

**CONTESTACION DE LA DEMANDA - CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER VS
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A - RAD: 2022-373 -(SB778)**

agp@ompabogados.com <agp@ompabogados.com>

Lun 5/09/2022 4:15 PM

Para: Juzgado 09 Civil Municipal - Atlántico - Barranquilla <cmun09ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Señores

JUZGADO NOVENO CIVIL MUNICIPAL

BARRANQUILLA - ATLANTICO

E. S. D.

REF.: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

DEMANDANTE: CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER

DEMANDADO: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

RAD: 08001405300920220037300

Cordial saludo,

Por medio del presente correo, me permito enviar adjunto el siguiente documento, relacionado con el proceso de la referencia en formato PDF:

-

1. **CONTESTACION DE LA DEMANDA**
2. **ANEXOS**

Por último, me permito informar al despacho, que el suscrito, el día 02 de agosto de 2022 realice cambio del correo electrónico con el cual me encontraba inscrito en el registro nacional de abogados, por lo que de ahora en adelante recibiré notificaciones en el correo electrónico agp@ompabogados.com, tal como se puede constatar en la certificación adjunta, y en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. B4, segundo piso, de la ciudad de Barranquilla, al número de celular 313 511 92 67.

Cordialmente,

Alexander Gómez Pérez

OMP | Abogados

C.C. No. 1129.566.574 de Barranquilla

T.P. No. 185.144 del C. S. de la J.

Dirección: Carrera 58 No. 70 – 110 Oficina B 4 Piso 2

Teléfono: +57 (605) 3225281 Celular: +57 (313) 5119267

Correo Electrónico: agp@ompabogados.com

Barranquilla, Colombia

De: Marianella Toncelle (OMP Abogados) **En nombre de** agp@ompabogados.com

Enviado el: lunes, 5 de septiembre de 2022 3:58 p. m.

Para: 'cmun09ba@cendoj.ramajudicial.gov.co' <cmun09ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: César Benítez (Omp Abogados) <cbenitez@ompabogados.com>

Asunto: CONTESTACION DE LA DEMANDA - CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER VS COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A - RAD: 2022-373 -(SB778)

Señores

**JUZGADO NOVENO CIVIL MUNICIPAL
BARRANQUILLA - ATLANTICO**

E. S. D.

REF.: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

DEMANDANTE: CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER

DEMANDADO: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

RAD: 08001405300920220037300

Cordial saludo,

Por medio del presente correo, me permito enviar adjunto el siguiente documento, relacionado con el proceso de la referencia en formato PDF:

1. **CONTESTACION DE LA DEMANDA**
2. **ANEXOS**

Por último, me permito informar al despacho, que el suscrito, el día 02 de agosto de 2022 realice cambio del correo electrónico con el cual me encontraba inscrito en el registro nacional de abogados, por lo que de ahora en adelante recibiré notificaciones en el correo electrónico agp@ompabogados.com, tal como se puede constatar en la certificación adjunta, y en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. B4, segundo piso, de la ciudad de Barranquilla, al número de celular 313 511 92 67.

Cordialmente,

Alexander Gómez Pérez

OMP | Abogados

C.C. No. 1129.566.574 de Barranquilla

T.P. No. 185.144 del C. S. de la J.

Dirección: Carrera 58 No. 70 – 110 Oficina B 4 Piso 2

Teléfono: +57 (605) 3225281 Celular: +57 (313) 5119267

Correo Electrónico: agp@ompabogados.com

Barranquilla, Colombia

Señores

**JUZGADO NOVENO CIVIL MUNICIPAL
BARRANQUILLA - ATLANTICO**

E. S. D.

REF.: PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

DEMANDANTE: CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER

DEMANDADO: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

RAD: 08001405300920220037300

ALEXANDER GOMEZ PEREZ, varón, mayor de edad, vecino de la ciudad de Barranquilla, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.129.566.574 expedida en Barranquilla, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado judicial de la sociedad **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, de conformidad con el poder especial, amplio y suficiente, debidamente otorgado por la Dra. **MARIA DE LAS MERCEDES IBAÑEZ CASTILLO**, el cual aportaré con el presente escrito; al señor Juez respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término de traslado que se le concediera a mi representada a contestar la demanda, lo cual me permito hacer en los siguientes términos:

Inicialmente solicito que se me reconozca personería para actuar como apoderada judicial de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.**, con plenas facultades para actuar dentro de todas y cada una de las diligencias que se practiquen dentro del presente proceso.

SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO: Manifiesto al despacho que este hecho no le consta a mi representada, toda vez que esta no hizo parte del nombramiento de la señora Carmen Martinez Hoyer como docente del magisterio. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

Sin perjuicio de lo anteriormente narrado, es importante resaltar que la señora Martinez Hoyer al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad manifestó que era de profesión docente.

AL HECHO SEGUNDO: Es cierto.

AL HECHO TERCERO: Es cierto. Por lo cual desde dicha fecha la demandante tenia pleno conocimiento de las condiciones generales y particulares aplicables al contrato de seguros, el cual nunca fue desconocido ni tachado por la actora.

AL HECHO CUARTO: Es cierto.

AL HECHO QUINTO: Este punto contiene varias apreciaciones que merecen un estudio por separado.

En relación con la profesión de la señora Carmen Cecilia Martinez Hoyer para la fecha de la suscripción del contrato de seguros, manifiesto al despacho que no le consta a mi representada, toda vez que esta no hizo parte de la vinculación laboral de la demandante. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente

probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

Sin perjuicio de lo anterior, es importante resaltar que la señora Martínez Hoyer al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, manifestó que tenía como profesión docente.

