

Fwd: RECURSO DE REPOSICIÓN CONTRA EL MANDAMIENTO DE PAGO LIBRADO EL 06 DE DICIEMBRE DE 2022 // 2022-914 // FRANCISCO JAVIER VELÁSQUEZ GUZMÁN.

Juan Fernando Parra <jparra@alalegal.com.co>

Mar 30/05/2023 4:47 PM

Para: Juzgado 34 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C. <cmpl34bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (16 MB)

RECURSO DE REPOSICIÓN FRANCISCO JAVIER VELÁSQUEZ 2022-914.pdf;

JUAN FERNANDO PARRA ROLDÁN

Socio

jparra@alalegal.com.co

PBX:(+57 1) 217 2220 , ext. 106 | Cel. (+57) 316 742 5994

Calle 51 n.º 9-69, ofc. 301, Bogotá D. C., Colombia

www.alalegal.com.co

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

De: **Juan Fernando Parra** <jparra@alalegal.com.co>

Date: mar, 30 may 2023 a las 15:46

Subject: RECURSO DE REPOSICIÓN CONTRA EL MANDAMIENTO DE PAGO LIBRADO EL 06 DE DICIEMBRE DE 2022 // 2022-914 // FRANCISCO JAVIER VELÁSQUEZ GUZMÁN.

To: <cmpl34bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>Cc: <fredy.cantor@cantoryasociados.com>, Juan Andres Fierro Fernandez. <jfierro@alalegal.com.co> ,Salomé Sarmiento <lsarmiento@alalegal.com.co>

Señores.

JUZGADO TREINTA Y CUATRO (34) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ.**DOCTORA. NELLY ESPERANZA MORALES RODRÍGUEZ.**cmpl34bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

RADICADO: 110014003034 – 2022 – 00914 – 00
DEMANDANTE: FRANCISCO JAVIER VELÁSQUEZ GUZMÁN.
DEMANDADOS: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
ASUNTO: RECURSO DE REPOSICIÓN CONTRA EL MANDAMIENTO DE PAGO
LIBRADO EL 06 DE DICIEMBRE DE 2022.

De conformidad con el asunto de la referencia, me permito relacionar en adjuntos el recurso de reposición en contra del mandamiento de pago librado el 06 de diciembre de 2022 por el Honorable Despacho.

Agradezco acusar recibo.

JUAN FERNANDO PARRA ROLDÁN

Socio



jparra@alalegal.com.co

PBX:(+57 1) 217 2220 , ext. 106 | Cel. (+57) 316 742 5994

Calle 51 n.º 9-69, ofc. 301, Bogotá D. C., Colombia

www.alalegal.com.co

Señores.

**JUZGADO TREINTA Y CUATRO (34) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ.
DOCTORA. NELLY ESPERANZA MORALES RODRÍGUEZ.**

cmpl34bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

1

RADICADO: **110014003034 – 2022 – 00914 – 00**
DEMANDANTE: **FRANCISCO JAVIER VELÁSQUEZ GUZMÁN.**
DEMANDADOS: **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**
ASUNTO: **RECURSO DE REPOSICIÓN CONTRA EL
MANDAMIENTO DE PAGO LIBRADO EL 06 DE
DICIEMBRE DE 2022.**

JUAN FERNANDO PARRA ROLDÁN, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía número 79.690.071 de Bogotá D.C., portador de la T. P. No 121.053 del C. S. de la J., actuando en calidad de representante legal para asuntos judiciales de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** sociedad con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., e identificada con NIT No. 860.002.180-7, me dirijo a su Despacho en aras de **INTERPONER RECURSO DE REPOSICIÓN CONTRA EL MANDAMIENTO DE PAGO PROFERIDO LIBRADO EL 06 DE DICIEMBRE DE 2022** en el presente caso, de la siguiente forma:

OPORTUNIDAD PROCESAL PARA INTERPONER EL RECURSO.

Mediante correo electrónico del pasado 23 de mayo de 2023 el demandante remitió al correo de notificaciones judiciales de la aseguradora la demanda y sus traslados. Por otra parte, en virtud del artículo 8º de la ley 2213 de 2022, la notificación se tiene por hecha dos días después de recibidos los traslados por lo que el término de 3 días hábiles para radicar el recurso de reposición de que trata el artículo 318 del Código General del proceso finaliza el 30 de mayo de 2023, radicándose este oportunamente:

I. FUNDAMENTOS DE HECHO Y DERECHO:

1-. - NO EXISTE OBLIGACIÓN CLARA, EXPRESA Y EXIGIBLE:

El suscrito apoderado procede a interponer la excepción previa de que trata el numeral 5 del artículo 100º del Código general del proceso mediante recurso de reposición, al tenor del numeral 3 del artículo 442º del Código general del proceso:

5. Ineptitud de la demanda por falta de los requisitos formales o por indebida acumulación de pretensiones.

a. Sea menester iniciar señalando que el artículo 1053º numeral 3 y artículo 1080º del Código de Comercio señalan con absoluta claridad que la póliza prestará merito ejecutivo contra el asegurador transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado entregue al asegurador la reclamación, siempre **y cuando el asegurado acredite su derecho de acuerdo con el artículo 1077.**

En otras palabras, no basta con que el asegurado o beneficiario radique una reclamación, **sino que deberá demostrar la existencia de un siniestro según las condiciones de la correspondiente póliza.**

b. Ahora bien, las obligaciones indemnizatorias a que se puede encontrar sujeta una aseguradora en nuestro país, deberán estar precedidas del cumplimiento de una carga, impuesta legalmente al asegurado, y es la que se encuentra consagrada en el artículo 1077º del Código de Comercio, que a su letra dice:

***"ARTÍCULO 1077º.** Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso. El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad."
*(Subrayas fuera de texto).**

Como puede verse, la primera carga demostrativa pesa, naturalmente, en la persona del asegurado, quien debe acreditar que se produjo la ocurrencia de un **siniestro**, al igual que la cuantía a la que el mismo asciende.

Pero como bien lo sabe el Despacho, un "siniestro" **NO** es cualquier hecho adverso a los intereses del asegurado, ni tan siquiera cuando tengan relación tangencial con el objeto del seguro, como mal lo cree la demandante.

Por el contrario, la demostración del **siniestro**, se refiere a la "realización del riesgo asegurado", como bien lo enseña el artículo 1072º del Código de Comercio. Y para el caso en concreto, no hubo y no podría haber habido siniestro por una razón elemental.

El siniestro es la realización del riesgo asegurado, y en este caso, estamos ante un actuar RETICENTE DE LA ASEGURADA al no manifestar con claridad y honestidad las enfermedades que tenía al momento de tomar el seguro TAL Y COMO CONSTA EN LA OBJECCIÓN QUE LE FUE PUESTA DE PRESENTA A LA PARTE DEMANDANTE DESDE ENERO DEL AÑO 2021.

Al respecto, El artículo 1058º del Código de Comercio establece las consecuencias para los eventos en que se haya omitido el deber de declarar con exactitud el estado del riesgo, que el asegurador ha de asumir como consecuencia de la suscripción del contrato.

Dice la norma en cita, lo siguiente:

Art. 1058º. - *"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 1160º.

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."

De la norma transcrita es claro que **la parte asegurada tiene la carga de expresar verazmente cuales son los hechos o circunstancias que afectan el estado del riesgo** sin incurrir en reticencia ni en inexactitud. La reticencia ha sido entendida por la doctrina especializada como "omisión, ausencia de expresión, ausencia de manifestación de cosas que deben ser manifestadas, o manifestaciones incompletas, distorsionada o confusa de las mismas"¹.

¹ Andrés Ordóñez Ordóñez, Las obligaciones y cargas de las partes en el contrato de seguro y la inoperancia del contrato de seguro, Lecciones de derecho de seguros No.3, Universidad Externado de Colombia, 2008, p.20.

La carga de declarar veraz y certeramente el estado del riesgo recae exclusivamente en la parte asegurada, por ser ésta la que está en contacto directo y permanente con el interés que va a asegurar y con los riesgos que lo amenazan.

Para llegar a esta conclusión, es necesario resaltar que la consecuencia consagrada en el artículo 1058º del Código de Comercio es producto no del incumplimiento de la carga de declarar veraz y certeramente el estado del riesgo, **sino del vicio de la voluntad** que el incumplimiento de hacer dicha declaración puede llegar a determinar en ciertos casos. En efecto, la existencia de dicho artículo no descarta la aplicación de las reglas generales sobre vicios del consentimiento cuando se trata de vicios diferentes al error, como son el dolo y la fuerza².

Para el caso en concreto el señor FRANCISCO JAVIER VELÁSQUEZ, en la declaración de asegurabilidad firmó y declaró las siguientes afirmaciones:

- “1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud.
2. No sufro actualmente de dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, aneurismas cerebrales o de otras arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B o C; enfermedad crónica del hígado y/o riñones, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, artritis reumatoidea o enfermedades del colágeno similares; várices del esófago; trombosis o derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes; cirugía o intervenciones para el tratamiento de obesidad.
3. No he sido sometido ni me han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, así como tampoco por alguna otra enfermedad no enunciada, en forma causal o consecencial.
4. En la actualidad no sufro síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud.”

Lamentablemente esta declaración no correspondía con el verdadero estado de salud del asegurado, ya que se encontraron antecedentes de -Discopatía L4-L5, Hernia Discal L5-S1-Hipertensión Arterial, circunstancia importante del estado de salud que no fueron informadas al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

Por otro lado, en la parte inferior de la misma declaración de asegurabilidad se informó de manera clara:

"Importante: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.

Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Arts.1058 y 1158 de Código de comercio)."

Lamentablemente esta declaración no correspondía con el verdadero estado de salud del asegurado, toda vez que, en las Historias clínicas, se pudo establecer que desde antes de

² Andrés Ordóñez Ordóñez, Las obligaciones y cargas de las partes en el contrato de seguro y la inoperancia del contrato de seguro, Lecciones de derecho de seguros No. 3, Universidad Externado de Colombia, 2008, p. 26

ingresar a la póliza ya se le había diagnosticado Obesidad Grado III, circunstancia importante del estado de salud que no fueron informadas al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

Lamentablemente esta declaración no correspondía con el verdadero estado de salud del asegurado, ya que se encontraron antecedentes de -Discopatía L4-L5, Hernia Discal L5-S1- Hipertensión Arterial, circunstancia importante del estado de salud 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 haber conocido antes esta circunstancia la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, se hubiera retirado de celebrar el contrato de seguro o habría estipulado condiciones más onerosas.

Asimismo, es necesario afirmar que, la aseguradora nunca conoció ni pudo conocer el verdadero estado de salud de la asegurada, **toda vez que las aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera**³.

En efecto, debe recordarse que el artículo 1158º del código de comercio señala: "*Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058º ni de las sanciones a que su infracción de lugar*".

La imposibilidad de la aseguradora de verificar por sí misma en cada caso el estado del riesgo, es resultado del carácter masivo de su operación y en consecuencia no se puede imponer al asegurador la obligación de verificar siempre la sinceridad y exactitud de las declaraciones del tomador⁴ mediante exámenes médicos.

Es justamente dicho actuar reticente el que causó que el contrato de seguro se terminara de manera automática de acuerdo a las voces del artículo 1058 del Código de Comercio y en consecuencia no estamos ante una obligación **clara, expresa y exigible**, **EXISTIENDO AUSENCIA DE LOS REQUISITOS FORMALES DE LA DEMANDA**, por lo que solicito al Despacho se sirva reponer y revocar el mandamiento de pago.

2. COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR RESPONDIÓ LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN PRESENTADA POR EL DEMANDANTE

El numeral tercero del artículo 1053º tiene por finalidad corregir la inactividad de la aseguradora ante las reclamaciones presentadas por los asegurados o beneficiarios del

³ Hernán Fabio López Blanco, Comentarios al contrato de seguro, 2da edición, Dupre Editores, 1993, p. 118.

⁴ Al respecto véase: Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, Sentencia del 28 de julio de 1976, MP: José María Esguerra Samper.

contrato de seguro y que no son objeto de respuesta. Justamente lo que pretendió el legislador fue advertirles a las aseguradoras de que su falta de respuesta brindaría la posibilidad al asegurado de iniciar un proceso ejecutivo directamente.

Para el caso en concreto tal y como se expondrá a continuación no estamos ante dicho escenario sino **ante un actuar acomodado y de mala fe del demandante, quien inconforme con las respuestas de la aseguradora inició un proceso ejecutivo sin ningún tipo de fundamento legal.**

En aras de desvirtuar el argumento del demandante de que la Compañía de Seguros Bolívar no dio respuesta a su solicitud de **indemnización, es menester aclararle al Despacho que el 20 de enero de 2021, y 21 de enero de 2021 se objetó la solicitud de indemnización presentada por el demandante y que la presente demanda ejecutiva fue radicada al finalizar el año 2022, es decir casi dos años después de las respuestas emitidas por mi mandante.**

No es de recibo el argumento del demandante en el que indica no haber recibido respuesta pues el hecho de que la respuesta no haya sido favorable a sus intereses no quiere decir que la aseguradora no haya cumplido con su deber de responder a la solicitud recibida.

Llama la atención el hecho de que la última comunicación enviada a la demandante haya sido en enero del 2021 y la demanda se haya radicado al finalizar de 2022, es decir casi dos años después de tener pleno conocimiento de las objeciones de la aseguradora.

En otras palabras, el demandante pretende desconocer las dos objeciones de la aseguradora y por contera hacer incurrir en error al Despacho al omitirle todas y cada una de las objeciones presentadas y la discrepancia en el tiempo entre las objeciones recibidas y la fecha de radicación de la demanda.

En este orden de ideas, la póliza de seguro no presta merito ejecutivo por si sola toda vez que, además de que no cuenta con cobertura para los hechos objeto de demanda, la reclamación fue objetada de manera seria y fundada en múltiples ocasiones sin que sea válido desde todo punto de vista legal y contractual hacer caso omiso de las objeciones.

3. LA PARTE DEMANDANTE INCIÓ UN PROCESO EJECUTIVO POR LOS MISMOS HECHOS Y POSTERIORMENTE DESISTIÓ:

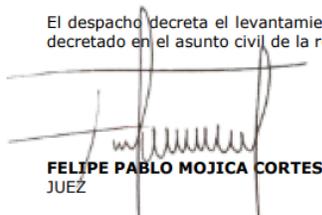
En el año 2021, el demandante inició un proceso Ejecutivo por los mismos hechos, que se surtió ante el juzgado 10 Civil del Circuito de Bogotá, con número de radicado 2021-00229 y al cual posteriormente el 29 de junio de 2022 desistió, tal como consta en el acta que se relaciona adjunta:

7

En la hora y fecha establecida se inicia la audiencia.

Se deja constancia que previo al inicio de la audiencia se agotó la etapa conciliatoria como también se revisó el trámite que se le ha impartido a este asunto, llegando a la conclusión, que la parte ejecutante desiste de las pretensiones de la demanda y avalado por la parte demandada. Por tal razón no habrá condena en costas, ni en perjuicios en contra del señor ejecutante.

El despacho decreta el levantamiento inmediato de las medidas cautelares que se hubieren decretado en el asunto civil de la referencia, por secretaria ofíciase a quien corresponda.


FELIPE PABLO MOJICA CORTES
JUEZ

En ese sentido, solicito muy respetuosamente al señor Juez, se sirva reponer y revocar el mandamiento de pago proferido.

IV. SOLICITUD.

Teniendo en cuenta los presupuestos anteriores y al tenor de los artículo 318º, 442º y 100 del Código General del proceso, solicito muy respetuosamente al honorable Despacho:

- Sírvase Reponer y revocar el mandamiento de `pago proferido el 6 de diciembre del año 2023.
- En consecuencia, sírvase ordenar el levantamiento de las medidas cautelares decretadas.

V. PRUEBAS

Solicito señor juez, se decreten, practiquen y tengan como pruebas las siguientes:

▼ DOCUMENTALES:

1. Caratula de la Póliza de seguro expedida por Compañía de Seguros Bolívar S.A., con las coberturas taxativas.
2. Condiciones generales de la póliza de seguro expedida por Compañía de Seguros Bolívar, con las coberturas taxativas.

3. Objeciones del 20 de enero del 2021, y 21 de enero del 2021
4. Historia clínica de la demandante.
5. Acta de audiencia llevada a cabo el día 29 de junio de 2022, dentro del proceso 11001310301020210022900 surtido ante el juzgado 10 Civil del Circuito de Bogotá, en el que el demandante desistió de sus pretensiones.

V. ANEXOS

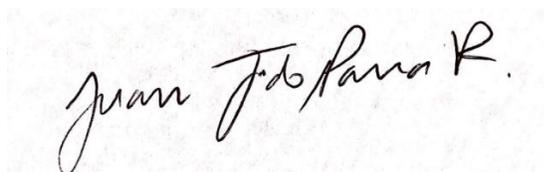
1. Lo enunciado en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de la Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VI. NOTIFICACIONES

El representante legal de la sociedad **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** en la Avenida El Dorado 68B-31, piso 10 Edificio Seguros Bolívar de Bogotá.

El suscrito recibirá notificaciones en la calle 51 N° 9-69 Oficina 301 de Bogotá, teléfono (1) 2172220, y en el correo jparra@alalegal.com.co y jfierro@alalegal.com.co

Del señor Juez,



JUAN FERNANDO PARRA ROLDÁN
C. C. 79.690.071 de Bogotá D.C.
T. P. 121.053 del C. S. de la Jud.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2423273992250791

Generado el 03 de mayo de 2023 a las 08:53:42

**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. también podrá girar bajo la denominación "SEGUROS BOLÍVAR 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: 2423273992250791

Generado el 03 de mayo de 2023 a las 08:53:42

**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 de la Junta Directiva 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: 2423273992250791

Generado el 03 de mayo de 2023 a las 08:53:42

**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.

**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL**



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 2423273992250791

Generado el 03 de mayo de 2023 a las 08:53:42

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

"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."

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



DATOS ENVÍO

NOMBRE: FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ
DIRECCIÓN: CL 58 # 6 A 05 BARRIO EL LIMONAR IBAGUE TOLIM
CIUDAD: BOGOTA-BOGOTA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ

DATOS ASEGURADO - No. 1

NOMBRE: FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ
IDENTIFICACIÓN: 93392190
EDAD: 46 AÑOS

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL VIDA PROTECCION

CERTIFICADO DE RENOVACION

Póliza N°: 5132050332502
Certificado: 0 **N°:** 001
Fecha de Expedición: 15/12/2020

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	HASTA
	27/12/2020	27/12/2021
	<small>Día Mes Año</small>	<small>Día Mes Año</small>
	<small>A las 24 horas</small>	<small>A las 24 horas</small>

BENEFICIARIOS

VER LISTA DE BENEFICIARIOS EN LA SIGUIENTE PÁGINA

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO INICIAL	% EXTRAPRIMA	PRIMA
VIDA BASICA	\$ 90,745,576	0	\$ 234,972
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA	\$ 90,745,576	0	\$ 57,228
AUX. POR HOSPITALIZACIÓN	\$ 100,000		\$ 0
DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Vr. Máximo	\$ 12,000,000		\$ 0

TOTAL PRIMA **\$ 292,200**

Código de Clausulado que aplica: 05/04/2019-1407-P-37-VI-0000000000164-000R. Consulte este clausulado en la página www.segurosbolivar.com

OTROS BENEFICIOS

ASISTENCIAS

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
PRINCIPAL A TITULO ONEROSO			
BANCO DAVIVIENDA S.A.	860034313		100% Hasta el saldo insoluto de la deuda
BENEFICIARIOS A TITULO GRATUITO			
BENEFICIARIOS DE LEY		OTROS	100

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$ 0
TOTAL A PAGAR	\$ 0
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL

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.

- Poliza endosada a Banco Davivienda S.A. NIT 860034313 en calidad de Beneficiario Oneroso, hasta el saldo no pagado de la deuda correspondiente al credito numero 5700491000031974. Cualquier suma a favor sera reconocida a los demas beneficiarios designados por el asegurado, segun consta en el presente certificado de seguro.
- El valor asegurado inicial de esta poliza se modificara de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda reportado mensualmente por el beneficiario oneroso a La Aseguradora, incrementado en 0%

Firma Representante Legal



SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL VIDA PROTECCIÓN

05/04/2019-1407-P-37-VI-000000000164-000R

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., en adelante **SEGUROS BOLÍVAR**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el **TOMADOR-ASEGURADO**, la cual se incorpora al contrato de seguro de vida para todos sus efectos, pagará en caso de siniestro al **ASEGURADO** o a su(s) Beneficiario(s) la suma asegurada que se indica en el Certificado de Seguro.

