTAS O EN GENERAL, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE.
- k) FISIÓN NUCLEAR Y LOS EFECTOS QUE PRODUZCA LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- l) ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DE DROGAS TÓXICAS O HEROICAS O ALUCINÓGENAS, SIEMPRE Y CUANDO TAL INFLUENCIA TENGA RELACIÓN CAUSAL CON EL ACCIDENTE.
- m) INGESTIÓN DE VENENO O INHALACIÓN DE GASES O VAPORES EN FORMA ACCIDENTAL O DELIBERADA.
- n) ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA, O INFECCIONES BACTERIALES DISTINTAS DE LAS CONTRAÍDAS POR LESIÓN CORPORAL ACCIDENTAL.
- o) LAS INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS, TALES COMO MALARIA, TIFO Y FIEBREAMARILLA.
- p) LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR EL PRESENTE ANEXO.
- q) PERSONAS QUE SEAN MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS.
- r) PROCESOS DE EXTRACCIÓN O DE CONSTRUCCIÓN EFECTUADOS BAJO TIERRA O SOBRE/BAJO AGUA.
- s) INDUSTRIAS QUÍMICAS U OTRAS INDUSTRIAS EN DONDE SE UTILICEN O FABRIQUEN SUSTANCIAS TÓXICAS O EXPLOSIVAS.
- t) GRUPO DE PERSONAS EXPUESTAS A ACUMULACIÓN DE



RIESGOS POR AVIACIÓN COMO PERSONAL DE EMPRESAS DE AERONAVEGACIÓN, ASÍ COMO LA UTILIZACIÓN DE AERONAVES PROPIEDAD DE LA EMPRESA TOMADORA O AL SERVICIO DE ÉSTA. Y VIAJES AÉREOS COLECTIVOS EN QUE PARTICIPEN VARIAS PERSONAS INTEGRANTES DEL GRUPO ASEGURADO.

TERCERA.- DEFINICIONES.

3.1. ACCIDENTE

Para los efectos del presente anexo, se entiende por accidente el hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del ASEGURADO, que produzca la muerte o una lesión corporal que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas enumeradas en la tabla de indemnizaciones y que se manifieste dentro de los noventa (90) días siguientes a su ocurrencia. No se consideran accidentes aquellos hechos enumerados en la condición segunda de este anexo, que hace referencia a las exclusiones.

CUARTA.- SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

Es el valor contratado para cada ASEGURADO del grupo individualmente considerado el cual se establece en la solicitud certificado correspondiente.

QUINTA.- TABLA DE INDEMNIZACIONES.

LA ASEGURADORA pagará la Indemnización estipulada en este anexo, al recibo de las pruebas fehacientes que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta, de que alguno de los asegurados sufrió a causa de un accidente amparado bajo este anexo, cualquiera de las siguientes pérdidas:

- Muerte accidental
.....La suma principal
- Pérdida de ambas manos o ambos pies.....La suma principal
- Pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos.....La suma principal
- Pérdida de una mano o un pie y la visión en un ojo.....La suma principal
- Pérdida de una mano o un pie o la visión en un ojo.....50% de la suma principal

Para efectos de la tabla anterior, se entenderá por pérdida lo siguiente:

- a) **Manos:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.



- b) **Pies:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo.
- c) **Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.

En caso de reclamación por alguno de los eventos descritos en la tabla de Indemnizaciones se aplicarán las siguientes condiciones:

- a) Si un accidente produce la muerte accidental y al mismo tiempo una desmembración solo se pagará la suma asegurada principal.
- b) Cualquier pago realizado por este anexo de desmembración se descontará del pago a que haya a lugar por el amparo de Muerte Accidental o por el anexo de Incapacidad Total y Permanente (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

SEXTA. - EXÁMENES MÉDICOS.

LA ASEGURADORA podrá hacer examinar al ASEGURADO tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

SÉPTIMA. - CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

OCTAVA. - REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 8.1. Cuando EL TOMADOR o EL ASEGURADO expresamente lo manifiesten por escrito en cualquier momento.
- 8.2. Por LA ASEGURADORA, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio,

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo LA ASEGURADORA recibe una o más primas por este anexo ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período será reembolsada.

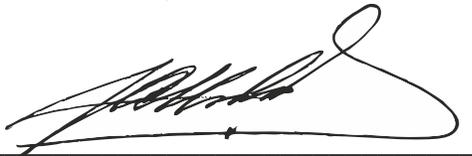
NOVENA.- TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 9.1. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que EL ASEGURADO cumpla sesenta y cinco (65) años de



- edad.
- 9.2. El pago al ASEGURADO de la indemnización del valor asegurado en este anexo.
 - 9.3. El pago al ASEGURADO de la Indemnización del valor asegurado del anexo de Incapacidad Total y Permanente si fuera contratado.
 - 9.4. Por cualquier causa de terminación del seguro principal.



LA ASEGURADORA



**ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
EDUCADORES PLUS
09/02/2015-1407-A-34-GR-000000000110**

Por convenio entre LA ASEGURADORA y EL TOMADOR y/o el ASEGURADO, este anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en este anexo, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

PRIMERA. – DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO. SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁ COMO

TAL: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO,

NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERÍODO CONTINUO DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS DE INCAPACIDAD.

SEGUNDA.- SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

Es el valor contratado para cada ASEGURADO del grupo individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo.

TERCERA. - PÉRDIDA.

Para efectos del presente anexo, se entenderá por pérdida lo siguiente:

- a) **Manos:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana, es decir, a nivel de la muñeca.
- b) **Pies:** La amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo.
- c) **Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.



PARÁGRAFO:

- a) La indemnización por incapacidad total y permanente es excluyente de la indemnización por el amparo básico de Vida, razón por la cual, una vez pagada la Indemnización por dicha incapacidad, se terminará el contrato de seguro.
- b) Cualquier pago realizado por este anexo se descontará del pago a que haya a lugar por el anexo de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración (si está contratado) como consecuencia del mismo accidente.

CUARTA.-RECLAMACIONES

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al ASEGURADO.

En el evento de que el asegurado no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por la ASEGURADORA, el pago se hará a los beneficiarios del seguro de Vida.

QUINTA.- EXAMENES MÉDICOS.

LA ASEGURADORA podrá hacer examinar al ASEGURADO tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

SEXTA.- CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

SÉPTIMA.- REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 7.1. Cuando EL TOMADOR y ASEGURADO expresamente lo manifieste por escrito.
- 7.2. Por LA ASEGURADORA, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo LA ASEGURADORA recibe una o más primas por este anexo ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período será reembolsada.

OCTAVA.- TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL DEL ANEXO.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 8.1. Al vencimiento de la anualidad más próxima en que EL ASEGURADO



- cumpla sesenta (60) años de edad.
- 8.2.** El pago al ASEGURADO de la indemnización del valor asegurado en este anexo que genera además la terminación del anexo, de la póliza y de los demás anexos y
- 8.3.** Por cualquier causa de terminación del seguro principal.

LA ASEGURADORA



**ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES COMO ANTICIPO
DEL 50% DEL VALOR ASEGURADO DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA
EDUCADORES PLUS**

09/02/2015-1407-A-34-GR-000000000111

Por convenio entre LA ASEGURADORA y el Tomador y/o el ASEGURADO, este anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, excepciones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en este anexo, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

PRIMERA. -AMPAROS.

LA ASEGURADORA, EN VIRTUD DEL PRESENTE ANEXO, PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR ESTIPULADO EN LA CONDICIÓN CUARTA, ÚNICAMENTE CUANDO ÉSTE ACREDITE EL DIAGNÓSTICO DE:

- 1.1. INFARTO DEL MIOCARDIO
- 1.2. CÁNCER
- 1.3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
- 1.4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

O EL TRATAMIENTO MÉDICO DE:

- 1.5. CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA
- 1.6. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES.

LOS CUALES DEBERÁN MANIFESTARSE O SER DIAGNOSTICADOS POR PRIMERA VEZ POR UN MÉDICO Y CONFIRMADOS POR EVIDENCIAS CLÍNICAS Y PARACLÍNICAS ACEPTABLES, DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO Y UNA VEZ TRANSCURRIDOS LOS TRES (3) PRIMEROS MESES DE VIGENCIA DEL ANEXO.