En relación con el presunto conocimiento por parte de mi representada del régimen especial al cual se encontraba afiliada la demandante, manifestó al despacho que es una apreciación subjetiva sin sustento legal y probatorio, toda vez que en el proceso no reposa prueba que la demandante haya informado a mi representada que tenía un régimen especial de calificación o incapacidad. Cabe resaltar que en el presente caso que nos ocupa, a pesar que la demandante cuente con un régimen especial de calificación, no es algo relevante para el contrato de seguros, toda vez que este se rige bajo las normas consagradas en el Código de Comercio, estatuto orgánico del sistema financiero y demás normas aplicables, así también, debe tenerse en cuenta que el trámite de reclamación y para que se configure el siniestro se determino en las condiciones generales y particulares de la póliza, las cuales eran conocidas integralmente por la actora, pues esta no las tacho de falsa en ningún momento de la relación negocial.

AL HECHO SEXTO: Manifesto al despacho que este hecho no le consta a mi representada, toda vez que esta no hizo parte de las atenciones médicas realizadas a la demandante, por lo cual, no tiene conocimiento de las patologías sufridas por esta. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO SEPTIMO: Manifesto al despacho que este hecho no le consta a mi representada, toda vez que esta no hizo parte de las atenciones médicas realizadas a la demandante, por lo cual, no tiene conocimiento del número de días que estuvo incapacitada la actora. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO OCTAVO: Manifesto al despacho que este hecho no le consta a mi representada, toda vez que esta no hizo parte de las atenciones médicas realizadas a la demandante, por lo cual, no tiene conocimiento de las patologías sufridas por esta. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

En relación con la demostración por parte de la demandante del primer requisito exigido por la póliza para que se afecte por el amparo de incapacidad total y permanente, manifestó al despacho que no es cierto, toda vez que la demostración del siniestro se encuentra relacionada con demostrar también por parte de la asegurada la pérdida de capacidad laboral le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo. Si analizamos las pruebas aportadas por la demanda se puede evidenciar que la señora Carmen Cecilia Martínez Hoyer no tiene una pérdida de capacidad laboral que le IMPIDA realizara una actividad remunerativa distinta a la de docente.

AL HECHO NOVENO: Manifesto al despacho que este hecho le consta a mi representada, toda vez que esta no fue participe ni tuvo conocimiento del dictamen de pérdida de capacidad laboral realizado a la demandante. Es decir, Seguros Bolívar S.A., nunca fue notificada de dicho dictamen con el fin de poder controvertirlo. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO DECIMO: Manifiesto al despacho que este hecho le consta a mi representada, toda vez que esta no fue participe ni tuvo conocimiento del dictamen de pérdida de capacidad laboral realizado a la demandante. Es decir, Seguros Bolívar S.A., nunca fue notificada de dicho dictamen con el fin de poder controvertirlo. Por lo tanto, me atengo a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez agotadas todas y cada una de las etapas procesales que lo conforman o integran.

AL HECHO DECIMO PRIMERO: Es cierto. Sin embargo, es importante resaltar que la demandante no ha demostrado en debida forma el siniestro reclamado.

AL HECHO DECIMO SEGUNDO: Es cierto, mi representada Seguros Bolívar S.A., objeto la reclamación presentada por la demandante, pues no se había demostrado de conformidad con las condiciones generales de la póliza, el siniestro que pretende que se indemnice por la demandante.

AL HECHO DECIMO TERCERO: No es cierto, toda vez que ni en etapa de reclamación así como tampoco en la etapa procesal se ha demostrado por la demandante que esta padezca de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida le impidan desempeñar cualquier trabajo remunerativo. No existe en el proceso una prueba documental que demuestre que la señora Carmen Cecilia Martínez Hoyer carece totalmente de capacidad para realizar una actividad remunerativa distinta a la docencia.

AL HECHO DECIMO CUARTO: Este punto no es un hecho sino una apreciación subjetiva sin sustento legal y probatorio, acerca de una imposibilidad para realizar actividades de carácter remunerativo, de lo cual no se evidencia prueba en el proceso que sea cierto. Es preciso anotar que no puede el demandante limitarse, si quiere sacar adelante su pretensión, a hacer afirmaciones sin respaldo probatorio, que por demás no pueden ser valoradas como si se tratara de hechos notorios o presumibles, y no de situaciones cuya comprobación, por mandato legal, le correspondía al demandante probar.

AL HECHO DECIMO QUINTO: Es cierto, mi representada aseguro a la señora Carmen Cecilia Martínez Hoyer para que en el caso que se demostrada debidamente el siniestro como lo señala las condiciones generales y particulares de la póliza, se indemnizaría a la asegurada. Sin embargo, en el caso que nos ocupa no se ha demostrado por parte de la demandante que la incapacidad total y permanente como lo señala el contrato de seguros. Debemos tener en cuenta que el contrato de seguros se rige por lo establecido en el Código de Comercio y las condiciones particulares aplicables que fueron aceptadas por las partes intervinientes y no como erróneamente lo señala el demandante que debe estudiarse bajo las normas del régimen especial del magisterio, pues el dictamen que se le otorgo a la actora corresponde para solicitar la pensión de invalidez.

AL HECHO DECIMO SEXTO: Este punto no es un hecho sino una apreciación subjetiva sin sustento legal y probatorio, acerca de una presunta incapacidad permanente y deterioro de salud que le impidan realizar una actividad remunerativa distinta a la docencia, pues en el expediente no existe prueba referente a esto. Es preciso anotar que no puede el demandante limitarse, si quiere sacar adelante su pretensión, a hacer afirmaciones sin respaldo probatorio, que por demás no pueden ser valoradas como si se tratara de hechos notorios o presumibles, y no de situaciones cuya comprobación, por mandato legal, le correspondía al demandante probar.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Mi prohijada se opone de manera expresa a las pretensiones formuladas en la demanda por ausencia de presupuestos fácticos y sustanciales, así:

