

CONTESTACIÓN DEMANDA. RADICADO 00197/2020. SANDRA DÍAZ DELGADO vrs COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Asesorías Eficaces <noti.asesoriaseficaces@gmail.com>

Mar 6/04/2021 3:05 PM

Para: Juzgado 11 Civil Circuito - Santander - Bucaramanga <j11ccbuc@cendoj.ramajudicial.gov.co>; esmeraldajaro@hotmail.com <esmeraldajaro@hotmail.com>

 15 archivos adjuntos (9 MB)

CONTESTO DDA BOL SANDRA DIAZ.pdf; SANDRA DIAZ 09 10.pdf; SANDRA DIAZ 10 11.pdf; SANDRA DIAZ 11 12.pdf; SANDRA DIAZ 12 13.pdf; SANDRA DIAZ 14 15.pdf; SANDRA DIAZ 13 14.pdf; SANDRA DIAZ 15 16.pdf; SANDRA DIAZ 17 18.pdf; SANDRA DIAZ 18 19.pdf; SANDRA DIAZ 19 20004.pdf; ANEXO ITP VIVA LA VIDA MUJER.pdf; SANDRA DIAZ 16 17.pdf; SANDRA DIAZ PIDE RECONSIDERAR.pdf; RTA A SANDRA DIAZ SEPT 2019.pdf;

Buenas tardes:

Como apoderado de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. allego el escrito de contestación de la demanda junto con los documentos que anticipo como pruebas .

Conforme con lo dispuesto por el Decreto 806 de 2020, copio este correo a la parte demandante.

Cordial saludo.

LUIS ALFREDO PRADA DIAZ

C.C. 5.795.209 de Zapatoca

T.P. de Abogado 55.365 del C.S.J.

[SANDRA DIAZ ANEXOS RECLAMO.pdf](#)

DNI-SV-R- 7211431
Bogotá, 12 de septiembre de 2019

Señora
SANDRA DIAZ DELGADO
sandidia71@gmail.com
Calle 128 No. 47 - 174 Conjunto Valverdi, Casa 186
Teléfono. 6190332
Floridablanca, Santander

Referencia:	Asegurado	: Sandra Diaz Delgado
	Cédula	: 63.494.785
	Reclamo	: 15300000042
	Póliza	: VI-1530108135610

Respetada señora:

En atención a la comunicación presentada con la que solicita reconsideración a la definición de la reclamación por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, al respecto nos permitimos precisar lo siguiente:

Luego de realizar el estudio a la información médica aportada y teniendo en cuenta la que reposa en la reclamación, se concluye que la causa por la cual reclama la Asegurada, no cumple con las condiciones del contrato para acceder al pago solicitado, toda vez que de acuerdo con la información médica remitida, se evidencia que las enfermedades por las que reclama no le impiden desempeñar tres o más de las actividades básicas de la vida diaria a la luz de las condiciones de la cobertura solicitada.

En las condiciones del contrato de la póliza de Vida Individual para el anexo de Incapacidad Total y Permanente se establece:

“CONDICIÓN PRIMERA.- DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Para todos los efectos de este anexo se entiende por Incapacidad Total y Permanente la sufrida por el asegurado, que haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar tres (3) o más de las actividades básicas de la vida diaria así:

ASEO PERSONAL: CAPACIDAD PARA LAVARSE EN EL BAÑO O LA DUCHA (INCLUYENDO LA ENTRADA Y SALIDA DE LA MISMA) O DE REALIZAR SU ASEO PERSONAL POR SI MISMO.

VESTIRSE: CAPACIDAD PARA PONERSE, QUITARSE, ATARSE Y DESATARSE TODO TIPO DE PRENDAS, ASI COMO APARATOS ORTOPÉDICOS DE CUALQUIER TIPO, MIEMBROS ARTIFICIALES Y DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS.

DNI-SV-R- 7211431 - 2

COMER: CAPACIDAD PARA COMER POR SÍ MISMO UNA VEZ PREPARADOS LOS ALIMENTOS.

HIGIENE: CAPACIDAD PARA USAR UN SANITARIO O PARA LLEVAR A CABO SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS EN CUALQUIER OTRA FORMA.

MOVILIDAD: CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE EN ESPACIOS INTERIORES, DE UNA HABITACIÓN A OTRA EN SUPERFICIES PLANAS.

TRASLADOS: CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE DESDE LA CAMA HASTA UNA SILLA RECTA O SILLA DE RUEDAS Y VICEVERSA.

DICHA INCAPACIDAD DEBE EXISTIR POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO OCHENTA DÍAS (180) Y NO HABER SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARÁ COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERIODO CONTINUO DE CIENTO OCHENTA (180) DÍAS DE INCAPACIDAD.”.

Es importante tener en cuenta que para acceder al pago indemnizatorio, se deben reunir todos los supuestos del anexo para obtener la indemnización como expresamente lo exige el anexo, es decir incapacidad de 180 días y que la causa por la cual reclama le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales de por vida le impidan desempeñar tres o más de las actividades básicas de la vida diaria, cabe aclarar que en el caso en particular no se cumple con dichos criterios.

Así las cosas, la reclamación fue objetada de manera seria y fundada atendiendo las normas que regulan el contrato de seguro, las condiciones del contrato y la ley, por ende a pesar de que la decisión no haya sido favorable a los intereses de la Asegurada, no quiere decir que la objeción no se encuentre ajustada a las normas ya mencionadas.

Teniendo en cuenta lo anterior, la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, se ve precisada a dar aplicación a las normas de imperativo cumplimiento que rigen en el contrato de seguro y lamentablemente debe seguir negando la reclamación presentada.

Atentamente,



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

Señor

JUEZ ONCE CIVIL DEL CIRCUITO

Bucaramanga

Ref: Verbal – Responsabilidad Contractual

Ddte: **SANDRA DÍAZ DELGADO**

Dda: **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**

Rad: 00197/2020

LUIS ALFREDO PRADA DÍAZ, mayor de edad, domiciliado y residente en Bucaramanga, identificado con cédula de ciudadanía No. 5.795.209 expedida en Zapatoca y portador de la Tarjeta Profesional de Abogado No. 55.365 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando conforme con el poder que ya obra dentro del expediente, otorgado por la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** (Nit. 860.002.503-2), sociedad que tiene domicilio principal en Bogotá D.C. y sucursal en Bucaramanga, representada por la Dra. MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO (C.C. 39.681.414) quien es mayor de edad y vecina de la capital de la república, dentro del término concedido me pronuncio sobre la demanda promovida por la señora **SANDRA DÍAZ DELGADO**, manifestando:

1

SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA SANEADA

PRIMERO: ES PARCIALMENTE CIERTO. Corresponde con la realidad que, a partir del 31 de marzo de 2009, con ocasión de la toma del Seguro de Vida Individual 1530-1081356-01, suscrita por la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., a la señora SANDRA DÍAZ DELGADO se le ha tenido como asegurada, siendo de precisar que para la vigencia que inició el 31 de marzo de 2019, por solicitud de la asegurada se produjo un cambio de plan del seguro, pasando la póliza identificarse con el # 15301084489. Además, a través del tiempo también se excluyeron algunas coberturas y se realizó una modificación en la designación de beneficiarios.

SEGUNDO: ES CIERTO que en la primer vigencia del seguro las coberturas otorgadas fueron las de: 1°) Vida por \$100'000.000=, 2°) Muerte Accidental por \$90'000.000=, 3°) Desmembración por \$90'000.000=, 4°) Incapacidad Total y Permanente por \$100'000.000= y, 5°) Enfermedades Graves por \$40'000.000=, acordándose un incremento anual en el valor asegurado del IPC más 2 puntos; con el tiempo hubo exclusión de algunas coberturas y modificación en la designación de beneficiarios, así como un cambio de plan que conllevó a que a partir del 31 de marzo de 2019 cambiaran las Condiciones Generales de la póliza. Todas las modificaciones se realizaron a solicitud de la asegurada.

TERCERO: Aunque ES CIERTO que el seguro contratado por la señora SANDRA DÍAZ DELGADO **inicialmente contaba con el Anexo de Enfermedades Graves**, este hecho resulta inane para el proceso que nos ocupa puesto que el único reclamo que la asegurada le ha presentado a la compañía de seguros, se dirigía a afectar el Anexo de Incapacidad Total y Permanente, como lo ratifica en el Hecho SEXTO de su demanda. Además de lo anterior, la transcripción que hace la parte demandante del Clausulado del Anexo de Enfermedades Graves corresponde con el del plan “VIVA LA VIDA MUJER”, es decir, con la póliza 15301084489 que se inició a partir del 31 de marzo de 2019 **en la que no se contrató tal anexo**. Es más, como lo prueba la renovación de la vigencia 2018 a 2019, cuya copia adjunto, en la que el seguro aún se identificaba con el # 1530-1081356 (en el plan inicial), **ya se había excluido ese anexo de Enfermedades Graves**.

CUARTO: ES CIERTO que a la señora SANDRA DÍAZ DELGADO le han practicado los dictámenes aducidos en este numeral del libelo. La prueba documental allegada junto con la demanda demuestra que la valoración de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander fue solicitada por la **ARL SEGUROS BOLÍVAR** y que la apelación al dictamen que esa entidad emitió la formuló la **AFP COLFONDOS**, estableciéndose que la examinada había perdido en un 58,48% su Capacidad Laboral, siendo ella de ORIGEN COMÚN y en consecuencia, como cotizante al régimen contributivo cumplía el requisito para obtener su pensión por invalidez; pero esas valoraciones no

sirven para determinar la obligación que con la demanda se le reclama a la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. porque la cobertura de Incapacidad Total y Permanente no se otorgó bajo las normas de la seguridad social de los trabajadores colombianos sino bajo las reglas de un seguro privado, en un todo de acuerdo con lo que establece el artículo 1056 del Código de Comercio que prevé: *“Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.”*

QUINTO: ES CIERTO que fue a petición de la **aseguradora MAPFRE (o por AFP COLFONDOS)** que se surtió ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez la apelación del dictamen emitido en primera instancia el 4 de abril de 2018 por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander y que esa alzada concluyó, en lo esencial, ratificando lo establecido por ésta.

SEXTO: ES CIERTO. Como lo demuestra el FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES aportado junto con la demanda, documento suscrito el 8 de mayo de 2018 por la señora SANDRA DÍAZ DELGADO, que ella en esa fecha formuló reclamación a la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. **allegando como sustento de la misma el Dictamen emitido el 4 de abril de 2014 por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander** y, también ES CIERTO, que en respuesta a tal reclamo la aseguradora, estando dentro del término legal, se pronunció con su carta DNI-SV-7211431 **objetándolo con fundamento en las condiciones del anexo de Incapacidad Total y Permanente**, recordándole a la asegurada cuáles eran las exigencias de esa cobertura para que surgiera la obligación indemnizatoria.

SÉPTIMO (Mencionado por error en la demanda como QUINTO): ES CIERTO que la señora SANDRA DÍAZ DELGADO acreditó el haber estado incapacitada, con algunas interrupciones durante un período comprendido desde el 22 de febrero de 2013 al 8 de octubre de 2013, e ininterrumpidamente desde el 10 de octubre de 2013 al 3 de septiembre de 2014, es decir, por un poco más de un año y medio, superando los 180 días continuos reclamados

por el mencionado **Anexo de Incapacidad Total y Permanente**; el cumplimiento de ese requisito establecido en tal cobertura nunca lo ha desconocido la compañía de seguros, solo que, **conforme con lo pactado**, la asegurada tenía a su cargo la demostración que hasta hoy no ha cumplido, del otro requisito, relacionado con el impedimento para desempeñar por sí sola, al menos tres (3) de las seis (6) actividades mencionadas en las condiciones de ese amparo o, el haber sufrido *“LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE...”*, tal y como se estipuló.

OCTAVO (Mencionado por error en la demanda como SÉPTIMO): ES CIERTO que el Anexo de Incapacidad Total y Permanente contratado exigía para que surgiera la obligación indemnizatoria a cargo de la compañía de seguros, que a ella su asegurada le demostrara el haber permanecido incapacitada durante un período continuo de al menos ciento ochenta (180) días, y que estuviera impedida para desempeñar al menos tres (3) de las mencionadas actividades, o haber padecido la pérdida anatómica o funcional de los miembros u órganos antes nombrados. Sin la acreditación de esas dos condiciones, no surge obligación alguna para la aseguradora respecto de la cobertura que la asegurada pretende afectar.

4

NOVENO (Mencionado por error en la demanda como otro SÉPTIMO): ES CIERTO que la parte demandante cumplió con el requisito de procedibilidad establecido por la Ley 640 de 2001.

SOBRE LAS DECLARACIONES Y CONDENAS DEPRECADAS POR LA DEMANDANTE

PRIMERA: La COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. manifiesta que NO SE OPONE a que se declare la existencia del aseguramiento de la señora SANDRA DÍAZ DELGADO desde el 31 de marzo de 2009, pero, tal y como lo advertí al dar respuesta al hecho PRIMERO de la demanda.

SEGUNDA: La COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. manifiesta su TOTAL OPOSICIÓN a la declaración pedida por la señora SANDRA DÍAZ DELGADO, puesto que los Dictámenes de Pérdida de Capacidad Laboral elaborados por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander y por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez NO DEMUESTRAN que ella esté impedida para para desempeñar por sí sola, al menos tres (3) de las seis (6) actividades mencionadas en las condiciones del Anexo de Incapacidad Total y Permanente o, el haber sufrido “*LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE...*”, tal y como se estipuló en las condiciones del seguro contratado.

Además de esto, si acaso se pudiera tener a esos dictámenes como prueba idónea para demostrar la ocurrencia del evento asegurado por Incapacidad Total y Permanente, como ambos coinciden en que la pérdida de capacidad laboral de la demandante se estructuró el 22 de enero de 2014, esa fecha tendría que tomarse como la de la ocurrencia del siniestro y en consecuencia, para el 15 de octubre de 2020, día de formulación de la demanda, ya ese derecho no existía por haberse consolidado la prescripción extintiva por el solo paso del tiempo, como lo prescribe el artículo 1081 del Código de Comercio, tal y como lo precisaré más adelante en el acápite de las excepciones.

TERCERA: En concordancia con lo manifestado frente a las anteriores pretensiones y contra los hechos de la demanda, a esta petición de la demandante TAMBIÉN SE OPONE la aseguradora demandada.

CUARTA: Siguiendo la misma línea de razonamiento la aseguradora demandada SE OPONE a que se ordene el pago de intereses moratorios sobre un reclamo que no fue fundamentado conforme con lo pactado en el contrato de seguro y que, además, se pretende con una demanda formulada luego de consolidada la prescripción del eventual derecho.

QUINTA: Contrario a lo pedido por quien promueve este proceso, las costas deben establecerse en favor de la demandada por cuanto la acción promovida en su contra carece de los fundamentos fácticos y jurídicos para su prosperidad.

EXCEPCIONES DE MÉRITO EN CONTRA DE LO DEMANDADO

1ª) INEXISTENCIA DE PRUEBA DE LA OCURRENCIA DE UN SINIESTRO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

El artículo 1077 del Código de Comercio, aplicable a toda clase de seguros establece en su inciso primero, que *“Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.”*, carga que resulta común a todo contrato si se tiene en cuenta que respecto de los demás, el artículo 1757 del Código Civil dispone que *“Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquellas o esta.”*

La demostración de que el riesgo asegurado se realizó, que es lo que según el artículo 1072 del estatuto mercantil representa la configuración de un siniestro, es algo que solamente puede correr a cargo de quien espera recibir el pago de la prestación amparada, por la potísima razón de que, naturalmente, por ser la persona que sufre los efectos negativos del hecho dañino que lo pueda constituir, es quien tiene la posibilidad de probarlo.

Para el caso que nos ocupa vemos que la señora SANDRA DÍAZ DELGADO cree que ha cumplido con tal obligación probatoria con la aportación del dictamen que calificó PARA EFECTOS PENSIONALES su pérdida de capacidad laboral, confundiendo los requisitos del Anexo de Incapacidad Total y Permanente concedido en el **seguro privado** que nos ocupa, con las exigencias del derecho que ella tuvo para percibir una Pensión de Invalidez bajo las reglas de la seguridad social que la cobija.

No es posible tal confusión, porque en la redacción de la cobertura del Anexo

de Incapacidad Total y Permanente por lado alguno el asegurador adquirió el compromiso de sufragar el valor de ese amparo por el mero hecho de que la asegurada reúna las condiciones para que le reconozcan su pensión por invalidez. Mientras la interesada no demuestre estar bajo las circunstancias previstas como constitutivas de un siniestro por Incapacidad Total y Permanente, que se rige por las cláusulas del contrato de seguro, no es posible que surja para el asegurador la obligación de pagar la cobertura contratada.