SEGUNDA. – EXCLUSIONES DEL ANEXO.

LA ASEGURADORA NO SERÁ RESPONSABLE DE LOS EVENTOS PRODUCIDOS EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIALMENTE POR:

- a) ENFERMEDAD O INVALIDEZ DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
- b) TUMORES DEBIDOS A LA PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).
- c) CARCINOMAS IN SITU, CÁNCERES NO INVASIVOS O LESIONES PREMALIGNAS.
- d) MELANOMAS DE PIEL ESTADIOS 1A SEGÚN LA CLASIFICACIÓN AJCC DE 2002. CARCINOMAS DE



- e) CÉLULAS BASALES DE LA PIEL, CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LA PIEL SIN EVIDENCIA DE METÁSTASIS.
- e) CÁNCER DE CERVIX UTERINO, CÁNCER DE PRÓSTATA TEMPRANO ESTADIOS T1 (T1A O T1B) INCLUYENDO CLASIFICACIONES EQUIVALENTES.
- f) ALTERACIÓN CONGÉNITA.
- g) LESIÓN CAUSADA DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, ESTANDO EN SU SANO JUICIO O DEMENTE.
- h) ENFERMEDAD GRAVE CAUSADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ADICCIÓN AL ALCOHOL, SUSTANCIAS TÓXICAS O ALUCINÓGENAS.
- i) ANGIOPLASTIA, COLOCACIÓN DE STENT Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRAARTERIAL EN AUSENCIA DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO ASÍ COMO, EL TRATAMIENTO LÁSER, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA.
- j) LOS EPISODIOS DE ANGINA INESTABLE O LA SOSPECHA DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO QUE NO SE DEMOSTRABLE.
- k) EL INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL O HEMORRAGIA INTRACRANEAL PRODUCTO DE TRAUMATISMO EXTERNO,

ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT).

- l) LAS DIÁLISIS TEMPORALES Y LOS CUADROS DE INSUFICIENCIA RENAL NO TERMINAL QUE NO REQUIERAN DIÁLISIS REGULAR O PERMANENTE.

TERCERA. -DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este anexo se entiende por:

3.1 INFARTO DEL MIOCARDIO

Primer evento de Infarto Agudo de Miocardio definido como la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico debe basarse en:

- a) Historia de dolor torácico típico.
- b) Alteraciones en electrocardiogramas actuales que sean sugestivas de isquemia miocárdica.
- c) Elevación significativa de las enzimas cardíacas Creatinin Fosfoquinasa y Fracción MB de Creatinin Fosfoquinasa en más del 10% del valor total. La Troponina I o T estará considerada únicamente junto con la elevación de las anteriores.

En caso de Infarto Agudo de Miocardio silente (sin dolor torácico asociado) se considerarán los cambios recientes en electrocardiogramas y la elevación



significativa en las enzimas cardíacas, conforme a lo definido en el numeral anterior, literal c. En los casos de Infarto del Miocardio sin Elevación del segmento ST del Electrocardiograma, en los cuales no hay alteraciones sugestivas de isquemia miocárdica, se considerarán como positivos la elevación significativa de las enzimas cardíacas conforme a lo descrito en el numeral anterior, los valores de troponina I o T, además de hallazgos Ecocardiográficos nuevos de disquinesia de la pared miocárdica que sugieran Infarto Agudo de Miocardio reciente.

En caso de duda en el diagnóstico LA ASEGURADORA puede, a su costa, realizar al ASEGURADO nuevos estudios de Ecocardiografía y de perfusión miocárdica para complementar el diagnóstico de infarto.

3.2 CÁNCER

Enfermedad manifestada por la presencia de tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado de células malignas y su invasión a otros tejidos. El término cáncer también incluye:

3.2.1. Las leucemias en sus diversos subtipos.

3.2.2. Las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin en estadios superiores a I.

3.2.3. Cáncer de piel por melanomas malignos en estadios avanzados (clasificación AJCC 2002 estadios T1b y superiores) y carcinomas de células escamosas de piel con evidencia inequívoca de metástasis de este origen.

3.2.4. El cáncer de próstata estará cubierto por el presente anexo cuando sea invasivo, es decir, que extienda más allá de la cápsula prostática, definido por ecografía transrectal de próstata y reporte histopatológico de cáncer o ante evidencia inequívoca de metástasis de origen prostático.

3.2.5. El cáncer de seno cuando este se considere invasivo por hallazgos histopatológicos.

3.3 A C C I D E N T E CEREBROVASCULAR.

Cualquier evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico provocado por infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneano o por embolización de fuente extracraneal, que produzca un déficit neurológico por un tiempo mayor de veinticuatro (24) horas y que persista no menos de tres (3) meses independiente del proceso de rehabilitación. El diagnóstico debe



estar confirmado por nuevos cambios en la Tomografía Axial Computarizada o la Resonancia Magnética Nuclear.

3.4 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

Estado de falla renal terminal debido a disfunción crónica e irreversible de ambos riñones y que requiera efectuar regularmente diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o un trasplante renal. El diagnóstico y el requerimiento de diálisis regular deberán estar certificados por un informe nefrológico.

3.5 CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA.

Intervención quirúrgica para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias, mediante injertos arteriales o venosos tipo bypass o puentes coronarios, realizados por técnica de tórax abierto o cirugía mínimamente invasiva de tórax tipo toracoscopia. El diagnóstico de la oclusión coronaria debe ser efectuado por angiografía coronaria y la indicación quirúrgica debe estar dada por un cardiólogo, según los resultados de la angiografía coronaria. El resultado de

la angiografía coronaria, así como el informe médico, deberán estar a disposición de LA ASEGURADORA.

3.6 TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES.

En caso de existir indicación médica de trasplante, en calidad de receptor, de alguno de los siguientes órganos vitales: Corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñón, médula ósea y ser candidato para la realización inmediata del mismo, LA ASEGURADORA podrá, previa solicitud del ASEGURADO/BENEFICIARIO, desembolsar a la Institución de Salud indicada el valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves para el cubrimiento del trasplante, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- 3.6.1.** Que la indicación del trasplante sea certificada por un grupo médico especializado en la materia. La información y la historia médica deberán estar a disposición de LA ASEGURADORA.
- 3.6.2.** Que el procedimiento sea realizado en una institución acreditada y aprobada para realizar este tipo de procedimientos y cuente con el grupo



médico y la tecnología necesaria.

3.6.3. Que el ASEGURADO autorice por escrito y de manera libre y espontánea a LA ASEGURADORA a realizar el desembolso del valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves, directamente a la institución de salud que realizará el trasplante.

Si existiera algún excedente del valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves, una vez realizado el pago a la Institución de Salud que el ASEGURADO indicó, dicho excedente será pagado al ASEGURADO. El pago realizado por LA ASEGURADORA no implica responsabilidad por gastos médicos y/o quirúrgicos que excedan el valor ASEGURADO alcanzado en el presente anexo, ni implica responsabilidad respecto de los resultados médicos del procedimiento.

CUARTA. - SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

La suma que LA ASEGURADORA pagará por concepto del presente anexo en caso de enfermedad grave, será del 50 % del valor asegurado correspondiente al amparo de Vida alcanzado en el momento de la ocurrencia del siniestro.

PARAGRAFO.

La indemnización por enfermedad grave es excluyente con el pago del anexo de incapacidad total y permanente, si hubiere

sido contratado y no es acumulable a la indemnización por el amparo básico de vida; por lo tanto, una vez pagada la indemnización del presente anexo, dicha suma será deducida del valor a indemnizar por el amparo básico de vida o del anexo de incapacidad total y permanente, en el caso de haber sido contratado.

En consecuencia, el valor asegurado para el amparo básico de vida se reducirá en la misma proporción que existe entre el valor indemnizado por concepto del anexo de enfermedades graves y el valor asegurado restante del amparo básico de vida, con la consecuente disminución de las primas a pagar.

QUINTA.- LÍMITE DEL BENEFICIO.