A LA PRIMERA: Esta pretensión no está llamada a prosperar, y de la cual mi representa se opone, toda vez que no se acreditó por la demandante la ocurrencia del siniestro por incapacidad total y permanente, en los términos de las condiciones generales de la póliza, y conforme lo impone el artículo 1077 del Código de Comercio. Amén de estar prescritas las acciones derivadas del contrato de seguros de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

A LA SEGUNDA: Esta pretensión no está llamada a prosperar, y de la cual mi representa se opone, toda vez que no se acreditó por la demandante la ocurrencia del siniestro por incapacidad total y permanente, en los términos de las condiciones generales de la póliza, y conforme lo impone el artículo 1077 del Código de Comercio. Amén de estar prescritas las acciones derivadas del contrato de seguros de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

A LA TERCERA: Esta pretensión no está llamada a prosperar, y de la cual mi representa se opone, toda vez que no se acreditó por la demandante la ocurrencia del siniestro por incapacidad total y permanente, en los términos de las condiciones generales de la póliza, y conforme lo impone el artículo 1077 del Código de Comercio. Amén de estar prescritas las acciones derivadas del contrato de seguros de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

A LA CUARTA: Esta pretensión no está llamada a prosperar, y de la cual mi representa se opone, toda vez que no se acreditó por la demandante la ocurrencia del siniestro por incapacidad total y permanente, en los términos de las condiciones generales de la póliza, y conforme lo impone el artículo 1077 del Código de Comercio. Amén de estar prescritas las acciones derivadas del contrato de seguros de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

A LA QUINTA: Esta pretensión no esta llamada a prosperar por ser consecuencia directa de las anteriores.

A LA SEXTA: Esta pretensión no está llamada a prosperar por ser consecuencia directa de las anteriores.

A LA SEPTIMA: Me opongo a que profiera condena en costas y agencias en derecho a cargo de mi representada en virtud a que ésta ha dado cumplimiento a las disposiciones legales, es decir, que su conducta siempre ha estado sujeta a derecho.

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Con el propósito de oponerme a las pretensiones de la demanda, formulo con el carácter de perentorias las siguientes excepciones de mérito:

1. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGUROS.

En materia de seguros, cuestión sobre la cual trata este proceso, el fenómeno jurídico de la prescripción se encuentra inmerso en el Artículo 1081 del Código de Comercio, el cual dispone:

“Art. 1081 C. de Co.: - 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”.

El artículo 1081 del Código de Comercio, dispone de un régimen dual de prescripción, la cual de conformidad a la doctrina autorizada, son independientes una de la otra y su aplicación entre una y el otro tipo de prescripción obedece a un factor subjetivo y no a potestad del “interesado” para elegir el tipo prescriptivo que más le favorezca.

El profesor Hernán Fabio López Blanco, quien es uno de los más autorizados exponentes patrios, en su libro titulado “Comentarios al Contrato de Seguro” señala lo siguiente: “ (...) no es posible elegir entre las dos prescripciones ya que ellas tienen bases precisas para su cómputo, que corren independientemente de la voluntad de las personas vinculadas al contrato y se debe estar prioritariamente a la prescripción ordinaria si se estructuran las bases para su aplicación, porque la extraordinaria tan solo se considera cuando no existe los supuestos par el cómputo de la ordinaria”.

Conforme lo narra los hechos de la demanda y sus anexos, se puede evidenciar de forma palmaria que el hecho que da base a la acción tuvo lugar el día 03 de febrero de 2020, fecha en que se le notificó a la señora CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER el dictamen de incapacidad total y permanente emitido por la ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE, hecho que fue conocido por el demandante, razón por la cual desde dicha fecha comenzó a correr el termino de prescripción ordinaria.

Una vez analizada el acta de reparto del presente proceso, se evidencia que la señora CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER únicamente presentó dicha acción el día 17 de junio de 2022, es decir una vez se había consumado el termino de prescripción, toda vez que el termino de prescripción se configuro el día 03 de febrero de 2022.

Así las cosas, al haberse configurado el fenómeno jurídico de la prescripción ordinaria del contrato de seguros previsto en la norma anteriormente transcrita, solicito muy respetuosamente al despacho declarar probada la presente excepción.

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA POR CUENTA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. A FAVOR DEL DEMANDANTE CON AFECTACIÓN A LA POLIZA SEGURO DE VIDA GRUPO EDUCADORES GR 5579 POR NO HABERSE ACREDITADO EL SINIESTRO.

Primeramente, antes de plantear los argumentos a exponer, su señoría debe atender lo regulado en el artículo 1077 del Código de Comercio que a letra indica:

“Artículo 1077. Carga de la Prueba. Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuera el caso. (...)”

Ahora bien, con relación a el contrato de seguro suscrito, contenido en la póliza de seguro de vida grupo Educadores No. GR5579, en el clausulado aplicable recogido en las condiciones generales, se estipuló para la procedencia de la afectación del amparo denominado Incapacidad Total y Permanente, lo siguiente:

“CONDICION PRIMERA. – DEFINICION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

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

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERABA COMO TAL: LA PERDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISION DE AMBOS OJOS, LA IMPUTACION 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 REQUERIRA QUE TRANSCURRA EL PERIODO CONTINUO DE CIENTO OCHENTA (180) DIAS DE INCAPACIDAD”
(Subrayas fuera del texto original)

De conformidad al extracto del condicionado general de la póliza antes descrito, el cual contiene el ANEXO denominado INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, las partes, en virtud de su autonomía negocial, tuvieron a bien convenir que la afectación del precitado amparo además de estar precedida de la acreditación de tal incapacidad, esta debió producir lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo, es decir, para que opere el amparo de Incapacidad Total y Permanente, no es suficiente aportar dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral con un porcentaje igual o superior al 50%, sino que es necesario que el asegurado acredite que presenta una lesión orgánica o alteración funcional que le impida desempeñar cualquier actividad económica o trabajo remunerativo de por vida, así como también debe acreditar que la incapacidad que presenta es por más de 150 días continuos, no se trata de acumulación de incapacidades, sino que es necesario que le sean continuas en el tiempo, es por ello, que la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., al recibir reclamación por parte del demandante y realizar el estudio de la información médica que fue aportada con dicho escrito, se encontró que no era posible establecer de manera clara y definitiva estado de la incapacidad acorde con los términos establecidos en el contrato de seguro, y por ende no se demostró la ocurrencia del siniestro en los términos de las condiciones de la póliza, carga que le corresponde por ley al asegurado y no al asegurador.