1. AMPAROS DEL SEGURO DE VIDA.

Con esta póliza el asegurado está protegido en los siguientes eventos, según conste en el Certificado de Seguro:

1.1. Amparo básico del seguro – muerte del asegurado.

SEGUROS BOLÍVAR cubre, durante la vigencia de la póliza, el riesgo de muerte del **ASEGURADO**.

1.2. Amparos adicionales que le brinda esta póliza:

SEGUROS BOLÍVAR cubre, si así se indica en el correspondiente certificado de seguro, los siguientes amparos adicionales:

1.2.1. Diagnóstico de cáncer.

1.2.2. Auxilio por hospitalización.

1.2.3. Incapacidad total y permanente.

2. EXCLUSIONES DEL SEGURO DE VIDA

Esta póliza no establece exclusiones por intento de suicidio, suicidio o eventos derivados de o relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia humana VIH - SIDA.

3. DEFINICIONES

3.1. Tomador - Asegurado

Es la persona natural cuya vida se asegura por parte de **SEGUROS BOLÍVAR**.

3.2. Beneficiario

Es la persona designada por el **ASEGURADO** para recibir los beneficios derivados del presente contrato en caso de siniestro. A falta de designación de beneficiario, o cuando la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, o cuando se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del **ASEGURADO**, se aplicarán las normas legales vigentes.



3.3. Beneficiario Oneroso

Es la persona natural o jurídica con quien el **ASEGURADO** ha adquirido una obligación económica que busca respaldar con el seguro, mediante la designación del acreedor como beneficiario del seguro. Ante la designación de un beneficiario a título oneroso, el seguro solo puede ser revocado por el **ASEGURADO** con el consentimiento de dicho Beneficiario.

4. EL CONTRATO

Hacen parte integrante del contrato:

- 4.1. La solicitud de seguro del **ASEGURADO**.
- 4.2. La declaración de asegurabilidad del **ASEGURADO**.
- 4.3. Los resultados de los exámenes médicos del **ASEGURADO**.
- 4.4. Las condiciones generales y particulares del contrato, así como el Certificado de Seguro.
- 4.5. Los anexos que se emitan para adicionar, renovar, modificar, suspender o revocar este contrato.

5. LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA

5.1. Amparo Básico de Muerte:

Edad de Ingreso

- 5.1.1. La Edad mínima para la contratar la póliza es 18 años.
- 5.1.2. La Edad máxima de contratación es 70 años y 364 días.

Edad de Permanencia

- 5.1.3. La edad límite de la cobertura básica de muerte es 84 años y 364 días.

5.2. Amparos Adicionales:

Las edades de ingreso y permanencia en los Amparos Adicionales, serán las indicadas en cada uno de los respectivos Anexos.

6. VIGENCIA

La vigencia de la póliza comienza con el pago de la primera prima y tendrá duración de un año.



7. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado en cualquier momento de la vigencia de la póliza se estipula en pesos y corresponde inicialmente al valor asegurado que se indica en el Certificado de Seguro a la fecha de expedición del seguro.

En caso de existir beneficiario oneroso, el valor asegurado inicial de esta póliza se podrá modificar de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda reportado mensualmente por el beneficiario oneroso a **SEGUROS BOLÍVAR**, incrementado en el porcentaje que se indique en el Certificado de Seguro, si es el caso.

Cualquier solicitud de aumento del valor asegurado, por parte del **ASEGURADO** deberá cumplir con los mismos requisitos de asegurabilidad que exige **SEGUROS BOLÍVAR** y estará sujeta a la aprobación de ésta.

8. PRIMA DEL SEGURO DE VIDA

La prima se establece teniendo en cuenta la tarifa correspondiente a la edad de cada asegurado, su estado de salud, el monto asegurado y su ocupación.

9. LUGAR PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas correspondientes al seguro de vida deben pagarse por **EL TOMADOR - ASEGURADO** mediante la opción de autorizar expresamente la realización de débitos o cargos automáticos a los productos financieros que posea en entidades financieras autorizadas por **SEGUROS BOLÍVAR**; de igual forma, cuando la presente póliza se encuentre respaldando una obligación, podrá autorizar el pago de la prima del seguro, con la cuota del crédito.

EL TOMADOR - ASEGURADO es responsable del pago de la prima y se obliga a mantener disponibles durante todo el lapso comprendido entre el primer (1er) y el último día del mes previsto para efectuar el descuento, según la periodicidad de pago pactada, el cupo o fondos necesarios para que **SEGUROS BOLÍVAR** y la Entidad Financiera autorizada puedan efectuar el proceso de débito o cargo automático y recaudo de la prima.

10. PERIODICIDAD Y PLAZO PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

El **TOMADOR** es responsable por el pago de la prima. A solicitud escrita de **EL TOMADOR - ASEGURADO**, en el momento de la expedición o renovación del seguro, la prima del seguro de vida podrá pactarse en períodos diferentes al anual.

Excepto para la primera prima, se concede un plazo de gracia de un (1) mes para el pago de las primas, para lo cual se tendrá en cuenta la periodicidad de pago pactada y que para tal efecto se ha señalado en la carátula de la póliza.

La falta de pago de las primas posteriores a la primera, transcurrido el período de gracia, producirá la terminación automática del contrato de seguro de vida a partir de la fecha hasta donde alcance a cubrir las primas efectivamente pagadas y **SEGUROS BOLÍVAR** quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo, en los términos del artículo 1068 del Código de Comercio.

Si el **ASEGURADO** fallece durante el período de gracia, **SEGUROS BOLÍVAR** deducirá de la indemnización el valor de la prima anual pendiente de pago.



En el evento de existir beneficiario(s) oneroso(s) en la póliza, este(os) tiene(n) la posibilidad de asumir el pago de la prima del seguro para evitar su terminación automática.

SEGUROS BOLÍVAR se obliga a informar al/los beneficiario(s) oneroso(s) acerca de la terminación automática del contrato por la mora en el pago de la prima, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al vencimiento del plazo señalado para el pago.

11. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

De conformidad con las normas legales vigentes, **EL TOMADOR - ASEGURADO** está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **SEGUROS BOLÍVAR**.

La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por **SEGUROS BOLÍVAR**, hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirá la nulidad del contrato de seguro.

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

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable al **TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, el contrato no será nulo, pero **SEGUROS BOLÍVAR** solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa adecuada al verdadero estado del riesgo, salvo lo previsto en la Condición Doce (12) del presente clausulado en los términos del artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si **SEGUROS BOLÍVAR**, antes de celebrarse el contrato ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, conviene en subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

12. ERROR EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

Si respecto a la edad del **ASEGURADO** se comprueba inexactitud en la Solicitud del Seguro de Vida, se aplicarán las siguientes normas:

- 12.1.** Si la edad real está fuera de los límites autorizados por **SEGUROS BOLÍVAR**, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en la Condición Once (11) en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.
- 12.2.** Si es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima percibida por **SEGUROS BOLÍVAR**.
- 12.3.** Si es menor, la suma asegurada se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral 12.2 de la presente condición



13. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO**, bajo la presente póliza, quedarán privados de todo derecho a indemnización en virtud de la misma, cuando la reclamación presentada fuera de cualquier manera fraudulenta, si para respaldar cualquier reclamación hacen o utilizan declaraciones falsas o si se emplean medios o documentos engañosos o dolosos.

14. IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del **ASEGURADO** desde la fecha de perfeccionamiento del contrato de seguro de vida, la suma asegurada no podrá ser reducida por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

15. COBERTURA ININTERRUMPIDA

Como un beneficio para el **ASEGURADO**, con el fin de garantizar la continuidad de la protección del seguro y conservar la antigüedad adquirida por mediante la presente póliza, sin perjuicio de la facultad que le asiste al tomador y/o asegurado de dar por terminado el contrato o de manifestar su decisión de no renovarlo, las partes acuerdan que una vez termine la primera vigencia, este seguro y sus anexos si es el caso, se renovarán de forma sucesiva por periodos consecutivos de igual plazo, hasta cuándo:

15.1. Opere alguna causal de terminación.

15.2. El **ASEGURADO** cumpla la edad límite de cobertura establecida en la Condición Cinco (5), de este contrato.

15.3. Mientras se pague la prima con la periodicidad pactada y dentro del plazo correspondiente.

15.4. En caso de existir beneficiario oneroso, a efectos de facilitar la continuidad de la póliza como garantía durante toda la duración del crédito, las renovaciones se efectuarán en las siguientes condiciones:

15.4.1. No requerirá nuevas pruebas de asegurabilidad.

15.4.2. Se generará por un período igual al establecido en la carátula y así sucesivamente, y

15.4.3. Dará lugar a la emisión de un nuevo certificado de la póliza donde se expresará el valor asegurado y el valor de la prima, teniendo en cuenta la variación del valor asegurado si es el caso y la edad del **ASEGURADO**.

16. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Toda modificación a las condiciones y/o valores asegurados, deberá tramitarse con la firma de **EL TOMADOR - ASEGURADO** en cualquier momento de la vigencia del seguro. En ausencia de éste, quien solicite la modificación deberá contar con un poder debidamente otorgado que lo faculte para solicitar los cambios a nombre de **EL TOMADOR - ASEGURADO**.



Cuando la póliza tenga designación de beneficiario en calidad de oneroso, cualquier modificación a las condiciones, coberturas y/o valores asegurados, solicitada por **EL TOMADOR - ASEGURADO**, deberá tramitarse con el consentimiento expreso del beneficiario oneroso mientras subsista el interés que lo legitima.

17. BENEFICIARIOS

El **ASEGURADO** podrá cambiar la designación de beneficiarios del seguro de vida en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, pero tal cambio solo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a las oficinas de **SEGUROS BOLÍVAR** a nivel nacional. El cambio podrá efectuarse sin el consentimiento del beneficiario anterior, excepto cuando este tenga la calidad de oneroso, caso en el cual, para cambiarlo o excluirlo, se requiere su consentimiento expreso o la desaparición del interés que lo legitima debidamente sustentado. El documento de solicitud del cambio debe tener la fecha de recibido y constancia de su recepción por parte de **SEGUROS BOLÍVAR**.

En caso de que se designe beneficiario a título oneroso, deberá acreditarse la existencia de la deuda. La indemnización máxima que se haya de reconocer a su favor será, según lo indicado por el **ASEGURADO** en el momento de la designación del beneficiario oneroso, el equivalente al valor de la deuda o saldo insoluto de la deuda en la fecha de fallecimiento del **ASEGURADO**; dicho valor en ningún caso podrá superar el valor asegurado de la póliza. El saldo de la suma asegurada, si lo hubiera, corresponderá a los demás **BENEFICIARIOS** designados por el **ASEGURADO**.

La presente póliza permite que esta sea cedida o endosada en caso de una titularización de cartera, por parte del beneficiario oneroso, si lo hubiera.

18. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

18.1. Valor a indemnizar:

En caso de fallecimiento del **ASEGURADO**, **SEGUROS BOLÍVAR** pagará a los beneficiarios el valor asegurado alcanzado a la fecha de siniestro.

EL TOMADOR - ASEGURADO autoriza a **SEGUROS BOLÍVAR** a que solicite, aún después de su fallecimiento, el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos; así mismo se obliga a suministrar toda la información que solicite **SEGUROS BOLÍVAR** relacionada con la reclamación.

El **ASEGURADO** o **BENEFICIARIOS** quedarán privados de todo derecho procedente de este seguro, 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.

El **ASEGURADO** o **BENEFICIARIOS**, a petición de **SEGUROS BOLÍVAR**, deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.



18.2. Plazo para el pago de la indemnización:

SEGUROS BOLÍVAR 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 hubiera, dentro de los veinticinco (25) días calendario siguientes a la fecha en que el o los beneficiarios acrediten su derecho, conforme al Artículo 1077 del Código de Comercio. Dicha obligación está condicionada al cumplimiento de los requisitos legales y contractuales correspondientes.

19. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro de la persona amparada por la presente póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- 19.1.** 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.
- 19.2.** Cuando **EI TOMADOR - ASEGURADO** solicite la revocación del contrato de seguro, para lo cual se tendrá en cuenta lo señalado en la Cláusula Veinte (20).
- 19.3.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que el **ASEGURADO** cumpla 84 años más 364 días de edad.
- 19.4.** Cuando **SEGUROS BOLÍVAR** pague la indemnización por el Anexo de Incapacidad Total y Permanente, si lo hubiera.
- 19.5.** Al vencimiento de la vigencia de la póliza si ésta no se renueva.

20. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato podrá ser revocado unilateralmente por el **ASEGURADO**, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **SEGUROS BOLÍVAR**.

Cualquier revocación que afecte a la póliza se informará al beneficiario oneroso si lo hubiera, dentro de un término no mayor a treinta (30) días contados a partir de la fecha de su conocimiento.

En caso de existir beneficiario(s) oneroso(s) en la póliza, esta decisión no se hará efectiva hasta que estos manifieste(n) a **SEGUROS BOLÍVAR** su autorización para tal terminación, para lo cual **SEGUROS BOLÍVAR** informará a éste(os) dentro de los Treinta (30) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de terminación del **ASEGURADO**.

Cuando **SEGUROS BOLÍVAR** haya recibido una o más primas por el presente contrato, después de que hubiere sido revocado, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada por **SEGUROS BOLÍVAR**.



21. CONVERSIÓN

En cualquier aniversario de la póliza, siempre y cuando ésta se encuentre vigente y la edad del **ASEGURADO** no exceda la edad límite, este podrá rescindir el seguro y tomar otro, sin pruebas de asegurabilidad, bajo uno de los planes de seguro de vida individual de los que emite **SEGUROS BOLÍVAR**, con excepción de los temporales y crecientes, con base en la edad alcanzada por el **ASEGURADO** y por un valor asegurado no mayor al de esta póliza en la fecha de conversión.

22. PAGOS Y DEUDAS

Cualquier suma pagadera por **SEGUROS BOLÍVAR** bajo la presente póliza, será cancelada en su oficina principal en Bogotá en sus agencias, sucursales o en cualquiera de las oficinas autorizadas.

23. NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, que puede efectuarse por cualquier medio, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores deberá consignarse por escrito; 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.

24. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal



ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

05/04/2019-1407-A-37-VI-0000000000165-000R

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente Anexo se llamará **SEGUROS BOLÍVAR**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el **ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, otorga el presente Anexo, el cual queda sujeto a las condiciones y exclusiones de la póliza a la cual accede, en adición a las siguientes:

1. DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Cuando este amparo sea otorgado, **SEGUROS BOLÍVAR** indemnizará el valor asegurado correspondiente cuando:

- 1.1.** Con posterioridad a la fecha de ingreso a la póliza el **ASEGURADO** sufra una lesión, enfermedad o accidente, que le genere la pérdida igual o mayor al 50% de su capacidad laboral.
- 1.2.** La lesión o enfermedad le impida total y permanentemente realizar su ocupación habitual u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia.
- 1.3.** El **ASEGURADO** cuente con la calificación en firme, de pérdida de capacidad laboral igual o mayor al 50%, emitida por la ARL, la EPS, la AFP del **ASEGURADO** o la Junta Nacional o Regional de Calificación de invalidez.

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 la calificación de pérdida de capacidad laboral.

Para la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente, en caso de existir beneficiario oneroso, se tendrá como saldo insoluto de la deuda aquel que se registre en la fecha en la cual **SEGUROS BOLÍVAR** informe por escrito al beneficiario su aceptación respecto de la incapacidad del **ASEGURADO**.

2. EXCLUSIONES.

El presente Anexo no establece exclusiones por intento de suicidio, suicidio o eventos derivados de o relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia humana VIH – SIDA.

3. PÉRDIDA

Conforme se emplea aquí el concepto "pérdida" significa con respecto de:

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



3.2. Pies: La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana, es decir, a nivel del tobillo.

3.3. Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

4. LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA DEL ANEXO

4.1. La edad mínima para la contratación del presente Anexo es 18 años.

4.2. La edad máxima de contratación es 69 años y 364 días.

4.3. La edad límite de cobertura es 70 años y 364 días.

5. SUMA ASEGURADA

La determinación del valor asegurado se realizará de la forma establecida en la Condición Séptima (7) de las Condiciones Generales de la póliza a la cual accede este Anexo.

6. BENEFICIARIOS

El **BENEFICIARIO** de este Anexo es el **ASEGURADO** y no podrá designar otro beneficiario. Sin embargo, en caso de existir beneficiario oneroso en la póliza de seguro de vida, dicho **BENEFICIARIO** oneroso será a su vez el **BENEFICIARIO** de este Anexo, caso en el cual, para excluirlo, se requiere su consentimiento expreso o la desaparición del interés que lo legitima debidamente sustentada. El documento de solicitud de exclusión debe tener la fecha de recibido y constancia de su recepción por parte de **SEGUROS BOLÍVAR**.

En caso de que se designe beneficiario a título oneroso, deberá acreditarse la existencia de la deuda. La indemnización máxima que se haya de reconocer a su favor será, según lo indicado por el **ASEGURADO** en el momento de la designación del beneficiario oneroso, el equivalente al valor de la deuda o saldo insoluto de la deuda en la fecha de siniestro; el saldo de la suma asegurada, si lo hubiera, corresponderá al **ASEGURADO**.

El presente Anexo permite que este sea cedido o endosado con la póliza, en caso de una titularización de cartera, por parte del beneficiario oneroso, si lo hubiera.

7. INDEMNIZACIÓN

7.1. El pago de la indemnización a que hubiera lugar se hará al **ASEGURADO**.

7.2. En el evento en que el **ASEGURADO** no pueda efectuar el cobro de la indemnización, en razón a su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por **SEGUROS BOLÍVAR**, el pago se hará a quien acredite ser el curador del **ASEGURADO**.

7.3. El pago se efectuará de conformidad con lo indicado en las Condiciones Cuarta (4), Décima Sexta (16), Décima Séptima (17) y Décima Octava (18) de las Condiciones Generales de la póliza a la que accede el presente Anexo.



El **ASEGURADO** autoriza a **SEGUROS BOLÍVAR** a que solicite el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos; así mismo, se obliga a suministrar toda la información que solicite **SEGUROS BOLÍVAR** relacionada con la reclamación.

El **ASEGURADO** quedará privado de todo derecho procedente de este Anexo, cuando la reclamación presentada fuera 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.

El **ASEGURADO** a petición de **SEGUROS BOLÍVAR**, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

8. RECLAMACIONES

Para que **SEGUROS BOLÍVAR** pague la indemnización correspondiente a una Incapacidad total y permanente, el **ASEGURADO** o beneficiario(s) deberá(n) presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia de tal incapacidad de acuerdo con los términos de este Anexo. **SEGUROS BOLÍVAR** se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

9. EXÁMENES MÉDICOS

En caso de ser necesario, practicarse las valoraciones médicas que el médico designado por **SEGUROS BOLÍVAR** considere pertinentes, luego de la evaluación preliminar del estado de salud del **ASEGURADO**.

10. TERMINACIÓN DEL ANEXO

Este Anexo se dará por terminado a falta de renovación de la póliza a la cual accede.

El **ASEGURADO** que reciba cualquier indemnización igual al valor total asegurado por el presente Anexo, quedará automáticamente excluido de él, sin perjuicio de las causales de terminación contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

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.

11. REVOCACIÓN

Este Anexo podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

- 11.1. Por el **TOMADOR** o **ASEGURADO**, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **SEGUROS BOLÍVAR**, de acuerdo con lo señalado en las Condiciones Décima Novena (19) y Vigésima (20) de las Condiciones Generales de la póliza a la cual accede este Anexo, o cuando el **ASEGURADO** alcance la edad límite para el presente Anexo.



11.2. Por **SEGUROS BOLÍVAR**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **TOMADOR** o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

SEGUROS BOLÍVAR devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el Anexo **SEGUROS BOLÍVAR** 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 periodo posterior será reembolsada.

Cuando la póliza a la cual accede el presente Anexo, tenga beneficiario(s) a título Oneroso, el **ASEGURADO** debe contar con la aceptación de dicho beneficiario, para solicitar la revocación del presente Anexo.

En todo lo no previsto en este Anexo, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal



ANEXO DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

05/04/2019-1407-A-37-VI-000000000167-000R

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., en adelante **SEGUROS BOLÍVAR**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el **ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, otorga la presente cobertura cuando así se indique en la carátula de la póliza principal, quedando sujeta a las siguientes condiciones y excepciones:

1. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Cuando la póliza principal a la cual accede el presente Anexo, se encuentre garantizando una obligación del **ASEGURADO** con una entidad financiera y a este se le diagnostique cáncer por primera vez, **SEGUROS BOLÍVAR** realizará el pago de tres (3) cuotas mensuales de la obligación que se encuentre respaldada con la póliza principal.