El beneficio puede aplicarse solamente a las enfermedades graves definidas en la cláusula tercera, cuando éstas se manifiesten o sean diagnosticadas por primera vez por un médico y confirmadas por evidencias clínicas y paraclínicas, habiendo transcurrido por lo menos tres meses desde la iniciación de la vigencia del presente anexo.

SEXTA.- RECLAMACIONES.

El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al ASEGURADO.

En el evento de que el ASEGURADO no pueda efectuar el cobro de la indemnización en razón de su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas



adicionales exigidas y aceptadas por LA ASEGURADORA, el pago se hará a los beneficiarios del seguro de Vida.

SÉPTIMA.- EXÁMENES MÉDICOS.

LA ASEGURADORA podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

OCTAVA.- CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

NOVENA.- REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 9.1.** Cuando EL TOMADOR y/o EL ASEGURADO expresamente lo manifiesten por escrito.
- 9.2.** Por LA ASEGURADORA, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Díez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo LA ASEGURADORA recibe una o más primas por este anexo ello no implica que los beneficios aquí estipulados

continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período será reembolsada.

DÉCIMA. – TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 10.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que EL ASEGURADO cumpla sesenta y cinco (65) años de edad,
- 10.2.** El pago al ASEGURADO de la indemnización del valor asegurado en este anexo.
- 10.3.** El pago al ASEGURADO de la Indemnización del valor asegurado del anexo de Incapacidad Total y Permanente si fuera contratado
- 10.4.** Por cualquier causal de terminación del seguro principal.

LA ASEGURADORA



**ANEXO DE RENTA DIARIA EDUCADORES PLUS
09/02/2015-1407-A-34-GR-000000000103**

Por convenio entre LA ASEGURADORA y el TOMADOR y/o ASEGURADO, este anexo hace parte de la póliza de Vida Grupo EDUCADORES PLUS arriba señalada y queda sujeta a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones.

En todo lo no previsto en estas condiciones particulares, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las condiciones generales de la póliza.

PRIMERA. -AMPAROS.

1.1. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD, OCURRIDO EN TERRITORIO COLOMBIANO, NO PREEXISTENTE EN EL MOMENTO DE LA EXPEDICIÓN DEL ANEXO, EL ASEGURADO DEBA SER HOSPITALIZADO, LA ASEGURADORA LE GARANTIZARÁ EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA TABLA DE COBERTURAS, EN CALIDAD DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN A PARTIR DEL SEGUNDO DÍA Y HASTA EL DÍA TREINTA (30), CON UN MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS

AL AÑO. EL NÚMERO DE DÍAS DE COBERTURA SE IRÁ DISMINUYENDO DE ACUERDO CON LOS PAGOS DE LAS INDEMNIZACIONES Y SE RESTABLECERÁ ÚNICAMENTE EN CADA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA. NO ES OBJETO DE COBERTURA LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA.

1.2. RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD POST HOSPITALARIA.

SI AL MOMENTO DE LA SALIDA DE LA HOSPITALIZACIÓN, AL ASEGURADO LE ES ORDENADO UN PERÍODO DE INCAPACIDAD ADICIONAL QUE LE DE CONTINUIDAD A LA HOSPITALIZACIÓN Y/O SEA CONSECUENCIA DIRECTA DE LA MISMA, SE LE RECONOCERÁ EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA TABLA DE COBERTURAS POR CADA DÍA DE INCAPACIDAD QUE LE SEA CONCEDIDO POR LA INSTITUCIÓN DE SALUD, SIN SOBREPASAR UN MÁXIMO DE SEIS (6) DÍAS POR EVENTO Y POR ANUALIDAD.



LA SUMA ASEGURADA SE RESTABLECERÁ EN CADA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, BAJO LAS MISMAS CONDICIONES DE LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.

SEGUNDA. – EXCLUSIONES DEL ANEXO.

Este anexo no cubre la renta diaria por hospitalización o por incapacidad post hospitalaria ocasionada como consecuencia de:

- a) CUALQUIER TRATAMIENTO DE CARÁCTER ESTÉTICO O CIRUGÍA PLÁSTICA O RECONSTRUCTIVA SIEMPRE Y CUANDO NO SEA CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OBJETO DE COBERTURA DE LA PÓLIZA Y SUS ANEXOS.
- b) TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD, FECUNDACIÓN IN VITRO, FERTILIZACIÓN, PRUEBAS GENÉTICAS, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ANTICONCEPCIÓN, IMPOTENCIA, FRIGIDEZ, TRATAMIENTOS POR MAL FUNCIONAMIENTO SEXUAL, CAMBIO DE SEXO PARCIAL O TOTAL Y TRATAMIENTOS DE ESTERILIZACIÓN O SU REVERSIÓN.
- c) TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS DERIVADOS O QUE SE RELACIONEN DE FORMA DIRECTA

- d) O INDIRECTA CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y QUE NO SE HAYA DESARROLLADO SIDA.
- e) ENFERMEDADES CONGÉNITAS O PADECIDAS ANTES DEL INGRESO A LA PÓLIZA.
- f) SECUELAS (ENFERMEDADES O LESIONES) DE ACCIDENTES OCURRIDOS ANTES DEL INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
- g) ACTOS DE GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN SOCIAL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL, PRESTACIÓN DEL SERVICIO MILITAR, NAVAL, AÉREO O DE POLICÍA.
- h) EVENTOS OCURRIDOS COMO CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIATIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
- i) ENCONTRARSE EL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DE DROGAS TÓXICAS O HERÓICAS O ALUCINÓGENAS, SIEMPRE Y CUANDO TAL INFLUENCIA TENGA RELACIÓN CAUSAL CON EL ACCIDENTE.
- j) HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO O



- QUIRÚRGICO COMO CONSECUENCIA DE CATÁSTROFES NATURALES TALES COMO TIFÓN, HURACÁN, CICLÓN, ERUPCIÓN VOLCÁNICA, TERREMOTO, FUEGO SUBTERRÁNEO O INUNDACIÓN.
- j) TRATAMIENTOS MÉDICOS POR PROBLEMAS DE DROGADICCIÓN, ALCOHOLISMO, TRASTORNOS O ALTERACIONES PSICOLÓGICAS O PSIQUIÁTRICAS.
 - k) HOSPITALIZACIÓN POR TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
 - l) TRATAMIENTOS PARA ADELGAZAR.
 - m) CUALQUIER HOSPITALIZACIÓN QUE TENGA ORIGEN O SEA CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACIÓN COMPROBADA DEL ASEGURADO EN UNA ACTIVIDAD DELICTIVA.
 - n) HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN EL CASO DEL AMPARO DE LA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN.

TERCERA. - PERÍODOS DE CARENCIA.

LA ASEGURADORA reconocerá la renta diaria por la hospitalización o la incapacidad posthospitalaria derivada de las enfermedades citadas a continuación, siempre y cuando estén cubiertas por la póliza, no sean preexistentes y se haya cumplido el período de carencia de doce (12) meses, el cual comienza a contarse desde el primer día de inclusión del ASEGURADO en

este anexo:

- a) Enfermedad coronaria
- b) Cálculos biliares (en la vesícula)
- c) Cálculos urinarios o renales
- d) Cistocele o Rectocele
- e) Hernias de cualquier tipo
- f) Miomatosis uterina (miomas)
- g) Várices
- h) SIDA.

CUARTA. - DEFINICIONES.

4.1. ACCIDENTE.

Para efectos del presente anexo, se entiende por accidente el hecho exterior, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del ASEGURADO, que produzca una lesión corporal.

4.2. ASEGURADO.

Persona natural titular del interés asegurable objeto de cobertura en el presente anexo.

4.3. ASEGURADO PRINCIPAL.

Es la persona natural que hace parte del grupo asegurable y que tiene con el TOMADOR un vínculo distinto al de la contratación del seguro.

4.4. ENFERMEDAD.

Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos



previsible.

4.5. HOSPITALIZACIÓN.

Es el ingreso del ASEGURADO a una institución hospitalaria legalmente establecida, para recibir tratamiento médico o quirúrgico con una duración mínima de veinticuatro (24) horas continuas.