Es necesario precisar, que el hecho de habérsele reconocido al demandante, pensión de invalidez por parte del régimen especial, como se acredita en el expediente, ninguna incidencia debe tener en el análisis y evaluación de la presente controversia, pues los requisitos y normas aplicables en estos, son completamente diferentes. Para la procedencia de la pensión resulta aplicable toda la normatividad especial referente al Sistema de seguridad social, mientras que el contrato de seguro, celebrado entre los extremos de la litis se debe regir por lo estipulado entre las partes y las normas de derecho comercial. Hay que tener claro que la invalidez padecida por la demandante únicamente se estructuró frente a la actividad laboral que este venía desempeñando de acuerdo con las normas que rigen en el sistema de pensiones, pero dicha calificación de invalidez, según lo establecido en las condiciones pactadas al momento de la suscripción del contrato de seguro recogido en la póliza de seguro grupo educadores No. GR-5579 no tiene equivalencia alguna, por cuanto el condicionado general es claro al indicar que además de acreditar la “INCAPACIDAD O INVALIDEZ”, el asegurado debe demostrar que la misma haya sido ocasionada y se manifieste estando protegido por el presente anexo, y que le produzca lesiones

orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo o actividad económica que le genere ingresos.

Reitero nuevamente, para efectos de que quede claridad en esto, que para que opere el amparo de Incapacidad Total y Permanente, no solo basta con la acreditación de un dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral sea cual sea su porcentaje, sino que será necesario, además, que el asegurado demuestre que dicha incapacidad le produzca al asegurado lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo remunerativo. Dicho dictamen aportado por el demandante emitido por la entidad de salud no demuestra que el demandante estuviera impedido para desempeñar cualquier actividad económica o trabajo remunerativo, pues solo tiene como objeto determinar un porcentaje de pérdida de su capacidad sobre unas patologías que la originaron frente a su trabajo en especial. En el proceso que nos ocupa, tenemos que una vez recibida la reclamación de la demandante, esta acreditó su estado de invalidez a través del dictamen proferido por la ORGANIZACIÓN CLINICA GENERAL DEL NORTE, que por demás mi representada no tuvo oportunidad de controvertir, por tramitarse bajo las normas especiales de seguridad social, pero no allegó documento idóneo para demostrar que dicha incapacidad le hubiera producido lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida le impidieran desempeñar o realizar cualquier trabajo o actividad económica, pues no podemos perder de vista que el amparo no es por invalidez, sino que es por Incapacidad Total y Permanente.

Concordante con lo anterior, es de vital importancia traer a colación lo señalado por la Superintendencia Financiera de Colombia a través del Concepto No. 1999054320-2 del 30 de septiembre de 1999, así:

“Tratándose de un seguro privado, su contenido se ciñe a las normas que regulan el contrato de seguro, contenidas en el Código de Comercio, a las establecidas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, Decreto 663 de 1993 y demás disposiciones que le resulten aplicables. Las condiciones de su contratación dependen del libre ejercicio de la autonomía de la voluntad.

Por consiguiente, los elementos o circunstancias que estructuran la Incapacidad Total y Permanente, riesgo cubierto en un contrato de seguro privado, corresponden a una manifestación de la voluntad de las partes intervinientes en dicho contrato, la cual constituye ley para ellas, acuerdo que ineludiblemente debe aparecer en la póliza de seguro respectiva, en una forma clara y expresa.

(...)

De tal manera que, en caso de siniestro, los parámetros que habrán de tenerse en cuenta para determinar si se configuró o no la Incapacidad Total y Permanente, si procede o no el pago de la indemnización, corresponden a los estipulados por las partes e incorporados en la póliza de seguro respectiva y, no los establecidos para el Sistema de Seguridad Social Integral a que alude la Ley 100 de 1993, cuya aplicación sólo es obligatoria para el reconocimiento de las prestaciones que se otorgan en el Sistema General de Pensiones, en el de Riesgos Profesionales; así como para la calificación de la limitación o discapacidad de la población discapacitada o minusválida de que trata la Ley 361 de 1997.”

Corolario a lo anterior, se observa que, de conformidad a la voluntad de las partes, el demandante al suscribir con mi representada, contrato de seguro de vida grupo, aceptó las condiciones para la afectación de la póliza. Como en el caso de marras, el demandante pretende afectar el amparo de Incapacidad Total y Permanente, hallando que no acreditó debidamente la ocurrencia del siniestro, acorde con la definición del amparo descrito en las condiciones generales de la póliza.

Bajo el contexto que viene de verse, se denota que es imperante la voluntad de las partes, por lo cual la demandante al suscribir con mi prohijada el contrato de seguro de vida grupo educadores, aceptó las condiciones para la afectación de la póliza.

Así las cosas, no puede imponerse condena alguna en contra de la COMPAÑÍA DE SEGURO BOLIVAR S.A., pues es claro que el demandante no cumplió con la obligación contemplada en el artículo 1077 del Código de Comercio.

En relación con el contrato de seguros se ha establecido por vía legal y doctrinaria que el contrato de seguros se define como un contrato consensual en virtud del cual el asegurador asume, como obligación condicional y hasta una suma específica, a cambio del pago de una prima, el riesgo asegurable que le traslada el tomador cuando él o sus representantes tienen interés asegurable en dicho riesgo.