No se puede desconocer que todas las compañías de seguros están facultadas para diseñar libremente las coberturas que ofrecerán al mercado, basándose en sus propios estudios de siniestralidad y en los cálculos actuariales que les permitan mantener el equilibrio esperado entre los siniestros proyectados y las primas que reciban, porque el artículo 1076 del Código de Comercio establece que *“Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.”*

7

La delimitación establecida en el contrato de seguro tiene plena validez ya que se encuentra por entero acorde con la precitada norma y, además, resulta similar a una de las modalidades de invalidez establecidas por régimen laboral colombiano que décadas atrás contenía el artículo 5° del decreto 758 de 1990, que las clasificaba de la siguiente manera:

“a) INVALIDO PERMANENTE TOTAL. Es el afiliado o asegurado que por enfermedad no profesional o por lesión distinta de accidente de trabajo, haya perdido el 50% o más de su capacidad laborativa para desempeñar el oficio o profesión para el cual está capacitado y que constituye su actividad habitual y permanente. La cuantía básica de esta pensión será del 45 % del salario mensual de base;

b) INVALIDO PERMANENTE ABSOLUTO. Es el afiliado o asegurado que por enfermedad no profesional o por lesión distinta de accidente de trabajo, haya perdido su capacidad laboral para realizar cualquier clase de trabajo

remunerado. La cuantía básica de esta pensión será del 51% del salario mensual de base;

c) *GRAN INVALIDEZ. Es el afiliado o asegurado que por enfermedad no profesional o por lesión distinta de accidente de trabajo, haya perdido su capacidad laboral en grado tal que necesite de la asistencia constante de otra persona para movilizarse, conducirse o efectuar los actos esenciales de la existencia. La cuantía básica de esta pensión será del 57 % del salario mensual de base.*"

En el caso que nos ocupa, la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. estructuró la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, con la siguiente delimitación:

"CONDICIÓN PRIMERA. - DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIEDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE LE PRODUZCA LESIONES ORGANICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR TRES O MAS DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA DEFINIDAS ASI:

ASEO PERSONAL: CAPACIDAD PARA LAVARSE EN EL BAÑO O LA DUCHA (INCLUYENDO LA ENTRADA O SALIDA DE LA MISMA) O DE REALIZAR SU ASEO PERSONAL POR SI MISMO.

VESTIRSE: CAPACIDAD PARA PONERSE, QUITARSE, ATARSE Y DESATARSE TODO TIPO DE PRENDAS, ASI COMO APARATOS ORTOPEDICOS DE CUALQUIER TIPO, MIEMBROS ARTIFICIALES Y DISPOSITIVOS QUIRURGICOS.

8

COMER: CAPACIDAD PARA INGERIR POR SI MISMO UNA VEZ PREPARADOS LOS ALIMENTOS.

HIGIENE: CAPACIDAD PARA USAR UN SANITARIO O PARA LLEVAR A CABO SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS EN CUALQUIER OTRA FORMA.

MOVILIDAD: CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE EN ESPACIOS INTERIORES, DE UNA HABITACION A OTRA, EN SUPERFICIES PLANAS.

TRASLADOS: CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE DESDE LA CAMA HASTA UNA SILLA RECTA O SILLA DE RUEDAS Y VICEVERSA.

DICHA INCAPACIDAD DEBE EXISTIR POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS Y NO HABER SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERA COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO, NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERIODO CONTINUO DE CIENTO OCHENTA (180) DÍAS DE INCAPACIDAD.”

Es de recordar que por lado alguno en las Condiciones del Anexo de Incapacidad Total y Permanente se reclama como prueba de la ocurrencia del siniestro un dictamen como el aportado por la asegurada; en la CONDICIÓN SÉPTIMA - RECLAMACIONES se expresa que para que la compañía pague la indemnización “... el asegurado deberá presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia de tal incapacidad de acuerdo con los términos de este Anexo.”, obligación que la asegurada hasta la fecha no ha cumplido y si lo pactado al decir del artículo 1602 del Código Civil es ley para los contratantes, es claro que en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio no estamos frente a un siniestro y en consecuencia no resulta exigible el pago de la suma asegurada.

2ª) PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN EN CONTRA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Si por alguna razón que de verdad no advierto se llegara en la sentencia a desestimar el anterior medio de defensa bajo el entendido de que el Dictamen emitido por las Juntas de Calificación de Invalidez si tenga la capacidad para demostrar que la asegurada se encontraba en las condiciones previstas como constitutivas de un siniestro por Incapacidad Total y Permanente, también habrá de colegirse que por el paso del tiempo se ha consolidado el fenómeno jurídico de la prescripción extintiva del derecho de la demandante frente a la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Con el dictamen emitido se tiene por demostrado, sin que exista la más mínima prueba que sirva para refutarlo, **que la pérdida de capacidad laboral de la demandante se estructuró el 22 de enero de 2014**; para comprender lo que representa la *“FECHA DE ESTRUCTURACIÓN”* de la pérdida de capacidad laboral hay que acudir a la definición contenida en el artículo 3° del Decreto 917 de 1999, en la que se señala que ella *“Es la fecha en que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica, y puede ser anterior o corresponder a la fecha de calificación.”*

Naturalmente que tal fecha puede ser retroactiva ya que debe coincidir con aquella *“... en que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva.”*, luego el dictamen tiene el carácter de ser solamente declarativo del evento sometido al estudio de los especialistas en medicina laboral. Admitirlo como constitutivo de la Pérdida de Capacidad Laboral sería tanto como generar la posibilidad de que sea el examinado quien escoja en qué fecha quiere que se le tenga por inválido, para lo cual, simplemente postergaría a conveniencia la petición de que se le practique ese dictamen, lo cual resultaría un verdadero absurdo. Nótese que en el caso que

10

nos ocupa, a la señora SANDRA DÍAZ DELGADO le reconocieron incapacidades ininterrumpidas desde el 10 de agosto de 2013, lo que significa que ella conocía cabalmente de la pérdida de sus aptitudes para laborar.

Así las cosas, si desde el 22 de enero de 2014 la señora SANDRA DÍAZ DELGADO padece de una Pérdida de Capacidad Laboral del 58,48%, hay lugar a que en su eventual derecho al reclamo en contra del asegurador se aplique la PRESCRIPCIÓN QUINQUENAL establecida en el artículo 1081 del Código de Comercio que determina:

“La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Resalté para destacar)

En resumen, si el dictamen de la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral sirviera para demostrar el siniestro por Incapacidad Total y Permanente (que en nuestro parecer no lo es), también acreditaría que la fecha de su ocurrencia data del 22 de enero de 2014 y como este proceso se inició con la demanda formulada el 15 de octubre de 2020, es decir, habiendo transcurrido más de cinco (5) años desde que nació el respectivo derecho, hay lugar a deducir que el fenómeno de la prescripción ya se encontraba consolidado, puesto que ese plazo legal que ni siquiera puede ser modificado por las partes, corre contra toda clase de personas, así no conocieran de la existencia de su derecho.

3ª) CUALQUIERA OTRA QUE DETERMINE QUE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. NO ESTÁ OBLIGADA A ATENDER LAS PETICIONES DE LA DEMANDANTE.

PRUEBAS

Sirven para demostrar las excepciones propuestas, además de los documentos allegados con la demanda, dentro de los que destaco el certificado de renovación con cambio de plan que dio inicio a la póliza 15301084489-12 para la vigencia a partir del 31 de marzo de 2020, las siguientes:

DOCUMENTALES:

Que anticipo:

1. Póliza de Vida Individual 1530-1081356-01 (vigencia inicial a partir del 31 de marzo de 2009), acompañada de las Condiciones Generales que le eran aplicables.
2. Certificados de renovación de la póliza 1530-1081356 para las vigencias anuales a partir del 31 de marzo de 2010 (9 renovaciones).
3. Certificado de conversión de Seguro de Vida a la póliza 15301084489-11 para la vigencia a partir del 31 de marzo de 2019.
4. Condiciones Generales del anexo de Incapacidad Total y Permanente para el seguro Viva La Vida Mujer aplicables a la póliza 15301084489 (5 folios).
5. Documentos que la señora SANDRA DIAZ DELGADO le presentó a la compañía de seguros el 8 de mayo de 2019 como sustento de su reclamo (125 folios).
6. Carta con la que el 10 de julio de 2019 la asegurada le solicitó a la compañía de seguros que reconsiderara la objeción, acompañada de algunos documentos (9 folios).

12

7. Respuesta con la que el 12 de septiembre de 2019 la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. ratificó la objeción del reclamo (2 folios).

INTERROGATORIO:

Que formule a la demandante en la fecha que el Despacho lo determine.

NOTIFICACIONES

- La **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.** las recibe en la dirección: notificaciones@segurosbolivar.com y en la calle 36 # 17-25 de Bucaramanga.
- Las recibo en la dirección: noti.asesoriaseficaces@gmail.com y en la Carrera 31 # 35-12, of. 603, Edificio Concasa, en Bucaramanga.

Respetuosamente,



LUIS ALFREDO PRADA DÍAZ

C.C. No. 5'795.209 de Zapatoca

T.P. de Abogado No. 55.365 del C.S.J.

13

Floridablanca, 10 de julio de 2019

Señores

Seguros Bolívar

Bucaramanga.

Referencia: solicitud de reconsideración del pago de la indemnización por invalidez.

Con todo respeto solicito reconsideración de la respuesta dada el 29 de mayo del 2018, ya que a la fecha hay nuevos diagnósticos y al tener enfermedades degenerativas mi condición de salud ha cambiado.

Los invito a revisar mi historial laboral donde se puede constatar que siempre he sido una mujer trabajadora, y si me vi forzada a solicitar la calificación de invalidez ante Colfondos es por el deterioro progresivo de mi cuerpo, de mi estado de salud física y mental.

Desde septiembre del 2014 que me reintegré a laborar dependía de mi esposo para poder desempeñar mi cargo, esto debido a mi condición de salud, ya que con mi sueldo se pagaban el 70% de los gastos del hogar, por tal razón él me acompañaba para poder desempeñar mis labores, así seguí hasta mayo del 2017 donde ya no pude seguir laborando.

Actualmente dependo de mi madre y de mi esposo para mis actividades básicas, por las siguientes patologías las cuales están consignadas en la historia clínica y en el informe de la Junta Regional de calificación de Invalidez nacional:

Carcinoma lobulillar infiltrante bien diferenciado grado I, con micrometástasis a ganglios loco regionales, procedimiento realizado: Mastectomía subtotal + vaciamiento radical + reconstrucción de mama, colgajo. La radioterapia recibida fue amplia, en seno, clavícula y axila. Quedando como secuela postquirúrgica de la resección cáncer de mama seno derecho y del tratamiento: Linfadenoma de miembro superior derecho moderado, lesión parcial de plexo cervical derecho. Presentando dolor permanente en el brazo, pérdida de la fuerza y sensibilidad de la mano derecha, al día de hoy el compromiso es mayor, y desde hace más de 2 años inició dolor en el hemitorax derecho. El dolor se exagera en las noches hasta el punto que requiero ayuda para realizar los cambios de posición, para poder sentarme y ayuda para ir al baño a realizar mis necesidades fisiológicas en el

baño. Esta ayuda la requiero desde el 2017 y con el paso del tiempo aumenta mi limitación y dolor. El dolor de la columna cervical, torácica y lumbar, me limita la movilidad necesitando ayuda para ponerme ropa interior, los pantalones, medias, zapatos, ayuda para bañarme.

Desde el año 2013 se iniciaron las crisis de vértigo y las cuales fueron aumentando hasta el punto que desde el 2017 el vértigo es permanente, este diagnóstico no fue posible tenerlo para antes de la calificación porque en la Nueva Eps se demoraron más de 2 años en darme la cita con la especialista. El 10/07/2018 la otorrino, la Dra. Adriana Sánchez deja el diagnóstico VERTIGOS PERIFERICOS, CEFALEA E HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA. Debido a este diagnóstico requiero ayuda para poder realizar mis necesidades básicas como bañarme, realizar cambios de posición, requerir de acompañante para disminuir riesgo de caída, ya que estando dentro de la casa me he caído varias veces, gracias a Dios ocasionando solo trauma muscular, El vértigo es permanente limitando el movimiento y cuando presentó las crisis las cuales son frecuentes debo permanecer en la cama requiriendo ayuda para caminar, hacer mis necesidades fisiológicas, para bañarme sentada en una silla.

El seguimiento que me está realizando el cirujano de mama es porque me encontró unos nódulos que han ido aumentando cada vez más, por ahora solo se puede realizar seguimiento y restringir el consumo de medicamento, dando prioridad al tamoxifeno, tratamiento que me lo prolongaron por 5 años más por el riesgo tan alto que tengo a tener recaída del Ca de mama. Esta restricción de medicamentos hace que mis dolencias no las pueda controlar, haciéndome cada día más dependiente y llevándome a una depresión severa, que no he podido controlar bien ya que los medicamentos aumentan mi vértigo.

El 10 de abril del 2019 la Junta Nacional de calificación de invalidez da una pérdida de capacidad laboral del 58.48%, con la siguiente acotación:

Documento aportado el día de la valoración médica..."pérdida auditiva mínima: Sensibilidad auditiva periférica comprometida de tipo mixta con pérdida en frecuencias agudas de 4000 a 8000hz y diferencia en ósea/ aérea- GAP-10dB frecuencias graves. HIPOACUSIA CONDUCTIVA GRADO MODERADO sensibilidad auditiva periférica comprometida de tipo predominio conductivo perfil descendente de grado moderado. Disminución caída en frecuencia 500 y 8000hz.

Una vez se analiza la apelación del seguro previsional se encuentra que no le asiste la razón que INCLUSO HAY SUBVALORACION DE LAS DEFICIENCIAS, dado que esta diagnosticado

VESTIBULOPATIA PERIFERICA UNILATERAL IZQUIERDA, hay CONDICION DE SALUD MENTAL; de calificarse todas las condiciones de salud residuales que la trabajadora tiene a la fecha en que evalúa la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la deficiencia seria mayor a la calificada.

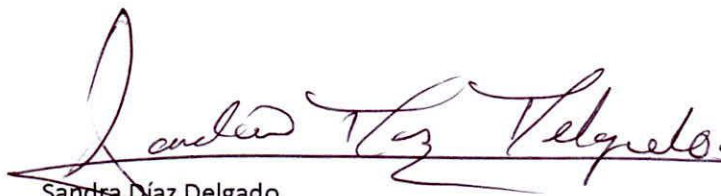
El 6 de marzo del 2019 el Hematólogo, el doctor Carlos Pérez deja consignado en la historia clínica:

Adicionalmente presenta sensación de giro persistente con marcada limitación funcional asociada a cefalea, palidez cutánea, así mismo deterioro progresivo de su capacidad funcional y paroxismo de palpitaciones, se interroga pre síncope por lo que solicito estudios complementarios como parte del enfoque diagnóstico.

DEBIDO A SUS SÍNTOMAS CON ALTO RIESGO DE CAÍDA Y FRACTURA SE RECOMIENDA PARA SUS TRASLADOS QUE DEBE DESPLAZARSE CON ASISRTENCIA POR PARTE DE SU ACUDIENTE.

El 5 de marzo del 2019 el Psiquiatra Dr. Ramos, deja consignado en la historia clínica:

NO DEBE SALIR SOLA, RIESGO DE CAIDA Y EXTRAVÍO. SIEMPRE ACOMPAÑADO.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Sandra Díaz Delgado', written over a horizontal line.