4.6. INDEMNIZACIÓN.

Es la suma que, limitada al valor asegurado, está obligada a pagar la ASEGURADORA, de acuerdo con las estipulaciones del contrato de seguro.

QUINTA. - SUMA ASEGURADA.

Es el valor contratado para cada ASEGURADO del grupo individualmente considerado el cual se establece en la solicitud certificado correspondiente y para cada uno de los amparos del presente anexo.

SEXTA - RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

En caso de que la póliza y/o este anexo no sea renovado a la fecha de la terminación de su vigencia y, el ASEGURADO se encuentre hospitalizado por un evento médico amparado por este seguro, LA ASEGURADORA sólo será responsable de cubrir la renta diaria por hospitalización definida en la condición primera, generada por la hospitalización en curso y hasta la fecha de terminación del contrato vigente;

por lo tanto, las rentas diarias por hospitalización que se causen con posterioridad a la fecha de terminación del contrato, no estarán cubiertas aunque se deriven de una enfermedad originada o de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro.

SÉPTIMA. - SUBROGACIÓN.

Cuando la indemnización se origine por hechos o actos de un tercero, el TOMADOR o ASEGURADO principal cede a LA ASEGURADORA los derechos, acciones y privilegios que tendría contra el tercero o contra cualquier otra persona que resultare obligada por la conducta del tercero, para efectos de cobrar el monto total de lo pagado según las condiciones del contrato.

Para tal efecto, el solo hecho del pago de la renta diaria por hospitalización al ASEGURADO, faculta automáticamente a LA ASEGURADORA para reclamar al tercero el monto de lo pagado.

Para este fin, el ASEGURADO se compromete a entregar a LA ASEGURADORA las pruebas necesarias para poder ejercer las acciones correspondientes.

OCTAVA. - NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso del evento médico, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato, deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de



envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada en el contrato de seguro.

NOVENA. - RECLAMACIONES.

Para el pago de cualquiera de las indemnizaciones estipuladas en el presente anexo, el ASEGURADO deberá presentar la reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del evento médico y su cuantía.

LA ASEGURADORA tendrá derecho a examinar a las personas amparadas cuando lo estime necesario y tantas veces como lo crea conveniente mientras se encuentre en trámite una reclamación.

El ASEGURADO autoriza a LA ASEGURADORA a solicitar el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de la salud de las personas amparadas, así como a obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite LA ASEGURADORA relacionada con la reclamación.

El ASEGURADO quedará privado de todo derecho procedente del presente anexo cuando la reclamación presentada sea de cualquier manera fraudulenta o si en apoyo de ella, se hacen o utilizan declaraciones falsas o se emplean otros medios o documentos engañosos o dolosos.

DÉCIMA. - CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

DÉCIMA PRIMERA. - REVOCACIÓN.

Este anexo podrá ser revocado:

- 11.1.** Cuando el TOMADOR y/o ASEGURADO expresamente lo manifiesten por escrito.
- 11.2.** Por LA ASEGURADORA, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida, con no menos de Diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1071 del Código de Comercio.

LA ASEGURADORA devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el anexo LA ASEGURADORA recibe una o más primas por este anexo ello no implica que los beneficios aquí estipulados continúen vigentes, ni anula tal revocación; en todo caso cualquier prima recibida por un período posterior será reembolsada.



DÉCIMA SEGUNDA. - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

El presente anexo se dará por terminado por las siguientes causas:

- 12.1.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que EL ASEGURADO cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 12.2.** Por cualquier causa de terminación del seguro principal.



LA ASEGURADORA



**ANEXO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA
PÓLIZA EDUCADORES PLUS
09/02/2015-1407-P-34-GR-000000000108**

CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO.

En virtud del presente anexo, Compañía de Seguros Bolívar S.A., a través de su proveedor Asistencia Bolívar S.A., se obliga a poner a disposición del afiliado/beneficiario el servicio de asesoría jurídica telefónica de acuerdo con los términos, condiciones, limitaciones y definiciones previstos en este anexo.

Se especifica que el servicio sólo tiene cobertura para residentes en el territorio colombiano y se referirá exclusivamente a cuestiones jurídicas de Derecho interno colombiano.

Los servicios se solicitarán exclusivamente a través de la RED322 a los siguientes números telefónicos: Desde cualquier lugar del país al 01 8000 123322, en Bogotá al 3 122 122, o desde Celular #322.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES.

Para el efecto del presente anexo, los siguientes términos se entenderán en el siguiente sentido:

AFILIADO: EL TOMADOR, ASEGURADO o beneficiario de la póliza contratada con SEGUROS BOLÍVAR S. A. la que en adelante se denominará Póliza y a la cual se adhiere el presente anexo.

CONSULTA: Opinión, juicio o valoración telefónica que se solicita sobre un tema

específico.

CLÁUSULA TERCERA: SERVICIOS ESPECÍFICOS.

El servicio de asesoría jurídica específicamente comprenderá lo siguiente:

3.1. ASESORÍA JURÍDICA TELEFÓNICA:

Asistencia Bolívar S.A. brindará al afiliado Asesoría Jurídica Telefónica gratuita a través de su red de proveedores, cuando el afiliado requiera los servicios de consultoría legal en materia familiar, civil y tributario.

El servicio sólo cubre consultas jurídicas que tengan relación con el desarrollo de la vida personal y familiar ordinaria. Se excluyen expresamente las consultas que directa o indirectamente se deriven del desarrollo de actividades de carácter industrial, profesional, laboral, comercial o estudiantil.

Las áreas del Derecho y los temas cubiertos son los siguientes:

Derecho de familia: Incluye todo aspecto legal relacionado con la formación de las relaciones familiares, tales como el matrimonio y



la adopción, y de la disolución de estas relaciones, tales como: divorcio, manutención de hijos menores, custodia de los hijos, visitas de hijos menores, derechos de los padres y violencia doméstica.

Derecho civil: Incluye todo aspecto legal relacionado con las relaciones personales o patrimoniales entre personas, tales como: contratos de arrendamiento, cobros de cánones de arrendamiento, comunidad de vecinos, propiedad horizontal y reclamación de daños

Derecho Tributario: Relacionado con los ingresos y la importancia de declarar lo percibido versus lo invertido y por ende los impuestos que le competen, tales como:

Declaración de renta, impuestos, sucesiones.

3.1.1. Exclusiones.

3.1.1.1 Se excluyen expresamente las consultas que directa o indirectamente se deriven del desarrollo de actividades de carácter industrial, profesional, laboral, comercial o estudiantil.

3.1.1.2 En ningún caso y bajo ninguna circunstancia los servicios de asesoría jurídica telefónica incluyen

acompañamientos ni actuaciones en fase judicial ante juzgados o tribunales, ni incluyen adelantar procesos de cualquier clase o índole a nombre del afiliado.

3.1.1.3 Asistencia Bolívar S.A. no planteará, ni formulará, ni adelantará, ni pagará, ni se hace responsable de cualquier acción judicial que el afiliado adelante o enfrente contra cualquier persona natural o jurídica.

3.1.1.4 Del servicio de Asesoría en Derecho Laboral se exceptúa el asesoramiento en controversias donde una de las partes sea COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. o cualquiera de las compañías vinculadas y pertenecientes al Grupo Empresarial Bolívar.

3.1.1.5 Seguros Bolívar S.A. se libera de cualquier responsabilidad por perjuicios o daños originados en servicios de asesoría jurídica que el beneficiario haya contratado por su cuenta, sin el uso del canal oficial de solicitud del servicio, y sin el previo consentimiento de Asistencia Bolívar S.A.

CLÁUSULA CUARTA: SOLICITUD Y PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

En caso de que el afiliado necesite asesoría jurídica telefónica según lo estipulado por el presente anexo, el afiliado deberá solicitar los



servicios de Asistencia Bolívar S.A. a la línea de Servicio al Cliente de la RED322 a la cual se encuentra adscrito, desde cualquier lugar del país al 018000 123322, en Bogotá al 3 122 122 o desde celular #322 indicando el nombre y la cédula o NIT del afiliado y el tipo de asistencia que requiere.