En conclusión, el contrato de seguro está regido por las estipulaciones contractuales derivadas de la póliza y en lo no previsto en ellas por las disposiciones contenidas en la legislación mercantil, artículo 1036 y siguientes del Código de Comercio, razón por la cual el contrato de seguro se rige por las cláusulas que expresamente convienen los contratantes.

Por lo anterior, solicito al señor juez declare probada la presente excepción.

3. AUSENCIA DE LOS ELEMENTOS CONTITUTIVOS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL EN CABEZA DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.

En cuanto al régimen de responsabilidad civil contractual, en el derecho civil colombiano se han señalado los siguientes elementos que la conforman, y, por ende, que surja una obligación de indemnizar por parte del deudor, los cuales son: un perjuicio, una culpa contractual y un vínculo de causalidad entre la culpa y el perjuicio, todo lo cual, debe girar en torno a un contrato válidamente celebrado entre las partes. Por ser este un aspecto que no se encuentra regulado legalmente, la jurisprudencia colombiana ha señalado como elementos comunes entre la responsabilidad contractual y extracontractual que:

... deben encontrarse acreditados en el proceso los siguientes elementos: una conducta humana, positiva o negativa (...) un daño o perjuicio, esto es, un detrimento, menoscabo o deterioro, que afecte bienes o intereses de la víctima(...) una relación de causalidad entre el daño y la conducta de aquel a quien se imputa su producción o generación, y finalmente, un factor o criterio de atribución de la responsabilidad, por regla general de carácter subjetivo (dolo o culpa) y excepcionalmente de naturaleza objetiva (riesgo).

En el presente caso la parte actora, solicita como fundamento de sus pretensiones supuestos incumplimientos por parte de las demandadas en el cubrimiento de los riesgos amparados en Póliza de seguro vida grupo educadores GR-5579.

Teniendo en cuenta lo anterior, tenemos que la acción encuentra su respaldo legal aunque la parte demandante no lo indique en la demanda en la armonización de los artículos 1602 y 1546, en los que se dispone que en caso que uno de los contratantes incumpla sus obligaciones, opera la condición resolutoria, y en tal caso, por efecto de la ley se faculta al otro contratante para pedir a su arbitrio, o el cumplimiento del contrato o su resolución y en ambos casos la indemnización de perjuicios que corresponda.

La jurisprudencia ha determinado que, para la prosperidad de dicha pretensión, se requiere establecer unos supuestos, que ha precisado en los siguientes términos:

“dos son los requisitos para la prosperidad de tal acción. A.-) Que el contratante contra el cual se dirige la demanda haya incumplido a su carga; y b.- Que el contratante que la proponga haya cumplido o se haya allanado a cumplir lo pactado a cargo suyo¹.

Lo anterior impone al demandante el traer con el mismo libelo demandatorio la prueba de la existencia y validez del contrato del cual brota la o las obligaciones que se enrostra a los demandados como incumplidas.

Pues bien en el caso bajo estudio, tenemos que la parte demandante arguye incumplimiento de obligaciones en cabeza de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., pero tenemos que no aporta prueba alguna que demuestre la conducta sobre la cual se funde un supuesto incumplimiento por parte de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A., solo se menciona que se presentó reclamación y que en virtud de ello teniendo en cuenta las coberturas de la póliza no se hizo efectiva la misma, pero no aporta prueba, teniendo la carga de hacerlo, la cual sea demostrativa de conducta por parte de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A, en la cual se ponga en evidencia un incumplimiento.

Por último, no existe un factor o criterio de atribución de la responsabilidad, en cabeza de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A, por el cual se le pueda endilgar a título de culpa o dolo, que este incurrió en conducta sobre la cual pueda enrostrársele algún tipo de incumplimiento.

Así las cosas, es claro que no se encuentran reunidos los elementos necesarios para que pueda endilgársele responsabilidad civil contractual en cabeza de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A pues no se cumplen con los presupuestos para que proceda la acción de resolución contractual, por lo que ello conduce necesariamente a la declinación de la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

Por lo anteriormente expuesto, ruego al Despacho declarar probada la presente excepción.

4. CUALQUIER OTRO TIPO DE EXCEPCION DE FONDO QUE LLEGARE A PROBARSE Y QUE TENGA COMO FUNDAMENTO LA LEY O EL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA INVOCADA COMO FUNDAMENTO DE LA DEMANDA.

PRUEBAS

Para que se declaren probadas las excepciones propuestas en este escrito, solicito que en la oportunidad procesal correspondiente se decreten, tengan en cuenta y practiquen como pruebas las siguientes:

DOCUMENTALES

1. Carta de objeción de fecha 01 de febrero de 2017, 01 de marzo de 2017, 10 de abril de 2017, 12 de mayo de 2017, 16 de noviembre de 2017, 13 de febrero de 2018 y 30 de octubre de 2018.
2. Solicitud – certificado individual de Seguro de Vida grupo educadores de Colombia No. GR 5253.
3. Condiciones generales de la póliza de vida grupo educadores No. GR 5253.

¹ CSJ Cas 23 de mayo de 1976 Tomada del CC de la Superintendencia de Notariado.

INTERROGATORIO DE PARTE

Que se cite a la señora CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER, mujer, mayor de edad, para que absuelva el interrogatorio de parte que le formularé en la respectiva audiencia o diligencia, sobre los hechos de la demanda y su contestación, su citación se puede efectuar en la dirección indicada en la demanda y a ella me remito.

ANEXOS

1. Los enunciados en el acápite de prueba documental.
2. Poder especial otorgado al suscrito.
3. Certificado de existencia y representación legal de COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia y que fue aportado al momento de la notificación.