Sandra Díaz Delgado

Cedula: 63494785 de Bucaramanga

ANEXO:

Certificación bancaria de banco Davivienda
Formato Único para reclamaciones B-117
Formato autorización para pago por transferencia B-337
Formato aportando esta información. B-114
Fotocopia de la cedula de ciudadanía
Fotocopia de la póliza seguro de vida.
Historia clínica con 80 folios

SEGUROS
BOLÍVAR



FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS

Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario (a mano y con tinta)

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado		Cédula	
Sandra Díaz Delgado		63-494-785	
Edad	Dirección actual	Ciudad	Teléfono
46	Calle 128 # 47-174 Conjunto Wilberdi casa 186	Florida Blanca	6190332
Ocupación habitual		En caso de fallecimiento, edad al morir	
Casa			
Amparo por el que desea reclamar			
Vida ☐ Rentas ☐ Incapacidad total y permanente ☒ Enfermedades Graves ☐ Accidentes Personales ☐ Gastos Médicos ☐			

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa	Lugar	Fecha
☐ Accidente ☒ Enfermedad ☐ Homicidio ☐ Suicidio	Bucaramanga	00 2013
Dé un informe detallado de los hechos: 2013 Dx de ca de mama, tratamiento con quimioterapia, cirugía, radioterapia. 2014 Dx: con Artrosis generalizada, discolomía L2-L3 y L5-S1, lesión hombro L2 y hombro derecho, dolor crónico, rta. función motoral leve, prelesión de columna cervical, rta. función motoral moderada con nudo, Síndrome de Tarsal, Osteopenia severa, limitación para movilidad y actividad.		
3. Si es enfermedad: ¿en qué fecha se iniciaron los síntomas? En qué fecha consultó por primera vez a un médico en relación con su enfermedad? 2013 - Enero. Enero - 2013		
4. Fecha de diagnóstico por un médico 01 2013 5. Tiempo de evolución de esta enfermedad 6 años.		
6. Otros antecedentes del asegurado: Endometrios severo, hiperplasia + displasia de endometrio, gastritis severa, RGG, hemorroides, estreñimiento crónico, Síndrome de Tarsal.		
7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? Si ☒ No ☐ Si su respuesta es afirmativa, indique cual: Tamoxifen, clomazepam, gabapentina, tramal, clonazepam, escopolamina, clonazepam, gel, sertralina, lorazepam.		
8. Indique el nombre de su E.P.S. Nueva Cos. Es afiliado ☒ Beneficiario ☐		
9. Indique el nombre, dirección y Ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente: Focal, Urbanización el bosque - Florida Blanca.		
10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual: Sora Jimenez, Centro de cancer Focal - Florida Blanca. ¿Desde hace cuánto tiempo? 2013 (6 años)		
11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:		
Nombre	Especialidad	
William Jose Oro	Reumatólogo	
Dirección	Ciudad	Teléfono
Calle 51 # 34-17 Cons. 207	Bucaramanga	6436081
Nombre	Especialidad	
German William Rangel	Neofisiólogo	
Dirección	Ciudad	Teléfono
Focal Internacional. Cons. 304.	Florida Blanca	6797979

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
Focal	19 06 2013	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono
Urbanización el bosque, Florida Blanca		
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de Ingreso	Fecha de Salida
	DD MM AAAA	DD MM AAAA
Dirección	Ciudad	Teléfono

13. ¿Tratamientos Pendientes? Si ☐ No ☐

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Rehabilitación (Detallar)

14. ¿Actualmente se encuentra trabajando? Si no esta trabajando, ¿hace cuánto tiempo no trabaja?

Si ☐ No ☒ Desde Mayo 23 / 2017

15. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS

1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
2. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
3. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
4. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
5. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma

16. Envío de correspondencia. Favor indicar el lugar de envío de correspondencia

Nombre

Sandra Dina Delgado

Teléfono

6190332

Dirección

Calle 128 # 47-174 Conjunto Valverde casa 186

Ciudad

Floridablanca.

Correo electrónico

sandidia710@gmail.com

DECLARO QUE TODAS MIS RESPUESTAS SON VERDADERAS Y COMPLETAS.

EN CALIDAD DE ASEGURADO AUTORIZO QUE AÚN DESPUÉS DE MI FALLECIMIENTO LA COMPAÑÍA ACCEDA A TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA QUE REQUIERA, INCLUYENDO MI HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, BIEN A TRAVÉS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS O DE LOS MÉDICOS QUE ME HAN ATENDIDO. ACEPTO QUE MIENTRAS TAL INFORMACIÓN NO ESTÉ EN PODER DE LA ASEGURADORA, NO PODRÁ ENTENDERSE FORMALIZADA LA RECLAMACIÓN

IGUALMENTE CONSIENTO QUE SEGUROS BOLÍVAR S.A. SOLICITE A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS INFORMACIÓN SOBRE LOS SEGUROS SIMILARES QUE TENGA CONTRATADOS.

CONOZCO QUE LA MALA FE EN LA RECLAMACIÓN O EN LA COMPROBACIÓN DEL DERECHO AL PAGO DE ESTE SEGURO CAUSARÁ LA PÉRDIDA DEL DERECHO AL PAGO.

Autorizo que las comunicaciones sean enviadas al correo electrónico

sandidia710@gmail.com

Lugar y Fecha

Bucaramanga, 10 de julio. 2019.



Huella

Firma del Asegurado

C.C. No. 63-494.785 Bucaramanga.

Firma del Beneficiario reclamante

C.C. No.

DATOS ENVÍO**NOMBRE:** SANDRA DIAZ DELGADO**DIRECCIÓN:** TV ORIENTAL CONJUNTO VALVERDI CA 186**CIUDAD:** FLORIDABLANCA-SANTANDER**DATOS DEL TOMADOR****NOMBRE:** SANDRA DIAZ DELGADO**SEGURO DE VIDA****CERTIFICADO DE SEGURO****Póliza N°:** 1530108448911**Certificado:** 0 **N°:** 002**Fecha de Expedición:** 12/04/2019**OBSERVACIONES:** CONVERSION POLIZA SEGUN CAMPANA SIEBEL 1-1090420542.CERTIFICADO DE SEGURO**VIGENCIA
DEL SEGURO****DESDE****31/03/2019**

Día Mes Año

A las 24 horas

HASTA**31/03/2020**

Día Mes Año

A las 24 horas

ASEGURADO N. 1

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD	LÍMITE DE COBERTURA
SANDRA DIAZ DELGADO	63494785	FEMENINO	46 AÑOS	84 AÑOS

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN	PAGO TOTAL
JUAN MANUEL LUNA GOMEZ	91242884	CONYUGE	100	\$173,456,466

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO
ADRIANA DIAZ DELGADO	6521818 - 3183499221

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
901 VIDA BASICA	\$173,456,466	\$1,193,380
902 MUERTE ACCIDENTAL	\$156,110,819	\$219,180
908 ANEXO ITP	\$173,456,466	\$229,655

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Incremento valor asegurado: IPC + 2 Adicional, 0 %

Código de clausulado que aplica: 01112018-1407-P-37-VI-506-00DI. Consulte este clausulado en la página www.segurosbolivar.com

AHORRO	
Valor del ahorro para una vigencia completa	\$0
Incremento ahorro pactado:	0%
Saldo fondo participación de utilidades a su favor	\$0 a
% Prima ahorro o ahorro pactado:	\$0
Periodicidad de pago:	

OTROS BENEFICIOS	
- ASSIST CARD - SEGUNDA OPINION MEDICA - ASISTENCIA BOLIVAR	

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.

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$136,851
VALOR CUOTA DE AHORRO:	\$0
TOTAL A PAGAR	\$136,851
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL
PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	\$1,642,216



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 exigirlos.

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0529734468789002.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Jani Suar

Firma Representante Legal

VIGILADO





DAVIVIENDA

CERTIFICADO

**BUCARAMANGA,
SANTANDER,
COLOMBIA,
A quién interese**

10/07/2019

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **SANDRA DIAZ DELGADO** con **Cédula de Ciudadanía** número **63494785**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550046001015109
Fecha de apertura	19/09/2016

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **63.494.785**

DIAZ DELGADO

APELLIDOS

SANDRA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **31-DIC-1972**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 **A+** **F**

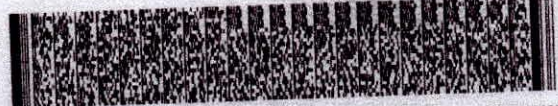
ESTATURA G.S. RH SEXO

31-AGO-1992 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL MARCHIZ TORRES

INDICE DERECHO



A-2700100-00128970-F-0063494785-20081117 0006236788A 1 6880012952

DATOS DEL TOMADOR

SANDRA DIAZ DELGADO

CL 128 47 174 CONJ VALVERDI
FLORIDABLANCA

POLIZA DE VIDA INDIVIDUAL RENTA MENSUAL

SEGUROS
BOLÍVAR



DATOS DEL ASESOR

ADRIANA DIAZ DELGADO
CONDominio CAMPESTRE VILLAS DE SANTAMARIA CASA 40D
6783228
PIEDRECUESTA



CLIENTE



Bucaramanga, Marzo 5 de 2021

Señor:
SANDRA DIAZ DELGADO
Ciudad

Seguros Bolívar le da la bienvenida a nuestra Compañía.

Adjunto estamos enviando la póliza de seguro de vida donde hemos resaltado los puntos de mayor relevancia para que usted pueda consultarla fácilmente.

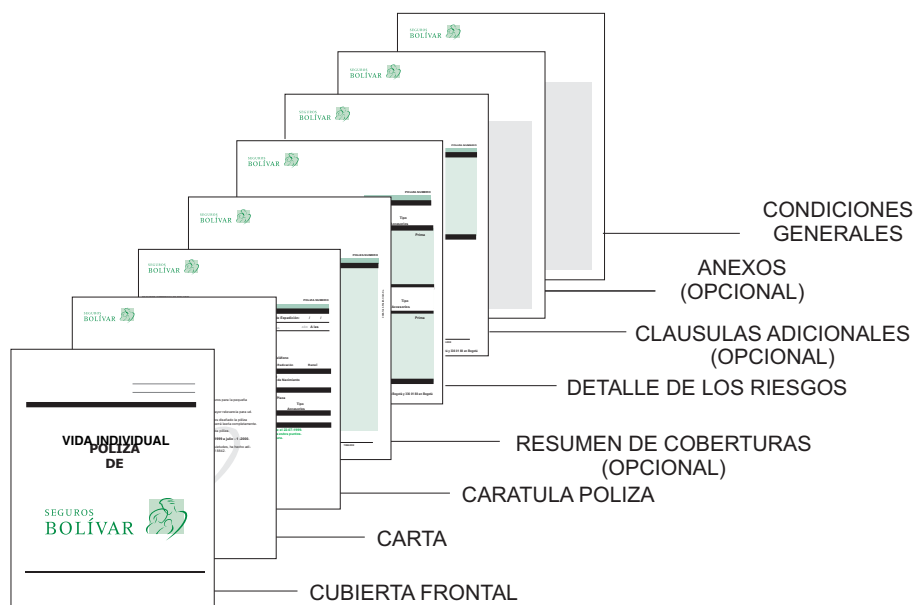
Con el fin de hacerle más sencillo el uso y consulta de esta hemos diseñado un contrato ágil y claro para que usted pueda leerlo y entenderlo completamente, ya que se trata de un documento legal que debe ser de su entero conocimiento.

Para facilitarle la consulta en la siguiente gráfica encontrará las partes que componen este documento.

Tenga en cuenta que la póliza es el documento que le respalda el contrato de seguro, por ello otórguele una adecuada protección.

En caso de requerir información adicional, comuníquese con nuestra Línea de Atención al Cliente RED322, desde un teléfono fijo al 01 8000 123 322 o desde un celular al #322, donde gustosamente le atenderemos.

Cordial saludo,





**POLIZA Y CERTIFICADO
VIDA INDIVIDUAL PESOS**

POLIZA NUMERO
1530 - 1081356 - 01

Datos del Tomador

Nombre del Tomador	Identificación	Personería
SANDRA DIAZ DELGADO	63.494.785	
Dirección Comercial	Ciudad	Teléfono
CL 128 47 174 CONJ VALVERDI	FLORIDABLANCA	6190332

Datos de la Póliza

Factura No · 1	Certificado No. 0000	Fecha de Expedición: DIA 31 MES 03 AÑO 2009
Vigencia días 365	Vigencia desde DIA 31 MES 03 AÑO 2009 a las 24 Hrs	Vigencia hasta DIA 31 MES 03 AÑO 2010 a las 24 Hrs
Período de Facturación MENSUAL	Localidad de Radicación 1530	Producto 842

Datos de Intermediación

68013 ADRIANA DIAZ DELGADO

AGENCIA DE SEGUROS 100 %

PRIMA PERIODO DE FACTURACIÓN

PRIMA	GASTOS DE EXPEDICIÓN	IVA	TOTAL
\$75.660	\$0	\$0	\$75.660

Entidad: 7 BANCOLOMBIA

No. Cuenta: 79547127604

La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato.

Observaciones

REPRESENTANTE LEGAL

TOMADOR

Av. el Dorado No. 68B-31, piso 10 • Línea de Atención al Cliente RED322 • Desde fijo 01 8000 123 322 o desde celular al #322



POLIZA Y CERTIFICADO VIDA INDIVIDUAL PESOS

POLIZA NUMERO

1530 - 1081356 - 01

Datos del Asegurado No. 001

Asegurado: **SANDRA DIAZ DELGADO**
 Personería: **NATURAL**
 Dirección: **CL 128 47 174 CONJ VALVERDI**
 Ocupación: **ASALARIADO**
 Fecha de Nacimiento: **31-12-1972**
 Edad : **36 Años**

Nro. Identificación: **63.494.785**
 Teléfono: **6190332**
 Ciudad: **FLORIDABLANCA**
 Sexo: **FEMENINO**
 Límite de Cobertura: **80 Años**

BENEFICIARIOS

Nombre	Parentesco	Nro. Identifi	Calidad	% Particip	Pago Total	Renta Mensual	Años de Pago
ESPERANZA DELGADO DE DIAZ	PADRES	37809588	LIBRE	80,00	\$80.000.000	\$0	0
JUAN MANUEL LUNA GOMEZ	CONYUGE	91242884	LIBRE	20,00	\$20.000.000	\$0	0

Incremento Vlr. Asegurado: **IPC+ 2**
 Servicios Adicionales: **ASISTENCIA EXEQUIAL - ASSIST CARD - BEST DOCTORS**

Incremento Ahorro Pactado: **0%**

COBERTURAS	VALOR ASEGURADO	TASA	PRIMA
Vida Basica	\$100.000.000	4,800	\$518.400
Muerte Accidental	\$90.000.000	1,300	\$126.360
Desmembracion	\$90.000.000	1,100	\$106.920
Anexo De Itp	\$100.000.000	0,443	\$47.800
Enf Grave Adic 100% Exclu	\$40.000.000	2,510	\$108.440
Total Prima Vigencia			\$907.920

TOTAL PRIMA MENSUAL

\$75.660

REPRESENTANTE LEGAL

TOMADOR



RENTA PARA DISFRUTAR

01112009-1407-P-37-VI_163

PARTE PRELIMINAR

Con sujeción a las Condiciones de la presente póliza, la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. que en el presente contrato de seguro se llamara BOLÍVAR, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por el TOMADOR o ASEGURADO, la cual se incorpora al contrato de seguro de vida para todos sus efectos, pagará en caso de siniestro al Asegurado o Beneficiario la suma asegurada que se indica en la carátula de la póliza del seguro de vida más el valor de cesión alcanzado en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades a la fecha de pago.

En lo no previsto por esta póliza, los derechos y las obligaciones emanadas del presente contrato se rigen por lo previsto en el Código de Comercio.

CONDICIÓN PRIMERA. - AMPAROS DEL SEGURO DE VIDA.

1.1 AMPARO BÁSICO DEL SEGURO DE VIDA.

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, BOLÍVAR CUBRE DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, EL RIESGO DE MUERTE DEL ASEGURADO.

1.2 AMPAROS ADICIONALES.

MEDIANTE CONVENIO EXPRESO, ENTRE BOLÍVAR Y EL TOMADOR O ASEGURADO, BOLÍVAR OTORGA LOS SIGUIENTES AMPAROS ADICIONALES A TRAVÉS DE ANEXOS A LA PRESENTE PÓLIZA:

- a. ANEXO DE ACCIDENTES PERSONALES.
- b. ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES COMO SUMA ADICIONAL.
- c. ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES E INVALIDEZ COMO ANTICIPO.
- d. ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

CONDICIÓN SEGUNDA. - EXCLUSIONES DEL SEGURO DE VIDA.

DENTRO DE LOS DOS (2) PRIMEROS AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO O DESDE LA FECHA EN QUE SE APRUEBE CUALQUIER AUMENTO DE VALOR ASEGURADO REALIZADO POR EL ASEGURADO, BOLÍVAR NO QUEDA OBLIGADA AL PAGO DE NINGUNA INDEMNIZACIÓN POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

2.1 SUICIDIO.

SI EL ASEGURADO SE QUITARE LA VIDA ESTANDO EN SU SANO JUICIO O DEMENTE, O EN CUALQUIER OTRA CIRCUNSTANCIA.



2.2 INFECCIÓN POR VIH O SIDA.

MUERTE DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

TRANSCURRIDO EL PLAZO SEÑALADO, TANTO EL EVENTO DE SUICIDIO COMO EL DE MUERTE DERIVADA O RELACIONADA CON INFECCIÓN POR VIH O SIDA DEL ASEGURADO ESTÁN AMPARADOS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO EL DIAGNÓSTICO DEL VIH POSITIVO O SIDA, SI ES EL CASO, HAYA SIDO POSTERIOR A LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA O A LA FECHA DEL AUMENTO DEL VALOR ASEGURADO REALIZADO.

CONDICIÓN TERCERA. - VALOR ASEGURADO.

El valor asegurado en cualquier momento de la vigencia de la póliza es igual a la suma del valor asegurado nominal más el valor de cesión alcanzado a esa fecha.