Los tipos de cáncer cubiertos son:

- 1.1. Cáncer invasivo a otros órganos, esto es, que la lesión cancerosa se haya extendido por fuera del órgano desde el cual se originó.
- 1.2. Leucemia en cualquiera de los subtipos.
- 1.3. Enfermedades malignas del sistema linfático.

2. EVENTOS NO CUBIERTOS

De acuerdo con la definición de la cobertura, no se cubren las siguientes afecciones:

- 2.1. Cualquier tipo de Cáncer preexistente o diagnosticado durante el primer año de vigencia del seguro.
- 2.2. Cáncer In Situ (que no se ha diseminado a otra parte del cuerpo).
- 2.3. Cáncer de próstata temprano (estadíos T1 o equivalentes).
- 2.4. Melanomas de piel (estadío 1A o equivalente), carcinomas basocelulares de la piel y carcinomas de células escamosas de la piel que no hayan hecho metástasis.
- 2.5. Cualquier tipo de lesión pre-maligna.

3. DESDE CUANDO LO EMPEZAMOS A CUBRIR

El amparo de Diagnóstico de cáncer concedido en el presente Anexo por **SEGUROS BOLÍVAR**, inicia el segundo año de vigencia del seguro.



4. VALOR MÁXIMO DEL BENEFICIO

El valor asegurado de la presente cobertura, corresponderá al valor de las tres (3) cuotas mensuales del crédito siguientes a la fecha en que **SEGUROS BOLÍVAR** notifique al **ASEGURADO** el reconocimiento del beneficio, si hay lugar al pago. Independiente del valor de las cuotas del crédito, el valor asegurado máximo a indemnizar es de cuatro millones de pesos (\$4.000.000) por cada una de las tres (3) cuotas mensuales.

5. LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA

Edad de Ingreso

- 5.1. La edad mínima de ingreso al Anexo es 18 años.
- 5.2. Edad máxima de ingreso al Anexo es de 69 años mas 364 días.

Edad de Permanencia

- 5.3. La edad máxima de permanencia es 70 años y 364 días.

6. INDEMNIZACIÓN

- 6.1. El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará a la Entidad Financiera, en calidad de Beneficiario Oneroso.
- 6.2. En el evento en que el **ASEGURADO** no pueda presentar la respectiva reclamación, en razón a su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por **SEGUROS BOLÍVAR**, el pago se efectuará por solicitud de quien acredite parentesco de primer o segundo grado de consanguinidad o afinidad con **EL ASEGURADO**.
- 6.3. La entidad Financiera en calidad de beneficiario oneroso, también podrá dar aviso del siniestro y solicitar la indemnización correspondiente, aportando la documentación requerida.
- 6.4. Para efectos de la reclamación por este anexo, el **ASEGURADO**, o quien lo represente, debe aportar a **SEGUROS BOLÍVAR** copia de la Historia Clínica y copia del reporte de patología de la biopsia o pieza quirúrgica.

7. DEFINICIONES

- 7.1. **Biopsia:** extirpación de una pequeña cantidad de tejido para su examen con microscopio, realizada con el fin de formular un diagnóstico definitivo.
- 7.2. **Cáncer:** término usado para referirse a un grupo de más de 100 enfermedades en las que las células crecen de forma descontrolada; tumor compuesto de células cancerosas.
- 7.3. **Cáncer invasivo:** el cáncer que se ha diseminado fuera de la capa de tejido en la que se originó y que tiene la capacidad de crecer en otros tejidos o partes del cuerpo, también denominado cáncer infiltrante.



- 7.4. Cáncer “In Situ” o localizado:** el cáncer que está confinado al área en la que se originó y que no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.
- 7.5. Carcinoma:** el cáncer que se origina en la piel o en los tejidos que recubren el interior o cubren el exterior de los órganos internos.
- 7.6. Células:** las unidades básicas que constituyen el cuerpo humano.
- 7.7. Detección:** el proceso de verificar si una persona tiene una enfermedad o una mayor probabilidad de tener una enfermedad cuando la persona no presenta síntomas.
- 7.8. Diagnóstico:** Identificación de la existencia o no de una enfermedad, con base en los síntomas y signos clínicos, para determinar un padecimiento o condición clínica, auxiliándose para ello, en caso de ser necesario, de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- 7.9. Estadío:** una manera de describir el cáncer, por ejemplo, dónde está ubicado, si se ha diseminado y hacia dónde, y si está afectando las funciones de otros órganos del cuerpo.
- 7.10. Leucemia:** un cáncer de la sangre. La leucemia comienza cuando los glóbulos blancos normales cambian y crecen sin control.
- 7.11. Maligno:** se refiere a un tumor que es canceroso. Puede invadir el tejido sano circundante o diseminarse a otras partes del cuerpo.
- 7.12. Metástasis:** diseminación del cáncer desde el lugar donde se originó hacia otra parte del cuerpo, por medio del sistema linfático o del torrente sanguíneo.
- 7.13. Médico:** Profesional que cursó y finalizó estudios universitarios de la carrera de medicina en una Universidad debidamente aprobada por el ICFES, registrado ante el Registro Único Nacional y que ejerza su profesión en Colombia. El profesional médico que confirme la condición médica del **ASEGURADO**, no podrá ser el mismo **ASEGURADO**, o un pariente hasta segundo grado de consanguinidad y primero de afinidad. En caso de ser un Profesional Extranjero debe tener el título convalidado ante el Ministerio de Protección Social e inscripción ante el ente territorial en el cual ejerce.
- 7.14. Pre-canceroso - Pre-maligno:** se refiere a las células que tienen la posibilidad de convertirse en cancerosas.
- 7.15. Tumor:** una masa que se forma cuando las células normales comienzan a cambiar y crecen sin control. Un tumor puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso, lo cual significa que puede diseminarse a otras partes del cuerpo).

8. RECLAMACIONES

Para el pago de la indemnización estipulada en la presente póliza, el **ASEGURADO** deberá presentar la reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del siniestro.

SEGUROS BOLÍVAR tendrá derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de los documentos aportados para la reclamación.



El **ASEGURADO** autoriza a **SEGUROS BOLÍVAR** para 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 para obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **SEGUROS BOLÍVAR** relacionada con la reclamación.

9. FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Si como consecuencia del mismo evento indemnizado por el presente Anexo, con posterioridad se produce la muerte del **ASEGURADO**, **SEGUROS BOLÍVAR** no deducirá lo pagado por el Anexo, del valor a indemnizar por la cobertura básica de muerte.

10. DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA PRESENTAR EL RECLAMO

- 10.1. Formato de Reclamación.
- 10.2. Copia de la Historia Clínica completa.
- 10.3. Resultado Informe Histopatológico.
- 10.4. Fotocopia de la Cédula del **ASEGURADO**.

SEGUROS BOLÍVAR podrá solicitar al **ASEGURADO** cualquier documento adicional que estime necesario para la evaluación del siniestro correspondiente.

11. TERMINACIÓN DEL ANEXO

Cuando la indemnización sea pagada, este Anexo terminará automáticamente.

Este Anexo también se podrá dar por terminado por cualquier de las causales descritas en las Condiciones Generales de la póliza principal.

12. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

En todo lo no previsto el presente Anexo, se aplicaran al mismo las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales de la póliza principal.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal



ANEXO AUXILIO POR HOSPITALIZACIÓN

05/04/2019-1407-A-37-VI-000000000168-000R

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente Anexo se llamará **SEGUROS BOLÍVAR**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el **ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, otorga la presente cobertura cuando así se indique en el Certificado de Seguro, quedando sujeta a las siguientes condiciones y excepciones:

1. AUXILIO POR HOSPITALIZACIÓN

SEGUROS BOLÍVAR pagará al **ASEGURADO** hospitalizado a causa de una enfermedad o un accidente, la cantidad señalada en el Certificado de Seguro, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- 1.1.** Que el período de hospitalización haya sido de cinco (5) o más días continuos.
- 1.2.** Que la Hospitalización haya sido prestada por instituciones legalmente autorizadas para el ejercicio de las actividades médicas.
- 1.3.** Que la hospitalización haya tenido lugar en el territorio colombiano.

2. EVENTOS NO CUBIERTOS - EXCLUSIONES

Esta póliza no reconoce el pago del Auxilio por Hospitalización, en los siguientes casos:

- 2.1.** Hospitalización domiciliaria.
- 2.2.** Tratamiento médico ambulatorio.
- 2.3.** Chequeos médicos ejecutivos con hospitalización o para la realización de cualquier tipo de exámenes médicos.
- 2.4.** Ingresos a la institución hospitalaria para la realización de cirugías ambulatorias, ya sean programadas o de urgencias.



3. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado del presente Anexo se establecerá con base en el Valor Asegurado inicial de la primera anualidad de la póliza a la cual accede el Anexo, de acuerdo con la siguiente tabla:

VALOR ASEGURADO INICIAL DE LA PÓLIZA	VALOR ASEGURADO DEL ANEXO
3.1. Menos de... 100 millones de pesos	\$100.000
3.2. Desde 100 hasta 500 millones de pesos	\$200.000
3.3. Más de 500 millones de pesos	\$300.000

Estos valores se mantendrán fijos, sin tener en cuenta las modificaciones que se presenten en el valor asegurado, durante la vigencia de la póliza.

4. VALOR MÁXIMO DEL BENEFICIO

La indemnización se pagará máximo una (1) vez por año y máximo tres (3) veces durante la vigencia de la póliza principal.

5. LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA

Edad de Ingreso

- 5.1. La edad mínima de ingreso al Anexo es 18 años.
- 5.2. La edad máxima de ingreso al Anexo es de 69 años y 364 días

Edad de Permanencia

- 5.3. La edad límite de permanencia es 70 años y 364 días.

6. DEFINICIONES

Los términos definidos a continuación aplican para el presente Anexo:

- 6.1. **Evento:** Es el período ininterrumpido en el cual el **ASEGURADO** permanece hospitalizado.
- 6.2. **Hospitalización:** Es el ingreso del **ASEGURADO** a una institución hospitalaria legalmente establecida en Colombia, para recibir tratamiento médico o quirúrgico con ocasión de un accidente con una duración mínima de 24 horas continuas. No se consideran hospitalizaciones los ingresos a la institución hospitalaria para la realización de cirugías ambulatorias programadas o de urgencias.



- 6.3. Hospitalización domiciliaria:** Es la atención médica multidisciplinaria que se presta a un paciente que requiere cuidados hospitalarios en su domicilio para el manejo integral de un accidente con la misma calidad técnico científica de una institución hospitalaria y prestada por una entidad acreditada para tal fin por los entes de control.
- 6.4. Institución hospitalaria:** Es cualquier institución prestadora de servicios de salud legalmente autorizada y acreditada por los organismos gubernamentales competentes para prestar el servicio de hospitalización y/o cirugía requerido por el **ASEGURADO**.
- 6.5. Médico:** Profesional que cursó y finalizó estudios universitarios de la carrera de medicina en una Universidad debidamente aprobada por el ICFES, registrado ante el Registro Único Nacional y que ejerza su profesión en Colombia. El profesional médico que confirme la condición médica del **ASEGURADO**, no podrá ser el mismo **ASEGURADO**, o un pariente hasta segundo grado de consanguinidad y primero de afinidad. En caso de ser un Profesional Extranjero debe tener el título convalidado ante el Ministerio de Protección Social e inscripción ante el ente territorial en el cual ejerce
- 6.6. Tratamiento ambulatorio:** Son los servicios de salud que se prestan al **ASEGURADO**, suministrados fuera de una institución hospitalaria o dentro de ella pero con una duración inferior a veinticuatro (24) horas; con excepción hecha del servicio de urgencias en el cual la atención puede tener una permanencia mayor a 24 horas lo cual tampoco se considera hospitalización.

7. RECLAMACIONES

Para el pago de la indemnización estipulada en el presente Anexo, el **ASEGURADO** deberá presentar la respectiva reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del siniestro.

SEGUROS BOLÍVAR tendrá derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de los documentos aportados para la reclamación.

El **ASEGURADO** autoriza a **SEGUROS BOLÍVAR** para 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 para obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **SEGUROS BOLÍVAR**, relacionada con la reclamación.

8. FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Si con posterioridad a un evento indemnizado por el presente Anexo, se produce la muerte del **ASEGURADO**, **SEGUROS BOLÍVAR** no deducirá lo pagado por el Anexo, del valor a indemnizar por la cobertura básica de muerte.



9. DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA PRESENTAR EL RECLAMO

- 9.1. Formato de Reclamación.
- 9.2. Copia de la Historia Clínica completa.
- 9.3. Copia de la Incapacidad.
- 9.4. Fotocopia de la Cédula del **ASEGURADO**.
- 9.5. Autorización para pago por transferencia.

SEGUROS BOLÍVAR podrá solicitar al **ASEGURADO** cualquier documento adicional que estime necesario para la evaluación del siniestro correspondiente.

10. TERMINACIÓN DEL ANEXO

El presente Anexo se dará por terminado automáticamente:

- 10.1. Cuando se hayan pagado las indemnizaciones correspondientes al Valor Máximo del Beneficio, señalado en la Condición 4. del presente Anexo.
- 10.2. Cuando el **ASEGURADO** alcance la edad máxima de permanencia.

Este Anexo también se podrá dar por terminado por cualquiera de las causales descritas en las Condiciones Generales de la póliza principal.

11. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

En todo lo no previsto en el presente Anexo, se aplicaran al mismo las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales de la póliza principal.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal



SEGUROS BOLÍVAR OFRECE LOS SIGUIENTES SERVICIOS, COMO UN BENEFICIO PARA EL ASEGURADO, SIN PAGO ADICIONAL.

SERVICIOS DE ASISTENCIA

Complementario a la cobertura de su seguro de vida, **SEGUROS BOLÍVAR** le brindará los siguientes servicios.

1. LO INSTALAMOS POR USTED

1.1. Servicio de instalación de canaletas para cobertura de cableado.

SEGUROS BOLÍVAR pondrá a disposición del **ASEGURADO** un técnico a domicilio que le brindará el servicio de instalación de canaletas para cubrir cableado.

1.2. Servicio de instalación y configuración de equipos electrónicos.

SEGUROS BOLÍVAR pondrá a disposición del **ASEGURADO**, un técnico a domicilio especializado que le brindará el servicio de instalación y configuración de equipos electrónicos (Smart Tv, Teatro en casa, PC).

1.3. Instalación de lámparas y apliques de luz.

SEGUROS BOLÍVAR pondrá a disposición del **ASEGURADO**, un técnico a domicilio, que le brindará el servicio de instalación o reemplazo de lámparas y apliques de luz al interior del inmueble de su residencia.

El servicio se prestará máximo para tres puntos de instalación, siempre y cuando la instalación deba realizarse en una altura máxima de 2,5 mts.

2. CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

La prestación de los servicios relacionados en el numeral uno (1), está sujeta a las siguientes condiciones:

- 2.1. Solicitar el servicio con un mínimo de 48 horas de anticipación, en un horario de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. y sábados de 8 a.m. a 12 p.m.
- 2.2. El **ASEGURADO** deberá encontrarse presente en el momento de la prestación del servicio, y solamente se prestará en su lugar de residencia.
- 2.3. El servicio prestado cubrirá solamente la mano de obra, sin los materiales requeridos para la instalación.
- 2.4. La labor debe encontrarse dentro de las normas del código eléctrico, si es el caso.
- 2.5. El **ASEGURADO** deberá aceptar siempre las recomendaciones y soluciones indicadas por el proveedor.



- 2.6. El servicio cubre hasta un valor máximo de ochenta mil pesos (\$80.000) por evento.
- 2.7. Cuando el servicio de instalación exceda el valor de ochenta mil pesos (\$80.000) el **ASEGURADO** tiene la opción de contratar por su cuenta cualquier servicio adicional, caso en el cual deberá cubrir los gastos adicionales.
- 2.8. Este servicio se prestará máximo una (1) vez durante la vigencia anual del seguro.
- 2.9. Se cubrirá un (1) servicio anual por inmueble, por cada uno de los servicios indicados en el numeral uno (1).

3. ORIENTACIÓN LEGAL TELEFÓNICA

En caso de que el **ASEGURADO** necesite orientación legal sobre trámites asociados con la vivienda (hipoteca escrituras, patrimonio familiar, contratos de arrendamientos), así como orientación tributaria respecto a pago de impuestos y/o declaración de renta; se le brindará asesoría a través de nuestra línea de atención gratuita 01800123322 o llamando desde celular al #322.

3.1. Condiciones para prestación del servicio.

- 3.1.1. Se prestará asesoría sin la responsabilidad por parte de **SEGUROS BOLÍVAR** del éxito o fracaso de las acciones emprendidas, omitidas o dejadas de adelantarse por el **ASEGURADO**.
- 3.1.2. Los honorarios de abogados generados por demandas en que participe el **ASEGURADO** correrán por cuenta suya.
- 3.1.3. Este servicio estará disponible tres veces durante la vigencia anual del seguro, sin límite de monto.

4. VIGENCIA

Los servicios ofrecidos tendrán la misma vigencia anual de la póliza.

5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR FUERA DE NUESTRA RED.

SEGUROS BOLÍVAR no se hará responsable, ni se efectuarán reembolsos por los gastos en que haya incurrido el **ASEGURADO** por servicios de instalación con proveedores no autorizados a través de nuestras líneas de atención.

6. ¿CÓMO SOLICITAR LOS SERVICIOS?.

- 6.1. Puede comunicarse las 24 horas del día los 365 días del año, llamando a nuestra línea de atención gratuita 018000 123 322 o al #322 a nivel nacional.
- 6.2. El **ASEGURADO** deberá suministrar los datos de identificación, así como los demás datos que sean necesarios para prestar el servicio, tales como la ubicación exacta donde debe prestarse el servicio, número telefónico de contacto, servicio solicitado, etc.



6.3. Una vez confirmados los datos anteriores y verificado que el **ASEGURADO** tiene derecho a la prestación del servicio solicitado, se procederá con la prestación del mismo de acuerdo con los términos y condiciones señalados en el presente documento.

SEGUROS BOLÍVAR, a través de sus proveedores, se reserva el derecho de no prestar los servicios, cuando las condiciones de seguridad configuren riesgos potenciales para el técnico prestador del servicio.

Los beneficios ofrecidos corresponden a servicios, por lo tanto **NO** se efectuarán pagos por reembolso.

Todos los servicios descritos en el presente documento estarán disponibles en la República de Colombia.

Página en blanco

DATOS ENVÍO

NOMBRE: FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ
DIRECCIÓN: CL 106 7 A 19
CIUDAD: BOGOTA-BOGOTA

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ

DATOS ASEGURADO - No. 1

NOMBRE: FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ
IDENTIFICACIÓN: 93392190
EDAD: 45 AÑOS

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL VIDA PROTECCION

CERTIFICADO DE SEGURO

Póliza N°: 5132050332501
Certificado: 0 **N°:** 001
Fecha de Expedición: 28/12/2019

VIGENCIA DEL SEGURO	DESDE	HASTA
	27/12/2019	27/12/2020
	<small>Día Mes Año</small>	<small>Día Mes Año</small>
	<small>A las 24 horas</small>	<small>A las 24 horas</small>

BENEFICIARIOS

VER LISTA DE BENEFICIARIOS EN LA SIGUIENTE PÁGINA

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO INICIAL	% EXTRAPRIMA	PRIMA
VIDA BASICA	\$ 88,412,022	0	\$ 216,132
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA	\$ 88,412,022	0	\$ 52,368
AUX. POR HOSPITALIZACIÓN	\$ 100,000		\$ 0
DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Vr. Máximo	\$ 12,000,000		\$ 0

TOTAL PRIMA **\$ 268,500**

Código de Clausulado que aplica: 05/04/2019-1407-P-37-VI-0000000000164-000R. Consulte este clausulado en la página www.segurosbolivar.com

OTROS BENEFICIOS

ASISTENCIAS

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN
PRINCIPAL A TITULO ONEROSO			
BANCO DAVIVIENDA S.A.	860034313		100% Hasta el saldo insoluto de la deuda
BENEFICIARIOS A TITULO GRATUITO			
BENEFICIARIOS DE LEY		OTROS	100

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$ 22,375
TOTAL A PAGAR	\$ 22,375
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL

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.