NOTIFICACIONES

- El demandante y su apoderado reciben notificaciones en las direcciones aportadas en la demanda y a ellas me remito.
- La COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. recibirá notificaciones en la Avenida el Dorado No. 68B - 31, piso 3 de la ciudad de Bogotá D.C.
- Por mi parte las recibiré en la secretaría de su despacho o en la Carrera 58 No. 70-110 Oficina A2 de la ciudad de Barranquilla y al correo agp@ompabogados.com

Del señor Juez, respetuosamente,



ALEXANDER GOMEZ PEREZ
C.C No. 1.129.566.574 de Barranquilla
T.P. No. 185.144 del C.S.J.
A.C.N.R

Señores
JUZGADO NOVENO (9º) CIVIL MUNICIPAL
ATLANTICO – BARRANQUILLA

Referencia: PROCESO VERBAL
Demandante: CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER
Demandado: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A Y OTROS
Radicado: 08001405300920220037300
Asunto: Poder Especial

MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO mayor y vecina de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 39.681.414 de Usaquén, actuando en calidad de representante legal de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.** dada mi calidad de tercer suplente del presidente de la mencionada sociedad, lo cual se acredita con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia que se adjunta, de manera atenta manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente a **ALEXANDER GÓMEZ PÉREZ** con cédula de ciudadanía No. 1.129.566.574 de Barranquilla y T.P. 185.144 del Consejo Superior de la Judicatura, a **HOLGER AUGUSTO ALFONZO FLOREZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.143.425.224 de B/quilla, portador de la Tarjeta Profesional No. 220.003 del Consejo Superior de la Judicatura, a **EDUARDO ALVARADO CONTRERAS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 9.102.704 expedida en Cartagena, abogado en ejercicio portador de la Tarjeta Profesional No. 117.403 del Consejo Superior de la Judicatura, a **AUGUSTO CESAR NIEBLES RAMOS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.140.857.895 de Barranquilla, portador de la Tarjeta Profesional No. 267.222, del Consejo Superior de la Judicatura, a **MARTIN JOSE GONZALEZ COLPAS**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.044.429.626 de Puerto Colombia, portador de la Tarjeta Profesional No. 302.665, del Consejo Superior de la Judicatura, a **LINO ALEXANDER SANCHEZ ANILLO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 72.259.725 expedida en Barranquilla, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 201.206 del Consejo Superior de la Judicatura para que en nombre de la sociedad que represento actúen, intervengan y lleven hasta su culminación el proceso de la referencia.

Mis apoderados quedan facultados en los términos de los artículos 75 y 77 del Código General del Proceso y en especial quedan habilitados para conciliar, recibir, transigir, desistir y realizar todo cuanto juzguen necesario para el éxito de este mandato.

Atentamente,

SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.
notificaciones@segurosbolivar.com


MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO
C.C. 39.681.414 de Usaquén
Representante Legal

Aceptamos,



ALEXANDER GÓMEZ PÉREZ
C.C. 1.129.566.574 de Barranquilla
T.P. No. 185.144 del C.S.J.
agomez@ompabogados.com

AUGUSTO CESAR NIEBLES RAMOS
C.C. No 1.140.857.895 de B/quilla.
T.P. No 267.222 del C.S. de la J.
aniebles@ompabogados.com

EDUARDO ALVARADO CONTRERAS
C.C. No 9.102.704 de Cartagena.
T.P 117.403 del C. S. de la J.
juridicoscaribe@gmail.com

MARTIN JOSE GONZALEZ COLPAS ANILLO
C.C. No. 1.044.429.626 de Puerto Colombia
T.P. No 302.665 del C.S. de la J.
mgonzalez@ompabogados.com

LINO ALEXANDER SANCHEZ ANILLO
C.C. No. 72.259.725 de Barranquilla
T.P No. 201.206 del C.S. de la J.
lsanchez@ompabogados.com

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 320713205033262

Generado el 21 de junio de 2022 a las 16:55:27

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

EL SECRETARIO GENERAL

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

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A. también podrá girar bajo la denominación "SEGUROS BOLÍVAR S.A.".

NIT: 860002503-2

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

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

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

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

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

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

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

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



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3207132050333262

Generado el 21 de junio de 2022 a las 16:55:27

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

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

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Álvaro Alberto Carrillo Buitrago Fecha de inicio del cargo: 01/01/2022	CC - 79459431	Presidente
David Leonardo Otero Bahamon Fecha de inicio del cargo: 13/02/2020	CC - 91514879	Primer Suplente del Presidente
Sandra Isabel Sánchez Suarez Fecha de inicio del cargo: 18/06/2015	CC - 51710260	Segundo Suplente del Presidente
María De Las Mercedes Ibáñez Castillo Fecha de inicio del cargo: 09/08/1994	CC - 39681414	Tercer Suplente del Presidente
Claudia Marcela Sánchez Rubio Fecha de inicio del cargo: 20/02/2020	CC - 65745726	Cuarto Suplente del Presidente
Álvaro José Cobo Quintero Fecha de inicio del cargo: 10/02/2022	CC - 14898861	Quinto Suplente del Presidente
Rafael Andres Velez Peñarete Fecha de inicio del cargo: 28/12/2021	CC - 80757549	Representante Legal para Efectos Exclusivamente Judiciales

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3207132050333262

Generado el 21 de junio de 2022 a las 16:55:27

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

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

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 accidentes personales, colectivo de vida, vida grupo, educativo, pensiones, salud, vida individual

Resolución S.B. No 1006 del 30 de mayo de 1994 seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia

Resolución S.B. No 1174 del 17 de junio de 1994 seguro de pensiones ley 100

Resolución S.B. No 2511 del 18 de noviembre de 1994 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 el ramo de pensiones de jubilación se comercializará bajo el nombre de pensiones voluntarias (Formalizar por Resolución S.B. Nro. 128 del 16/02/2004).