3.1 VALOR ASEGURADO NOMINAL.

El valor asegurado nominal se estipula en pesos y corresponde inicialmente al valor asegurado que se indica en la carátula a la fecha de expedición del seguro.

El valor asegurado se incrementará automáticamente en el aniversario de la póliza según la opción escogida por el Asegurado en la Solicitud de Seguro de Vida. En caso de que no sea elegido ningún tipo de incremento de valor asegurado ofrecido por BOLÍVAR, este se incrementará automáticamente de acuerdo con la variación del IPC de los últimos 12 meses. El incremento de valor asegurado se liquidará en el primer aniversario de la póliza sobre el valor asegurado inicial y en los años siguientes sobre el valor asegurado acumulado, teniendo en cuenta los incrementos anteriores.

Si el Tomador o Asegurado no desea que se aumente automáticamente el valor asegurado en cualquiera de las renovaciones, deberá presentar solicitud escrita a BOLÍVAR, a más tardar en la fecha de vencimiento del período de gracia para el pago de primas.

El valor asegurado nominal sólo se podrá modificar en los aniversarios de la póliza, de acuerdo con el incremento porcentual, si este ha sido pactado por el Asegurado en la Solicitud de Seguro de Vida. Cualquier otra modificación del valor asegurado estará sujeta a la aprobación de BOLÍVAR.

3.2 VALOR DE CESIÓN.

El valor de cesión durante cualquier fecha dentro de la vigencia de la póliza será igual al monto que el Asegurado acredite en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades, aprobado por la Superintendencia Financiera.



CONDICIÓN CUARTA. – PRIMA DEL SEGURO DE VIDA.

La prima del seguro de vida está compuesta por la prima de riesgo a través de la cual se cubre el riesgo de vida del Asegurado y los amparos adicionales y por un componente de ahorro a través del cual el Asegurado va constituyendo los valores de cesión en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades.

CONDICIÓN QUINTA.- LUGAR PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS.

Las primas correspondientes al seguro de vida deben pagarse en cualquiera de las agencias, sucursales u oficinas autorizadas por BOLÍVAR, en el territorio nacional.

El Tomador o Asegurado también podrá efectuar los pagos mediante la opción de débito automático a través de tarjetas de crédito, cuentas corrientes o cuentas de ahorro, caso en el cual el Tomador o Asegurado a cargo de quien se encuentre el pago de la prima, se obliga a mantener disponibles durante todo el lapso comprendido entre el primero (1º) y último día del mes previsto para efectuar el descuento, según periodicidad de pago pactada, el cupo o fondos necesarios para que BOLÍVAR pueda efectuar el proceso de débito automático y recaudo de la prima.

Las opciones de pago en las oficinas, sucursales o agencias autorizadas y a través de débito automático, estarán limitadas a las autorizadas por BOLÍVAR.

CONDICIÓN SEXTA.- PERIODICIDAD PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS.

A solicitud escrita del Asegurado, en el momento de la expedición o renovación del seguro, la prima del seguro de vida podrá fraccionarse en períodos mensuales, trimestrales, semestrales o anuales, sujeto a la aprobación de BOLÍVAR.

Para el fraccionamiento de la prima de riesgo se aplicará un factor de recargo por pago semestral, trimestral o mensual. Para el fraccionamiento del componente de ahorro no se aplicará ningún recargo.

CONDICIÓN SÉPTIMA.- PLAZO DE GRACIA.

Excepto para la primera prima, se concede un plazo de gracia de un (1) mes para el pago de las primas, a partir de las fechas convenidas 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, y después de aplicado el pago automático de primas a que se refiere la Condición Octava del presente capítulo, producirá la terminación automática del contrato de seguro de vida a partir de la fecha hasta donde alcance a cubrir las primas efectivamente pagadas. Si el asegurado fallece durante el período de gracia, BOLÍVAR deducirá de la indemnización el valor de la prima anual pendiente de pago.

CONDICIÓN OCTAVA. - PAGO AUTOMÁTICO DE PRIMAS.

Si después de haberse iniciado la vigencia de este seguro de vida, la prima de riesgo no es pagada en la fecha pactada, ni durante el período de gracia, y hubiere valor de cesión, BOLÍVAR trasladará automáticamente el importe de dicha prima, disminuyéndose en esa misma cantidad el valor de cesión en la fecha límite en que se debió realizar el pago.



En caso de que el valor de cesión no sea suficiente para cubrir dicha suma, BOLÍVAR trasladará el valor disponible para sufragar aquella parte de la prima de riesgo que alcance a cubrir, quedando la póliza prorrogada por el período proporcional a la parte de la prima pagada en esta forma.

El Asegurado autoriza a BOLÍVAR para aplicar dicho pago automático de las primas de riesgo en forma proporcional al seguro de vida (Amparo Básico, Anexo de Accidentes Personales, Anexo de Enfermedades Graves como Suma Adicional o Anexo de Enfermedades Graves e Invalidez como Anticipo y Anexo de Incapacidad Total y Permanente).

Cuando se agote el valor de cesión, se producirá la terminación automática del contrato de seguro de vida.

CONDICIÓN NOVENA. - VIGENCIA.

Con el pago de la primera prima se inicia la vigencia del seguro. La póliza estará vigente hasta que el Asegurado cumpla la edad límite de cobertura establecida en la Condición Décima Séptima de este contrato y mientras se paguen las primas con la periodicidad pactada.

CONDICIÓN DÉCIMA. – FONDO DE PLANES CON PARTICIPACION DE UTILIDADES.

El Fondo de Planes con Participación de Utilidades se establece como el instrumento a través del cual se va constituyendo el valor de cesión del seguro, mediante el traslado del valor del componente de ahorro, de acuerdo con la nota técnica aprobada por la Superintendencia Bancaria.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA.- DINÁMICA DEL FONDO DE PLANES CON PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES.

El retorno de los rendimientos del valor de cesión acumulado en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades se hace a través de una tasa (neta de gastos) que se aplica diariamente a dicho valor de cesión acumulado en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades. El valor de la tasa varía dependiendo del resultado de las inversiones que BOLÍVAR realice dentro de la gestión administrativa de los valores de cesión del Fondo de Planes con Participación de Utilidades.

Por medio de solicitud expresa a BOLÍVAR, el Asegurado puede efectuar retiros y reintegros del Valor de Cesión. Los retiros parciales serán hasta del 90% del valor de cesión, de acuerdo con las siguientes condiciones:

- 11.1 Los retiros deben provenir de aportes que hayan permanecido por lo menos un año en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades.
- 11.2 Toda solicitud de retiro del fondo, deberá contar con la firma del Asegurado.

PARÁGRAFO. BOLÍVAR se obliga a retornar al Asegurado en este seguro de vida de ahorro con participación, no menos del setenta por ciento (70%) de la utilidad originada en la inversión de sus reservas matemáticas y técnicas, determinada en la forma prevista en el numeral segundo del artículo 201 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.



CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE.

De conformidad con las normas legales vigentes, el Tomador o Asegurado está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por BOLÍVAR. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por BOLÍVAR, la hubieren 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 o 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 Asegurado, el contrato no será nulo, pero BOLÍVAR solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente a la que la tarifa estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa adecuada al verdadero estado del riesgo, salvo lo previsto en la Condición Décima Cuarta.

Las sanciones consagradas en esta condición no se aplican si 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.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA.- IRREDUCTIBILIDAD.

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

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. - ERROR EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

Si respecto a la edad del Asegurado se comprobare inexactitud en la Solicitud del Seguro de Vida, se aplicarán las siguientes normas:

- 14.1 Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de BOLÍVAR, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en la Condición Décima Segunda.
- 14.2 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 BOLÍVAR.
- 14.3 Si es menor, la suma asegurada se aumentará en la misma proporción establecida en el numeral 14.2 de la presente condición.



CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA.- BENEFICIARIOS.

El Asegurado podrá cambiar la designación de beneficiarios del seguro de vida en cualquier momento durante la vigencia de esta póliza mediante nota escrita dirigida a la Oficina Principal de BOLÍVAR en Bogotá D.C. El cambio podrá efectuarse sin el consentimiento del beneficiario anterior, excepto cuando este tenga la calidad de oneroso, caso en el cual, para cambiarlo, se requiere su consentimiento o la desaparición del interés que lo legitima. El cambio solo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a BOLÍVAR; adicionalmente, en este documento debe constar el sello y la fecha de recibido por parte de BOLÍVAR.

Cuando no exista designación de beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales según lo establece el artículo 1142 del Código de Comercio, el cónyuge del Asegurado, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad.

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 el equivalente al valor de la deuda indicado por el Asegurado en el momento de la designación del beneficiario oneroso o al saldo insoluto de la deuda en la fecha de fallecimiento del Asegurado, en caso de que dicho saldo sea menor.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA. - VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA.

La presente póliza tendrá un cubrimiento máximo hasta la terminación de la vigencia cuando el asegurado haya cumplido la edad límite, de acuerdo con lo estipulado en la Condición Décima Séptima de este contrato.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA.- LÍMITE DE EDADES Y COBERTURA.

- a. Edad mínima de expedición 20 años.
- b. Edad límite de cobertura y de aportes al Fondo de Planes con Participación de Utilidades, 80 años.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA. - OPCIONES DE LIQUIDACIÓN.

El Asegurado podrá, durante la vigencia de la póliza, acogerse a una de las siguientes opciones de liquidación, cuando solicite la terminación del contrato:

18.1 PAGO DEL VALOR DE CESIÓN EN EFECTIVO.

El Asegurado podrá, mediante comunicación escrita presentada en las oficinas de BOLÍVAR, solicitar el pago del valor de cesión que acredite en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades, caso en el cual la póliza será cancelada.



18.2 SEGURO SALDADO.

El Asegurado podrá contratar un seguro saldado de por vida por el valor asegurado que se calcule, según la nota técnica de la póliza, con base en el valor de cesión existente en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades, sin que dicho valor asegurado exceda el valor alcanzado por este seguro a la fecha de utilización de esta opción.

Cualquier saldo que hubiere a favor del Asegurado una vez efectuada esta liquidación, será reembolsado en efectivo en la misma fecha del cambio.

18.3 SEGURO PRORROGADO.

El Asegurado podrá contratar un seguro prorrogado cuya vigencia se extenderá por el término que se calcule de acuerdo con la nota técnica de la póliza, con base en el valor de cesión que acredite en el Fondo de Planes con Participación de Utilidades, contado desde la fecha de vencimiento de la prima no pagada, hasta por un valor asegurado igual al valor asegurado alcanzado en la fecha de la prórroga.

Cualquier saldo que hubiere a favor del Asegurado una vez efectuada esta liquidación, será reembolsado en efectivo en la misma fecha del cambio.

18.4 VALOR DE CESIÓN COMO GARANTÍA.

El Asegurado podrá utilizar el valor de cesión de esta póliza como garantía de cualquier obligación que contraiga con terceros. Para el efecto, deberá dirigir a BOLÍVAR una comunicación escrita para indicar que el valor de cesión a que tiene derecho quedará afecto al cumplimiento de determinada obligación. El asegurado deberá indicar además, la clase, la cuantía y el nombre del acreedor. En tal caso, la utilización del valor de cesión tendrá un máximo igual al monto que el Asegurado pudiere exigir como retiro parcial en la fecha en que BOLÍVAR reciba la respectiva comunicación.

El valor de cesión que esté siendo utilizado como garantía, no estará disponible para el efecto del pago automático de primas estipulado en la Condición Octava.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA.- CONVERSIÓN.

En cualquier aniversario de la póliza, siempre y cuando ésta se encuentre vigente y la edad del asegurado no exceda la edad límite, se 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 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.

CONDICIÓN VIGÉSIMA.- VALOR A INDEMNIZAR.

20.1. PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

En caso de fallecimiento del Asegurado, BOLÍVAR pagará a los beneficiarios el valor asegurado alcanzado a la fecha de siniestro. Conforme al Artículo 1077 del Código de Comercio, el pago se efectuará dentro del mes siguiente a la fecha en que el o los beneficiarios acrediten su derecho.



El Asegurado autoriza a 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 BOLÍVAR relacionada con la reclamación.

El Asegurado o Beneficiarios quedarán privados de todo derecho procedente de este seguro, cuando la reclamación presentada fuere 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 BOLÍVAR, deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

20.2. OPCIONES PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

Los Beneficiarios, atendiendo la voluntad del Asegurado, podrán escoger la forma como desean que les sea pagada la indemnización; en consecuencia podrán elegir una de las siguientes opciones:

- A. BOLIVAR pagará el valor asegurado como una renta mensual, la cual se pagará mes vencido a favor de los Beneficiarios en las proporciones que les fueron asignadas por el Asegurado, caso en el cual tendrá el tratamiento de una Reserva Matemática. En este caso, los Beneficiarios autorizarán expresamente y por escrito a BOLÍVAR, para que se les pague de esta forma el valor de la indemnización.

BOLIVAR iniciará la causación de las mesadas a partir del mes siguiente al del reconocimiento de la indemnización, calculadas de acuerdo con los parámetros y metodología descritos en la Nota Técnica del producto y durante el plazo que se precise en ese momento. No obstante lo anterior, el monto y el plazo para el pago de las rentas podrán acordarse con los Beneficiarios.

En cada anualidad completa y mientras se cumple el plazo de pagos pactado, BOLIVAR pagará doce (12) mesadas al año las cuales se causarán al final de cada mes y se pagarán a más tardar dentro de los primeros diez (10) días del mes calendario siguiente. El valor de la mesada se reajustará de oficio al inicio de cada año calendario en la variación porcentual del Índice de Precios al Consumidor (IPC) certificado por el DANE para el año inmediatamente anterior.

Los pagos se harán al (a los) Beneficiario(s) mayor(es) de edad o al representante legal de los Beneficiarios menores de edad, según los porcentajes establecidos por el Asegurado en la respectiva solicitud.

Si algún Beneficiario llegare a fallecer haciendo uso de la indemnización, BOLÍVAR pagará a los herederos de éste el valor alcanzado de la Reserva Matemática .

- B. Como una suma total a favor de los Beneficiarios por el valor alcanzado a la fecha de siniestro, de acuerdo con el porcentaje asignado por el Asegurado a cada uno de ellos.



CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA.- MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Toda modificación a las condiciones y/o valores asegurados, deberá tramitarse con la firma del 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 del Asegurado.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA.- EL CONTRATO.

Hacen parte integrante del contrato:

- 22.1 La solicitud de seguro firmada por el Asegurado.
- 22.2 La declaración de asegurabilidad firmada por el Asegurado.
- 22.3 Los resultados de los exámenes médicos del Asegurado.
- 22.4 Las condiciones generales y particulares del contrato, así como su carátula.
- 22.5 Los anexos que se emitan para adicionar, renovar, modificar, suspender o revocar este contrato.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA.- RENOVACIÓN.

Al terminar el plazo señalado en la carátula, esta póliza podrá ser renovada sin pruebas de asegurabilidad, por periodos consecutivos de igual plazo, mediante la expedición, por parte de BOLÍVAR, del anexo respectivo de la prima correspondiente a la edad alcanzada por el Asegurado en la fecha de cada renovación, siempre que en dicha fecha esa edad sea inferior a la edad límite de cobertura señalada en la condición Décima Séptima de este contrato.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA.- REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

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

Cuando 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 BOLÍVAR.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA. - PAGOS Y DEUDAS.

Cualquier suma pagadera por BOLÍVAR bajo la presente póliza, será cancelada en su Oficina Principal en Bogotá en sus agencias, sucursales o en cualquiera de las oficinas autorizadas. Toda deuda a favor de BOLÍVAR en razón de esta póliza, será deducida al efectuar cualquier liquidación a favor del Asegurado o sus Beneficiarios.



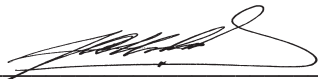
CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA.- BASES DE CÁLCULO.

Los valores de las tasas de la prima de riesgo que se involucran en el cálculo de la tarifa de esta póliza, han sido calculados con base en la tabla colombiana de mortalidad para Asegurados aprobada por la Superintendencia Bancaria.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA.- DOMICILIO.

Las obligaciones emanadas de este contrato se cumplirán en la ciudad de Bogotá D.C., domicilio principal de BOLÍVAR.

EL TOMADOR



COMPANÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A.



ANEXO DE ACCIDENTES PERSONALES

01022006-1407-N-37-VI_109

CONDICIONES GENERALES

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. que en el presente anexo se llamará BOLÍVAR, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro presentada por EL TOMADOR O ASEGURADO, y del pago de la prima respectiva, otorga el presente anexo, que accede a la póliza de Seguro de Vida de Ahorro con Participación de Utilidades y queda sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones:

CONDICIÓN PRIMERA. – AMPAROS.