- Poliza endosada a Banco Davivienda S.A. NIT 860034313 en calidad de Beneficiario Oneroso, hasta el saldo no pagado de la deuda correspondiente al credito numero 5700491000031974. Cualquier suma a favor sera reconocida a los demas beneficiarios designados por el asegurado, segun consta en el presente certificado de seguro.
- El valor asegurado inicial de esta poliza se modificara de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda reportado mensualmente por el beneficiario oneroso a La Aseguradora, incrementado en 0%

Firma Representante Legal



SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL VIDA PROTECCIÓN

05/04/2019-1407-P-37-VI-000000000164-000R

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., en adelante **SEGUROS BOLÍVAR**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el **TOMADOR-ASEGURADO**, la cual se incorpora al contrato de seguro de vida para todos sus efectos, pagará en caso de siniestro al **ASEGURADO** o a su(s) Beneficiario(s) la suma asegurada que se indica en el Certificado de Seguro.

1. AMPAROS DEL SEGURO DE VIDA.

Con esta póliza el asegurado está protegido en los siguientes eventos, según conste en el Certificado de Seguro:

1.1. Amparo básico del seguro – muerte del asegurado.

SEGUROS BOLÍVAR cubre, durante la vigencia de la póliza, el riesgo de muerte del **ASEGURADO**.

1.2. Amparos adicionales que le brinda esta póliza:

SEGUROS BOLÍVAR cubre, si así se indica en el correspondiente certificado de seguro, los siguientes amparos adicionales:

1.2.1. Diagnóstico de cáncer.

1.2.2. Auxilio por hospitalización.

1.2.3. Incapacidad total y permanente.

2. EXCLUSIONES DEL SEGURO DE VIDA

Esta póliza no establece exclusiones por intento de suicidio, suicidio o eventos derivados de o relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia humana VIH - SIDA.

3. DEFINICIONES

3.1. Tomador - Asegurado

Es la persona natural cuya vida se asegura por parte de **SEGUROS BOLÍVAR**.

3.2. Beneficiario

Es la persona designada por el **ASEGURADO** para recibir los beneficios derivados del presente contrato en caso de siniestro. A falta de designación de beneficiario, o cuando la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, o cuando se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del **ASEGURADO**, se aplicarán las normas legales vigentes.



3.3. Beneficiario Oneroso

Es la persona natural o jurídica con quien el **ASEGURADO** ha adquirido una obligación económica que busca respaldar con el seguro, mediante la designación del acreedor como beneficiario del seguro. Ante la designación de un beneficiario a título oneroso, el seguro solo puede ser revocado por el **ASEGURADO** con el consentimiento de dicho Beneficiario.

4. EL CONTRATO

Hacen parte integrante del contrato:

- 4.1. La solicitud de seguro del **ASEGURADO**.
- 4.2. La declaración de asegurabilidad del **ASEGURADO**.
- 4.3. Los resultados de los exámenes médicos del **ASEGURADO**.
- 4.4. Las condiciones generales y particulares del contrato, así como el Certificado de Seguro.
- 4.5. Los anexos que se emitan para adicionar, renovar, modificar, suspender o revocar este contrato.

5. LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA

5.1. Amparo Básico de Muerte:

Edad de Ingreso

- 5.1.1. La Edad mínima para la contratar la póliza es 18 años.
- 5.1.2. La Edad máxima de contratación es 70 años y 364 días.

Edad de Permanencia

- 5.1.3. La edad límite de la cobertura básica de muerte es 84 años y 364 días.

5.2. Amparos Adicionales:

Las edades de ingreso y permanencia en los Amparos Adicionales, serán las indicadas en cada uno de los respectivos Anexos.

6. VIGENCIA

La vigencia de la póliza comienza con el pago de la primera prima y tendrá duración de un año.



7. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado en cualquier momento de la vigencia de la póliza se estipula en pesos y corresponde inicialmente al valor asegurado que se indica en el Certificado de Seguro a la fecha de expedición del seguro.

En caso de existir beneficiario oneroso, el valor asegurado inicial de esta póliza se podrá modificar de acuerdo con el saldo insoluto de la deuda reportado mensualmente por el beneficiario oneroso a **SEGUROS BOLÍVAR**, incrementado en el porcentaje que se indique en el Certificado de Seguro, si es el caso.

Cualquier solicitud de aumento del valor asegurado, por parte del **ASEGURADO** deberá cumplir con los mismos requisitos de asegurabilidad que exige **SEGUROS BOLÍVAR** y estará sujeta a la aprobación de ésta.

8. PRIMA DEL SEGURO DE VIDA

La prima se establece teniendo en cuenta la tarifa correspondiente a la edad de cada asegurado, su estado de salud, el monto asegurado y su ocupación.

9. LUGAR PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas correspondientes al seguro de vida deben pagarse por **EL TOMADOR - ASEGURADO** mediante la opción de autorizar expresamente la realización de débitos o cargos automáticos a los productos financieros que posea en entidades financieras autorizadas por **SEGUROS BOLÍVAR**; de igual forma, cuando la presente póliza se encuentre respaldando una obligación, podrá autorizar el pago de la prima del seguro, con la cuota del crédito.

EL TOMADOR - ASEGURADO es responsable del pago de la prima y se obliga a mantener disponibles durante todo el lapso comprendido entre el primer (1er) y el último día del mes previsto para efectuar el descuento, según la periodicidad de pago pactada, el cupo o fondos necesarios para que **SEGUROS BOLÍVAR** y la Entidad Financiera autorizada puedan efectuar el proceso de débito o cargo automático y recaudo de la prima.

10. PERIODICIDAD Y PLAZO PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

El **TOMADOR** es responsable por el pago de la prima. A solicitud escrita de **EL TOMADOR - ASEGURADO**, en el momento de la expedición o renovación del seguro, la prima del seguro de vida podrá pactarse en períodos diferentes al anual.

Excepto para la primera prima, se concede un plazo de gracia de un (1) mes para el pago de las primas, para lo cual se tendrá en cuenta la periodicidad de pago pactada y que para tal efecto se ha señalado en la carátula de la póliza.

La falta de pago de las primas posteriores a la primera, transcurrido el período de gracia, producirá la terminación automática del contrato de seguro de vida a partir de la fecha hasta donde alcance a cubrir las primas efectivamente pagadas y **SEGUROS BOLÍVAR** quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo, en los términos del artículo 1068 del Código de Comercio.

Si el **ASEGURADO** fallece durante el período de gracia, **SEGUROS BOLÍVAR** deducirá de la indemnización el valor de la prima anual pendiente de pago.



En el evento de existir beneficiario(s) oneroso(s) en la póliza, este(os) tiene(n) la posibilidad de asumir el pago de la prima del seguro para evitar su terminación automática.

SEGUROS BOLÍVAR se obliga a informar al/los beneficiario(s) oneroso(s) acerca de la terminación automática del contrato por la mora en el pago de la prima, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al vencimiento del plazo señalado para el pago.

11. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

De conformidad con las normas legales vigentes, **EL TOMADOR - ASEGURADO** está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por **SEGUROS BOLÍVAR**.

La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por **SEGUROS BOLÍVAR**, la hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producirá la nulidad del contrato de seguro.

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

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable al **TOMADOR** o **EL ASEGURADO**, el contrato no será nulo, pero **SEGUROS BOLÍVAR** solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa adecuada al verdadero estado del riesgo, salvo lo previsto en la Condición Doce (12) del presente clausulado en los términos del artículo 1160 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si **SEGUROS BOLÍVAR**, antes de celebrarse el contrato ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, conviene en subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

12. ERROR EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

Si respecto a la edad del **ASEGURADO** se comprueba inexactitud en la Solicitud del Seguro de Vida, se aplicarán las siguientes normas:

- 12.1.** Si la edad real está fuera de los límites autorizados por **SEGUROS BOLÍVAR**, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en la Condición Once (11) en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.
- 12.2.** Si es mayor que la declarada, la suma asegurada se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima percibida por **SEGUROS BOLÍVAR**.
- 12.3.** Si es menor, la suma asegurada se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral 12.2 de la presente condición



13. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO**, bajo la presente póliza, quedarán privados de todo derecho a indemnización en virtud de la misma, cuando la reclamación presentada fuera de cualquier manera fraudulenta, si para respaldar cualquier reclamación hacen o utilizan declaraciones falsas o si se emplean medios o documentos engañosos o dolosos.

14. IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del **ASEGURADO** desde la fecha de perfeccionamiento del contrato de seguro de vida, la suma asegurada no podrá ser reducida por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

15. COBERTURA ININTERRUMPIDA

Como un beneficio para el **ASEGURADO**, con el fin de garantizar la continuidad de la protección del seguro y conservar la antigüedad adquirida por mediante la presente póliza, sin perjuicio de la facultad que le asiste al tomador y/o asegurado de dar por terminado el contrato o de manifestar su decisión de no renovarlo, las partes acuerdan que una vez termine la primera vigencia, este seguro y sus anexos si es el caso, se renovarán de forma sucesiva por periodos consecutivos de igual plazo, hasta cuándo:

15.1. Opere alguna causal de terminación.

15.2. El **ASEGURADO** cumpla la edad límite de cobertura establecida en la Condición Cinco (5), de este contrato.

15.3. Mientras se pague la prima con la periodicidad pactada y dentro del plazo correspondiente.

15.4. En caso de existir beneficiario oneroso, a efectos de facilitar la continuidad de la póliza como garantía durante toda la duración del crédito, las renovaciones se efectuarán en las siguientes condiciones:

15.4.1. No requerirá nuevas pruebas de asegurabilidad.

15.4.2. Se generará por un período igual al establecido en la carátula y así sucesivamente, y

15.4.3. Dará lugar a la emisión de un nuevo certificado de la póliza donde se expresará el valor asegurado y el valor de la prima, teniendo en cuenta la variación del valor asegurado si es el caso y la edad del **ASEGURADO**.

16. MODIFICACIONES AL CONTRATO

Toda modificación a las condiciones y/o valores asegurados, deberá tramitarse con la firma de **EL TOMADOR - ASEGURADO** en cualquier momento de la vigencia del seguro. En ausencia de éste, quien solicite la modificación deberá contar con un poder debidamente otorgado que lo faculte para solicitar los cambios a nombre de **EL TOMADOR - ASEGURADO**.



Cuando la póliza tenga designación de beneficiario en calidad de oneroso, cualquier modificación a las condiciones, coberturas y/o valores asegurados, solicitada por **EL TOMADOR - ASEGURADO**, deberá tramitarse con el consentimiento expreso del beneficiario oneroso mientras subsista el interés que lo legitima.

17. BENEFICIARIOS

El **ASEGURADO** podrá cambiar la designación de beneficiarios del seguro de vida en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza, pero tal cambio solo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a las oficinas de **SEGUROS BOLÍVAR** a nivel nacional. El cambio podrá efectuarse sin el consentimiento del beneficiario anterior, excepto cuando este tenga la calidad de oneroso, caso en el cual, para cambiarlo o excluirlo, se requiere su consentimiento expreso o la desaparición del interés que lo legitima debidamente sustentado. El documento de solicitud del cambio debe tener la fecha de recibido y constancia de su recepción por parte de **SEGUROS BOLÍVAR**.

En caso de que se designe beneficiario a título oneroso, deberá acreditarse la existencia de la deuda. La indemnización máxima que se haya de reconocer a su favor será, según lo indicado por el **ASEGURADO** en el momento de la designación del beneficiario oneroso, el equivalente al valor de la deuda o saldo insoluto de la deuda en la fecha de fallecimiento del **ASEGURADO**; dicho valor en ningún caso podrá superar el valor asegurado de la póliza. El saldo de la suma asegurada, si lo hubiera, corresponderá a los demás **BENEFICIARIOS** designados por el **ASEGURADO**.

La presente póliza permite que esta sea cedida o endosada en caso de una titularización de cartera, por parte del beneficiario oneroso, si lo hubiera.

18. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

18.1. Valor a indemnizar:

En caso de fallecimiento del **ASEGURADO**, **SEGUROS BOLÍVAR** pagará a los beneficiarios el valor asegurado alcanzado a la fecha de siniestro.

EL TOMADOR - ASEGURADO autoriza a **SEGUROS BOLÍVAR** a que solicite, aún después de su fallecimiento, el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos; así mismo se obliga a suministrar toda la información que solicite **SEGUROS BOLÍVAR** relacionada con la reclamación.

El **ASEGURADO** o **BENEFICIARIOS** quedarán privados de todo derecho procedente de este seguro, 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.

El **ASEGURADO** o **BENEFICIARIOS**, a petición de **SEGUROS BOLÍVAR**, deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.



18.2. Plazo para el pago de la indemnización:

SEGUROS BOLÍVAR 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 hubiera, dentro de los veinticinco (25) días calendario siguientes a la fecha en que el o los beneficiarios acrediten su derecho, conforme al Artículo 1077 del Código de Comercio. Dicha obligación está condicionada al cumplimiento de los requisitos legales y contractuales correspondientes.

19. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro de la persona amparada por la presente póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- 19.1.** 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.
- 19.2.** Cuando **EI TOMADOR - ASEGURADO** solicite la revocación del contrato de seguro, para lo cual se tendrá en cuenta lo señalado en la Cláusula Veinte (20).
- 19.3.** Al vencimiento de la anualidad más próxima en que el **ASEGURADO** cumpla 84 años más 364 días de edad.
- 19.4.** Cuando **SEGUROS BOLÍVAR** pague la indemnización por el Anexo de Incapacidad Total y Permanente, si lo hubiera.
- 19.5.** Al vencimiento de la vigencia de la póliza si ésta no se renueva.

20. REVOCACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato podrá ser revocado unilateralmente por el **ASEGURADO**, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **SEGUROS BOLÍVAR**.

Cualquier revocación que afecte a la póliza se informará al beneficiario oneroso si lo hubiera, dentro de un término no mayor a treinta (30) días contados a partir de la fecha de su conocimiento.

En caso de existir beneficiario(s) oneroso(s) en la póliza, esta decisión no se hará efectiva hasta que estos manifieste(n) a **SEGUROS BOLÍVAR** su autorización para tal terminación, para lo cual **SEGUROS BOLÍVAR** informará a éste(os) dentro de los Treinta (30) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de terminación del **ASEGURADO**.

Cuando **SEGUROS BOLÍVAR** haya recibido una o más primas por el presente contrato, después de que hubiere sido revocado, no se obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada por **SEGUROS BOLÍVAR**.



21. CONVERSIÓN

En cualquier aniversario de la póliza, siempre y cuando ésta se encuentre vigente y la edad del **ASEGURADO** no exceda la edad límite, este podrá rescindir el seguro y tomar otro, sin pruebas de asegurabilidad, bajo uno de los planes de seguro de vida individual de los que emite **SEGUROS BOLÍVAR**, con excepción de los temporales y crecientes, con base en la edad alcanzada por el **ASEGURADO** y por un valor asegurado no mayor al de esta póliza en la fecha de conversión.

22. PAGOS Y DEUDAS

Cualquier suma pagadera por **SEGUROS BOLÍVAR** bajo la presente póliza, será cancelada en su oficina principal en Bogotá en sus agencias, sucursales o en cualquiera de las oficinas autorizadas.

23. NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, que puede efectuarse por cualquier medio, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores deberá consignarse por escrito; 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.

24. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal



ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

05/04/2019-1407-A-37-VI-0000000000165-000R

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente Anexo se llamará **SEGUROS BOLÍVAR**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el **ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, otorga el presente Anexo, el cual queda sujeto a las condiciones y exclusiones de la póliza a la cual accede, en adición a las siguientes:

1. DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Cuando este amparo sea otorgado, **SEGUROS BOLÍVAR** indemnizará el valor asegurado correspondiente cuando:

- 1.1.** Con posterioridad a la fecha de ingreso a la póliza el **ASEGURADO** sufra una lesión, enfermedad o accidente, que le genere la pérdida igual o mayor al 50% de su capacidad laboral.
- 1.2.** La lesión o enfermedad le impida total y permanentemente realizar su ocupación habitual u otra cualquiera compatible con su educación, formación o experiencia.
- 1.3.** El **ASEGURADO** cuente con la calificación en firme, de pérdida de capacidad laboral igual o mayor al 50%, emitida por la ARL, la EPS, la AFP del **ASEGURADO** o la Junta Nacional o Regional de Calificación de invalidez.

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 la calificación de pérdida de capacidad laboral.

Para la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente, en caso de existir beneficiario oneroso, se tendrá como saldo insoluto de la deuda aquel que se registre en la fecha en la cual **SEGUROS BOLÍVAR** informe por escrito al beneficiario su aceptación respecto de la incapacidad del **ASEGURADO**.

2. EXCLUSIONES.

El presente Anexo no establece exclusiones por intento de suicidio, suicidio o eventos derivados de o relacionados con el síndrome de inmunodeficiencia humana VIH – SIDA.

3. PÉRDIDA

Conforme se emplea aquí el concepto "pérdida" significa con respecto de:

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



3.2. Pies: La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotalar, es decir, a nivel del tobillo.

3.3. Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

4. LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA DEL ANEXO

4.1. La edad mínima para la contratación del presente Anexo es 18 años.

4.2. La edad máxima de contratación es 69 años y 364 días.

4.3. La edad límite de cobertura es 70 años y 364 días.

5. SUMA ASEGURADA

La determinación del valor asegurado se realizará de la forma establecida en la Condición Séptima (7) de las Condiciones Generales de la póliza a la cual accede este Anexo.

6. BENEFICIARIOS

El **BENEFICIARIO** de este Anexo es el **ASEGURADO** y no podrá designar otro beneficiario. Sin embargo, en caso de existir beneficiario oneroso en la póliza de seguro de vida, dicho **BENEFICIARIO** oneroso será a su vez el **BENEFICIARIO** de este Anexo, caso en el cual, para excluirlo, se requiere su consentimiento expreso o la desaparición del interés que lo legitima debidamente sustentada. El documento de solicitud de exclusión debe tener la fecha de recibido y constancia de su recepción por parte de **SEGUROS BOLÍVAR**.

En caso de que se designe beneficiario a título oneroso, deberá acreditarse la existencia de la deuda. La indemnización máxima que se haya de reconocer a su favor será, según lo indicado por el **ASEGURADO** en el momento de la designación del beneficiario oneroso, el equivalente al valor de la deuda o saldo insoluto de la deuda en la fecha de siniestro; el saldo de la suma asegurada, si lo hubiera, corresponderá al **ASEGURADO**.

El presente Anexo permite que este sea cedido o endosado con la póliza, en caso de una titularización de cartera, por parte del beneficiario oneroso, si lo hubiera.

7. INDEMNIZACIÓN

7.1. El pago de la indemnización a que hubiera lugar se hará al **ASEGURADO**.

7.2. En el evento en que el **ASEGURADO** no pueda efectuar el cobro de la indemnización, en razón a su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por **SEGUROS BOLÍVAR**, el pago se hará a quien acredite ser el curador del **ASEGURADO**.

7.3. El pago se efectuará de conformidad con lo indicado en las Condiciones Cuarta (4), Décima Sexta (16), Décima Séptima (17) y Décima Octava (18) de las Condiciones Generales de la póliza a la que accede el presente Anexo.



El **ASEGURADO** autoriza a **SEGUROS BOLÍVAR** a que solicite el concepto de los médicos tratantes o de los profesionales o instituciones que posean información acerca de su salud, así como a obtener su historia clínica y demás documentos médicos; así mismo, se obliga a suministrar toda la información que solicite **SEGUROS BOLÍVAR** relacionada con la reclamación.

El **ASEGURADO** quedará privado de todo derecho procedente de este Anexo, cuando la reclamación presentada fuera 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.

El **ASEGURADO** a petición de **SEGUROS BOLÍVAR**, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

8. RECLAMACIONES

Para que **SEGUROS BOLÍVAR** pague la indemnización correspondiente a una Incapacidad total y permanente, el **ASEGURADO** o beneficiario(s) deberá(n) presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia de tal incapacidad de acuerdo con los términos de este Anexo. **SEGUROS BOLÍVAR** se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

9. EXÁMENES MÉDICOS

En caso de ser necesario, practicarse las valoraciones médicas que el médico designado por **SEGUROS BOLÍVAR** considere pertinentes, luego de la evaluación preliminar del estado de salud del **ASEGURADO**.

10. TERMINACIÓN DEL ANEXO

Este Anexo se dará por terminado a falta de renovación de la póliza a la cual accede.

El **ASEGURADO** que reciba cualquier indemnización igual al valor total asegurado por el presente Anexo, quedará automáticamente excluido de él, sin perjuicio de las causales de terminación contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

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.