Resolución S.F.C. No 1417 del 24 de agosto de 2011 se revoca la autorización concedida a Compañía de Seguros Bolívar S.A., para operar los ramos de Colectivo de vida y Educativo

Resolución S.F.C. No 0828 del 04 de agosto de 2021 autoriza la cesión de todos los contratos de seguros del ramo de vida individual de la cedente HDI SEGUROS DE VIDA S.A., a la cesionaria SEGUROS BOLÍVAR S.A. en las condiciones informadas y por las razones expuestas en la parte motiva de esta Resolución.



**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL**

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 3207132050333262

Generado el 21 de junio de 2022 a las 16:55:27

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

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

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA





CERTIFICADO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

FECHA DE REMISION		ENTIDAD REMITENTE		UT NORTE	
ESPECIALIDAD QUE REMITE		MEDICINA LABORAL	ESPECIALIDAD DONDE SE REMITE		
INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
NOMBRES/APELLIDOS		MARTIN HERNANDEZ		CEDULA	
EDAD (AÑOS)	ESTADO CIVIL	AREA DE DOCENCIA (CARGO)		36534688	
FECHA DE VINCULACION AL MAGISTERIO			TIEMPO EN LA ACTIVIDAD (años)		
DIAGNÓSTICO			CIE-10	DIAGNOSTICO	
Cepsocho Grave pprn: F322					
DESCRIPCION DE SECUELAS			PRONÓSTICO (SEÑALE CON "X")		
Obnubilado			FAVORABLE	ACEPTABLE	NO FAVORABLE
obnubilado					X
obnubilado					X
obnubilado					X

COMENTARIOS

TRATAMIENTOS CONCLUIDOS (ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, PROCEDIMIENTOS Y REHABILITACIÓN)

SI

NO

COMENTARIOS:

Tratamiento de manera ambulatoria.

FECHA DE TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN Y/O CURATIVOS TERMINADOS

Permanente

COMPLICACIONES:

Ninguna

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

NOMBRE Y APELLIDOS:

Yajaira Freyre Ureche

FECHA:

ESPECIALIDAD:

Psiquiatría

FIRMA

Yajaira Freyre Ureche
C.C. 36.722.127
CMI 0000000
Medico Psiquiatra

N°. REGISTRO Y/O TARIETA PROFESIONAL:

Avenida Libertador No. 13-12 PBX 4366111 Ext. 102

salud-ocu@clinicageneraldelnorte.com Santa Marta - Colombia

CERTIFICADO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL

FECHA DE REMISION		ENTIDAD REMITENTE		UT NORTE	
ESPECIALIDAD QUE REMITE		MEDICINA LABORAL	ESPECIALIDAD DONDE SE REMITE		
INFORMACIÓN DEL PACIENTE					
NOMBRES/APELLIDOS		CARMEN MARTÍNEZ HOYER		CEDULA	36 534 688
EDAD (AÑOS)	64	ESTADO CIVIL	CASADA	AREA DE DOCENCIA (CARGO)	COORDINACION
FECHA DE VINCULACION AL MAGISTERIO		TIEMPO EN LA ACTIVIDAD (años)			
DIAGNÓSTICO		CIE-10	DIAGNOSTICO	CIE-10	
Trastorno Estrés posttraumático F43.1			Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.	F 32.2	
DESCRIPCION DE SECUELAS					
				PRONÓSTICO (SEÑALE CON "X")	
				FAVORABLE	NO FAVORABLE
La pre presenta luego del evento traumático ansiedad, pánico, desconfianza, insomnio, minusalta, depresión (llanto fácil y recurrente).				ACEPTABLE	X

COMENTARIOS

TRATAMIENTOS CONCLUIDOS (ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, PROCEDIMIENTOS Y REHABILITACIÓN)	SI	NO	X
COMENTARIOS: la paciente debe seguir asistiendo a terapia psicológica individual y familiar. la pta no debe exponerse a situaciones estresantes.			

FECHA DE TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN Y/O CURATIVOS TERMINADOS

Junio 6 de 2019

COMPLICACIONES:

la paciente a pesar de la orientación y las técnicas cognitivas conductuales de afrontamiento

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

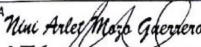
NOMBRE Y APELLIDOS: Nini Arlet Mozo Guerrero

ESPECIALIDAD: Psicología.

N°. REGISTRO Y/O TARJETA PROFESIONAL: 119833.

FECHA:

FIRMA

Nini Arlet Mozo Guerrero

 PSICOLOGA - CCC
 R.P. 472120 - T.P. 119833



HISTORIA CLINICA AMBULATORIO

2019/07/26 11:39:15

Pagina No 1

I.DATOS DEL PACIENTE

Historia Clínica 3853

Identificación 36534688

Apellido(s) y Nombre(s)

CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER

Fecha de Nacimiento

1956/01/01

Lugar de Nacimiento

Sexo

FEMENI

Edad

63 AÑO(S)

Estado Civil

UNION LIBRE

Ocupacion

Direccion

CALLE 27A #18A-35 CATALINA2000

Telefono

4206403

Ciudad

II.DATOS DE LA CONSULTA

No Cita 11259530 Fecha de Atencion 2019/07/26 Medico RAFAEL JOSE PEREZ RADA.

Especialidad ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Motivo de la Consulta

CONTROL

Enfermedad Actual

ECOGRAFIA DEL HOMBRO CON LESION BURSITIS Y TENOSINOVITIS DLEL SUPRAESPINOSA EMG DEL REPSOTRA TUUNEL DELA CAPR MODERADO REFIOERE POLIARATRALGAI

EST
NU
F

HISTORIA CLINICA AMBULATORIO

2019/07/26 11:39:15

Pagina No 2

EXAMEN FISICO

Presion Arterial:	0/0	Frecuencia Respiratoria	0	Frecuencia Cardíaca	0
Peso	65	Talla	158	Perímetro Abdominal	0
				Temperatura	36.00