1.1 AMPARO DE MUERTE ACCIDENTAL.

SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO, SE PRODUCE UNA LESIÓN QUE CAUSE LA MUERTE DEL ASEGURADO, DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, BOLÍVAR PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO POR CONCEPTO DE MUERTE, PREVIA COMPROBACIÓN DE LA OCURRENCIA DE TAL HECHO.

1.2 AMPAROS ADICIONALES.

EL TOMADOR O ASEGURADO PODRÁ OPTAR POR LOS SIGUIENTES AMPAROS, DEFINIDOS EN LA CONDICIÓN TERCERA, MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE:

- 1.2.1 AMPARO DE DESMEMBRACIÓN.
- 1.2.2 AMPARO DE RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD.
- 1.2.3 AMPARO DE GASTOS MÉDICOS.

CONDICIÓN SEGUNDA. - EXCLUSIONES.

ESTE ANEXO NO CUBRE LA MUERTE LESIÓN, PÉRDIDA O INCAPACIDAD RESULTANTE DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 2.1 HOMICIDIO O SU TENTATIVA.
- 2.2 MUERTE, LESIÓN O PÉRDIDA CAUSADA POR ARMA DE FUEGO, ARMA CONTUNDENTE O CORTOPUNZANTE.
- 2.3 SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- 2.4 LOS ACCIDENTES OCURRIDOS AL ASEGURADO CUANDO ÉSTE SE ENCUENTRE INFRINGIENDO CUALQUIER NORMA LEGAL.
- 2.5 PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD.



- 2.6 ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA AEROLÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.
- 2.7 ACCIDENTES EN QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE VIAJANDO COMO CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS O CARROS A MOTOR (KARTS).
- 2.8 CUALQUIER SUCESO QUE GENERE HERNIAS.
- 2.9 INTOXICACIONES, OCLUSIONES INTESTINALES, RUPTURA DE ANEURISMAS, EXCEPTO LAS QUE SE PRESENTEN POR LESIÓN SUFRIDA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR EL PRESENTE ANEXO.
- 2.10 TEMBLORES DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, RAYO, MAREJADA O CUALQUIER OTRO FENÓMENO O CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA.
- 2.11 GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTIN, HUELGA, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS TERRORISTAS O, EN GENERAL, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE.
- 2.12 EVENTOS EN QUE INTERVENGAN ARMAS O MATERIALES NUCLEARES, BIOLÓGICOS O QUÍMICOS.
- 2.13 CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN EL SERVICIO MILITAR O DE POLICÍA.
- 2.14 FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD Y LOS EFECTOS QUE PRODUZCA LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- 2.15 ESTAR EL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS.
- 2.16 INGESTIÓN DE VENENO O INHALACIÓN DE GASES O VAPORES EN FORMA ACCIDENTAL O DELIBERADA.
- 2.17 ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O DEFECTO DISTINTOS A LOS CONTRAÍDOS POR LESIÓN CORPORAL ACCIDENTAL.
- 2.18 INFECCIONES DE CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO LAS PRODUCIDAS POR TRANSMISIÓN O POR PICADURAS DE INSECTOS.
- 2.19 LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS "X", O CHOQUES ELÉCTRICOS ETC., SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR EL PRESENTE ANEXO.

CONDICIÓN TERCERA. - AMPAROS ADICIONALES.

Mediante convenio expreso entre BOLÍVAR y EL TOMADOR O ASEGURADO, BOLÍVAR otorga los siguientes amparos adicionales en el presente anexo de Accidentes Personales:



3.1 AMPARO DE DESMEMBRACIÓN.

Si como consecuencia de un accidente cubierto por el presente anexo se produce una lesión que cause una de las lesiones o pérdidas siguientes dentro de los ciento ochenta días (180) calendario posteriores a su ocurrencia, BOLÍVAR pagará al Asegurado, previa comprobación de su derecho, las siguientes indemnizaciones, respecto del valor asegurado contratado en el presente amparo:

3.1.1 PÉRDIDAS PARCIALES.

	Indemnización	
Por pérdida de ambas manos	100%	
Por pérdida de ambos pies	100%	
Por pérdida de la visión en ambos ojos	100%	
Por pérdida de una mano y un pie	100%	
Por pérdida de una mano y la visión en un ojo	100%	
Por pérdida de un pie y la visión en un ojo	100%	
Por pérdida de un miembro inferior	60%	
Por pérdida de un pie	40%	
Por pérdida total e irreparable de la visión en un ojo	50%	
Por pérdida total e irreparable de la facultad de hablar	50%	
Por pérdida total e irreparable de la audición en ambos oídos	50%	
Por pérdida total e irreparable de la audición en un oído	15%	
	DER	IZQ
Por pérdida de un brazo	60%	50%
Por pérdida de una mano	50%	40%
Por pérdida del antebrazo	50%	40%
Por pérdida del índice o pulgar	13%	10%
Por pérdida de otro dedo de la mano	8%	6%

Para los efectos de la tabla anterior se entenderá como pérdida lo siguiente:

- Mano o antebrazo: La pérdida funcional o la amputación por la muñeca o hasta el codo.
- Brazos: La pérdida funcional o la amputación por arriba del codo.
- Pies: la amputación por la articulación del cuello del pie.
- Miembro inferior: La pérdida funcional o la amputación por arriba de la articulación del cuello del pie hasta la articulación de la cadera.
- Dedos: La pérdida funcional o la amputación por las articulaciones metacarpofalángicas o por encima de ellas.

Para los Asegurados zurdos, los porcentajes por pérdidas en el lado derecho e izquierdo se invertirán. Para los Asegurados ambidiestros, se indemnizará de acuerdo con los porcentajes establecidos para diestros.

En caso de que por un mismo accidente se presentaran varias pérdidas, los pagos por estas varias pérdidas se calcularán sumando las cantidades correspondientes a cada una de ellas, sin que el total pueda exceder del valor por desmembración estipulado en la carátula de la póliza a la cual accede el presente anexo.



3.1.2 INVALIDEZ MENTAL.

Indemnización

Por secuelas mentales severas e incurables,
debidamente diagnosticada por psiquiatras
generadas por un accidente

100%

3.2 AMPARO DE RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD.

Si como consecuencia de una lesión producida por un accidente cubierto por el presente anexo, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado, bajo prescripción médica comprobada, tiene que internarse en un hospital o en su casa de habitación, guardando cama en ambos casos, y además quede incapacitado e impedido para desempeñar todas sus ocupaciones relacionadas con su profesión, ocupación o su oficio remunerado, siempre que tal incapacidad haya sido continua y exceda de tres (3) días, BOLÍVAR pagará a partir del cuarto (4°) día de incapacidad el valor asegurado mensual, previa comprobación de la existencia de incapacidad y mientras ésta permanezca, hasta máximo los doce (12) meses inmediatos al accidente.

Para cada mes respecto del cual se reclame indemnización, el Asegurado deberá presentar a BOLÍVAR las pruebas suficientes que acrediten su incapacidad. Al terminar la incapacidad, se pagarán las fracciones de mensualidad pendientes, si existieren.

3.3 AMPARO DE GASTOS MÉDICOS.

Si con motivo de un accidente cubierto por el presente anexo, el Asegurado se viere precisado, dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del mismo, a someterse a asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica o a hacer uso de los servicios de enfermeras, BOLÍVAR reembolsará hasta el noventa por ciento (90%) del monto efectivamente pagado, sin exceder del valor asegurado para el presente amparo, previa comprobación satisfactoria de dicho monto.

Los pagos se efectuarán de acuerdo con los costos habituales y médicamente necesarios, tal como se define en la Condición Quinta.

BOLÍVAR sólo pagará los honorarios de profesionales médicos y enfermeras, oficialmente autorizados para ejercer su actividad. Los medicamentos prescritos deben tener como único objeto la curación de las lesiones producidas por el accidente.

El reembolso por concepto de honorarios médicos en ningún caso excederá del cuarenta por ciento (40%) del valor asegurado para gastos médicos.

Si como consecuencia de un accidente amparado por el presente anexo se requiere colocar aparatos ortopédicos o prótesis, sus costos serán reembolsados por BOLÍVAR hasta por un máximo del veinticinco por ciento (25%) de la suma asegurada para gastos médicos. Se entiende por prótesis, el reemplazo parcial o total de cualquier órgano anatómico.

Además, si a consecuencia de un accidente cubierto por el presente anexo, se hace necesario el traslado del Asegurado, BOLÍVAR reembolsará los gastos de ambulancia hasta un máximo del cinco por ciento (5%) del valor asegurado para este amparo.



En caso de que al ocurrir un accidente exista uno u otros seguros que cubran este mismo riesgo, BOLÍVAR sólo estará obligada a reembolsar la cantidad proporcional al valor asegurado por ella, atendiendo lo estipulado en el artículo 1140 del Código de Comercio que consagra el carácter indemnizatorio de esta cobertura.

CONDICIÓN CUARTA. - LIMITACIÓN Y ALCANCE DE LAS COBERTURAS.

Aplican para el presente anexo, las siguientes limitaciones:

- a. Los valores asegurados contratados en cualquiera de las coberturas, no podrán exceder en ningún caso el valor asegurado contratado en el amparo básico de vida.
- b. Por ninguna razón se harán pagos por desmembración y muerte accidental simultáneamente, provenientes de un mismo accidente, por lo tanto, cuando haya habido lugar al pago por muerte accidental no habrá lugar al pago por desmembración.
- c. Cuando se trate de un pago por desmembración por sumas inferiores al valor contratado en esta cobertura, subsistirán los amparos de muerte accidental y desmembración hasta por la diferencia con el valor asegurado antes del siniestro.
- d. El Asegurado podrá solicitar la restitución del valor asegurado en la renovación siguiente a cualquier reclamo por desmembración por sumas inferiores al valor asegurado. Tal restitución estará condicionada al estudio y aceptación de BOLÍVAR.
- e. Si las lesiones sufridas a consecuencia del mismo accidente dan lugar al pago de alguna de las indemnizaciones previstas en la Condición Tercera para desmembración, la renta por incapacidad solamente se pagará durante un período máximo de tres (3) meses y cualquier suma pagada en exceso, se descontará de la indemnización correspondiente a desmembración.

La protección de este anexo se extiende al exterior de Colombia, salvo el amparo de renta mensual por incapacidad, el cual únicamente está cubierto cuando el accidente ocurra en Colombia.

CONDICIÓN QUINTA. - DEFINICIONES.

5.1 ACCIDENTE.

Salvo las exclusiones estipuladas en el presente contrato, se entiende por accidente, aquel suceso exterior, imprevisto, repentino, e independiente de la voluntad del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de este anexo, que tenga como consecuencia directa e independiente de otra causa, cualquiera de las pérdidas, lesiones e incapacidades amparadas en el mismo.

5.2 PÉRDIDA O DESMEMBRACIÓN.

Se entiende por tal aquella lesión causada por un accidente, que produce amputación traumática, quirúrgica o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.



5.3 LESIÓN.

Es el daño o detrimento corporal que cause pérdida, inutilidad o funcionamiento anormal de un miembro, órgano o tejido, que incapacite para trabajar, producido como consecuencia de un accidente.

5.4 VALOR A INDEMNIZAR.

BOLÍVAR pagará al Asegurado o a sus Beneficiarios, el valor asegurado alcanzado en la fecha de siniestro.

5.5 COSTO HABITUAL.

Es el valor cobrado en caso de que no existiera seguro, por un servicio o suministro igual o similar al prestado al Asegurado, por la mayoría de los médicos de la misma especialidad o zona geográfica o por las instituciones dentro de la zona geográfica en la cual fue prestado el servicio.

En caso de que los costos cobrados a BOLÍVAR por reembolso de los servicios prestados al Asegurado, sean superiores al costo habitual, BOLÍVAR podrá disminuir el monto de la indemnización hasta el costo habitual de los mismos.

5.6 GASTO MÉDICO NECESARIO.

Es el prescrito por un profesional médico para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones sufridas por el Asegurado, que hayan sido producidas por un accidente cubierto por el presente anexo. El gasto no debe exceder en alcance, duración e intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro y apropiado y, además, debe ser consistente con las normas profesionales aceptadas por la comunidad médica.

Al decir no exceder en alcance, duración e intensidad, se hace referencia a la racionalidad, pertinencia y buen uso de la tecnología y del recurso humano con que cuenta la comunidad médica de la zona de referencia, relacionando cada caso en particular con las posibilidades diagnósticas y terapéuticas tradicionalmente aceptadas por el cuerpo médico, teniendo en claro que exista un beneficio real en la recuperación funcional que va a obtener el Asegurado con los procedimientos o tratamientos realizados.

CONDICIÓN SEXTA.- CÁLCULO DE LAS PRIMAS.

La prima se calcula multiplicando el valor asegurado en cada amparo, por la tasa correspondiente.

CONDICIÓN SÉPTIMA. - PAGO DE LA PRIMA.

El Tomador o Asegurado es responsable por el pago de las primas. El pago de la primera prima o cuota, es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del anexo. Excepto para la prima inicial, se concede un plazo de gracia de un (1) mes para el pago de las primas, a partir de las fechas convenidas y que para tal efecto se han señalado en la carátula de la póliza.



La falta de pago de las primas posteriores a la primera, transcurrido el período de gracia, y después de aplicado el pago automático de primas a que se refiere la Condición Octava del Seguro de Vida de Ahorro con Participación de Utilidades, producirá la terminación automática del contrato a partir de la fecha hasta donde alcance a cubrir las primas efectivamente pagadas.

CONDICIÓN OCTAVA. - REVOCACIÓN.

El presente anexo podrá ser revocado unilateralmente: por BOLÍVAR, mediante noticia escrita enviada al Asegurado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío. Por el Asegurado en cualquier momento, mediante notificación escrita a BOLÍVAR.

Cuando BOLÍVAR haya recibido una o más primas por el presente anexo, 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 BOLÍVAR.

CONDICIÓN NOVENA. - RECLAMACIONES.

Para que BOLÍVAR pague la indemnización correspondiente al presente anexo, el Asegurado o sus Beneficiarios deberán presentar la reclamación con la historia clínica completa, los originales de las facturas e incapacidades y fórmulas médicas correspondientes.

BOLÍVAR tendrá derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de tales pruebas; así mismo, podrá examinar al Asegurado cuando lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

El Asegurado autoriza a 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 BOLÍVAR relacionada con la reclamación.

El Asegurado o Beneficiario quedará privado de todo derecho procedente de este anexo, cuando la reclamación presentada fuere 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 pago de la indemnización por los amparos de desmembración, gastos médicos y renta mensual por incapacidad a que hubiere lugar se hará al Asegurado, salvo que su juicio y raciocinio se encuentren alterados, caso en el cual el pago se hará a los Beneficiarios del seguro de vida.

Cuando se trate de reclamaciones por concepto de accidentes ocurridos en el exterior, los documentos que se presenten deberán ser autenticados por el Cónsul de Colombia en el país donde sucedió el accidente.

El Asegurado o Beneficiario, a petición de BOLÍVAR, deberán hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA. - CAMBIO DE OCUPACIÓN.

El Tomador o Asegurado está obligado a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberá notificar por escrito a BOLÍVAR los hechos o circunstancias no previsibles relacionadas con su cambio de ocupación, que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato.



La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del Tomador o Asegurado. Si les es extraña, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en que tenga conocimiento de ella, que se presume transcurridos treinta días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos consignados en el inciso anterior, BOLÍVAR podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. - TERMINACIÓN DEL ANEXO.

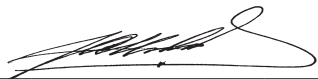
El presente anexo terminará para el Asegurado, además de los casos previstos en la ley:

- 11.1 A la terminación del período anual inmediato a la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 11.2 A la fecha en que el Asegurado se haya exonerado del pago de una prima cualquiera, en virtud del anexo de Exoneración de Pago de Primas por Invalidez, si lo hubiere.
- 11.3 Cuando BOLÍVAR cancele el 100% de la indemnización por el anexo de Desmembración.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. - NOTIFICACIONES.

Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes en relación con este contrato, 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.

EL TOMADOR



COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A.



ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

01022006-1407-N-37-VI_117

CONDICIONES GENERALES

CONDICIÓN PRIMERA. – AMPARO.

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A, QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ BOLÍVAR, POR VIRTUD DEL PRESENTE ANEXO PAGARÁ EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CONDICIÓN SEXTA, CUANDO EL ASEGURADO ACREDITE QUE EL DIAGNÓSTICO MÉDICO DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES OCURRIÓ DENTRO DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE ANEXO Y DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES DE LA CONDICIÓN TERCERA:

- 1.1 INFARTO DEL MIOCARDIO
- 1.2 CÁNCER
- 1.3 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
- 1.4 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
- 1.5 CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA
- 1.6 TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

LOS DIAGNÓSTICOS DE LA ENFERMEDAD, EL TRANSPLANTE O LA CIRUGÍA DEBERÁN TENER LUGAR DESPUÉS DE TRANSCURRIDOS LOS TRES (3) PRIMEROS MESES DE VIGENCIA DEL ANEXO. LA SUPERVIVENCIA UNA VEZ PRESENTADO EL EVENTO DEBERÁ SER MAYOR A 30 DÍAS.