11. REVOCACIÓN

Este Anexo podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes:

- 11.1. Por el **TOMADOR** o **ASEGURADO**, en cualquier momento, mediante aviso escrito a **SEGUROS BOLÍVAR**, de acuerdo con lo señalado en las Condiciones Décima Novena (19) y Vigésima (20) de las Condiciones Generales de la póliza a la cual accede este Anexo, o cuando el **ASEGURADO** alcance la edad límite para el presente Anexo.



11.2. Por **SEGUROS BOLÍVAR**, en cualquier momento, mediante aviso escrito al **TOMADOR** o **ASEGURADO**, enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío.

SEGUROS BOLÍVAR devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de la revocación.

Si después de revocado el Anexo **SEGUROS BOLÍVAR** 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 periodo posterior será reembolsada.

Cuando la póliza a la cual accede el presente Anexo, tenga beneficiario(s) a título Oneroso, el **ASEGURADO** debe contar con la aceptación de dicho beneficiario, para solicitar la revocación del presente Anexo.

En todo lo no previsto en este Anexo, se aplicarán al mismo las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales de la Póliza.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal



ANEXO DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

05/04/2019-1407-A-37-VI-000000000167-000R

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., en adelante **SEGUROS BOLÍVAR**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el **ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, otorga la presente cobertura cuando así se indique en la carátula de la póliza principal, quedando sujeta a las siguientes condiciones y excepciones:

1. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Cuando la póliza principal a la cual accede el presente Anexo, se encuentre garantizando una obligación del **ASEGURADO** con una entidad financiera y a este se le diagnostique cáncer por primera vez, **SEGUROS BOLÍVAR** realizará el pago de tres (3) cuotas mensuales de la obligación que se encuentre respaldada con la póliza principal.

Los tipos de cáncer cubiertos son:

- 1.1. Cáncer invasivo a otros órganos, esto es, que la lesión cancerosa se haya extendido por fuera del órgano desde el cual se originó.
- 1.2. Leucemia en cualquiera de los subtipos.
- 1.3. Enfermedades malignas del sistema linfático.

2. EVENTOS NO CUBIERTOS

De acuerdo con la definición de la cobertura, no se cubren las siguientes afecciones:

- 2.1. Cualquier tipo de Cáncer preexistente o diagnosticado durante el primer año de vigencia del seguro.
- 2.2. Cáncer In Situ (que no se ha diseminado a otra parte del cuerpo).
- 2.3. Cáncer de próstata temprano (estadíos T1 o equivalentes).
- 2.4. Melanomas de piel (estadío 1A o equivalente), carcinomas basocelulares de la piel y carcinomas de células escamosas de la piel que no hayan hecho metástasis.
- 2.5. Cualquier tipo de lesión pre-maligna.

3. DESDE CUANDO LO EMPEZAMOS A CUBRIR

El amparo de Diagnóstico de cáncer concedido en el presente Anexo por **SEGUROS BOLÍVAR**, inicia el segundo año de vigencia del seguro.



4. VALOR MÁXIMO DEL BENEFICIO

El valor asegurado de la presente cobertura, corresponderá al valor de las tres (3) cuotas mensuales del crédito siguientes a la fecha en que **SEGUROS BOLÍVAR** notifique al **ASEGURADO** el reconocimiento del beneficio, si hay lugar al pago. Independiente del valor de las cuotas del crédito, el valor asegurado máximo a indemnizar es de cuatro millones de pesos (\$4.000.000) por cada una de las tres (3) cuotas mensuales.

5. LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA

Edad de Ingreso

- 5.1. La edad mínima de ingreso al Anexo es 18 años.
- 5.2. Edad máxima de ingreso al Anexo es de 69 años mas 364 días.

Edad de Permanencia

- 5.3. La edad máxima de permanencia es 70 años y 364 días.

6. INDEMNIZACIÓN

- 6.1. El pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará a la Entidad Financiera, en calidad de Beneficiario Oneroso.
- 6.2. En el evento en que el **ASEGURADO** no pueda presentar la respectiva reclamación, en razón a su estado de salud certificado por el médico tratante y con las pruebas adicionales exigidas y aceptadas por **SEGUROS BOLÍVAR**, el pago se efectuará por solicitud de quien acredite parentesco de primer o segundo grado de consanguinidad o afinidad con **EL ASEGURADO**.
- 6.3. La entidad Financiera en calidad de beneficiario oneroso, también podrá dar aviso del siniestro y solicitar la indemnización correspondiente, aportando la documentación requerida.
- 6.4. Para efectos de la reclamación por este anexo, el **ASEGURADO**, o quien lo represente, debe aportar a **SEGUROS BOLÍVAR** copia de la Historia Clínica y copia del reporte de patología de la biopsia o pieza quirúrgica.

7. DEFINICIONES

- 7.1. **Biopsia:** extirpación de una pequeña cantidad de tejido para su examen con microscopio, realizada con el fin de formular un diagnóstico definitivo.
- 7.2. **Cáncer:** término usado para referirse a un grupo de más de 100 enfermedades en las que las células crecen de forma descontrolada; tumor compuesto de células cancerosas.
- 7.3. **Cáncer invasivo:** el cáncer que se ha diseminado fuera de la capa de tejido en la que se originó y que tiene la capacidad de crecer en otros tejidos o partes del cuerpo, también denominado cáncer infiltrante.



- 7.4. Cáncer “In Situ” o localizado:** el cáncer que está confinado al área en la que se originó y que no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.
- 7.5. Carcinoma:** el cáncer que se origina en la piel o en los tejidos que recubren el interior o cubren el exterior de los órganos internos.
- 7.6. Células:** las unidades básicas que constituyen el cuerpo humano.
- 7.7. Detección:** el proceso de verificar si una persona tiene una enfermedad o una mayor probabilidad de tener una enfermedad cuando la persona no presenta síntomas.
- 7.8. Diagnóstico:** Identificación de la existencia o no de una enfermedad, con base en los síntomas y signos clínicos, para determinar un padecimiento o condición clínica, auxiliándose para ello, en caso de ser necesario, de estudios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- 7.9. Estadío:** una manera de describir el cáncer, por ejemplo, dónde está ubicado, si se ha diseminado y hacia dónde, y si está afectando las funciones de otros órganos del cuerpo.
- 7.10. Leucemia:** un cáncer de la sangre. La leucemia comienza cuando los glóbulos blancos normales cambian y crecen sin control.
- 7.11. Maligno:** se refiere a un tumor que es canceroso. Puede invadir el tejido sano circundante o diseminarse a otras partes del cuerpo.
- 7.12. Metástasis:** diseminación del cáncer desde el lugar donde se originó hacia otra parte del cuerpo, por medio del sistema linfático o del torrente sanguíneo.
- 7.13. Médico:** Profesional que cursó y finalizó estudios universitarios de la carrera de medicina en una Universidad debidamente aprobada por el ICFES, registrado ante el Registro Único Nacional y que ejerza su profesión en Colombia. El profesional médico que confirme la condición médica del **ASEGURADO**, no podrá ser el mismo **ASEGURADO**, o un pariente hasta segundo grado de consanguinidad y primero de afinidad. En caso de ser un Profesional Extranjero debe tener el título convalidado ante el Ministerio de Protección Social e inscripción ante el ente territorial en el cual ejerce.
- 7.14. Pre-canceroso - Pre-maligno:** se refiere a las células que tienen la posibilidad de convertirse en cancerosas.
- 7.15. Tumor:** una masa que se forma cuando las células normales comienzan a cambiar y crecen sin control. Un tumor puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso, lo cual significa que puede diseminarse a otras partes del cuerpo).

8. RECLAMACIONES

Para el pago de la indemnización estipulada en la presente póliza, el **ASEGURADO** deberá presentar la reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del siniestro.

SEGUROS BOLÍVAR tendrá derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de los documentos aportados para la reclamación.



El **ASEGURADO** autoriza a **SEGUROS BOLÍVAR** para 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 para obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **SEGUROS BOLÍVAR** relacionada con la reclamación.

9. FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Si como consecuencia del mismo evento indemnizado por el presente Anexo, con posterioridad se produce la muerte del **ASEGURADO**, **SEGUROS BOLÍVAR** no deducirá lo pagado por el Anexo, del valor a indemnizar por la cobertura básica de muerte.

10. DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA PRESENTAR EL RECLAMO

- 10.1. Formato de Reclamación.
- 10.2. Copia de la Historia Clínica completa.
- 10.3. Resultado Informe Histopatológico.
- 10.4. Fotocopia de la Cédula del **ASEGURADO**.

SEGUROS BOLÍVAR podrá solicitar al **ASEGURADO** cualquier documento adicional que estime necesario para la evaluación del siniestro correspondiente.

11. TERMINACIÓN DEL ANEXO

Cuando la indemnización sea pagada, este Anexo terminará automáticamente.

Este Anexo también se podrá dar por terminado por cualquier de las causales descritas en las Condiciones Generales de la póliza principal.

12. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

En todo lo no previsto el presente Anexo, se aplicaran al mismo las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales de la póliza principal.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal



ANEXO AUXILIO POR HOSPITALIZACIÓN

05/04/2019-1407-A-37-VI-000000000168-000R

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A., que en el presente Anexo se llamará **SEGUROS BOLÍVAR**, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el **ASEGURADO**, y al pago de la prima respectiva, otorga la presente cobertura cuando así se indique en el Certificado de Seguro, quedando sujeta a las siguientes condiciones y excepciones:

1. AUXILIO POR HOSPITALIZACIÓN

SEGUROS BOLÍVAR pagará al **ASEGURADO** hospitalizado a causa de una enfermedad o un accidente, la cantidad señalada en el Certificado de Seguro, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- 1.1.** Que el período de hospitalización haya sido de cinco (5) o más días continuos.
- 1.2.** Que la Hospitalización haya sido prestada por instituciones legalmente autorizadas para el ejercicio de las actividades médicas.
- 1.3.** Que la hospitalización haya tenido lugar en el territorio colombiano.

2. EVENTOS NO CUBIERTOS - EXCLUSIONES

Esta póliza no reconoce el pago del Auxilio por Hospitalización, en los siguientes casos:

- 2.1.** Hospitalización domiciliaria.
- 2.2.** Tratamiento médico ambulatorio.
- 2.3.** Chequeos médicos ejecutivos con hospitalización o para la realización de cualquier tipo de exámenes médicos.
- 2.4.** Ingresos a la institución hospitalaria para la realización de cirugías ambulatorias, ya sean programadas o de urgencias.



3. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado del presente Anexo se establecerá con base en el Valor Asegurado inicial de la primera anualidad de la póliza a la cual accede el Anexo, de acuerdo con la siguiente tabla:

VALOR ASEGURADO INICIAL DE LA PÓLIZA	VALOR ASEGURADO DEL ANEXO
3.1. Menos de... 100 millones de pesos	\$100.000
3.2. Desde 100 hasta 500 millones de pesos	\$200.000
3.3. Más de 500 millones de pesos	\$300.000

Estos valores se mantendrán fijos, sin tener en cuenta las modificaciones que se presenten en el valor asegurado, durante la vigencia de la póliza.

4. VALOR MÁXIMO DEL BENEFICIO

La indemnización se pagará máximo una (1) vez por año y máximo tres (3) veces durante la vigencia de la póliza principal.

5. LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA

Edad de Ingreso

- 5.1. La edad mínima de ingreso al Anexo es 18 años.
- 5.2. La edad máxima de ingreso al Anexo es de 69 años y 364 días

Edad de Permanencia

- 5.3. La edad límite de permanencia es 70 años y 364 días.

6. DEFINICIONES

Los términos definidos a continuación aplican para el presente Anexo:

- 6.1. **Evento:** Es el período ininterrumpido en el cual el **ASEGURADO** permanece hospitalizado.
- 6.2. **Hospitalización:** Es el ingreso del **ASEGURADO** a una institución hospitalaria legalmente establecida en Colombia, para recibir tratamiento médico o quirúrgico con ocasión de un accidente con una duración mínima de 24 horas continuas. No se consideran hospitalizaciones los ingresos a la institución hospitalaria para la realización de cirugías ambulatorias programadas o de urgencias.



- 6.3. Hospitalización domiciliaria:** Es la atención médica multidisciplinaria que se presta a un paciente que requiere cuidados hospitalarios en su domicilio para el manejo integral de un accidente con la misma calidad técnico científica de una institución hospitalaria y prestada por una entidad acreditada para tal fin por los entes de control.
- 6.4. Institución hospitalaria:** Es cualquier institución prestadora de servicios de salud legalmente autorizada y acreditada por los organismos gubernamentales competentes para prestar el servicio de hospitalización y/o cirugía requerido por el **ASEGURADO**.
- 6.5. Médico:** Profesional que cursó y finalizó estudios universitarios de la carrera de medicina en una Universidad debidamente aprobada por el ICFES, registrado ante el Registro Único Nacional y que ejerza su profesión en Colombia. El profesional médico que confirme la condición médica del **ASEGURADO**, no podrá ser el mismo **ASEGURADO**, o un pariente hasta segundo grado de consanguinidad y primero de afinidad. En caso de ser un Profesional Extranjero debe tener el título convalidado ante el Ministerio de Protección Social e inscripción ante el ente territorial en el cual ejerce
- 6.6. Tratamiento ambulatorio:** Son los servicios de salud que se prestan al **ASEGURADO**, suministrados fuera de una institución hospitalaria o dentro de ella pero con una duración inferior a veinticuatro (24) horas; con excepción hecha del servicio de urgencias en el cual la atención puede tener una permanencia mayor a 24 horas lo cual tampoco se considera hospitalización.

7. RECLAMACIONES

Para el pago de la indemnización estipulada en el presente Anexo, el **ASEGURADO** deberá presentar la respectiva reclamación con los documentos que acrediten la ocurrencia del siniestro.

SEGUROS BOLÍVAR tendrá derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de los documentos aportados para la reclamación.

El **ASEGURADO** autoriza a **SEGUROS BOLÍVAR** para 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 para obtener la historia clínica y demás documentos médicos de éstas y se obliga a suministrar toda la información que solicite **SEGUROS BOLÍVAR**, relacionada con la reclamación.

8. FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Si con posterioridad a un evento indemnizado por el presente Anexo, se produce la muerte del **ASEGURADO**, **SEGUROS BOLÍVAR** no deducirá lo pagado por el Anexo, del valor a indemnizar por la cobertura básica de muerte.



9. DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA PRESENTAR EL RECLAMO

- 9.1. Formato de Reclamación.
- 9.2. Copia de la Historia Clínica completa.
- 9.3. Copia de la Incapacidad.
- 9.4. Fotocopia de la Cédula del **ASEGURADO**.
- 9.5. Autorización para pago por transferencia.

SEGUROS BOLÍVAR podrá solicitar al **ASEGURADO** cualquier documento adicional que estime necesario para la evaluación del siniestro correspondiente.

10. TERMINACIÓN DEL ANEXO

El presente Anexo se dará por terminado automáticamente:

- 10.1. Cuando se hayan pagado las indemnizaciones correspondientes al Valor Máximo del Beneficio, señalado en la Condición 4. del presente Anexo.
- 10.2. Cuando el **ASEGURADO** alcance la edad máxima de permanencia.

Este Anexo también se podrá dar por terminado por cualquiera de las causales descritas en las Condiciones Generales de la póliza principal.

11. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

En todo lo no previsto en el presente Anexo, se aplicaran al mismo las estipulaciones contenidas en las Condiciones Generales de la póliza principal.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Firma representante Legal



SEGUROS BOLÍVAR OFRECE LOS SIGUIENTES SERVICIOS, COMO UN BENEFICIO PARA EL ASEGURADO, SIN PAGO ADICIONAL.

SERVICIOS DE ASISTENCIA

Complementario a la cobertura de su seguro de vida, **SEGUROS BOLÍVAR** le brindará los siguientes servicios.

1. LO INSTALAMOS POR USTED

1.1. Servicio de instalación de canaletas para cobertura de cableado.

SEGUROS BOLÍVAR pondrá a disposición del **ASEGURADO** un técnico a domicilio que le brindará el servicio de instalación de canaletas para cubrir cableado.

1.2. Servicio de instalación y configuración de equipos electrónicos.

SEGUROS BOLÍVAR pondrá a disposición del **ASEGURADO**, un técnico a domicilio especializado que le brindará el servicio de instalación y configuración de equipos electrónicos (Smart Tv, Teatro en casa, PC).

1.3. Instalación de lámparas y apliques de luz.

SEGUROS BOLÍVAR pondrá a disposición del **ASEGURADO**, un técnico a domicilio, que le brindará el servicio de instalación o reemplazo de lámparas y apliques de luz al interior del inmueble de su residencia.

El servicio se prestará máximo para tres puntos de instalación, siempre y cuando la instalación deba realizarse en una altura máxima de 2,5 mts.

2. CONDICIONES PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

La prestación de los servicios relacionados en el numeral uno (1), está sujeta a las siguientes condiciones:

- 2.1. Solicitar el servicio con un mínimo de 48 horas de anticipación, en un horario de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. y sábados de 8 a.m. a 12 p.m.
- 2.2. El **ASEGURADO** deberá encontrarse presente en el momento de la prestación del servicio, y solamente se prestará en su lugar de residencia.
- 2.3. El servicio prestado cubrirá solamente la mano de obra, sin los materiales requeridos para la instalación.
- 2.4. La labor debe encontrarse dentro de las normas del código eléctrico, si es el caso.
- 2.5. El **ASEGURADO** deberá aceptar siempre las recomendaciones y soluciones indicadas por el proveedor.



- 2.6. El servicio cubre hasta un valor máximo de ochenta mil pesos (\$80.000) por evento.
- 2.7. Cuando el servicio de instalación exceda el valor de ochenta mil pesos (\$80.000) el **ASEGURADO** tiene la opción de contratar por su cuenta cualquier servicio adicional, caso en el cual deberá cubrir los gastos adicionales.
- 2.8. Este servicio se prestará máximo una (1) vez durante la vigencia anual del seguro.
- 2.9. Se cubrirá un (1) servicio anual por inmueble, por cada uno de los servicios indicados en el numeral uno (1).

3. ORIENTACIÓN LEGAL TELEFÓNICA

En caso de que el **ASEGURADO** necesite orientación legal sobre trámites asociados con la vivienda (hipoteca escrituras, patrimonio familiar, contratos de arrendamientos), así como orientación tributaria respecto a pago de impuestos y/o declaración de renta; se le brindará asesoría a través de nuestra línea de atención gratuita 01800123322 o llamando desde celular al #322.

3.1. Condiciones para prestación del servicio.

- 3.1.1. Se prestará asesoría sin la responsabilidad por parte de **SEGUROS BOLÍVAR** del éxito o fracaso de las acciones emprendidas, omitidas o dejadas de adelantarse por el **ASEGURADO**.
- 3.1.2. Los honorarios de abogados generados por demandas en que participe el **ASEGURADO** correrán por cuenta suya.
- 3.1.3. Este servicio estará disponible tres veces durante la vigencia anual del seguro, sin límite de monto.

4. VIGENCIA

Los servicios ofrecidos tendrán la misma vigencia anual de la póliza.

5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR FUERA DE NUESTRA RED.

SEGUROS BOLÍVAR no se hará responsable, ni se efectuarán reembolsos por los gastos en que haya incurrido el **ASEGURADO** por servicios de instalación con proveedores no autorizados a través de nuestras líneas de atención.

6. ¿CÓMO SOLICITAR LOS SERVICIOS?.

- 6.1. Puede comunicarse las 24 horas del día los 365 días del año, llamando a nuestra línea de atención gratuita 018000 123 322 o al #322 a nivel nacional.
- 6.2. El **ASEGURADO** deberá suministrar los datos de identificación, así como los demás datos que sean necesarios para prestar el servicio, tales como la ubicación exacta donde debe prestarse el servicio, número telefónico de contacto, servicio solicitado, etc.



6.3. Una vez confirmados los datos anteriores y verificado que el **ASEGURADO** tiene derecho a la prestación del servicio solicitado, se procederá con la prestación del mismo de acuerdo con los términos y condiciones señalados en el presente documento.

SEGUROS BOLÍVAR, a través de sus proveedores, se reserva el derecho de no prestar los servicios, cuando las condiciones de seguridad configuren riesgos potenciales para el técnico prestador del servicio.

Los beneficios ofrecidos corresponden a servicios, por lo tanto **NO** se efectuarán pagos por reembolso.

Todos los servicios descritos en el presente documento estarán disponibles en la República de Colombia.