El afiliado declara expresamente que conoce y acepta estos requisitos desde el momento de suscribir o renovar este anexo.

CLÁUSULA QUINTA: RESPONSABILIDAD DE ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.

Asistencia Bolívar S.A. Y SEGUROS BOLÍVAR S.A. quedan eximidas de responsabilidad cuando por caso fortuito o fuerza mayor, o por decisión autónoma del afiliado o sus representantes, no puedan efectuar cualquiera de las asesorías específicamente previstas en este anexo.

Así mismo, Asistencia Bolívar S.A. queda liberada de todo compromiso cuando se presenten daños en las líneas telefónicas o en general en los sistemas de comunicación que no le sean imputables.

CLÁUSULA SEXTA: AUTONOMÍA DEL ANEXO.

Este anexo es autónomo e independiente de la Póliza expedida por Seguros Bolívar S.A. a la cual se adhiere; por lo tanto, la prestación de servicios de Asistencia Bolívar S.A. en ningún momento condiciona, limita o modifica la cobertura que el seguro ofrece, ni implica el reconocimiento de obligaciones o la aceptación de reclamos por parte de LA

ASEGURADORA.

CLÁUSULA SÉPTIMA: AUTORIZACIÓN.

El afiliado autoriza a Asistencia Bolívar S.A., a grabar en cualquier momento las conversaciones telefónicas entre Asistencia Bolívar S. A. y el afiliado y/o beneficiario; en consecuencia de esto la grabación tendrá valor probatorio entre las partes en lo referido a la ejecución de este anexo.

CLÁUSULA OCTAVA: VIGENCIA.

La vigencia del presente anexo será la misma de la Póliza.

El afiliado declara que conoce y acepta la totalidad de las estipulaciones consignadas en este anexo.

ASISTENCIA BOLÍVAR S.A.

1. DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	7154885
ASEGURADO	YOLANDA PELAEZ PARRA
EDAD	55
2. FECHAS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA	
INGRESO A LA POLIZA	OBSERVACIONES INGRESO 01-10-2017 30.000.000 NO ESTA DIGITALIZADA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD
FECHA DEL ACCIDENTE Y/O INICIO DE SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD	INDETERMINADO
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	21/12/2017
3. ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DEL ANEXO?	SI, INFORME DE INVESTIGADOR LOGRA DEMOSTRAR ANTECEDENTES MEDICOS RELEVANTES, CONFIRMADOS Y PREVIOS AL INGRESO A LA POLIZA
SE RELACIONAN CON LA CAUSA POR LA CUAL RECLAMA?	NO
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	-ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL COLON DESDE EL 28/06/2013 CONFIRMADA CON COLONOSCOPIA -DEFORMIDAD DE 5 DEDO DE PIE DERECHO Y HALLUX VALGUS DESDE ANTES DEL 29/01/2016 -DIVERTICULOS VESICALES MENCIONADOS EN HISTORIA DESDE EL 16/01/2013 --DEFORMIDAD SEVERA DE ARTEJOS DE PIE DERECHO DESDE ANTES DEL 25/08/2016 -LESION DEL NERVIIO CIATICO DERECHO DESDE ANTES DEL 09/03/2016
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	--
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	SE HABRIA DECLINADO ESTE ANEXO Y EL DE ITP
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	--
4. CLAUSULADO DE AMPARO DE GASTOS MEDICOS	
DIAGNOSTICO	-HEMICOLECTOMIA POR PLASTRON APENDICULAR
CODIGO	101012018
¿Pernocto en establecimiento hospitalario?	SI
¿Cuantos días?	-1 DIA (INGRESO EL 12/12/2017 Y EGRESO EL 13/12/2017) POR DOLOR ABDOMINAL -6 DIAS (INGRESO EL 20/12/2017 Y EGRESO EL 26/12/2017) POR PLASTRON APENDICULAR Y HEMICOLECTOMIA -6 DIAS (INGRESO EL 28/12/2017 Y EGRESO EL 03/01/2018) POR SIGNOS DE RESPUESTA SISTEMICA INFLAMATORIA POSTERIOR A HEMICOLECTOMIA
¿Estuvo hospitalizado por maternidad?	NO
¿Estuvo hospitalizado por tratamiento odontológico?	NO

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

Para educadores Plus ¿ se trata de una patología en período de carencia para el clausulado?	NO
5. EXCLUSIONES	
¿Esta reclamando por chequeos médicos? O ¿control del embarazo?	NO
¿Estuvo hospitalizado por desorden mental o nervioso o por curas de reposo?	NO
¿Esta reclamando por fisioterapias, atención dental en general, corrección de defectos de refracción o por prótesis o aparatos ortopédicos?	NO
¿Presentaba defectos físico, congénitos o adquiridos, originados u ocurridos antes de la fecha de iniciación del amparo?	SI
¿Su hospitalización fue por una cirugía estética o plástica no requeridos por el estado de salud?	NO
¿Su hospitalización fue por tratamiento de tabaquismo, alcoholismo o adicción a las drogas?	NO
¿Su hospitalización fue tratamientos de infertilidad, impotencia, frigidez o esterilización?	NO
¿Su hospitalización fue por enfermedades relacionadas directa o indirectamente con el virus del SIDA?	NO
¿Presenta una enfermedad que requiera cuarentena?	NO
¿Sus lesiones fueron causadas deliberadamente por el asegurado a si mismo?	NO
¿Se trata de hospitalización domiciliaria?	NO
¿Su diagnostico es de cáncer? ¿Su hospitalización es por quimioterapia o con sustancias radioactivas?	NO
6.ADICIONALES	
¿Se necesitan adicionales?	SI, DECLARACION DE ASEGURABILIDAD
	<ol style="list-style-type: none"> 1. ANEXAN INCAPACIDAD MEDICA POR 30 DESDE EL 22/12/2017 Y OTRA COMO PRORROGA POR 30 DIAS DESDE EL 21/01/2018 2. LA INCAPACIDAD POR 30 DIAS DESDE EL 26/12/2017 SE SUPERPONE A LA EMITIDA EL 22/12/2017 3. INFORME DE INVESTIGADOR LOGRA DEMOSTRAR ANTECEDENTES MEDICOS RELEVANTES, CONFIRMADOS Y PREVIOS AL INGRESO A LA POLIZA

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA



HISTORIA CLINICA

PACIENTE: YOLANDA PELAEZ PARRA	IDENTIFICACION: CC 25159626	HC: 25159626 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 28/12/1962	EDAD: 56años	SEXO: F
TIPO AFILIADO: Otro	ESTADO CIVIL: Soltero(a)	
RESIDENCIA: CLL 13 N 7 00 CASA 13 MONSERKATE	RISARALDA-PERERA	TELEFONO: 3104516413
Ocupación: PROFESORES DE LA ENSEÑANZA SECUNDARIA		
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 28/6/2013 - 09:04:09	FECHA EGRESO: 28/6/2013 - 09:38:21	CAMA:
DEPARTAMENTO: 040207 - CONSULTA EXTERNA - CMS PEREIRA	SERVICIO: AMBULATORIO	
PLAN: CONSULTA AMBULATORIA MAGISTERIO RISARALDA(ULPERERA)		
Impreso por: WILSON LEAL - wleal@med		Fecha Impresión: 2018/01/13 - 17:50:04

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
09:32	carlos.becerra - CARLOS ALBERTO BECERRA ARIAS
2013-06-28	MOTIVO DE CONSULTA : remitido
	ENFERMEDAD ACTUAL : paciente con historia de de sangrado digestivo- le hacen endoscopia que no muestra anomalías y le hacen colonoscopia que muestra enfermedad diverticular del colon

ORIGEN DE LA ATENCION	Enfermedad general
-----------------------	--------------------

EXAMEN FISICO		FECHA: 2013-06-28
PROFESIONAL:	ESTADO	OBSERVACIONES
SISTEMA General	NORMAL	paciente ambulatoria en aceptables condiciones generales, afebril, hidratada, buena ventilación en ambos campos pulmonares, ruidos cardiacos bien timbrados, abdomen blando depresible sin signos de irritación peritoneal
Cardiopulmonar	NORMAL	
Abdomen	NORMAL	