CONDICIÓN SEGUNDA. - EXCLUSIONES.

- 2.1 ENFERMEDAD DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O PRESENCIA DEL VIRUS VIH.
- 2.2 TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS). TUMORES DEBIDOS A LA PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). CARCINOMA IN SITU, DISPLASIA CERVICAL, CÁNCER DE CERVIX UTERINO EN ESTADIOS NIC I-II-III. CÁNCER DE PRÓSTATA TEMPRANO ESTADIOS T1 (T1A O T1B) INCLUYENDO CLASIFICACIONES EQUIVALENTES. MELANOMAS DE PIEL ESTADIOS 1ª SEGÚN LA CLASIFICACIÓN AJCC DE 2002. CARCINOMAS DE CÉLULAS BÁSALES DE LA PIEL. CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE LA PIEL SIN EVIDENCIA DE METÁSTASIS. CARCINOMAS IN SITU DE SENO. TODOS LOS CÁNCERES NO INVASIVOS O LESIONES PREMALIGNAS.
- 2.3 ALTERACIÓN CONGÉNITA.
- 2.4 SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, ENFERMEDAD O LESIÓN CAUSADA DELIBERADAMENTE POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, ESTANDO EN SU SANO JUICIO O DEMENTE.
- 2.5 ENFERMEDAD GRAVE CAUSADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ADICCIÓN AL ALCOHOL O LAS DROGAS.



- 2.6 ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRAARTERIAL EN AUSENCIA DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO ASÍ COMO EL TRATAMIENTO LÁSER, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA.
- 2.7 SE EXCLUYEN LOS EPISODIOS DE ANGINA INESTABLE O LA SOSPECHA DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO QUE NO SEA DEMOSTRABLE.
- 2.8 SE EXCLUYEN EL INFARTO DE TEJIDO CEREBRAL O HEMORRAGIA INTRACRANEAL PRODUCTO DE TRAUMATISMO EXTERNO. SE EXCLUYE EN ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO (AIT).
- 2.9 SE EXCLUYEN LAS DIÁLISIS TEMPORALES Y LOS CUADROS DE INSUFICIENCIA RENAL NO TERMINAL QUE NO REQUIERAN DIÁLISIS REGULAR PERMANENTE.
- 2.10 TRANSPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN.
- 2.11 RIÑAS O ALBOROTOS POPULARES EN LOSL QUE HUBIERE INTERVENIDO EL ASEGURADO.
- 2.12 RIESGOS NUCLEARES.

CONDICIÓN TERCERA - DEFINICIONES.

Para todos los efectos de este anexo se entiende por:

3.1 INFARTO DE MIOCARDIO.

Primer evento de Infarto Agudo del Miocardio definido como la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe basarse en:

- 3.1.1. Historia de dolor torácico típico.
- 3.1.2. Alteraciones en electrocardiogramas actuales que sean sugestivas de isquemia miocárdica.
- 3.1.3. Elevación significativa de las enzimas cardíacas Creatin Fosfoquinasa y Fracción MB de Creatin Fosfoquinasa en mas del 10% del valor total. La Troponina I o T estará considerada únicamente junto con la elevación de las anteriores.

En caso de Infarto Agudo del Miocardio silente (sin dolor torácico asociado) se considerarán los cambios recientes en electrocardiogramas y la elevación significativa en las enzimas cardíacas previamente definidos. En los casos de Infarto del Miocardio sin Elevación del ST, en los cuales no hay alteraciones sugestivas de isquemia miocárdica, se considerarán como positivos la elevación significativa de las enzimas cardíacas descrita, los valores de troponina I o T, además de hallazgos Ecocardiográficos nuevos de disquinesia de la pared miocárdica que sugieran Infarto Agudo del Miocardio reciente. En caso de duda en el diagnóstico BOLÍVAR puede solicitar al cliente nuevos estudios de Ecocardiografía y/o de perfusión miocárdica para complementar el diagnóstico de infarto.



3.2. CÁNCER.

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

- 3.2.1. Las leucemias en sus diversos subtipos.
- 3.2.2. Las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin en estadios superiores a 1.
- 3.2.3. Cubrimiento a cánceres de piel únicamente para melanomas malignos en estadios avanzados (clasificación AJCC 2002 estadios T1b y superiores) y Carcinomas de células escamosas de piel con evidencia inequívoca de metástasis de este origen.
- 3.2.4. El cáncer de próstata estará cubierto por el presente anexo cuando sea invasivo, es decir que extienda más allá de la cápsula prostática, definido por ecografía transrectal de próstata y reporte histopatológico de cáncer o ante evidencia inequívoca de metástasis de origen prostático.
- 3.2.5. El cáncer de seno cuando este se considere invasivo por hallazgos histopatológicos.

3.3. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

Cualquier evento cerebrovascular isquémico o hemorrágico provocado por infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneano o por embolización de fuente extracraneal, que produzca un déficit neurológico por un tiempo mayor de 24 horas y que persista no menos de 3 meses independiente del proceso de rehabilitación. El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en la Tomografía Axial Computarizada o la Resonancia Magnética Nuclear.

3.4. INSUFICIENCIA RENAL.

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

3.5. CIRUGIA DE REVASCULARIZACION MIOCARDICA.

La intervención quirúrgica para corregir el estrechamiento o bloqueo de dos o más arterias coronarias mediante injertos arteriales o venosos tipo bypass o puentes coronarios realizados por técnica de tórax abierto o cirugía miniinvasiva de tórax tipo toracoscopia. El diagnóstico de la oclusión coronaria debe ser efectuado por angiografía coronaria y la indicación quirúrgica debe estar dada por un cardiólogo según los resultados de la angiografía coronaria. El resultado de la angiografía coronaria, así como el informe médico deberán estar a disposición de BOLÍVAR.

3.6. TRANSPLANTE DE ORGANOS.

Haber requerido un trasplante de corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñón, médula ósea, en calidad de receptor del trasplante. La información y la historia médica deberán estar a disposición de BOLÍVAR.



3.7. FECHA DE SINIESTRO.

Para efecto de cualquier reclamación por concepto del presente anexo, la fecha de siniestro será la del diagnóstico de la enfermedad o la realización de la cirugía. Para todos los casos la supervivencia una vez presentado el siniestro debe ser superior a 30 días.

CONDICIÓN CUARTA. – EDAD.

La máxima edad de ingreso para que se otorgue el presente anexo es de 55 años, y la edad máxima de permanencia en todos los casos será hasta los 65 años.

El anexo terminará para el Asegurado, en la renovación más próxima a la fecha en que haya alcanzado la edad máxima de permanencia para este anexo.

CONDICIÓN QUINTA. – LÍMITE DEL BENEFICIO.

El beneficio puede aplicarse solamente a las enfermedades graves definidas en la Condición Tercera, cuando éstas se manifiesten o sean diagnosticadas por primera vez por un médico y confirmadas por evidencias clínicas y paraclínicas aceptables, habiendo transcurrido por lo menos tres (3) meses desde la iniciación de la primera vigencia del presente anexo y con un periodo de sobrevivencia superior a 30 días una vez presentada la enfermedad grave.

CONDICIÓN SEXTA. – VALOR A INDEMNIZAR.

La suma que BOLÍVAR pagará en caso de enfermedad grave, será igual al valor alcanzado en el anexo de enfermedades graves, en este caso máximo hasta el 100% del valor alcanzado en el Seguro de Vida de Ahorro con Participación de Utilidades al momento de la ocurrencia del siniestro, sin exceder en ningún caso alguno el límite de valor asegurado establecido por BOLÍVAR para este Anexo.

CONDICIÓN SÉPTIMA. – AJUSTES Y DEDUCCIONES DE LA PÓLIZA.

La indemnización por el Anexo de Enfermedades Graves, una vez efectuado el pago del ciento por ciento (100%) del valor asegurado correspondiente, producirá la terminación automática de este amparo.

CONDICIÓN OCTAVA. – TASAS.

Las Tasas pactadas por BOLÍVAR con el Tomador al inicio del presente anexo de enfermedades graves podrán ser modificadas anualmente por BOLÍVAR durante la renovación de la póliza de Seguro de Vida de Ahorro con Participación de Utilidades, sin que por esto se modifiquen los amparos especificados en la Condición Tercera.

CONDICIÓN NOVENA. – RECLAMACIONES.

Para que BOLÍVAR pague la indemnización correspondiente al presente anexo, el Asegurado deberá presentar la reclamación con la historia clínica completa.



BOLÍVAR tendrá derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de tales pruebas; así mismo, podrá examinar al Asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

El Asegurado autoriza a 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 BOLÍVAR relacionada con la reclamación.

El Asegurado o Beneficiario quedarán privados de todo derecho procedente de este anexo, cuando la reclamación presentada fuere 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 pago de la indemnización a que hubiere lugar se hará al Asegurado, salvo que su juicio y raciocinio se encuentren alterados, caso en el cual el pago se hará a los Beneficiarios del seguro de vida.

CONDICIÓN DÉCIMA. – REVOCACIÓN.

El presente anexo podrá ser revocado unilateralmente: por BOLÍVAR, mediante noticia escrita enviada al Asegurado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha de envío. Por el Asegurado, en cualquier momento, mediante notificación escrita a BOLÍVAR.

Cuando BOLÍVAR haya recibido una o más primas por el presente anexo, 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 BOLÍVAR.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. – TERMINACIÓN.

El presente anexo terminará, además de los casos previstos en la Ley:

- 11.1 A la terminación del período anual inmediato a la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.
- 11.2 Según lo señalado en la Condición Séptima del presente anexo

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. – DOMICILIO.

Las obligaciones emanadas de estos contratos se cumplirán en la ciudad de Bogotá D.C., domicilio principal de BOLÍVAR.

EL TOMADOR



COMPANÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A.



ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (SOSTENIMIENTO)

01022006-1407-N-37-VI_129

CONDICIONES GENERALES

Por convenio entre BOLÍVAR y el Tomador, este Anexo hace parte de la Póliza de Vida Individual arriba citada y queda sujeta a sus estipulaciones y excepciones lo mismo que a las siguientes condiciones particulares

CONDICION PRIMERA – DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR EL ASEGURADO, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE LE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR TRES O MÁS DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DEFINIDAS ASÍ:

- **ASEO PERSONAL:** CAPACIDAD PARA LAVARSE EN EL BAÑO O LA DUCHA (INCLUYENDO LA ENTRADA Y SALIDA DE LA MISMA) O DE REALIZAR SU ASEO PERSONAL POR SÍ MISMO.
- **VESTIRSE:** CAPACIDAD PARA PONERSE, QUITARSE, ATARSE Y DESATARSE TODO TIPO DE PRENDAS, ASÍ COMO APARATOS ORTOPÉDICOS DE CUALQUIER TIPO, MIEMBROS ARTIFICIALES Y DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS.
- **COMER:** CAPACIDAD PARA COMER POR SI MISMO UNA VEZ PREPARADOS LOS ALIMENTOS.
- **HIGIENE:** CAPACIDAD PARA USAR UN SANITARIO O PARA LLEVAR A CABO SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS EN CUALQUIER OTRA FORMA
- **MOVILIDAD:** CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE EN ESPACIOS INTERIORES, DE UNA HABITACIÓN A OTRA EN SUPERFICIES PLANAS
- **TRASLADOS:** CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE DESDE LA CAMA HASTA UNA SILLA RECTA O SILLA DE RUEDAS Y VICEVERSA.

DICHA INCAPACIDAD DEBE EXISTIR POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO OCHENTA (180) DÍAS Y NO HABER SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARA COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL Y E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO, NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERIODO CONTINUO DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS DE INCAPACIDAD.



CONDICIÓN SEGUNDA – EXCLUSIONES.

- 2.1. PARA TODOS LOS EFECTOS ESTE AMPARO NO CUBRE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE GENERADA POR TRASTORNOS O ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA O DEL COMPORTAMIENTO.
- 2.2. DENTRO DE LOS DOS (2) PRIMEROS AÑOS, CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO O DESDE LA FECHA EN QUE SE APRUEBE CUALQUIER AUMENTO DE VALOR ASEGURADO REALIZADO POR EL ASEGURADO, BOLÍVAR NO QUEDA OBLIGADA AL PAGO DE NINGUNA INDEMNIZACIÓN POR TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.

CONDICIÓN TERCERA – PÉRDIDA.

Conforme se emplea aquí significa con respecto de:

- a) Manos: La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.
- b) Pies: La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.
- c) Ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

CONDICIÓN CUARTA – SUMA ASEGURADA.

La suma que BOLÍVAR pague al Asegurado por concepto del presente anexo será el valor de la suma asegurada alcanzada en el Seguro de Vida al momento de la ocurrencia del siniestro.

CONDICIÓN QUINTA.- VALOR A INDEMNIZAR.

5.1. PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

En caso de declaratoria de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, BOLÍVAR le pagará el valor asegurado alcanzado a la fecha de siniestro. Conforme al Artículo 1077 del Código de Comercio, el pago se efectuará dentro del mes siguiente a la fecha en que el o los beneficiarios acrediten su derecho.

El Asegurado autoriza a 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 BOLÍVAR relacionada con la reclamación.

El Asegurado quedará privado de todo derecho procedente de este seguro, cuando la reclamación presentada fuere 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 BOLÍVAR, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitir la investigación del siniestro.



5.2. OPCIONES PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

El Asegurado podrá escoger la forma como desea que le sea pagada la indemnización, en consecuencia podrán elegir una de las siguientes opciones:

- A. BOLIVAR pagará el valor asegurado como una renta mensual que se pagará mes vencido a favor del Asegurado, caso en el cual tendrá el tratamiento de una Reserva Matemática. En este caso, el Asegurado autorizará expresamente y por escrito a BOLÍVAR, para que se le pague de esta forma el valor de la indemnización.

BOLIVAR iniciará la causación de las mesadas a partir del mes siguiente al del reconocimiento de la indemnización, calculadas de acuerdo con los parámetros y metodología descritos en la Nota Técnica del producto y durante el plazo que se precise en ese momento. No obstante lo anterior, el monto y el plazo para el pago de las rentas podrán acordarse con el Asegurado.

En cada anualidad completa y mientras se cumple el plazo de pagos pactado, BOLIVAR pagará doce (12) mesadas al año las cuales se causarán al final de cada mes y se pagarán a más tardar dentro de los primeros diez (10) días del mes calendario siguiente. El valor de la mesada se reajustará de oficio al inicio de cada año calendario en la variación porcentual del Índice de Precios al Consumidor (IPC) certificado por el DANE para el año inmediatamente anterior.

Si el Asegurado llegare a fallecer haciendo uso de la indemnización, BOLÍVAR pagará a los herederos de éste el valor alcanzado de la Reserva Matemática .

- B. Como una suma total a favor del Asegurado por el valor alcanzado a la fecha de siniestro.

CONDICIÓN SEXTA – DEDUCCIONES.

La indemnización por incapacidad total y permanente no es acumulable al amparo de vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad se dará por terminado automáticamente el contrato y sus anexos.

CONDICIÓN SÉPTIMA – RECLAMACIONES.

Para que BOLÍVAR pague la indemnización correspondiente a una Incapacidad Total y Permanente, el Asegurado deberá presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia de tal incapacidad de acuerdo con los términos de este anexo. BOLÍVAR se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

CONDICIÓN OCTAVA – TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para la persona amparada, al vencimiento de la anualidad más próxima en que cumpla 65 años de edad y según lo señalado en la Condición Quinta del presente anexo.



CONDICIÓN NOVENA – EXÁMENES MÉDICOS.

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

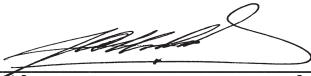
CONDICIÓN DÉCIMA – REVOCACIÓN.

Este anexo quedará revocado cuando el Tomador o el Asegurado expresamente lo manifieste por escrito, de acuerdo con lo señalado en la condición Vigésima Cuarta de las condiciones generales de la póliza.

El hecho de que BOLÍVAR haya recibido una o más primas por este anexo, después de que hubiere sido revocado, no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación; cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

EN TODO LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE ANEXO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

EL TOMADOR



COMPANÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S. A.