Página en blanco

1.DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	<i>OIV-5710-1</i>
ASEGURADO	<i>FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ</i>
EDAD	<i>46</i>
2.FECHAS IMPORTANTES	
INGRESO A LA POLIZA	<i>29/07/2019</i>
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	<i>HC: AÑO 2015</i>
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	<i>HC: AÑO 2015</i>
FECHA DEL SINIESTRO	<i>23/10/2020</i>
3, ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	<i>SI, -DISCOPATIA L4-L5, HERNIA DISCAL L5-S1 (AÑO 2012 – 2015) -HIPERTENSION ARTERIAL (AÑO 2018)</i>
3B. ¿SE RELACIONAN DE MANERA DIRECTA CON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD?	<i>SI</i>
3C. ¿DESDE QUE FECHA?	<i>AÑO 2012 - 2015</i>
3D. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	<i>SI</i>
3E. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	<i>SE HUBIERA DECLINADO EL ANEXO DE ITP</i>
3F. ¿EN QUE PORCENTAJE?	<i>SE HUBIERA DECLINADO EL ANEXO DE ITP</i>
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	<i>-DISCOPATIA L3-L4, HERNIA DISCAL L5-S1 -LUMBALGIA CRONICA -HIPERTENSION ARTERIAL</i>
4B. CODIGO:	<i>101014015</i>
4C. CALIFICACION DE JUNTA DE PCL (PORCENTAJE)	<i>50.26%</i>
4D. FECHA DE ESTRUCTURACION JUNTA DE PCL:	<i>FCHA DE JUNTA MEDICO LABORAL EJERCITO NACIONAL: 13/08/2020</i>
4E. ¿SU LESION O ENFERMEDAD LE GENERA PERDIDA DE UN 50% O MAS DE SU CAPACIDAD LABORAL?	<i>SI</i>
4F. ¿SU LESION LE IMPIDE TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR SU OCUPACION HABITUAL U OTRA CUALQUIERA COMPATIBLE CON SU EDUCACION, FORMACION O EXPERIENCIA?	<i>SI, OCUPACION: MILITAR</i>
4G. ¿PRESENTA PERDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA?	<i>NO</i>
4H. ¿PRESENTA AMPUTACION DE ALGUNA EXTREMIDAD, PERDIDA DE LA VISION EN AMBOS OJOS, ¿O PERDIDA DE LA AUDICION POR AMBOS OIDOS?	<i>NO</i>
5.DIAS DE INCAPACIDAD	
DIAS DE INCAPACIDAD MEDICA:	<i>NO APORTAN</i>
6.ADICIONALES	
6A. ¿SE NECESITA INVESTIGAR HISTORIA CLINICA?	<i>NO</i>
6B. ¿SE NECESITA ALGUN OTRO DOCUMENTO?	<i>--</i>
7.OBSERVACIONES	
	<i>-SE ANALIZA INFORME DE INVESTIGACION O.M. CONSULTORES CONFIRMANDO LA VERACIDAD DE LA</i>

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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

20/01/2021

	<p>DOCUMENTACION APORTADA PARA LA RECLAMACION INCLUYENDO EL DICTAMEN DE CALIFICACION PCL EMITIDO POR JUNTA MEDICO LABORAL EJERCITO DE COLOMBIA.</p> <p>-LA FECHA DE VIGENCIA DE LA POLZA (30/12/2020) ES POSTERIOR A LA FECHA DE LA RECLAMACION (23/10/2020), CONSIDERANDO QUE EL ASEGURADO ES RETICENTE PUESTO QUE YA TENIA DICTAMEN DE CALIFICACION PCL MAYOR AL 50 % DESDE EL 13/08/200</p> <p>-DIGILOG: RIESGO ALTO, EL NUMERO TELEFONICO NO CORRESPONDE AL ASEGURADO.</p>
--	---

IV. CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS

(AFECCIÓN POR EVALUAR: DIAGNOSTICO – ETIOLOGIA - TRATAMIENTOS VERIFICADOS - ESTADO ACTUAL - PRONOSTICO - FIRMA MEDICO).

FECHA: 03/07/2020 SERVICIO: SALUD OCUPACIONAL.
FECHA DE INICIO: TENIENTE CORONEL, 46 AÑOS, ARMA INFANTERIA, ORGANICO BIGUE, LABORA COMO COMANDANTE, 22 AÑOS DE SERVICIO, PROFESION ABOGADO, 2018 DIAGNOSTICO DE HTA EN MANEJO MEDICO, 2015 INICIO DOLOR LUMBAR. **SIGNOS Y SINTOMAS:** RMN CLS: DISCOPATIA L3-L4 Y L4-L5 DOLOR EN ESPALDA AL CARGAR PESO BIPEDESTACION PROLONGADA – POSICIONES PROLONGADAS. **ETIOLOGIA:** MULTIFUNCIONAL, SOBRESUO. **ESTADO ACTUAL:** BUEN ESTADO GENERAL, NORMOCÉFALO, MARCHA NORMAL TD:138/84, TC:70, FR:18, CARDIOPULMONAR NORMAL, COLUMNA FLEXION IV/IV LASSEGUE (-), VALSALVA (-), FUERZA 5/5, ROTT (+). **DIAGNOSTICO:** 1). DISCOPATIA LUMBAR L4-L5 Y L5-S1, 2). VERTEBRA TRANSICIONAL, 3). HTA CONTROLADA. **PRONOSTICO:** BUENO. 1). CONTROL DE SU PESO CORPORAL, 2). CONTROL NUTRICIONAL, 3). EVITAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS SUPERIORES A 10 KG, 4). EVITAR DEPORTES DE IMPACTO, 5). USO DE CALZADO ADECUADO CON CAMUFLADO (BOTA TEND), 6) HIGIENE POSTURA Y DE COLUMNA, 7) REALIZAR ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR Y COLUMNA, 8) CONTINUAR MANEJO Y CONTROL ESPECIALISTA. -NULL FDO: **DRA. YOHANA CASTAÑO PRETELT, MÉDICO ESPECIALISTA – (181852).**

Fecha: 02/03/2020 Servicio: ORTOPEDIA.
FECHA DE INICIO: CUADRO CLINICO DE MÁS O MENOS 15 AÑOS LUMBALGIA SUBITA PROGRESIVA. **SIGNOS Y SINTOMAS:** CUADRO CLINICO DE MÁS O MENOS 15 AÑOS, LUMBALGIA PROGRESIVA QUE AUMENTA CON LA BIPEDESTACION, PERO MEJORA CON CAMBIOS DE POSTURA. **RESONANCIA:** OSTECONDROSIS DE L3 L4, PROTUSION DISTAL L4 – L5 CENTRAL, ESTRECHAMIENTO DISCAL, **RESONANCIA MAGNETICA 19/12 VERTEBRA TRANSICIONAL EN L3 L4, PROTUSION FORAMIDAD IZQUIERDA, AGUJERO XXX L4 L5, ABOMBAMIENTO DISCAL.** **ETIOLOGIA:** SOBRE USO. **ESTADO ACTUAL:** DOLOR A LA FLEXION DEL TRONCO IV/IV, LASSEGUE (-), VALSALVA (-), DOLOR LUMBAR A LA DORSO FLEXION, FUERZA 5/5 MOVIMIENTOS NORMALES. **DIGNOSTICO:** LUMBALGIA MECANICA, DISCOPATIA L4 S1, L5 S1, HERNIA DISCAL, VERTEBRA TRANSICIONAL L6. **PRONOSTICO:** BUENO. - NULL FDO: **DR. PIO TORRES WNIER, MÉDICO ESPECIALISTA. (181871).**

FECHA: 01/07/2020 SERVICIO: MEDICINA FAMILIAR.
FECHA DE INICIO: PACIENTE DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HTA DESDE 2018, ASISTIO A CONSULTA MEDICA A CANTON NORTE E INICIAR ENALAPRIL TABLETAS 20 MG POR DIA, CON EXAMENES POSTERIORES NORMALES, CREATINA, CUADRO HEMATICO DE HM POR HTA, DOCTORA ROMERO GUERRERO. **SIGNOS Y SINTOMAS:** FICHA MEDICA, HC CONTROL NORTE 2018 POR HTA, HL ESCUELA MILITAR 2019 POR HTA, EXAMENES 23 JUNIO/2020, CREATININA 0.89, UROANALISIS 19 JUNIO /2020, NO PROTEINA, GLUCOSURIA. **ETIOLOGIA:** FUNCIONAL. **ESTADO ACTUAL:** PESO 105 KG, TALLA 1,95 SV, FC: 70, FR: 18, TA:138/84. **DIAGNOSTICO:** 1). (HTA) HIPERTENSION ARTERIAL CONFIRMADA Y CONTROLADA. **PRONOSTICO:** BUENO, CON TRATAMIENTO. -NULL FDO: **DRA. CARLOS A. CASADIEGO, MÉDICO FAMILIAR – (181811).**

NOTA: EL PACIENTE TIENE PLENO CONOCIMIENTO DE LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS ESPECIALISTAS.

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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

ITP – DEUDORES DAVIVIENDA
CAMILO ANDRES MENDEZ CRUZ
GERENCIA MEDICA

20/01/2021

Tipo de investigación
OM

Detalles investigación
Solicitud Definición OIV-5710-1/2/3 - QUEJA DCF por demora en definición
Recibidos

Nelson Yesid Quinonez Martinez
Adjuntos
14:39 (hace 12 minutos)
para Migdonia, mi, Lenny, CINDY, Adriana

Buen día Laura y Migdonia,

Tenemos en curso una Queja del Defensor del Consumidor Financiero por demora en la definición de los consecutivos en referencia que corresponden al señor FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ, CC. 93392190.

De acuerdo a las afirmaciones realizadas por el cliente en su QUEJA, la reclamación fue presentada desde el 23 de octubre de 2020 por la cobertura de ITP de sus productos de DEUDORES.

Asi mismo, afirma no haber recibido respuesta a pesar de haberse comunicado con nosotros, por lo que es necesario contar con la respuesta lo antes posible.

Es pertinente aclarar que el señor Velasquez afirma ser militar y que cuenta con calificación superior al 50%.

Agradezco toda la gestión que puedan realizar para contar con la respuesta lo antes posible ya que la reclamación cumplió 2 meses de avisada el pasado 23 de diciembre.

Tipo de Informe Archivos soporte
OM-010-20 VELASQUEZ GUZMAN FRANCISCO JAVIER.pdf

Informe preliminar

Resultado
LLEGA INFORME PRELIMINAR

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE
DA: DECLARACION DEL ASEGURADO
HC: HISTORIA CLINICA
CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD



Nº 190354

ACTA DE JUNTA MEDICA LABORAL No. 117281
REGISTRADA EN LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO

LUGAR Y FECHA : FLORENCIA (CAQUETÁ), AGOSTO 13 DE 2020.

INTERVIENEN : Doctor CT. JOSE CARLOS VILLADIEGO ARRIETA
Oficial de Sanidad
Doctor TE. FRANCY MERCEDES PINZON BEDOYA
Oficial de Sanidad
Doctor TE. MIGUEL RAMÓN GONZÁLEZ BORREGO
Oficial de Sanidad

ASUNTO : Que trata del Acta de Junta Médica Laboral Militar. Que estudia en todas sus partes los documentos de sanidad del caso a valorar, clasificando la capacidad laboral, lesiones, secuelas, indemnizaciones e Imputabilidad al servicio, de conformidad con el Artículo. 15 del Decreto 1796 del 14 DE SEPTIEMBRE DE 2000, acordando el texto y conclusiones, de acuerdo con los conceptos emitidos por los especialistas tratantes: SALUD OCUPACIONAL - ORTOPEdia - MEDICINA FAMILIAR.

I. IDENTIFICACIÓN: Grado: TC - Código: 93392190 - Apellidos y Nombres Completos: VELASQUEZ GUZMAN FRANCISCO JAVIER - CC. No. 93.392.190 DE IBAGUE (TOLIMA). - ARMA: INFANTERIA - FECHA DE NACIMIENTO: 18 DE FEBRERO DE 1974 - NATURAL DE: IBAGUE (TOLIMA). - Edad: 46 años. - Ciudad y Residencia Actual: CALLE 58 # 6ª - 85 BARRIO LIMONAR EN IBAGUE (TOLIMA). - TEL: 3132353880. - CUENTA DE AHORROS No: 362236390 - BANCO BBVA - CORREO ELECTORNICO: velasquezguzman@hotmail.com

II. CAUSAL DE CONVOCATORIA

De acuerdo al artículo 19 del Decreto 1796 de 2000 esta Junta Médica se convoca por: **POR LA PRÁCTICA DE UN EXAMEN DE CAPACIDAD PSICOFÍSICA EN EL QUE SE ENCUENTRAN LESIONES O AFECCIONES QUE DISMINUYEN LA CAPACIDAD LABORAL (APTITUD PSICOFÍSICA).**

III. ANTECEDENTES

A. Al paciente le fue efectuado examen sicofisico general para la presente diligencia, la cual se verifica de acuerdo con el concepto y la intervención personal del especialista.

- Se le practicó Junta Médica Laboral SI X NO _____
SE LE PRACTICO JUNTA MÉDICA LABORAL N° 77881 DE FECHA 22 DE MAYO DE 2015 POR EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA VÍAS DIGESTIVAS ALTAS, MEDICINA FAMILIAR, OTORRINO.

- Consejo Técnico SI _____ NO X

- Tribunal Médico SI _____ NO X

B. Antecedentes del Informativo.

SIN INFORMATIVO ADMINSTRATIVO

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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

B. Clasificación de las lesiones o afecciones y calificación de capacidad psicofísica para el servicio.

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.

NO APTO PARA ACTIVIDAD MILITAR CON REUBICACIÓN LABORAL SEGÚN JUNTA MEDICO LABORAL ANTERIOR N.º 77881 DEL 22 DE MAYO DE 2015.

Nº 190357

C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.

ESTA JUNTA MEDICA LABORAL LE PRODUCE UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL NUEVE COMA TRES POR CIENTO (9,03%) DEL 58,77% RESTANTE, YA QUE TIENE JML ANTERIOR N. 67427/2014 CON DCL CERO POR CIENTO (0%) Y TML N. 6293/2013 CON DCL VEINTITRÉS COMA CATORCE POR CIENTO (23,14%) Y DCL ACUMULADA TOTAL 41,42%. CON JML N. 77881 DE 22/5/2015 CON DCL CUARENTA Y UNO COMA CUARENTA Y DOS POR CIENTO (41,42%), ACTA ACLARATORIA PARCIAL N. 2387 DEL 12 DE AGOSTO DE 2015 QUE DEJA DCL CUARENTA Y UNO COMA VEINTITRES POR CIENTO (41,23%), DCL TOTAL ACUMULADO DEL 50,26%.

D. Imputabilidad del Servicio

AFECCIÓN 1: ENFERMEDAD COMÚN (EC), **AFECCIÓN 2:** ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP) LITERAL B

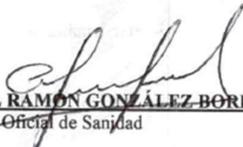
E. Fijación de los correspondientes índices.

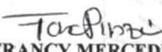
DE ACUERDO AL ARTICULO 47 DEL DECRETO 0094 DEL 11 ENERO DE 1989, LE CORRESPONDE POR: 1AN) 5-033 LITERAL A ÍNDICES CUATRO (4), 2AN) 1-061 LITERAL A ÍNDICES UNO (1).

NOTA: SEGUIR RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL.

VII. DECISIONES:

EN PRESENCIA DE LOS PARTICIPANTES SE ESTABLECE QUE LA DECISIÓN HA SIDO TOMADA POR UNANIMIDAD Y CORRESPONDE A LA VERACIDAD DE LOS HECHOS.


TE. MIGUEL RAMÓN GONZÁLEZ BORREGO
Oficial de Sanidad


TE. FRANCY MERCEDES PINZÓN BEDOYA
Oficial de Sanidad


CT. JOSE CARLOS VILLADIEGO ARRIETA
Oficial de Sanidad

VIII. RECURSOS:

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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

FINALIZA CON APLICACION DE UNGUENTO TERMICO ALCANFOR+MENTOL EN
AREA TRATADA, SIN COMPLICACIONES.

VALORACIÓN PREQUIRURGICA 12/02/2020 14:48:01
CÓDIGO DE CONSULTA:
890380 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGÍA
FINALIDAD DE LA CONSULTA:
No aplica
CAUSA EXTERNA:
Otro tipo de accidente
MOTIVO DE CONSULTA:
Control
ENFERMEDAD ACTUAL:
Paciente asiste a control con resultados de RM solicitadas.
RM de rodilla izquierda no evidencia alteraciones patológicas.
RM de columna lumbar evidencia hernias discales L3-L4 y L5-S1 con compromiso foraminal izquierdo con
protrusión.
Se recomienda valoración por cirugía de columna.
ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:
No registra
PROFESIONAL DE LA SALUD:
JUANA DEL MAR MEDINA BELTRAN
NÚMERO DE REGISTRO:
1032364930
ESPECIALIDAD:
Ortopedia y Traumatología - SSFM

EXAMEN FÍSICO	
CABEZA Y CRÁNEO:	Normal
TÓRAX:	Normal
EXAMEN GENITOURINARIO:	Normal
EXAMEN MENTAL:	Normal
EXTREMIDADES:	Normal
MAMAS:	Normal
NARIZ:	Normal
OJOS:	Normal
OÍDOS:	Normal
ABDOMEN:	Normal

1.DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	<i>OIV-5710-1</i>
ASEGURADO	<i>FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ</i>
EDAD	<i>46</i>
2.FECHAS IMPORTANTES	
INGRESO A LA POLIZA	<i>30/12/2020</i>
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	<i>HC: AÑO 2015</i>
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	<i>HC: AÑO 2015</i>
FECHA DEL SINIESTRO	<i>23/10/2020</i>
3, ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	<i>SI, -EL ACTA DE JUNTA MEDICA LABORAL CON UNA PCL DE 50.26% FECHADA EL 13/08/2020</i>
3B. ¿SE RELACIONAN DE MANERA DIRECTA CON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD?	<i>SI</i>
3C. ¿DESDE QUE FECHA?	<i>13/08/2020</i>
3D. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	<i>SI</i>
3E. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	<i>SE HUBIERA DECLINADO EL ANEXO DE ITP</i>
3F. ¿EN QUE PORCENTAJE?	<i>SE HUBIERA DECLINADO EL ANEXO DE ITP</i>
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	<i>-DISCOPATIA L4-L5, HERNIA DISCAL L5-S1 -LUMBALGIA CRONICA -HIPERTENSION ARTERIAL</i>
4B. CODIGO:	<i>101014015</i>
4C. CALIFICACION DE JUNTA DE PCL (PORCENTAJE)	<i>50.26%</i>
4D. FECHA DE ESTRUCTURACION JUNTA DE PCL:	<i>FCHA DE JUNTA MEDICO LABORAL EJERCITO NACIONAL: 13/08/2020</i>
4E. ¿SU LESION O ENFERMEDAD LE GENERA PERDIDA DE UN 50% O MAS DE SU CAPACIDAD LABORAL?	<i>SI</i>
4F. ¿SU LESION LE IMPIDE TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR SU OCUPACION HABITUAL U OTRA CUALQUIERA COMPATIBLE CON SU EDUCACION, FORMACION O EXPERIENCIA?	<i>SI, OCUPACION: MILITAR</i>
4G. ¿PRESENTA PERDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA?	<i>NO</i>
4H. ¿PRESENTA AMPUTACION DE ALGUNA EXTREMIDAD, PERDIDA DE LA VISION EN AMBOS OJOS, ¿O PERDIDA DE LA AUDICION POR AMBOS OIDOS?	<i>NO</i>
5.DIAS DE INCAPACIDAD	
DIAS DE INCAPACIDAD MEDICA:	<i>NO APORTAN</i>
6.ADICIONALES	
6A. ¿SE NECESITA INVESTIGAR HISTORIA CLINICA?	<i>NO</i>
6B. ¿SE NECESITA ALGUN OTRO DOCUMENTO?	<i>--</i>
7.OBSERVACIONES	
	<i>-SE ANALIZA INFORME DE INVESTIGACION O.M. CONSULTORES CONFIRMANDO LA VERACIDAD DE LA DOCUMENTACION APORTADA PARA LA RECLAMACION</i>

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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

ITP – DEUDORES DAVIVIENDA
CAMILO ANDRES MENDEZ CRUZ
GERENCIA MEDICA

20/01/2021

	<p>INCLUYENDO EL DICTAMEN DE CALIFICACION PCL EMITIDO POR JUNTA MEDICO LABORAL EJERCITO DE COLOMBIA.</p> <p>-LA FECHA DE VIGENCIA DE LA POLZA (30/12/2020) ES POSTERIOR A LA FECHA DE LA RECLAMACION (23/10/2020), CONSIDERANDO QUE EL ASEGURADO ES RETICENTE PUESTO QUE YA TENIA DICTAMEN DE CALIFICACION PCL MAYOR AL 50 % DESDE EL 13/08/200</p> <p>-DIGILOG: RIESGO ALTO, EL NUMERO TELEFONICO NO CORRESPONDE AL ASEGURADO.</p>
--	--

Tipo de investigación
OM

Detalles investigación
Solicitud Definición OIV-5710-1/2/3 - QUEJA DCF por demora en definición
Recibidos

Nelson Yesid Quinonez Martinez
Adjuntos
14:39 (hace 12 minutos)
para Migdonia, mí, Lenny, CINDY, Adriana

Buen día Laura y Migdonia,

Tenemos en curso una Queja del Defensor del Consumidor Financiero por demora en la definición de los consecutivos en referencia que corresponden al señor FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ, CC. 93392190.