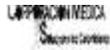
FINALIDAD DE LA ATENCION	No aplica
--------------------------	-----------

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION
K573	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRISES SIN PERFORACION NI ABSCESO		

RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO	
FECHA	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO
--	carlos.becerra - CARLOS ALBERTO BECERRA ARIAS ESPECIALIDAD: CIRUJANO GENERAL Paciente con enfermedad diverticular del colon como posible causa de su sangrado- se manda a nutricionista para dieta y se dan recomendaciones

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACION

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA



HISTORIA CLINICA

PACIENTE: YOLANDA POLAZ PARRA	IDENTIFICACION: CC 25159526	HC: 25159526 - GC
FECHA DE NACIMIENTO: 26/12/1962	EDAD: 56 años	SEXO: F
TIPO AFILIADO: Osm	ESTADO CIVIL: Soltero(a)	
RESIDENCIA: CL. 13 N 7 00 CASA 13 MONSERRATE	RESARALDA-FERREIRA	TELEFONO: 3384316433
OCCUPACION: PROPIETARIO DE LA EMPRESA SECUNDARIA		
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 13/1/2016 - 15:12:48	FECHA EGRESO: 13/1/2016 - 15:42:55	CAMA:
DEPARTAMENTO: 843207 - CONSULTA EXTERNA - CMA	SERVICIO: AMBULATORIO	
PLAN: EDSMITEI HASTERO RESARALDA INAGIOPEDIOLOGIA (U FERREIRA)		

Impreso el: 16/06/2019 - 17:14:44 Fecha Impreso: 2019/06/13 - 17:47:44

FECHA	NOTAS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2016-01-13	<p>15:38 eduardo.valero - EDUARDO VALERO</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA: Hongo en los dedos torcidos</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL: paciente con hongo de la cute reflejado deformidad en 5to dedo pie derecho y de pie se aprecia subluxación de 5to dedo, se aprecia deformidad</p>

ORIGEN DE LA ATENCION	Enfermedad general
-----------------------	--------------------

EXAMEN FISICO		FECHA: 2016-01-13
PROFESIONAL:	ESTADO:	OBSERVACIONES:
SISTEMA:	ANORMAL	pie derecho deformidad en 5to dedo pie derecho
OsteoMuscular		

FINALIDAD DE LA ATENCION	No aplica
--------------------------	-----------

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASESINADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION
M272	HALUX VALGUS (ADQUIRIDO)		
M206	DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DE LOS DEDOS DEL PIE, NO ESPECIFICADAS		

RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO	
FECHA:	RESUMEN DEL PLAN TERAPEUTICO
-	<p>eduardo.valero - EDUARDO VALERO</p> <p>ESPECIALIDAD: FISIOPATOLOGIA-ORTOPEDIA</p> <p>rs de pie comparativa</p> <p>foto de charvato pie</p> <p>derogofmetria osia</p> <p>rx med interna</p>

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA NOTAS DE OBSERVACION

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA REGISTRO DIARIO DE ENFERMERIA

ESTA HISTORIA AUN NO PRESENTA INSUMOS

Pagina 64 d informe de investigador

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA



HISTORIA CLINICA

PACIENTE: YOLANDA PELAEZ PARRA	IDENTIFICACION: CC 25359626	HC: 25159626 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 28/12/1962	EDAD: 52 Años	SEXO: F
RESIDENCIA: CLJ 13 11 58 SANTA ROSA	VALLE DEL CAUCA-CALI	TIPO AFILIADO: Cotizante
OCCUPACION: MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEANZA PRIMARIA		TELEFONO: 3104516413
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:
FECHA INGRESO: 24/2/2015 - 13:47:15	FECHA EGRESO: 24/2/2015 - 13:58:53	CAMA:
DEPARTAMENTO: 182601 - CONSULTA EXTERNA - PEREIRA	SERVICIO: AMBULATORIO	
PLAN: REGION 4 MAGISTERIO		
Impreso: WILSON ARBEY LEAL - wilson.leal		Fecha Impresión: 2018/01/3 - 14:46:12

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2015-02-24	<p>13:58 hernan.guerrero - HERNAN GUERRERO</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA : VALORACION UROLOGIA</p> <p>ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE CON VEGIGA HIPOCONTRACTIL EN MANEJO CON CATETERISMO VESICAL, ASISTE A CONTROL CON REPORTE DE CISTOSCOPIA QUE REPORTA VEGIGA CON DIVERTICULOS DOS CARA LATERAL DERECHA UNO DE GRAN TAMAÑO EN PISO DE VEGIGA CON SUDIMIENTO, VEGIGA NEUROGENICA, CAPACIDAD VESICAL 700 CC, NO LESIONES EN TODO EL CONTORNO (INYECTACION CLARA POR MEATOS N. 2, SE INDICO CATETERISMO VESICAL 4 VECES DIARIAMENTE REFERE SIEMPRE REALIZA CATETERISMO VESICAL UNA VEZ DIARIAMENTE, SE EXPLICA PATOLOGIA A LA PACIENTE Y NECESIDAD DE REALIZAR CATETERISMO VESICAL 4 VECES AL DIA 55 VALORACION POR MEDICINA LABORAL 05 CONTROL UROLOGIA EN 3 MESES</p>

EXAMEN FISICO		
PROFESIONAL: HERNAN GUERRERO		FECHA: 2015-02-24
SISTEMA	ESTADO	OBSERVACIONES
Neurologico (1)	NORMAL	CONCIENTE

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION
N012	VEGIGA NEUROPATICA FLACIDA, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE		

\$17(6) (17(6) 5621 \$7(6			
\$17(6) (17(6		23	(75/1(
ANTECEDENTES	OTROS	NO	NEGATIVOS
	Alérgicos	NO	NEGATIVOS
		SI	RAM A DIPIRONA
	Otros	SI	ANEMIA
	Quirúrgicos	SI	Cx De Vejiga Por Divertículos Cereales
Transfusionales	SI	3 UNIDADES EN JUNIO 2018	

ANTECEDENTES--		DETALLE			
Alérgicos	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS	
	SI	P	RAM A DIPIRONA	2013-10-25	
Alimentación	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS	
	NO	P	NEGATIVOS	2013-04-19	
Cardiovascular	OP	TIPO	DETALLE	F. REGIS	
	SI	F	dos maternos hipertensos madre con arritmia cardíaca	2013-01-16	

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

FABIAN ARIAS

GERENCIA MEDICA

17/06/2019 17:14

PACIENTE: YOLANDA PELAEZ MARIA		IDENTIFICACION: CC 25159626		HC: 25159626 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 28/12/1962	EDAD: 53 AÑOS	SEXO: F	TIPO AFILIADO: Costante	
RESIDENCIA: CLL 13 11 58 SANTA ROSA	VALLE DEL CAUCA-CALI		TELEFONO: 3104516413	
OCCUPACION: MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA				
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:		
NOMBRE ACOMPAÑANTE:	PARENTESCO:	TELEFONO:		
FECHA INGRESO: 9/3/2016 - 09:59:23	FECHA EGRESO: 9/3/2016 - 10:43:53	CAMA:		
DEPARTAMENTO: 182601 - CONSULTA EXTERNA - PERSI RA		SERVICIO: AMBULATORIO		
PLAN: REGION 4 MAGISTERIO				
Impreso: WILSON ARBEY LEAL - wilson.leal		Fecha Impresión: 2018/03 - 14:40:59		

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL
2016-03-09	ID: 29 maria.mojica - MARIA ISABEL MOJICA DELGADO MOTIVO DE CONSULTA : TENGO ANTECEDENTES DE OPERACION DEL 2004 ENFERMEDAD ACTUAL : CX DE VEJIGA POR DIVERTICULOS PERO HUBO SANGRADO Y LESION D EL CIATICO DERECHO DURANTE AÑO Y MEDIO EN TRATAMIENTO CON OTRA MEDICA FISATRA NO TOMA NINGUN MEDICAMENTO , CONSULTA POR DEDOS DE PIE DERECHO TORCIDOS Y PERDIDA DE FUERZA DE PIERNA