DATOS ENVÍO
NOMBRE: SANDRA DIAZ DELGADO
DIRECCIÓN: CL 128 47 174 CONJ VALVERDI CA 186
CIUDAD: FLORIDABLANCA-SANTANDER

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: SANDRA DIAZ DELGADO

SEGURO DE VIDA
CERTIFICADO DE RENOVACION

Póliza N°: 1530108135602
Certificado: 0 **N°:** 005
Fecha de Expedición: 10/02/2010

OBSERVACIONES: CERTIFICADO DE RENOVACION

VIGENCIA DEL SEGURO

DESDE
31/03/2010
Día Mes Año
A las 24 horas

HASTA
31/03/2011
Día Mes Año
A las 24 horas

ASEGURADO N. 1

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD	LÍMITE DE COBERTURA
SANDRA DIAZ DELGADO	63494785	FEMENINO	37 AÑOS	80 AÑOS

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN	PAGO TOTAL
ESPERANZA DELGADO DE DIAZ	37809588	PADRES	80	\$83,280,000
JUAN MANUEL LUNA GOMEZ	91242884	CONYUGE	20	\$20,820,000

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO
ADRIANA DIAZ DELGADO	6521818 - 3183499221

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
901 VIDA BASICA	\$104,100,000	\$384,545
902 MUERTE ACCIDENTAL	\$93,690,000	\$131,541
903 DESMEMBRACION	\$93,690,000	\$111,304
908 ANEXO ITP	\$104,100,000	\$68,394
912 ENF GRAVE ADIC 100% EXCLU	\$41,640,000	\$112,886

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Incremento valor asegurado: IPC + 2 Adicional. 0 %

AHORRO	
Valor del ahorro para una vigencia completa	\$0
Incremento ahorro pactado:	0%
Saldo fondo participación de utilidades a su favor	\$0 a
% Prima ahorro o ahorro pactado:	\$0
Periodicidad de pago:	

OTROS BENEFICIOS	
ASISTENCIA EXEQUIAL - ASSIST CARD - BEST DOCTORS	

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.

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$-67,389
VALOR CUOTA DE AHORRO:	\$0
TOTAL A PAGAR	\$-67,389
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL



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.

Firma Representante Legal

DATOS ENVÍO
NOMBRE: SANDRA DIAZ DELGADO
DIRECCIÓN: CL 128 47 174 CONJ VALVERDI CA 186
CIUDAD: FLORIDABLANCA-SANTANDER

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: SANDRA DIAZ DELGADO

SEGURO DE VIDA
CERTIFICADO DE RENOVACION

Póliza N°: 1530108135603
Certificado: 0 **N°:** 003
Fecha de Expedición: 12/02/2011

OBSERVACIONES: CERTIFICADO DE RENOVACION

**VIGENCIA
DEL SEGURO**

DESDE
31/03/2011
Día Mes Año
A las 24 horas

HASTA
31/03/2012
Día Mes Año
A las 24 horas

ASEGURADO N. 1

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD	LÍMITE DE COBERTURA
SANDRA DIAZ DELGADO	63494785	FEMENINO	38 AÑOS	80 AÑOS

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN	PAGO TOTAL
ESPERANZA DELGADO DE DIAZ	37809588	PADRES	80	\$87,777,120
JUAN MANUEL LUNA GOMEZ	91242884	CONYUGE	20	\$21,944,280

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO
ADRIANA DIAZ DELGADO	6521818 - 3183499221

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
901 VIDA BASICA	\$109,721,400	\$651,745
902 MUERTE ACCIDENTAL	\$98,749,260	\$138,644
903 DESMEMBRACION	\$98,749,260	\$117,314
908 ANEXO ITP	\$109,721,400	\$111,587
912 ENF GRAVE ADIC 100% EXCLU	\$43,888,560	\$115,164

Incremento valor asegurado: IPC + 2 Adicional. 0 %

AHORRO	
Valor del ahorro para una vigencia completa	\$0
Incremento ahorro pactado:	0%
Saldo fondo participación de utilidades a su favor	\$0 a
% Prima ahorro o ahorro pactado:	\$0
Periodicidad de pago:	

OTROS BENEFICIOS	
ASISTENCIA EXEQUIAL - ASSIST CARD - BEST DOCTORS	

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.

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$94,538
VALOR CUOTA DE AHORRO:	\$0
TOTAL A PAGAR	\$94,538
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL
PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	\$1,134,454

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 exigirlos.

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0529708475924003.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Jani Acuña

Firma Representante Legal

DATOS ENVÍO
NOMBRE: SANDRA DIAZ DELGADO
DIRECCIÓN: CL 128 47 174 CONJ VALVERDI CA 186
CIUDAD: FLORIDABLANCA-SANTANDER

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: SANDRA DIAZ DELGADO

SEGURO DE VIDA
CERTIFICADO DE RENOVACION

Póliza N°: 1530108135604
Certificado: 0 **N°:** 010
Fecha de Expedición: 07/02/2012

OBSERVACIONES: CERTIFICADO DE RENOVACION

VIGENCIA DEL SEGURO

DESDE
31/03/2012
Día Mes Año
A las 24 horas

HASTA
31/03/2013
Día Mes Año
A las 24 horas

ASEGURADO N. 1

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD	LÍMITE DE COBERTURA
SANDRA DIAZ DELGADO	63494785	FEMENINO	39 AÑOS	80 AÑOS

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN	PAGO TOTAL
ESPERANZA DELGADO DE DIAZ	37809588	PADRES	80	\$92,639,972
JUAN MANUEL LUNA GOMEZ	91242884	CONYUGE	20	\$23,159,993

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO
ADRIANA DIAZ DELGADO	6521818 - 3183499221

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
901 VIDA BASICA	\$115,799,966	\$699,084
902 MUERTE ACCIDENTAL	\$104,219,969	\$146,325
903 DESMEMBRACION	\$104,219,969	\$123,813
908 ANEXO ITP	\$115,799,966	\$121,937
912 ENF GRAVE ADIC 100% EXCLU	\$46,319,986	\$136,088

Incremento valor asegurado: IPC + 2 Adicional. 0 %

AHORRO	
Valor del ahorro para una vigencia completa	\$0
Incremento ahorro pactado:	0%
Saldo fondo participación de utilidades a su favor	\$0 a
% Prima ahorro o ahorro pactado:	\$0
Periodicidad de pago:	

OTROS BENEFICIOS	
ASISTENCIA EXEQUIAL - ASSIST CARD - BEST DOCTORS	

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.

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$102,271
VALOR CUOTA DE AHORRO:	\$0
TOTAL A PAGAR	\$102,271
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL
PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	\$1,227,247

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 exigirlos.

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0529709589927010.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Jani Acuña

Firma Representante Legal

DATOS ENVÍO
NOMBRE: SANDRA DIAZ DELGADO
DIRECCIÓN: CL 128 47 174 CONJ VALVERDI CA 186
CIUDAD: FLORIDABLANCA-SANTANDER

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: SANDRA DIAZ DELGADO

SEGURO DE VIDA
CERTIFICADO DE RENOVACION

Póliza N°: 1530108135605
Certificado: 0 **N°:** 012
Fecha de Expedición: 07/02/2013

OBSERVACIONES: CERTIFICADO DE RENOVACION

VIGENCIA DEL SEGURO

DESDE
31/03/2013
Día Mes Año
A las 24 horas

HASTA
31/03/2014
Día Mes Año
A las 24 horas

ASEGURADO N. 1

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD	LÍMITE DE COBERTURA
SANDRA DIAZ DELGADO	63494785	FEMENINO	40 AÑOS	80 AÑOS

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN	PAGO TOTAL
ESPERANZA DELGADO DE DIAZ	37809588	PADRES	80	\$96,345,571
JUAN MANUEL LUNA GOMEZ	91242884	CONYUGE	20	\$24,086,393

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO
ADRIANA DIAZ DELGADO	6521818 - 3183499221

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
901 VIDA BASICA	\$120,431,965	\$742,704
902 MUERTE ACCIDENTAL	\$108,388,768	\$152,178
903 DESMEMBRACION	\$108,388,768	\$128,766
908 ANEXO ITP	\$120,431,965	\$131,030
912 ENF GRAVE ADIC 100% EXCLU	\$48,172,785	\$158,681

Incremento valor asegurado: IPC + 2 Adicional. 0 %

AHORRO	
Valor del ahorro para una vigencia completa	\$0
Incremento ahorro pactado:	0%
Saldo fondo participación de utilidades a su favor	\$0 a
% Prima ahorro o ahorro pactado:	\$0
Periodicidad de pago:	

OTROS BENEFICIOS	
ASISTENCIA EXEQUIAL - ASSIST CARD - BEST DOCTORS	

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.

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$109,447
VALOR CUOTA DE AHORRO:	\$0
TOTAL A PAGAR	\$109,447
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL
PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	\$1,313,359

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 exigirlos.

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0529710871083012.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Jani Acuña

Firma Representante Legal

DATOS ENVÍO
NOMBRE: SANDRA DIAZ DELGADO
DIRECCIÓN: CL 128 47 174 CONJ VALVERDI CA 186
CIUDAD: FLORIDABLANCA-SANTANDER

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: SANDRA DIAZ DELGADO

SEGURO DE VIDA
CERTIFICADO DE RENOVACION

Póliza N°: 1530108135606
Certificado: 0 **N°:** 003
Fecha de Expedición: 08/02/2014

OBSERVACIONES: CERTIFICADO DE RENOVACION

VIGENCIA DEL SEGURO

DESDE
31/03/2014
Día Mes Año
A las 24 horas

HASTA
31/03/2015
Día Mes Año
A las 24 horas

ASEGURADO N. 1

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD	LÍMITE DE COBERTURA
SANDRA DIAZ DELGADO	63494785	FEMENINO	41 AÑOS	80 AÑOS

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN	PAGO TOTAL
JUAN MANUEL LUNA GOMEZ	91242884	CONYUGE	100	\$125,405,805

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO
ADRIANA DIAZ DELGADO	6521818 - 3183499221



AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
901 VIDA BASICA	\$125,405,805	\$786,921
902 MUERTE ACCIDENTAL	\$112,865,224	\$158,463
903 DESMEMBRACION	\$112,865,224	\$134,084
908 ANEXO ITP	\$125,405,805	\$140,956

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Incremento valor asegurado: IPC + 2 Adicional. 0 %

AHORRO	
Valor del ahorro para una vigencia completa	\$0
Incremento ahorro pactado:	0%
Saldo fondo participación de utilidades a su favor	\$0 a
% Prima ahorro o ahorro pactado:	\$0
Periodicidad de pago:	

OTROS BENEFICIOS	
ASISTENCIA EXEQUIAL - ASSIST CARD - BEST DOCTORS	

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.

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$-101,702
VALOR CUOTA DE AHORRO:	\$0
TOTAL A PAGAR	\$-101,702
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL



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.

Firma Representante Legal

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



Datos del tomador

Nombre: SANDRA DIAZ DELGADO
 Identificación: 63494785
 Teléfono: 6491669 EXT: 0 3144494946
 Dirección: TV 128 47 174 CA 186
 Ciudad: FLORIDABLANCA
 E-Mail: sandridiaz1@gmail.com

Apreciado(a) Cliente:

Usted ya es parte de esta Gran Familia. A partir de este momento, cuenta con un gran equipo humano y técnico las 24 horas del día 365 días del año. ¡Bienvenido!

Datos del asegurado No. 1

Nombre: SANDRA DIAZ DELGADO
 Identificación: 63494785
 Teléfono: 6491669 EXT: 0
 Dirección: TV 128 47 174 CA 186
 Ciudad: FLORIDABLANCA
 E-mail: sandridiaz1@gmail.com
 Fecha de nacimiento: 31-12-1972
 Edad: 42 AÑOS
 Sexo: FEMENINO
 Ocupación: ASALARIADO
 Límite de cobertura: 80 AÑOS

Vigencia del seguro

Desde			Hasta			Vigencia 366 días
31	03	2015	31	03	2016	
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
A las 24 horas			A las 24 horas			

Vigencia del certificado

Desde			Hasta			Vigencia 366 días
31	03	2015	31	03	2016	
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
A las 24 horas			A las 24 horas			

¿Dudas o inquietudes?, comuníquese con su Asesor

Nombre: ADRIANA DIAZ DELGADO
 Clave: 68013
 Teléfono: 6511818 - 3114690879
 Porcentaje: 100%
 Oficina: 1530 - BUCARAMANGA FI

Tipo de movimiento

RENOVACION

Beneficiarios

Nombre	Parentesco	Identificación	Calidad	% de Partic.	Pago Total	Renta Mensual	Años Pago
JUAN MANUEL LUNA GOMEZ	CONYUGE	91242884	LIBRE	100	\$132,704,423	\$0	0

Coberturas

901 VIDA BASICA
 902 MUERTE ACCIDENTAL
 908 ANEXO ITP

Valor asegurado	Tasa	Valor prima
\$132,704,423	3.920	\$848,512
\$119,433,980	1.300	\$167,685
\$132,704,423	0.719	\$154,601

Valor del ahorro para una vigencia completa: \$0
 Incremento ahorro pactado: 0%

Saldo fondo participación de utilidades a su favor:

Clausulado:
 Entregado: PAPEL

Incremento valor asegurado: IPC + 2 Adicional. 0 %

Servicios adicionales

ASISTENCIA EXEQUIAL - ASSIST CARD - BEST DOCTORS

Cuota de ahorro

% Prima ahorro ó ahorro pactado: \$0
 Periodicidad de pago:
 Forma de pago: Débito automático - cuenta de ahorros
 No. Cuenta ó tarjeta: XXXXXXXX6261

Prima de riesgo:

Valor de la prima: \$97,566
 Periodicidad de pago: MENSUAL
 Forma de pago: Débito automático - cuenta de ahorros
 No. Cuenta ó tarjeta: XXXXXXXX6261

Total a pagar:

Total prima: \$97,566
 Valor de la cuota de ahorro: \$0
 Total a pagar: \$97,566

Prima estimada para una vigencia completa \$1,170,798

- " Para pago por internet, ingrese a www.segurosbolivar.com, opción Pago Electrónico, con su número de identificación.
- " Para pago por la RED322, marque #322 ó 01 8000 123 322 opción 3, ó Teléfono Rojo, utilizando la Referencia: 29714492100001
- " Para pago en oficinas Davivienda, con el código de barras impreso en la póliza.

Nota importante: La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expiden con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y le da derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.



[Firma]

Firma Representante Legal
 Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Compañía de Seguros Bolívar S.A.Nit. 860002503-2
 Avenida El Dorado No. 68B-31, piso 10 Conmutador 341 0077
 Fax 283 0799 A.A. 4421 Bogotá D.C., Colombia
www.segurosbolivar.com



CLIENTE
 Página 2 de 2



Datos del tomador

Nombre: SANDRA DIAZ DELGADO
 Identificación: 63494785
 Teléfono: 6491669 3144494946
 Dirección: TV 128 47 174 CA 186
 Ciudad: FLORIDABLANCA
 E-Mail: sandidiaz1@gmail.com

Apreciado(a) Cliente:

Usted ya es parte de esta Gran Familia. A partir de este momento, cuenta con un gran equipo humano y técnico las 24 horas del día 365 días del año. ¡Bienvenido!

Datos del asegurado No. 1

Nombre: SANDRA DIAZ DELGADO
 Identificación: 63494785
 Teléfono: 6491669
 Dirección: TV 128 47 174 CA 186
 Ciudad: FLORIDABLANCA
 E-mail: sandidiaz1@gmail.com
 Fecha de nacimiento: 31-12-1972
 Edad: 43 AÑOS
 Sexo: FEMENINO
 Ocupación: ASALARIADO
 Límite de cobertura: 80 AÑOS

Vigencia del seguro

Desde			Hasta			Vigencia 365 días
31	03	2016	31	03	2017	
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
A las 24 horas			A las 24 horas			

Vigencia del certificado

Desde			Hasta			Vigencia 365 días
31	03	2016	31	03	2017	
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
A las 24 horas			A las 24 horas			

¿Dudas o inquietudes?, comuníquese con su Asesor

Nombre: ADRIANA DIAZ DELGADO
 Clave: 68013
 Teléfono: 6511818 - 3114690879
 Porcentaje: 100%
 Oficina: 1530 - BUCARAMANGA FI

Tipo de movimiento

RENOVACION

Beneficiarios

Nombre	Parentesco	Identificación	Calidad	% de Partic.	Pago Total	Renta Mensual	Años Pago
JUAN MANUEL LUNA GOMEZ	CONYUGE	91242884	LIBRE	100	\$145,244,991	\$0	0

Coberturas

901 VIDA BASICA
 902 MUERTE ACCIDENTAL
 908 ANEXO ITP

Valor asegurado	Tasa	Valor prima
\$145,244,991	4.020	\$944,383
\$130,720,491	1.300	\$183,532
\$145,244,991	0.743	\$174,875

Valor del ahorro para una vigencia completa: \$0
 Incremento ahorro pactado: 0%

Saldo fondo participación de utilidades a su favor:

Clausulado:
 Entregado: PAPEL

Incremento valor asegurado: IPC + 2 Adicional. 0 %

Servicios adicionales

ASISTENCIA EXEQUIAL - ASSIST CARD - BEST DOCTORS

Cuota de ahorro

% Prima ahorro ó ahorro pactado: \$0
 Periodicidad de pago:
 Forma de pago: Débito automático - cuenta de ahorros
 No. Cuenta ó tarjeta: XXXXXXX6261

Prima de riesgo:

Valor de la prima: \$108,566
 Periodicidad de pago: MENSUAL
 Forma de pago: Débito automático - cuenta de ahorros
 No. Cuenta o tarjeta: XXXXXXX6261

Total a pagar:

Total prima: \$108,566
 Valor de la cuota de ahorro: \$0
 Total a pagar: \$108,566

Prima estimada para una vigencia completa \$1,302,790

Nota importante: La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expiden con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y le da derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.