De acuerdo a las afirmaciones realizadas por el cliente en su QUEJA, **la reclamación fue presentada desde el 23 de octubre de 2020** por la cobertura de ITP de sus productos de DEUDORES.

Así mismo, afirma no haber recibido respuesta a pesar de haberse comunicado con nosotros, por lo que es necesario contar con la respuesta lo antes posible.

Es pertinente aclarar que el señor Velasquez afirma ser militar y que cuenta con calificación superior al 50%.

Agradezco toda la gestión que puedan realizar para contar con la respuesta lo antes posible ya que la reclamación cumplió 2 meses de avisada el pasado 23 de diciembre.

Tipo de Informe
Informe preliminar

Archivos soporte
OM-010-20 VELASQUEZ GUZMAN FRANCISCO JAVIER.pdf

Resultado
LLEGA INFORME PRELIMINAR

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD



Nº 190354

ACTA DE JUNTA MEDICA LABORAL No. 117281
REGISTRADA EN LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO

LUGAR Y FECHA : FLORENCIA (CAQUETÁ), AGOSTO 13 DE 2020.

INTERVIENEN : Doctor CT. JOSE CARLOS VILLADIEGO ARRIETA
Oficial de Sanidad
Doctor TE. FRANCY MERCEDES PINZON BEDOYA
Oficial de Sanidad
Doctor TE. MIGUEL RAMÓN GONZÁLEZ BORREGO
Oficial de Sanidad

ASUNTO : Que trata del Acta de Junta Médica Laboral Militar. Que estudia en todas sus partes los documentos de sanidad del caso a valorar, clasificando la capacidad laboral, lesiones, secuelas, indemnizaciones e Imputabilidad al servicio, de conformidad con el Artículo. 15 del Decreto 1796 del 14 DE SEPTIEMBRE DE 2000, acordando el texto y conclusiones, de acuerdo con los conceptos emitidos por los especialistas tratantes: SALUD OCUPACIONAL - ORTOPEdia - MEDICINA FAMILIAR.

I. IDENTIFICACIÓN: Grado: TC - Código: 93392190 - Apellidos y Nombres Completos: VELASQUEZ GUZMAN FRANCISCO JAVIER - CC. No. 93.392.190 DE IBAGUE (TOLIMA). - ARMA: INFANTERIA - FECHA DE NACIMIENTO: 18 DE FEBRERO DE 1974 - NATURAL DE: IBAGUE (TOLIMA). - Edad: 46 años. - Ciudad y Residencia Actual: CALLE 58 # 6ª - 85 BARRIO LIMONAR EN IBAGUE (TOLIMA). - TEL: 3132353880. - CUENTA DE AHORROS No: 362236390 - BANCO BBVA - CORREO ELECTORNICO: velasquezguzman@hotmail.com

II. CAUSAL DE CONVOCATORIA

De acuerdo al artículo 19 del Decreto 1796 de 2000 esta Junta Médica se convoca por: **POR LA PRÁCTICA DE UN EXAMEN DE CAPACIDAD PSICOFÍSICA EN EL QUE SE ENCUENTRAN LESIONES O AFECCIONES QUE DISMINUYEN LA CAPACIDAD LABORAL (APTITUD PSICOFÍSICA).**

III. ANTECEDENTES

A. Al paciente le fue efectuado examen sicofísico general para la presente diligencia, la cual se verifica de acuerdo con el concepto y la intervención personal del especialista.

- Se le practicó Junta Médica Laboral SI X NO _____
SE LE PRACTICO JUNTA MÉDICA LABORAL Nº 77881 DE FECHA 22 DE MAYO DE 2015 POR EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA VÍAS DIGESTIVAS ALTAS, MEDICINA FAMILIAR, OTORRINO.

- Consejo Técnico SI _____ NO X

- Tribunal Médico SI _____ NO X

B. Antecedentes del Informativo.

SIN INFORMATIVO ADMINISTRATIVO

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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

IV. CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS

(AFECCIÓN POR EVALUAR: DIAGNOSTICO – ETIOLOGIA - TRATAMIENTOS VERIFICADOS – ESTADO ACTUAL - PRONOSTICO - FIRMA MEDICO).

FECHA: 03/07/2020 SERVICIO: SALUD OCUPACIONAL.

FECHA DE INICIO: TENIENTE CORONEL, 46 AÑOS, ARMA INFANTERÍA, ORGÁNICO BIGUE, LABORA COMO COMANDANTE 22 AÑOS DE SERVICIO. PROFESIÓN ABOGADO, 2018 **DIAGNÓSTICO DE HTA EN MANEJO MEDICO, 2015 INICIO DOLOR LUMBAR SIGNOS Y SINTOMAS:** RMN CLS. DISCOPATIA L3-L4 Y L4-L5 DOLOR EN ESPALDA AL CARGAR PESO BIPEDESTACION PROLONGADA – POSICIONES PROLONGADAS **ETIOLOGÍA:** MULTIFUNCIONAL, SOBRESUO. **ESTADO ACTUAL:** BUEN ESTADO GENERAL, NORMOCÉFALO, MARCHA NORMAL TD:138/84, TC:70, FR:18, CARDIOPULMONAR NORMAL, COLUMNA FLEXION IV/IV LASSEGUE (-), VALSALVA (-), FUERZA 5/5, ROTT (+), **DIAGNOSTICO:** 1). DISCOPATIA LUMBAR L4-L5 Y L5-S1. 2). VERTEBRA TRANSICIONAL. 3). HTA CONTROLADA **PRONÓSTICO:** BUENO. 1). CONTROL DE SU PESO CORPORAL. 2). CONTROL NUTRICIONAL 3). EVITAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS SUPERIORES A 10 KG. 4). EVITAR DEPORTES DE IMPACTO. 5). USO DE CALZADO ADECUADO CON CAMUFLADO (BOTA TEND). 6) HIGIENE POSTURA Y DE COLUMNA 7) REALIZAR ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR Y COLUMNA 8) CONTINUAR MANEJO Y CONTROL ESPECIALISTA -NULL FDO: DRA. YOHANA CASTAÑO PRETELT, MÉDICO ESPECIALISTA – (181852).

Fecha: 02/03/2020 Servicio: ORTOPEDIA.

FECHA DE INICIO: CUADRO CLINICO DE MÁS O MENOS 15 AÑOS LUMBALGIA SUBITA PROGRESIVA **SIGNOS Y SÍNTOMAS:** CUADRO CLÍNICO DE MÁS O MENOS 15 AÑOS LUMBALGIA PROGRESIVA QUE AUMENTA CON LA BIPEDESTACION, PERO MEJORA CON CAMBIOS DE POSTURA. **RESONANCIA:** OSTECONDRISIS DE L3 L4, PROTUSION DISTAL L4 – L5 CENTRAL ESTRECHAMIENTO DISCAL, **RESONANCIA MAGNETICA 19/12 VERTEBRA TRANSICIONAL EN L3 L4 PROTUSION FORAMIDAD IZQUIERDA, AGUJERO XXX L4 L5, ABOMBAMIENTO DISCAL ETIOLOGÍA:** SOBRE USO. **ESTADO ACTUAL:** DOLOR A LA FLEXION DEL TRONCO IV/IV, LASSEGUE (-), VALSALVA (-), DOLOR LUMBAR A LA DORSO FLEXION, FUERZA 5/5 MOVIMIENTOS NORMALES **DIGNOSTICO:** LUMBALGIA MECANICA DISCOPATIA L4 S1, L5 S1, HERNIA DISCAL, VERTEBRA TRANSICIONAL L6. **PRONÓSTICO:** BUENO. - NULL FDO: DR. PIO TORRES WNIER, MÉDICO ESPECIALISTA. (181871).

FECHA: 01/07/2020 SERVICIO: MEDICINA FAMILIAR.

FECHA DE INICIO: PACIENTE DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HTA DESDE 2018, ASISTIO A CONSULTA MEDICA A CANTON NORTE E INICIAR ENALAPRIL TABLETAS 20 MG POR DIA, CON EXAMENES POSTERIORES NORMALES, CREATINA, CUADRO HEMATICO DE HM POR HTA, DOCTORA ROMERO GUERRERO **SIGNOS Y SÍNTOMAS** FICHA MEDICA, HC CONTROL NORTE 2018 POR HTA, HL ESCUELA MILITAR 2019 POR HTA, EXAMENES 23 /JUNIO/2020, CREATININA 0.89, UROANALISIS 19 JUNIO /2020, NO PROTEINA GLUCUSURIA. **ETIOLOGIA:** FUNCIONAL **ESTADO ACTUAL:** PESO 105 KG, TALLA 1.95 SV, FC: 70, FR: 18, TA:138/84. **DIAGNOSTICO:** 1). (HTA) HIPERTENCION ARTERIAL CONFIRMADA Y CONTROLADA **PRONÓSTICO:** BUENO, CON TRATAMIENTO -NULL FDO: DRA. CARLOS A. CASADIEGO, MÉDICO FAMILIAR – (181811).

NOTA: EL PACIENTE TIENE PLENO CONOCIMIENTO DE LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS ESPECIALISTAS.

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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

B. Clasificación de las lesiones o afecciones y calificación de capacidad psicofísica para el servicio.

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.

NO APTO PARA ACTIVIDAD MILITAR CON REUBICACIÓN LABORAL SEGÚN JUNTA MEDICO LABORAL ANTERIOR N.º 77881 DEL 22 DE MAYO DE 2015.

Nº 190357

C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.

ESTA JUNTA MEDICA LABORAL LE PRODUCE UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL NUEVE COMA TRES POR CIENTO (9,03%) DEL 58,77% RESTANTE, YA QUE TIENE JML ANTERIOR N. 67427/2014 CON DCL CERO POR CIENTO (0%) Y TML N. 6293/2013 CON DCL VEINTITRÉS COMA CATORCE POR CIENTO (23,14%) Y DCL ACUMULADA TOTAL 41,42%. CON JML N. 77881 DE 22/5/2015 CON DCL CUARENTA Y UNO COMA CUARENTA Y DOS POR CIENTO (41,42%), ACTA ACLARATORIA PARCIAL N. 2387 DEL 12 DE AGOSTO DE 2015 QUE DEJA DCL CUARENTA Y UNO COMA VEINTITRÉS POR CIENTO (41,23%), DCL TOTAL ACUMULADO DEL 50,26%.

D. Imputabilidad del Servicio

AFECCIÓN 1: ENFERMEDAD COMÚN (EC), **AFECCIÓN 2:** ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP) LITERAL B

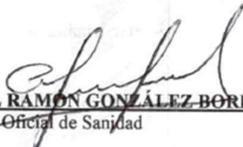
E. Fijación de los correspondientes índices.

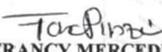
DE ACUERDO AL ARTICULO 47 DEL DECRETO 0094 DEL 11 ENERO DE 1989, LE CORRESPONDE POR: 1AN) 5-033 LITERAL A ÍNDICES CUATRO (4), 2AN) 1-061 LITERAL A ÍNDICES UNO (1).

NOTA: SEGUIR RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL.

VII. DECISIONES:

EN PRESENCIA DE LOS PARTICIPANTES SE ESTABLECE QUE LA DECISIÓN HA SIDO TOMADA POR UNANIMIDAD Y CORRESPONDE A LA VERACIDAD DE LOS HECHOS.


TE. MIGUEL RAMÓN GONZÁLEZ BORREGO
Oficial de Sanidad


TE. FRANCY MERCEDES PINZÓN BEDOYA
Oficial de Sanidad


CT. JOSÉ CARLOS VILLADIEGO ARRIETA
Oficial de Sanidad

VIII. RECURSOS:

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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

FINALIZA CON APLICACION DE UNGUENTO TERMICO ALCANFOR+MENTOL EN
AREA TRATADA, SIN COMPLICACIONES.

VALORACIÓN PREQUIRURGICA

12/02/2020 14:48:01

CÓDIGO DE CONSULTA:

890380 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y
TRAUMATOLOGÍA

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

No aplica

CAUSA EXTERNA:

Otro tipo de accidente

MOTIVO DE CONSULTA:

Control

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente asiste a control con resultados de RM solicitadas.

RM de rodilla izquierda no evidencia alteraciones patológicas.

RM de columna lumbar evidencia hernias discales L3-L4 y L5-S1 con compromiso foraminal izquierdo con
protrusión.

Se recomienda valoración por cirugía de columna.

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

JUANA DEL MAR MEDINA BELTRAN

NÚMERO DE REGISTRO:

1032364930

ESPECIALIDAD:

Ortopedia y Traumatología - SSFM

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y CRÁNEO:	Normal
TÓRAX:	Normal
EXAMEN GENITOURINARIO:	Normal
EXAMEN MENTAL:	Normal
EXTREMIDADES:	Normal
MAMAS:	Normal
NARIZ:	Normal
OJOS:	Normal
OÍDOS:	Normal
ABDOMEN:	Normal

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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

1.DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	<i>OIV-5710-3</i>
ASEGURADO	<i>FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ</i>
EDAD	<i>46</i>
2.FECHAS IMPORTANTES	
INGRESO A LA POLIZA	<i>27/12/2019</i>
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	<i>HC: AÑO 2015</i>
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	<i>HC: AÑO 2015</i>
FECHA DEL SINIESTRO	<i>23/10/2020</i>
3, ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	<i>SI, -DISCOPATIA L4-L5, HERNIA DISCAL L5-S1 (AÑO 2012 – 2015) -HIPERTENSION ARTERIAL (AÑO 2018)</i>
3B. ¿SE RELACIONAN DE MANERA DIRECTA CON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD?	<i>SI</i>
3C. ¿DESDE QUE FECHA?	<i>AÑO 2012 - 2015</i>
3D. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	<i>SI</i>
3E. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	<i>SE HUBIERA DECLINADO EL ANEXO DE ITP</i>
3F. ¿EN QUE PORCENTAJE?	<i>SE HUBIERA DECLINADO EL ANEXO DE ITP</i>
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	<i>-DISCOPATIA L3-L4, HERNIA DISCAL L5-S1 -LUMBALGIA CRONICA -HIPERTENSION ARTERIAL</i>
4B. CODIGO:	<i>101014015</i>
4C. CALIFICACION DE JUNTA DE PCL (PORCENTAJE)	<i>50.26%</i>
4D. FECHA DE ESTRUCTURACION JUNTA DE PCL:	<i>FCHA DE JUNTA MEDICO LABORAL EJERCITO NACIONAL: 13/08/2020</i>
4E. ¿SU LESION O ENFERMEDAD LE GENERA PERDIDA DE UN 50% O MAS DE SU CAPACIDAD LABORAL?	<i>SI</i>
4F. ¿SU LESION LE IMPIDE TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR SU OCUPACION HABITUAL U OTRA CUALQUIERA COMPATIBLE CON SU EDUCACION, FORMACION O EXPERIENCIA?	<i>SI, OCUPACION: MILITAR</i>
4G. ¿PRESENTA PERDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA?	<i>NO</i>
4H. ¿PRESENTA AMPUTACION DE ALGUNA EXTREMIDAD, PERDIDA DE LA VISION EN AMBOS OJOS, ¿O PERDIDA DE LA AUDICION POR AMBOS OIDOS?	<i>NO</i>
5.DIAS DE INCAPACIDAD	
DIAS DE INCAPACIDAD MEDICA:	<i>NO APORTAN</i>
6.ADICIONALES	
6A. ¿SE NECESITA INVESTIGAR HISTORIA CLINICA?	<i>NO</i>
6B. ¿SE NECESITA ALGUN OTRO DOCUMENTO?	<i>--</i>
7.OBSERVACIONES	
	<i>-SE ANALIZA INFORME DE INVESTIGACION O.M. CONSULTORES CONFIRMANDO LA VERACIDAD DE LA</i>

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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

	<p>DOCUMENTACION APORTADA PARA LA RECLAMACION INCLUYENDO EL DICTAMEN DE CALIFICACION PCL EMITIDO POR JUNTA MEDICO LABORAL EJERCITO DE COLOMBIA.</p> <p>-LA FECHA DE VIGENCIA DE LA POLZA (30/12/2020) ES POSTERIOR A LA FECHA DE LA RECLAMACION (23/10/2020), CONSIDERANDO QUE EL ASEGURADO ES RETICENTE PUESTO QUE YA TENIA DICTAMEN DE CALIFICACION PCL MAYOR AL 50 % DESDE EL 13/08/200</p> <p>-DIGILOG: RIESGO ALTO, EL NUMERO TELEFONICO NO CORRESPONDE AL ASEGURADO.</p>
--	---

IV. CONCEPTOS DE LOS ESPECIALISTAS

(AFECCIÓN POR EVALUAR: DIAGNOSTICO – ETIOLOGIA - TRATAMIENTOS VERIFICADOS - ESTADO ACTUAL - PRONOSTICO - FIRMA MEDICO).

FECHA: 03/07/2020 SERVICIO: SALUD OCUPACIONAL.
FECHA DE INICIO: TENIENTE CORONEL, 46 AÑOS, ARMA INFANTERIA, ORGANICO BIGUE, LABORA COMO COMANDANTE, 22 AÑOS DE SERVICIO, PROFESION ABOGADO, 2018 DIAGNOSTICO DE HTA EN MANEJO MEDICO, 2015 INICIO DOLOR LUMBAR. **SIGNOS Y SINTOMAS:** RMN CLS: DISCOPATIA L3-L4 Y L4-L5 DOLOR EN ESPALDA AL CARGAR PESO BIPEDESTACION PROLONGADA – POSICIONES PROLONGADAS. **ETIOLOGIA:** MULTIFUNCIONAL, SOBRESUO. **ESTADO ACTUAL:** BUEN ESTADO GENERAL, NORMOCÉFALO, MARCHA NORMAL TD:138/84, TC:70, FR:18, CARDIOPULMONAR NORMAL, COLUMNA FLEXION IV/IV LASSEGUE (-), VALSALVA (-), FUERZA 5/5, ROTT (+). **DIAGNOSTICO:** 1). DISCOPATIA LUMBAR L4-L5 Y L5-S1, 2). VERTEBRA TRANSICIONAL, 3). HTA CONTROLADA. **PRONOSTICO:** BUENO. 1). CONTROL DE SU PESO CORPORAL, 2). CONTROL NUTRICIONAL, 3). EVITAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS SUPERIORES A 10 KG, 4). EVITAR DEPORTES DE IMPACTO, 5). USO DE CALZADO ADECUADO CON CAMUFLADO (BOTA TEND), 6) HIGIENE POSTURA Y DE COLUMNA, 7) REALIZAR ACTIVIDAD CARDIOVASCULAR Y COLUMNA, 8) CONTINUAR MANEJO Y CONTROL ESPECIALISTA. -NULL FDO: **DRA. YOHANA CASTAÑO PRETELT, MÉDICO ESPECIALISTA – (181852).**

Fecha: 02/03/2020 Servicio: ORTOPEDIA.
FECHA DE INICIO: CUADRO CLINICO DE MÁS O MENOS 15 AÑOS LUMBALGIA SUBITA PROGRESIVA. **SIGNOS Y SINTOMAS:** CUADRO CLINICO DE MÁS O MENOS 15 AÑOS LUMBALGIA PROGRESIVA QUE AUMENTA CON LA BIPEDESTACION, PERO MEJORA CON CAMBIOS DE POSTURA. **RESONANCIA:** OSTEOCONDROSIS DE L3 L4, PROTUSION DISTAL L4 – L5 CENTRAL ESTRECHAMIENTO DISCAL, **RESONANCIA MAGNETICA 19/12 VERTEBRA TRANSICIONAL EN L3 L4, PROTUSION FORAMIDAD IZQUIERDA, AGUJERO XXX L4 L5, ABOMBAMIENTO DISCAL.** **ETIOLOGIA:** SOBRE USO. **ESTADO ACTUAL:** DOLOR A LA FLEXION DEL TRONCO IV/IV, LASSEGUE (-), VALSALVA (-), DOLOR LUMBAR A LA DORSO FLEXION, FUERZA 5/5 MOVIMIENTOS NORMALES. **DIGNOSTICO:** LUMBALGIA MECANICA DISCOPATIA L4 S1, L5 S1, HERNIA DISCAL, VERTEBRA TRANSICIONAL L6. **PRONOSTICO:** BUENO. - NULL FDO: **DR. PIO TORRES WNIER, MÉDICO ESPECIALISTA. (181871).**

FECHA: 01/07/2020 SERVICIO: MEDICINA FAMILIAR.
FECHA DE INICIO: PACIENTE DE 46 AÑOS CON ANTECEDENTE DE HTA DESDE 2018, ASISTIO A CONSULTA MEDICA A CANTON NORTE E INICIAR ENALAPRIL TABLETAS 20 MG POR DIA, CON EXAMENES POSTERIORES NORMALES, CREATINA, CUADRO HEMATICO DE HM POR HTA, DOCTORA ROMERO GUERRERO. **SIGNOS Y SINTOMAS:** FICHA MEDICA, HC CONTROL NORTE 2018 POR HTA, HL ESCUELA MILITAR 2019 POR HTA, EXAMENES 23 JUNIO/2020, CREATININA 0.89, UROANALISIS 19 JUNIO /2020, NO PROTEINA GLUCOSURIA. **ETIOLOGIA:** FUNCIONAL. **ESTADO ACTUAL:** PESO 105 KG, TALLA 1,95 SV, FC: 70, FR: 18, TA:138/84. **DIAGNOSTICO:** 1). (HTA) HIPERTENSION ARTERIAL CONFIRMADA Y CONTROLADA. **PRONOSTICO:** BUENO, CON TRATAMIENTO. -NULL FDO: **DRA. CARLOS A. CASADIEGO, MÉDICO FAMILIAR – (181811).**

NOTA: EL PACIENTE TIENE PLENO CONOCIMIENTO DE LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS ESPECIALISTAS.