EXAMEN FISICO		
PROFESIONAL: MARIA ISABEL MOJICA DELGADO	FECHA: 2016-03-09	
SISTEMA	ESTADO	OBSERVACIONES
OsteoMuscular (B)	ANORMAL	AMBULATORIA SIN AYUDAS, CON DEDOS EN GARRA TURGENCIA DE FASCIA PLANTAR, AMAS DE TOBILLO NO LLEGA NEUTRO, RETRACCIONES DE EQUINOQUIALES Y AQUILES BILATERALES PERDIDA DE LA MASA MUSCULAR EN TODA LA PIERNA

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION
G570	LESION DEL NERVO CIATICO		
R522	OTRO DOLOR CRONICO		

\$17(6((17(6(5621 \$1 (8			
\$17(6((17(6		23	(75ff (
PATOLOGICOS	Difus	NO	/ /
		NO	NEGATIVOS
		NO	/ /
ANTECEDENTES	Alergicos	NO	NEGATIVOS
		SI	RAM A DÍPIRONA.
	Difus	SI	ANEMIA
	Quirúrgicos	SI	Cx De Vejiga Por Diverticulos Cesarea
	Transfusionales	SI	3 UNIDADES EN JUNIO 2013
\$17(6((17(6(50 . / . \$5 (6			
ANTECEDENTES--		DETALLE	

PAGINA 386 DE INFORME DE INVESTIGADOR

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION

FABIAN ARIAS

GERENCIA MEDICA

17/06/2019 17:14



PACIENTE: YOLANDA PFLAEZ PARRA	IDENTIFICACION: CC 25159626	HC: 25159626 - CC
FECHA DE NACIMIENTO: 28/12/1962	EDAD: 53 años	SEXO: F
TIPO AFILIADO: Beneficiario	RESIDENCIA: CLL 13 11 58 SANTA ROSA	VALLE DEL CAUCA-CALI
TEL.FONO: 3104516413	OCCUPACION: MAESTROS DE NIVEL SUPERIOR DE LA ENSEÑANZA PRIMARIA	
NOMBRE RESPONSABLE PACIENTE:	PARENTESCO:	TEL.FONO:
NOMBRE ACOMPAÑANTE: LUIS GUILLERMO LONDOÑO	PARENTESCO: Conyugue	TEL.FONO: 3117082086
FECHA INGRESO: 25/8/2016 - 11:22:00	FECHA EGRESO: 25/8/2016 - 21:51:23	CAMA:
DEPARTAMENTO: 080606 - CIRUGIA - REY DAVID	SERVICIO: CIRUGIA	
PLAN: REGION 4 MAGISTERIO		
Impreso: WILSON ARBEY LEAL - wilson.leal		Fecha Impresión: 2018/03 - 14:38:54

FECHA	MOTIVOS DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL	
16-12	Jaramirez - JORGE ARMANDO RAMIREZ FERRO	
2016-08-25	MOTIVO DE CONSULTA: PLAN QUIRURGICO	
	ENFERMEDAD ACTUAL: DEFORMIDAD SEVERA ARTEJOS MENORES PIE DERECHO	

EXAMEN FISICO		
PROFESIONAL: JORGE ARMANDO RAMIREZ FERRO	ESTADO	FECHA: 2016-08-25
SISTEMA	ESTADO	OBSERVACIONES
Extremidades (20)	ANORMAL	DEFORMIDAD EN GARRA ARTEJOS MENORES PIE DERECHO COMPLICACIONES POR PIE CAVO

DIAGNOSTICOS DE INGRESO ASIGNADOS			
CODIGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	ESTADO	OBSERVACION
M215	MANO O PIE EN GARRA O EN TALPES, PIE EQUINOVARO O ZAMBO ADQUIRIDOS		

\$ 17 (\$) (17) 613 (562) \$ / (6		
\$ 17 (\$) (17) 6	23	(75) / (
PATOLOGICOS	Otros	NO //
		NO NEGATIVOS .
		NO //
ANTECEDENTES	Alergicos	NO NEGATIVOS .
		SI RAM A DIBRONA .
	Otros	SI ANEMIA
	Quirurgicos	SI Cx De Vejiga Por Diverticulos Cesares
Transfusionales	SI 3 UNIDADES EN JUNIO 2013	

\$ 17 (\$) (17) 613 (562) \$ / (6	
ANTECEDENTES--	DETALLE
Alergicos	OP TIPO DETALLE F. REGIS
	SI P RAM A DIBRONA . 2013-10-25
	NO P NEGATIVOS . 2013-04-19
Alergias	

PAGINA 405 DE INFORME DE INVESTIGADOR

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA



GO-SV- 7852303
Bogotá, 17 de Junio de 2019

Señora
Yolanda Pelaez Parra
Carrera 24 #20-08 Ap 204
Teléfono: 3218019509 – 3113937735
Laurigudelo@gmail.com
Manizales

Referencia: Asegurada : Yolanda Pelaez Parra
 Reclamo : 2660/133
 Póliza : GR-7598

Apreciada Señora:

Nos referimos al reclamo que nos ha presentado para que le sea reconocido el valor asegurado por el Anexo de incapacidad Total y Permanente, nos permitimos exponerle las siguientes conclusiones obtenidas después de efectuar las siguientes consideraciones de índole jurídica:

El artículo 1058 del Código de Comercio preceptúa que la Tomadora/Asegurada está en la obligación de manifestar sinceramente todas y cada una de las circunstancias que rodean el riesgo al momento de contratar el seguro. El adecuado cumplimiento de esta obligación por parte del tomador permite que la Aseguradora conozca la situación real del riesgo que asume y así calcule el valor de la prima, buscando que se genere el equilibrio propio de la relación contractual.

Así, la solicitud de Seguro en que se declara el estado de salud, determina la validez del consentimiento de la Aseguradora, pues es con base en la buena fe de la Asegurada que se otorgan los amparos destinados a proteger una vida que se ha descrito con ciertas características de quien solicitó la protección.

La inexactitud en la declaración de los hechos que rodean el riesgo o el ocultamiento de algunos de ellos vician el consentimiento de la Aseguradora, pues esta asume en la realidad un riesgo totalmente diferente al que se ha descrito. Esta conducta supone la nulidad relativa del contrato tal como lo establece el inciso primero del artículo 1058 del Código de Comercio que dice:

"ART.1058.- El Tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el Asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro..."

Luego de estas consideraciones procedemos a analizar el caso que nos ocupa:

GO -SV- 7852303-2

En la Póliza suscrita por usted, cuando tomo la póliza 2660300052002, manifestó:

Numero de declaración electrónica :	29724762291	Fecha :	10072018
Número Documento :	25159626	Fecha Nacimiento:	28121962
Nombre :	YOLANDA PELAEZ PARRA	Edad :	
Producto:	799	Riesgo :	1

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD	
¿Cuál es su peso (Kilogramos)?	51
¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son lícitos y los ha ejercido y ejerce dentro de los marcos legales?	<input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
¿Cuál es su estatura (Centímetros)?	155
¿Ha sido Indiciado o sindicado o hace parte de un proceso pena?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Hipertensión arterial?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Diabetes?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Practica deportes tales como: paracaidismo, vuelos delta, cometa, buceo, parapente, bungee, ciclomontañismo u otros deportes denominados de alto riesgo?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Enfermedad coronaria y/o infarto?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Insuficiencia renal?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Cáncer o tumores?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Derrame o trombosis cerebral?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Enfermedades psicológicas o psiquiátricas?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida SIDA?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Le han prescrito tratamiento para alcoholismo, alucinógenos?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No

GO -SV- 7852303- 3



DECLARACION DE ASEGURABILIDAD	
¿Cual?	
¿Cual?	
¿Tiene programada alguna cirugía?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Un médico le ha diagnosticado alguna enfermedad diferente a las mencionadas anteriormente o ha tenido fracturas?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
¿Cual?	
¿Tiene secuelas de algún accidente o enfermedad?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No

Lamentablemente, estas declaraciones no correspondía con su verdadero estado de salud, pues de acuerdo con las historias clínicas que reposan en la reclamación, se pudo establecer que desde antes de ingresar a la póliza ya se le había diagnosticado enfermedad diverticular del colon desde el 28/06/2018, deformidad del quinto dedo del pie derecho, hallux desde antes del 2016, divertículos vesicales desde el año 2013, deformidad severa de artejos de pie derecho y lesión del nervio ciático derecho desde el 2016; circunstancias importantes del estado de salud que no fueron informadas al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

Por lo anterior la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, se ve precisada a dar aplicación a las normas de imperativo cumplimiento que rigen el contrato de seguro y lamentablemente debe negar el pago solicitado.