Juan Luis

Firma Representante Legal
 Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Compañía de Seguros Bolívar S.A. Nit. 860002503-2
 Avenida El Dorado No. 68B-31, piso 10 Conmutador 341 0077
 Fax 283 0799 A.A. 4421 Bogotá D.C., Colombia
 www.segurosbolivar.com



CLIENTE
 Página 2 de 2



Datos del tomador

Nombre: SANDRA DIAZ DELGADO
 Identificación: 63494785
 Teléfono: 6491669 3144494946
 Dirección: TV 128 47 174 CA 186
 Ciudad: FLORIDABLANCA
 E-Mail: sandidiaz1@gmail.com

Apreciado(a) Cliente:

Usted ya es parte de esta Gran Familia. A partir de este momento, cuenta con un gran equipo humano y técnico las 24 horas del día 365 días del año. ¡Bienvenido!

Datos del asegurado No. 1

Nombre: SANDRA DIAZ DELGADO
 Identificación: 63494785
 Teléfono: 6491669
 Dirección: TV 128 47 174 CA 186
 Ciudad: FLORIDABLANCA
 E-mail: sandidiaz1@gmail.com
 Fecha de nacimiento: 31-12-1972
 Edad: 44 AÑOS
 Sexo: FEMENINO
 Ocupación: ASALARIADO
 Límite de cobertura: 80 AÑOS

Vigencia del seguro

Desde			Hasta			Vigencia 365 días
31	03	2017	31	03	2018	
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
A las 24 horas			A las 24 horas			

Vigencia del certificado

Desde			Hasta			Vigencia 365 días
31	03	2017	31	03	2018	
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
A las 24 horas			A las 24 horas			

¿Dudas o inquietudes?, comuníquese con su Asesor

Nombre: ADRIANA DIAZ DELGADO
 Clave: 68013
 Teléfono: 6521818 - 3183499221
 Porcentaje: 100%
 Oficina: 1530 - BUCARAMANGA FI

Tipo de movimiento

RENOVACION

Beneficiarios

Nombre	Parentesco	Identificación	Calidad	% de Partic.	Pago Total	Renta Mensual	Años Pago
JUAN MANUEL LUNA GOMEZ	CONYUGE	91242884	LIBRE	100	\$156,094,792	\$0	0

Coberturas

901 VIDA BASICA
 902 MUERTE ACCIDENTAL
 908 ANEXO ITP

Valor asegurado	Tasa	Valor prima
\$156,094,792	4.140	\$1,035,065
\$140,485,312	1.300	\$197,241
\$156,094,792	0.766	\$193,714

Valor del ahorro para una vigencia completa: \$0
 Incremento ahorro pactado: 0%

Saldo fondo participación de utilidades a su favor:

Clausulado:
 Entregado: PAPEL

Incremento valor asegurado: IPC + 2 Adicional. 0 %

Servicios adicionales

ASISTENCIA EXEQUIAL - ASSIST CARD - BEST DOCTORS

Cuota de ahorro

% Prima ahorro ó ahorro pactado: \$0
 Periodicidad de pago:
 Forma de pago: Debito automatico - cuenta de ahorros
 No. Cuenta ó tarjeta: XXXXXXXX5109

Prima de riesgo:

Valor de la prima: \$118,835
 Periodicidad de pago: MENSUAL
 Forma de pago: Debito automatico - cuenta de ahorros
 No. Cuenta o tarjeta: XXXXXXXX5109

Total a pagar:

Valor a pagar: \$118,835

Prima estimada para una vigencia completa \$1,426,020

Nota importante: La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expiden con fundamento en ella, producira la terminacion automatica del contrato y le da derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada de los gastos causados con ocasion de la expedicion del contrato.



Juan Luis

Firma Representante Legal
 Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Compañía de Seguros Bolívar S.A. Nit. 860002503-2
 Avenida El Dorado No. 68B-31, piso 10 Conmutador 341 0077
 Fax 283 0799 A.A. 4421 Bogotá D.C., Colombia
 www.segurosbolivar.com



CLIENTE
 Página 2 de 2

DATOS ENVÍO
NOMBRE: SANDRA DIAZ DELGADO
DIRECCIÓN: TV 128 47 174 CA 186
CIUDAD: FLORIDABLANCA-SANTANDER

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: SANDRA DIAZ DELGADO

SEGURO DE VIDA

CERTIFICADO DE RENOVACION

Póliza N°: 1530108135610
Certificado: 0 **N°:** 001
Fecha de Expedición: 09/02/2018

OBSERVACIONES: CERTIFICADO DE RENOVACION

VIGENCIA DEL SEGURO

DESDE
31/03/2018
Día Mes Año
A las 24 horas

HASTA
31/03/2019
Día Mes Año
A las 24 horas

ASEGURADO N. 1

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD	LÍMITE DE COBERTURA
SANDRA DIAZ DELGADO	63494785	FEMENINO	45 AÑOS	80 AÑOS

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	% PARTICIPACIÓN	PAGO TOTAL
JUAN MANUEL LUNA GOMEZ	91242884	CONYUGE	100	\$164,960,976

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELÉFONO
ADRIANA DIAZ DELGADO	6521818 - 3183499221

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
901 VIDA BASICA	\$164,960,976	\$1,113,487
902 MUERTE ACCIDENTAL	\$148,464,878	\$208,445
908 ANEXO ITP	\$164,960,976	\$211,150

Incremento valor asegurado: IPC + 2 Adicional. 0 %

AHORRO	
Valor del ahorro para una vigencia completa	\$0
Incremento ahorro pactado:	0%
Saldo fondo participación de utilidades a su favor	\$0 a
% Prima ahorro o ahorro pactado:	\$0
Periodicidad de pago:	

OTROS BENEFICIOS
ASISTENCIA EXEQUIAL - ASSIST CARD - BEST DOCTORS

Si tiene alguna inquietud sobre este documento, tiene a su disposición los siguientes canales:

- Por correo electrónico: servicioalcliente@segurosbolivar.com
- Por contacto telefónico: Desde celular marcando #322, para Bogotá 3122 122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322, marcando la opción 1-4-1
- Por correo físico: Avenida el Dorado No 68B – 31 Piso 10 en la ciudad de Bogotá.

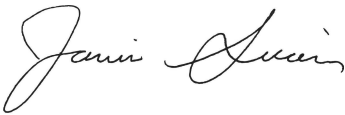
\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$127,757
VALOR CUOTA DE AHORRO:	\$0
TOTAL A PAGAR	\$127,757
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL
PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	\$1,533,082

NOTA IMPORTANTE La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

MEDIOS DE PAGO

- Podrá realizar su pago por medio de:
- Página Web de Davivienda : Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0529726568754001.
 - La RED322 marque #322 o 018000123322 opción 5.
 - Internet página WEB de Davivienda: Escoja la opción para pago otros servicios y la compañía de Seguros Bolívar utilizando la referencia 0529726568754001.
 - Teléfono Rojo: Recuerde debe tener clave personal e ingresar por la opción 2, El código para Seguros Bolívar es 00143 utilizando la referencia de pago 0529726568754001
 -
 -



Firma Representante Legal

P942-0

DATOS ENVÍO**NOMBRE:** SANDRA DIAZ DELGADO**DIRECCIÓN:** TV ORIENTAL CONJUNTO VALVERDI CA 186**CIUDAD:** FLORIDABLANCA-SANTANDER

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

DATOS DEL TOMADOR**NOMBRE:** SANDRA DIAZ DELGADO**SEGURO DE VIDA**
CERTIFICADO DE SEGURO**Póliza N°:** 1530108448911**Certificado:** 0 **N°:** 002**Fecha de Expedición:** 12/04/2019**OBSERVACIONES:** CONVERSION POLIZA SEGUN
CAMPANA SIEBEL 1-1090420542.CERTIFICADO DE
SEGURO**VIGENCIA
DEL SEGURO****DESDE**
31/03/2019
Día Mes Año

A las 24 horas

HASTA
31/03/2020
Día Mes Año

A las 24 horas

ASEGURADO N. 1

NOMBRE	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	LIMITE DE COBERTURA
SANDRA DIAZ DELGADO	91242004	FEMENINO	44 AÑOS	3 AÑOS

BENEFICIARIOS

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	% PARTICIPACION	PAGO TOTAL
JUAN MANUEL LUNA GOMEZ	91242004	CONYUGE	100	\$173,458,465

DATOS DEL ASESOR

NOMBRE	TELEFONO
ADRIANA DIAZ DELGADO	0321818- 3183490221

AMPAROS

COBERTURA	VALOR ASEGURADO	PRIMA
901 VIDA BASICA	\$173,456,466	\$1,183,300
902 MUERTE ACCIDENTAL	\$156,110,819	\$219,180
908 ANEXO ITP	\$173,456,466	\$228,656

Incremento valor asegurado: IPC + 2 Adicional, 0 %

Código de clausulado que aplica: 01112018-1407-P-37-VI-506-0001. Consulte este clausulado en la página www.segurosbolivar.com

AHORRO	
Valor del ahorro para una vigencia completa	\$0
Incremento ahorro pactado:	0%
Saldo fondo participación de utilidades a su favor	\$0
% Prima ahorro o ahorro pactado:	\$0
Periodicidad de pago:	

OTROS BENEFICIOS	
- ASSIST CARD - SEGUNDA OPINIÓN MEDICA - ASISTENCIA BOLIVAR	

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.

\$ VALORES A PAGAR

VALOR DE LA PRIMA:	\$136,851
VALOR CUOTA DE AHORRO:	\$0
TOTAL A PAGAR	\$136,851
PERIODICIDAD DE PAGO:	MENSUAL
PRIMA PARA UNA VIGENCIA COMPLETA	\$1,642,216



**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 exigirlos.

MEDIOS DE PAGO

Podrá realizar su pago por medio de:

- Página Web de Davivienda: Seleccionar la opción "Pago de otros servicios", escoja la compañía Seguros Bolívar S.A. e ingrese la referencia 0529734460789002.
- En las oficinas del Banco Davivienda, Bancolombia y Banco de Occidente a nivel nacional.
- En los puntos de pago de almacenes Éxito, Carulla, Pomona y Surtimax a nivel nacional.
- Desde su celular marcando el #322 opción 1-5, para Bogotá 3122122 y para fuera de Bogotá 018000 123 322.
- Consulte los medios de pago y condiciones en www.segurosbolivar.com opción "Pago en Línea", sección "otros medios de pago".

Jeani Luciani

Firma Representante Legal

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PÓLIZA A LA QUE ACCEDE VIVA LA VIDA MUJER CONDICIONES GENERALES

01052012- 1407-A-37-VI-522

Por convenio entre BOLÍVAR y el TOMADOR O LA ASEGURADA, este anexo hace parte de la Póliza de Seguro de Vida de Ahorro con Participación de Utilidades y queda sujeta a sus estipulaciones y excepciones lo mismo que a las siguientes condiciones particulares:

CONDICIÓN PRIMERA - DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA SUFRIDA POR LA ASEGURADA, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO PROTEGIDO POR EL PRESENTE ANEXO, QUE LE PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN A LA PERSONA DESEMPEÑAR TRES O MÁS DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DEFINIDAS ASÍ:

- **ASEO PERSONAL:** CAPACIDAD PARA LAVARSE EN EL BAÑO O LA DUCHA (INCLUYENDO LA ENTRADA Y SALIDA DE LA MISMA) O DE REALIZAR SU ASEO PERSONAL POR SÍ MISMO.
- **VESTIRSE:** CAPACIDAD PARA PONERSE, QUITARSE, ATARSE Y DESATARSE TODO TIPO DE PRENDAS, ASÍ COMO APARATOS ORTOPÉDICOS DE CUALQUIER TIPO, MIEMBROS ARTIFICIALES Y DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS.
- **COMER:** CAPACIDAD PARA COMER POR SI MISMO UNA VEZ PREPARADOS LOS ALIMENTOS.
- **HIGIENE:** CAPACIDAD PARA USAR UN SANITARIO O PARA LLEVAR A CABO SUS NECESIDADES FISIOLÓGICAS EN CUALQUIER OTRA FORMA

01052012- 1407-A-37-VI-522

01052012- 1407-P-37-VI-506

01052012-1407-NT-A-37-ITPANT010240908-

- **MOVILIDAD:** CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE EN ESPACIOS INTERIORES, DE UNA HABITACIÓN A OTRA EN SUPERFICIES PLANAS.
- **TRASLADOS:** CAPACIDAD PARA DESPLAZARSE DESDE LA CAMA HASTA UNA SILLA RECTA O SILLA DE RUEDAS Y VICEVERSA.

DICHA INCAPACIDAD DEBE EXISTIR POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE CIENTO OCHENTA (180) DÍAS Y NO HABER SIDO PROVOCADA POR LA ASEGURADA.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARA COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO, NO SE REQUERIRÁ QUE TRANSCURRA EL PERIODO CONTINUO DE CIENTO OCHENTA (180) DÍAS DE INCAPACIDAD.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES.

- 2.1** PARA TODOS LOS EFECTOS ESTE AMPARO NO CUBRE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE GENERADA POR TRASTORNOS O ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA O DEL COMPORTAMIENTO.
- 2.2** DENTRO DE LOS DOS (2) PRIMEROS AÑOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO O DESDE LA FECHA EN QUE SE APRUEBE CUALQUIER AUMENTO DE VALOR ASEGURADO REALIZADO POR LA ASEGURADA, BOLÍVAR NO QUEDA OBLIGADA AL PAGO DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR LA ASEGURADA A SÍ MISMA, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA. NI POR LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

CONDICIÓN TERCERA - PÉRDIDA.

Se entenderá por pérdida:

- 3.1 Manos:** La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.
- 3.2 Pies:** La pérdida funcional o la amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.
- 3.3 Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.

CONDICIÓN CUARTA - SUMA ASEGURADA.

La suma que BOLÍVAR pague por concepto del presente anexo será el valor de la suma asegurada contratada para este anexo que en ningún caso podrá ser superior al valor asegurado alcanzada en el seguro de vida al momento de la ocurrencia del siniestro.

CONDICIÓN QUINTA - PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

En caso de siniestro, de Incapacidad Total y Permanente, BOLÍVAR pagará a LAASEGURADA el valor asegurado alcanzado a la fecha de siniestro. Conforme al Artículo 1077 del Código de Comercio, el pago se efectuará dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite el derecho.

LAASEGURADA autoriza a 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 BOLÍVAR relacionada con la reclamación.

LA ASEGURADA quedará privada de todo derecho procedente de este seguro, cuando la reclamación presentada fuere 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.

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

CONDICIÓN SEXTA - RECLAMACIONES.

Para que BOLÍVAR pague la indemnización correspondiente a una incapacidad total y permanente, LA ASEGURADA deberá presentar pruebas fehacientes que determinen la existencia de tal incapacidad de acuerdo con los términos de este anexo. BOLÍVAR se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

CONDICIÓN SÉPTIMA - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para la persona amparada, al vencimiento de la anualidad más próxima en que cumpla 65 años de edad o en el momento en que se realice el pago de la indemnización por incapacidad total y permanente.

CONDICIÓN OCTAVA - EXÁMENES MÉDICOS.

BOLÍVAR podrá hacer examinar a LA ASEGURADA tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo.

CONDICIÓN NOVENA - REVOCACIÓN.

Este anexo quedará revocado cuando el Tomador o LAASEGURADA expresamente lo manifieste por escrito, de acuerdo con lo señalado en la Condición Vigésima Cuarta de las condiciones generales de la póliza.

El hecho de que BOLÍVAR haya recibido una o más primas por este anexo, después de que hubiere sido revocado, no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anulará tal revocación; cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.



EN TODO LO NO PREVISTO EN ESTAS CONDICIONES PARTICULARES, SE APLICARÁN AL PRESENTE ANEXO LAS ESTIPULACIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

EL TOMADOR

01052012- 1407-A-37-VI-522

01052012- 1407-P-37-VI-506

01052012-1407-NT-A-37-ITPANT010240908-