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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

ITP – DEUDORES DAVIVIENDA
CAMILO ANDRES MENDEZ CRUZ
GERENCIA MEDICA

20/01/2021

Tipo de investigación
OM

Detalles investigación
Solicitud Definición OIV-5710-1/2/3 - QUEJA DCF por demora en definición
Recibidos

Nelson Yesid Quinonez Martinez
Adjuntos
14:39 (hace 12 minutos)
para Migdonia, mi, Lenny, CINDY, Adriana

Buen día Laura y Migdonia,

Tenemos en curso una Queja del Defensor del Consumidor Financiero por demora en la definición de los consecutivos en referencia que corresponden al señor FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ, CC. 93392190.

De acuerdo a las afirmaciones realizadas por el cliente en su QUEJA, la reclamación fue presentada desde el 23 de octubre de 2020 por la cobertura de ITP de sus productos de DEUDORES.

Asi mismo, afirma no haber recibido respuesta a pesar de haberse comunicado con nosotros, por lo que es necesario contar con la respuesta lo antes posible.

Es pertinente aclarar que el señor Velasquez afirma ser militar y que cuenta con calificación superior al 50%.

Agradezco toda la gestión que puedan realizar para contar con la respuesta lo antes posible ya que la reclamación cumplió 2 meses de avisada el pasado 23 de diciembre.

Tipo de Informe Archivos soporte
OM-010-20 VELASQUEZ GUZMAN FRANCISCO JAVIER.pdf

Informe preliminar

Resultado
LLEGA INFORME PRELIMINAR

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE
DA: DECLARACION DEL ASEGURADO
HC: HISTORIA CLINICA
CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD



Nº 190354

ACTA DE JUNTA MEDICA LABORAL No. 117281
REGISTRADA EN LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJERCITO

LUGAR Y FECHA : FLORENCIA (CAQUETÁ), AGOSTO 13 DE 2020.

INTERVIENEN : Doctor CT. JOSE CARLOS VILLADIEGO ARRIETA
Oficial de Sanidad
Doctor TE. FRANCY MERCEDES PINZON BEDOYA
Oficial de Sanidad
Doctor TE. MIGUEL RAMÓN GONZÁLEZ BORREGO
Oficial de Sanidad

ASUNTO : Que trata del Acta de Junta Médica Laboral Militar. Que estudia en todas sus partes los documentos de sanidad del caso a valorar, clasificando la capacidad laboral, lesiones, secuelas, indemnizaciones e Imputabilidad al servicio, de conformidad con el Artículo. 15 del Decreto 1796 del 14 DE SEPTIEMBRE DE 2000, acordando el texto y conclusiones, de acuerdo con los conceptos emitidos por los especialistas tratantes: SALUD OCUPACIONAL - ORTOPEdia - MEDICINA FAMILIAR.

I. IDENTIFICACIÓN: Grado: TC - Código: 93392190 - Apellidos y Nombres Completos: VELASQUEZ GUZMAN FRANCISCO JAVIER - CC. No. 93.392.190 DE IBAGUE (TOLIMA). - ARMA: INFANTERIA - FECHA DE NACIMIENTO: 18 DE FEBRERO DE 1974 - NATURAL DE: IBAGUE (TOLIMA). - Edad: 46 años. - Ciudad y Residencia Actual: CALLE 58 # 6ª - 85 BARRIO LIMONAR EN IBAGUE (TOLIMA). - TEL: 3132353880. - CUENTA DE AHORROS No: 362236390 - BANCO BBVA - CORREO ELECTORNICO: velasquezguzman@hotmail.com

II. CAUSAL DE CONVOCATORIA

De acuerdo al artículo 19 del Decreto 1796 de 2000 esta Junta Médica se convoca por: **POR LA PRÁCTICA DE UN EXAMEN DE CAPACIDAD PSICOFÍSICA EN EL QUE SE ENCUENTRAN LESIONES O AFECCIONES QUE DISMINUYEN LA CAPACIDAD LABORAL (APTITUD PSICOFÍSICA).**

III. ANTECEDENTES

A. Al paciente le fue efectuado examen sicofisico general para la presente diligencia, la cual se verifica de acuerdo con el concepto y la intervención personal del especialista.

- Se le practicó Junta Médica Laboral SI X NO _____
SE LE PRACTICO JUNTA MÉDICA LABORAL Nº 77881 DE FECHA 22 DE MAYO DE 2015 POR EL SERVICIO DE ENDOSCOPIA VÍAS DIGESTIVAS ALTAS, MEDICINA FAMILIAR, OTORRINO.

- Consejo Técnico SI _____ NO X

- Tribunal Médico SI _____ NO X

B. Antecedentes del Informativo.

SIN INFORMATIVO ADMINSTRATIVO

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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

B. Clasificación de las lesiones o afecciones y calificación de capacidad psicofísica para el servicio.

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.

NO APTO PARA ACTIVIDAD MILITAR CON REUBICACIÓN LABORAL SEGÚN JUNTA MEDICO LABORAL ANTERIOR N.º 77881 DEL 22 DE MAYO DE 2015.

Nº 190357

C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.

ESTA JUNTA MEDICA LABORAL LE PRODUCE UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL DEL NUEVE COMA TRES POR CIENTO (9,03%) DEL 58,77% RESTANTE, YA QUE TIENE JML ANTERIOR N. 67427/2014 CON DCL CERO POR CIENTO (0%) Y TML N. 6293/2013 CON DCL VEINTITRÉS COMA CATORCE POR CIENTO (23,14%) Y DCL ACUMULADA TOTAL 41,42%. CON JML N. 77881 DE 22/5/2015 CON DCL CUARENTA Y UNO COMA CUARENTA Y DOS POR CIENTO (41,42%), ACTA ACLARATORIA PARCIAL N. 2387 DEL 12 DE AGOSTO DE 2015 QUE DEJA DCL CUARENTA Y UNO COMA VEINTITRÉS POR CIENTO (41,23%), DCL TOTAL ACUMULADO DEL 50,26%.

D. Imputabilidad del Servicio

AFECCIÓN 1: ENFERMEDAD COMÚN (EC), **AFECCIÓN 2:** ENFERMEDAD PROFESIONAL (EP) LITERAL B

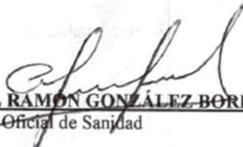
E. Fijación de los correspondientes índices.

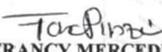
DE ACUERDO AL ARTICULO 47 DEL DECRETO 0094 DEL 11 ENERO DE 1989, LE CORRESPONDE POR: 1AN) 5-033 LITERAL A ÍNDICES CUATRO (4), 2AN) 1-061 LITERAL A ÍNDICES UNO (1).

NOTA: SEGUIR RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL.

VII. DECISIONES:

EN PRESENCIA DE LOS PARTICIPANTES SE ESTABLECE QUE LA DECISIÓN HA SIDO TOMADA POR UNANIMIDAD Y CORRESPONDE A LA VERACIDAD DE LOS HECHOS.


TE. MIGUEL RAMÓN GONZÁLEZ BORREGO
Oficial de Sanidad


TE. FRANCY MERCEDES PINZÓN BEDOYA
Oficial de Sanidad


CT. JOSÉ CARLOS VILLADIEGO ARRIETA
Oficial de Sanidad

VIII. RECURSOS:

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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

FINALIZA CON APLICACION DE UNGUENTO TERMICO ALCANFOR+MENTOL EN AREA TRATADA, SIN COMPLICACIONES.

VALORACIÓN PREQUIRURGICA

12/02/2020 14:48:01

CÓDIGO DE CONSULTA:

890380 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

No aplica

CAUSA EXTERNA:

Otro tipo de accidente

MOTIVO DE CONSULTA:

Control

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente asiste a control con resultados de RM solicitadas.

RM de rodilla izquierda no evidencia alteraciones patológicas.

RM de columna lumbar evidencia hernias discales L3-L4 y L5-S1 con compromiso foraminal izquierdo con protrusión.

Se recomienda valoración por cirugía de columna.

ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

No registra

PROFESIONAL DE LA SALUD:

JUANA DEL MAR MEDINA BELTRAN

NÚMERO DE REGISTRO:

1032364930

ESPECIALIDAD:

Ortopedia y Traumatología - SSFM

EXAMEN FÍSICO

CABEZA Y CRÁNEO:	Normal
TÓRAX:	Normal
EXAMEN GENITOURINARIO:	Normal
EXAMEN MENTAL:	Normal
EXTREMIDADES:	Normal
MAMAS:	Normal
NARIZ:	Normal
OJOS:	Normal
OÍDOS:	Normal
ABDOMEN:	Normal

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

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



Bogotá D.C., 20 de enero de 2021
OIV-5710-1-2

Reclamo: 51300027978- 51320003808
Asegurado: Francisco Velásquez
Créditos No. 1974 * 8713

Señor
Francisco Velásquez
velasquezguzman@hotmail.com

**Asunto: Respuesta a su Requerimiento ante el Defensor del Consumidor Financiero
No. 14-007-2020-12-29-2**

Apreciado señor Velásquez:

Hemos recibido comunicación por parte del Defensor del Consumidor Financiero, en ella nos da a conocer su inconformidad respecto de la definición de la reclamación presentada por el anexo de Incapacidad Total y Permanente, al respecto informamos:

Una vez contamos con la información aportada directamente por el Banco Davivienda S.A. para el estudio de la reclamación, por medio de comunicaciones OIV-5710-1-2 del 21 de enero de 2021 se informó la definición dada a las reclamaciones. **Anexo 1 y 2**

Por lo anterior, presentamos disculpas por las molestias incurridas debido a la demora presentada con la definición de la reclamación.

Atentamente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Departamento de Indemnizaciones de Seguros de Vida



OIV-5710-3

Bogotá, 21 Enero 2021

Señores:

BANCO DAVIVIENDA
Atn: Dra. Norma Piedad Moreno
Dirección Nacional Banca Seguros
pydreyes@davivienda.com
Ciudad

Póliza No: **5132050332501**
Asegurado: **FRANCISCO VELASQUEZ**
Reclamación: **51320003808**
Crédito No: **1974**

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Cordial Saludo.

En atención a la reclamación presentada, queremos informarle que se realizó el estudio de los documentos aportados por la cobertura de **Incapacidad total y permanente**, encontrando que no es posible realizar pago alguno, por las siguientes razones:

El artículo 1058 del Código de Comercio preceptúa que el Tomador/Asegurado 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 del Asegurado 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:

Compañía da Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2
Av. El Dorado N.68 B-31 •Tel. #322 Bogotá, Colombia
www.segurosbolivar.com

Página 1 de 3



OIV-5710-3

"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:

En la declaración de asegurabilidad firmada por el asegurado, manifestó:

"1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud.

2. No sufro actualmente de dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, aneurismas cerebrales o de otras arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B o C; enfermedad crónica del hígado y/o riñones, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, artritis reumatoidea o enfermedades del colágeno similares; várices del esófago; trombosis o derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes; cirugía o intervenciones para el tratamiento de obesidad.

3. No he sido sometido ni me han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, así como tampoco por alguna otra enfermedad no enunciada, en forma causal o consecuencial.

4. En la actualidad no sufro síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud."

Lamentablemente esta declaración no correspondía con el verdadero estado de salud del asegurado, ya que se encontraron antecedentes de -Discopatía L4-L5, Hernia Discal L5-S1-Hipertensión Arterial, circunstancia importante del estado de salud 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

Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2
Av. El Dorado N.68 B-31 • Tel. #322 Bogotá, Colombia
www.segurosbolivar.com

Página 2 de 3



OIV-5710-3

hubiera retraído de celebrar el contrato de seguro, o habría estipulado condiciones más onerosas.

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.

Atentamente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Gerencia de Operaciones
Indemnizaciones Seguros de Vida

Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2



Anexo 2. Carta Definición a la reclamación.



OIV-5710-2

Bogotá, 21 Enero 2021

Señores:

BANCO DAVIVIENDA

Atn: Dra. Norma Piedad Moreno

Dirección Nacional Banca Seguros

pydreyes@davivienda.com

Ciudad

Póliza No: **5130004515556**

Asegurado: **FRANCISCO VELASQUEZ**

Reclamación: **51300027978**

Crédito No: **8713**

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Cordial Saludo.

En atención a la reclamación presentada, queremos informarle que se realizó el estudio de los documentos aportados por la cobertura de **Incapacidad total y permanente**, encontrando que no es posible realizar pago alguno, por las siguientes razones:

El artículo 1058 del Código de Comercio preceptúa que el Tomador/Asegurado 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 del Asegurado 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:

Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2
Av. El Dorado N.68 B-31 • Tel. #322 Bogotá, Colombia
www.segurosbolivar.com

Página 1 de 3



OIV-5710-2

*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:

En la declaración de asegurabilidad firmada por el asegurado, manifestó:

"1. Mi estado de salud es normal, no padezco ninguna enfermedad crónica ni me encuentro en estudio médico por afecciones de mi estado de salud.

2. No sufro actualmente de dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, aneurismas cerebrales o de otras arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B o C; enfermedad crónica del hígado y/o riñones, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, artritis reumatoidea o enfermedades del colágeno similares; várices del esófago; trombosis o derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes; cirugía o intervenciones para el tratamiento de obesidad.

3. No he sido sometido ni me han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, así como tampoco por alguna otra enfermedad no enunciada, en forma causal o consecuencial.

4. En la actualidad no sufro síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud."

Lamentablemente esta declaración no correspondía con el verdadero estado de salud del asegurado, ya que se encontraron antecedentes de -Discopatía L4-L5, Hernia Discal L5-S1-Hipertensión Arterial, circunstancia importante del estado de salud 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

Compañía de Seguros Bolívar S.A. • Nit 860.002.503-2
Av. El Dorado N.68 B-31 • Tel. #322 Bogotá, Colombia
www.segurosbolivar.com

Página 2 de 3



OIV-5710-2

hubiera retraído de celebrar el contrato de seguro, o habría estipulado condiciones más onerosas.

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.

Atentamente,

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.
Gerencia de Operaciones
Indemnizaciones Seguros de Vida



Rama Judicial del Poder Público
JUZGADO DECIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.
Carrera 9 No 11-45 Piso 4
Edificio El Virrey Torre Central – Teléfono 2 820225

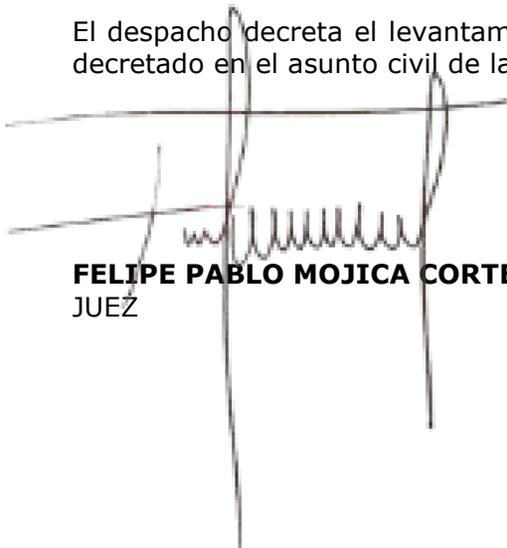
PROCESO	:	EJECUTIVO SINGULAR N° 11001310301020210022900
DEMANDANTE	:	FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ GUZMAN
DEMANDADO	:	SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S. A.
ASUNTO	:	AUDIENCIA DE QUE TRATAN LOS ARTICULOS 372 Y 373 C.G.P 29 DE JUNIO DE 2022- HORA 9:30 AM

N ^o	CALIDAD	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
1	DEMANDANTE	FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ GUZMAN	CC 93393190
2	APODERADO PARTE DEMANDANTE	FREDY ROLANDO CANTOR CUEVAS	CC 79645848
3	DEMANDADO – REPRESENTANTE LEGAL	ANA MARIA RAMIREZ PELAEZ	CC 41935130
4	APODERADO DEMANDANTE	LAURA SALOME SARMIENTO MORA	CC 101242752 5

En la hora y fecha establecida se inicia la audiencia.

Se deja constancia que previo al inicio de la audiencia se agotó la etapa conciliatoria como también se revisó el trámite que se le ha impartido a este asunto, llegando a la conclusión, que la parte ejecutante desiste de las pretensiones de la demanda y avalado por la parte demandada. Por tal razón no habrá condena en costas, ni en perjuicios en contra del señor ejecutante.

El despacho decreta el levantamiento inmediato de las medidas cautelares que se hubieren decretado en el asunto civil de la referencia, por secretaria ofíciase a quien corresponda.



FELIPE PABLO MOJICA CORTES
JUEZ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO DÉCIMO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D. C.

ccto10bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Bogotá D.C., primero de julio de dos mil veintiuno

Proceso No. 10-2021-00229-00

Reunidos los requisitos formales del CGP, y los del título valor establecidos en el Código de Comercio que prestan mérito ejecutivo, el Despacho:

LIBRA MANDAMIENTO DE PAGO por la vía ejecutiva de mayor cuantía, a favor de FRANCISCO JAVIER VELASQUEZ GUZMAN contra SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A., por las siguientes sumas de dinero:

1.- \$ 90.606.277,22 por concepto de la reclamación del crédito hipotecario No. 57049100003197-4.

2.- Por los intereses moratorios del capital (numeral 1º) a la tasa máxima legal permitida, liquidados desde la fecha que se hizo exigible y hasta que se verifique el pago total de la obligación.

3.- \$74.340.129,08 por concepto de la reclamación del crédito de inversión No. 590049100002871-3.

4.- Por los intereses moratorios del capital (numeral 3º) a la tasa máxima legal permitida, liquidados desde la fecha que se hizo exigible y hasta que se verifique el pago total de la obligación.

Sobre costas se resolverá en el momento procesal oportuno. Notifíquese personalmente al deudor (art. 290 a 292 del CGP), indicándole que dispone de cinco (5) días para pagar y diez (10) para excepcionar (en concordancia con el artículo 8º del Decreto N.º 806 de 2020) y comuníquese a la DIAN en los términos del artículo 630 del Estatuto Tributario.

Oficiese.

Actúa el abogado Fredy Cantor Cuevas como apoderado de la parte demandante.

Notifíquese y Cúmplase,

FELIPE PABLO MOJICA CORTES

JUEZ

(2)

Firmado Por:

FELIPE PABLO AUGUSTO MOJICA

JUEZ

**JUZGADO 10 DE CIRCUITO CIVIL DE LA CIUDAD DE BOGOTA, D.C.-
BOGOTÁ, D.C.**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:

**b8917a01fdacc7fccab445c1335d37de2fc1258a1aeb29684bc9fcae1
2fdd34**

Documento generado en 01/07/2021 12:02:05 PM

**Valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**