Teniendo en cuenta lo anterior deseamos manifestarle nuestra intención para que de común acuerdo lleguemos a una solución para poder dar por terminado el Contrato de Seguro, para lo cual solicitamos comunicarse con nosotros al teléfono 3410077 Ext. 98763 para recibir mayor información al respecto.

Esto pues lamentablemente, de acuerdo con la disposición legal expresa en el artículo 1159 del Código de Comercio, la Compañía no puede terminar unilateralmente el contrato de seguro por lo que esta Aseguradora se verá obligada a iniciar un proceso ante la Justicia Ordinaria para que sea declarada la nulidad del Contrato de Seguro.

Quedamos atentos a recibir cualquier inquietud que genere esta comunicación.

Atentamente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Gerencia de Operaciones

Indemnizaciones Seguros de Vida



DNISV-7154885-2

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD	
Cuál es su peso (Kilogramos)?	11
¿Sus actividades, profesión u oficio, han sido y son (bajas y les ha ejercido y ejercerá cargo de los riesgos legales)?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
Cuál es su estatura (Centímetros)?	181
¿Ha sido Inducido o Seducido o hace parte de un proceso de engaño?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
¿Hibernación: aérea?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
¿Coexistencia o antiguos accidentes?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
¿Socios?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
¿Prácticas o deportes tales como: paracaidismo, vuelos de alta, carrera, boxeo, parapente, bungee, etc. (dentro de 180 días de la fecha de suscripción de esta póliza)?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
¿Enfermedad coronaria y/o infarto?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
¿Insuficiencia renal?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
¿Cáncer o tumores?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
¿Diabetes o trastornos cerebrales?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
¿Enfermedades psiquiátricas o psiquiátricas?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
¿Le han practicado alguna prueba de VIH y ha sido positiva?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
¿Le han practicado tratamiento para sordera, autismo, etc.?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD	
¿Otras?	
¿Otras?	
¿Tiene programada alguna cirugía?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
¿Ha estado o le ha diagnosticado alguna enfermedad afín a las mencionadas anteriormente o ha sufrido fracturas?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No
¿Otras?	
¿Tiene sucesos de algún accidente o enfermedad?	<input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> No

Lamentablemente, esta declaración no correspondía con su verdadero estado de salud, pues de acuerdo con la documentación que reposa en la reclamación, se pudo establecer que desde antes del ingreso a la póliza ya se le había diagnosticado enfermedad diverticular del colon desde el 28-08-2018, deformidad del quinto dedo del pie derecho, hallux valgus desde antes del 2016, divertículos vesicales desde el año 2013, deformidad severa de artojos de pie derecho y lesión del nervio ciático derecho desde el 2016; circunstancias que no fueron informadas al momento de suscribir la Declaración de Asegurabilidad.

Con esta omisión se incurrió en una declaración reticente que generó la nulidad pues de haber conocido estas circunstancias la COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A se hubiera retraído de celebrar el contrato de seguro, o habría estipulado condiciones más onerosas.



DNISV-7154885-3

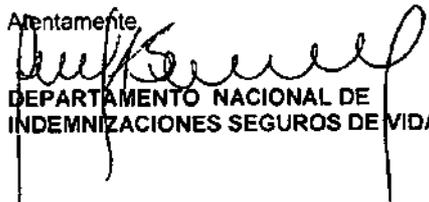
Por lo anterior la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., se ve precisada a dar aplicación a las normas de imperativo cumplimiento que rigen el contrato de seguro y lamentablemente debe negar la reclamación presentada.

Teniendo en cuenta lo anterior deseamos manifestarle nuestra intención para que de común acuerdo lleguemos a una solución para poder dar por terminado el Contrato de Seguro, para lo cual solicitamos comunicarse con nosotros al teléfono 3410077 ext 98719 para recibir mayor información al respecto.

Esto pues lamentablemente, de acuerdo con la disposición legal expresa en el artículo 1159 del Código de Comercio, la Compañía no puede terminar unilateralmente el contrato de seguro por lo que esta Aseguradora se verá obligada a iniciar un proceso ante la Justicia Ordinaria para que sea declarada la nulidad del Contrato de Seguro.

Quedamos atentos a recibir cualquier inquietud que genere esta comunicación.

Atentamente


DEPARTAMENTO NACIONAL DE
INDEMNIZACIONES SEGUROS DE VIDA



ORDEN DE TRANSPORTE



* 19963641 *

Valor Declarado	Dica Contener	Peso	Valor del Servicio \$	Ciudad Origen	Ciudad Destino
				Bogotá	Sto. Rosa
REMITENTE NOMBRE ENTIDAD DEPENDENCIA NOMBRE DEL REMITENTE DIRECCIÓN TELÉFONO		DESTINATARIO ENTIDAD DE DESTINO DEPENDENCIA NOMBRE DEL DESTINATARIO DIRECCIÓN TELÉFONO		RECIBIDO NOMBRE - C.C.: FIRMA - SELLO: FECHA HORA	
SEGUROS BOLIVAR 8210-INDENIZACIONES S		POLANOA FELIZ PARRA Cl 13 # 7 - 00 Monserrate 3104516413		casa 13 FECHA HORA	
SOLICITUD ADMITIDA POR:		FECHA	HORA	URGENTE: <input type="checkbox"/> HOY: <input type="checkbox"/> MAÑANA: <input type="checkbox"/>	

Este acuerdo se rige por la Ley Postal 1369/2009 y decretos reglamentarios Lic. No. 001775/7 de septiembre de 2010

COPIA : REMITENTE



NIT. 800.101.399-9

BOLIVAR52475944 11/07/2018 15:07:45

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA - Radicado: 110014003004-2023-00250-00 - Dte: Yolanda Peláez Parra. Ddo: Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Juan Pablo Araujo Ariza <jparaujo5@hotmail.com>

Lun 26/06/2023 2:34 PM

Para: Juzgado 04 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C.

<cmpl04bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>; juanaristizabal88@hotmail.com <juanaristizabal88@hotmail.com>

CC: Juan Pablo Araujo <jaraujo@araujoabogados.co>; mcastellanos@araujoabogados.co

<mcastellanos@araujoabogados.co>; vtorregroza@araujoabogados.co

<vtorregroza@araujoabogados.co>; Alejandro Avendaño

<aavendano@araujoabogados.co>; mdelarosa@araujoabogados.co <mdelarosa@araujoabogados.co>

📎 1 archivos adjuntos (4 MB)

CONTESTACIÓN DEMANDA - DTE YOLANDA PELAEZ Vrs COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR + PRUEBAS Y ANEXOS.pdf;

Señor

JUZGADO CUARTO (4°) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

<i>Referencia:</i>	<i>Verbal.</i>
<i>Demandante:</i>	<i>Yolanda Peláez Parra.</i>
<i>Demandado:</i>	<i>Compañía de Seguros Bolívar S.A.</i>
<i>Radicado:</i>	<i>110014003004-2023-00250-00.</i>

JUAN PABLO ARAUJO ARIZA, obrando en mi condición de apoderado de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, dentro del proceso de la referencia, de acuerdo con el poder que aporte, dentro del término legal procedo a **contestar la demanda** presentada por la señora **YOLANDA PELÁEZ PARRA**, contra mi representada.

Así mismo, en cumplimiento de lo dispuesto en la ley 2213 de 2022, me permito compartir el escrito a la parte demandante y demás intervinientes, a los correos electrónicos indicados.

Agradecemos la confirmación de recibo de este correo.

Cordialmente,

Juan Pablo Araujo Ariza
Apoderado
Compañía de Seguros Bolívar S.A