VII. IMPRESION DIAGNOSTICA

Diagnostico Principal	G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
Diagnostico Relacionado 1	M751	SINDROME DEL MANGUITO ROTATORIO
Diagnostico Relacionado2	M658	OTRAS SINOVITIS Y TENOSINOVITIS
Diagnostico Relacionado3		
Tipo de Diagnostico	3	CONFIRMADO REPETIDO
Finalidad de la Consulta	10	NO APLICA
Causa Externa	13	ENFERMEDAD GENERAL
Plan de Manejo	GABAPETIN Y FISIOTERAPIA TRAMADOL DICLOFENO TAB FISIOTRA VAL ESP DE MANO	



Ha Compromiso con la Vida

CALIDEZ E INNOVACIÓN

Nit 650.102.768-5



Certificado SC No. 2010-1

NOMBRE: CARMEN CECILIA MARTINES HOYER
EDAD: 63 Años
ESTUDIO: ECOGRAFIA HOMBRO DERECHO
NUMERO: 36534688
ENTIDAD: FER SANTA MARTA
FECHA : Julio/18/ 2019

TENDÓN DE LA PORCION LARGA DEL BÍCEPS: el tendón es ecogénico, de topografía, morfología y ecogenicidad normal, sin presencia de fluido peritendineo, así como tampoco se observa alteraciones de la unión miotendinosa.

TENDÓN SUBSCAPULAR: de topografía, morfología y ecogenicidad habitual, sin presencia de imágenes que sugieran roturas, el cual pasa por debajo de la apófisis coracoides, y no se observan alteraciones en su inserción en la tuberosidad menor del humero.

TENDON DEL REDONDO MENOR: de topografía, morfología y ecogenicidad habitual, sin presencia de alteraciones significativas.

TENDON DEL SUPRAESPINO: Cambios intrasustancia en el espesor de las fibras del tendón, sin signos de ruptura.

TENDON DEL INFRAESPINO: de topografía, morfología y ecogenicidad habitual, sin presencia de alteraciones significativas.

LIGAMENTOCORACOACROMIAL: de topografía y morfología habitual.

BURSA SUBACROMIOSUBDELTOIDEA Y CORACOIDEA : Bursitis subdeltoideas.

LABRUM: los labrum anteriores y posteriores así como las escotaduras son de aspecto ecografico usual.

SISTEMA MUSCULAR: Las porciones musculares visualizadas son de topografía, morfología y ecogenicidad habitual

La piel y el tejido celular subcutáneo no presentan alteraciones.

Contornos óseos sin alteraciones

IDX:

1-BURSITIS SUBDELTOIDES.

2-TENDINOSIS DEL SUPRAESPINO

Dra:

ANDREA ESCANDON VEGA.
MD. RADIOLOGO-IMAGENOLOGO.
RM.57290989

Transcribió: P L

Avenida Libertador No. 22 – 08 Tel: 4200493 – 4204037 Ext.: 105 Fax: - 4204052 Ext.: 103

imagenes.del.norte@hotmail.com
Santa Marta - Colombia





Te Compañeramos con la Vida

ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE

890102768
CRA 48 NO. 70-38

ARHSchxFoPdf2

Pag: 1 de 1

Fecha: 25/10/19

Getareo: 14

36534688

HISTORIA CLINICA No. CC 36534688 -- CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER
Empresa: OCGN - MAGISTERIO MAGDALENA R6 **Afilado:** MAGISTERIO
Fec. Nacimiento: 01/01/1955 **Edad actual:** 64 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Unión Libre
Teléfono: 3105082114 **Dirección:** CALLE 27A N 18A 31
Barrio: SANTA CATALINA 2000 **Departamento:** MAGDALENA
Municipio: SANTA MARTA (DISTRITO TURISNOVA) **Ocupación:** Profesores de instituciones de educación superior
Etnia: Ninguno de los Anteriores **Grupo Etnico:** Ninguno de los anteriores
Nivel Educativo: PROFESIONAL **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN: 010105 CONSULTA EXTERNA OCGN

Edad 64 AÑOS

FOLIO 1 FECHA 25/10/2019 09:52:39 TIPO DE ATENCION AMBULATORIO

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

DOLOR EN LAS MANOS Y SE ME DURMEN

ENFERMEDAD ACTUAL

REFIERE LA PACIENTE QUE PRESENTA CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 1 AÑO DE EVOLUCION DE PARESTESIAS EN AMBAS MANOS, NO ASOCIADO A TRAUMA, EN TTO CON FST Y MEDICAMENTOS CON LO CUAL MEJORA, NO HAY ESTUDIOS PREVIOS.

OBJETIVO

EXAMEN FISICO

EXTREMIDADES SUPERIORES: DURKAN POSITIVO MANO DERECHA, PHALLEN POSITIVO AMBAS MANOS

ANALISIS Y PLAN

DIAGNOSTICO G560 SINDROME DEL TUNEL CARPIANO

Tipo PRINCIPAL

DIAGNOSTICO ENFERMERIA

ANALISIS

PACIENTE CON SIGNOS D S DE TUNEL DLE CARPO NO HAY ESTUDI O DE EMG MAS VNCD SE SOLICITAN ESTUDIOS Y CITA CON ESULTADOS.

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: CIRUGIA DE LA MANO

Fecha de Orden: 25/10/2019

OBSERVACIONES

RESULTADOS:

CARLOS ALBERTO MORALES VELA

Reg. 116218/200

CIRUGIA DE LA MANO

Usuario: 1140822646



Un Compromiso con la Vida
CALIDAD E INNOVACIÓN
TEL. 800 102 719-5

ORG. CLINICA GENERAL DEL NORTE

Un Compromiso con la vida

PROGRAMA ~~MAGISTERIO~~ MAGDALENA

AVENIDA LIBERTADOR No 13-12 TEL. SANTAMARTA

PTE. REGIMEN ESPECIAL

ORIGINAL

ORDEN DE REMISIONES A ESPECIALISTAS

Orden No:	28242827	Cargo No:	26479407	Historia Clinica No:	36534688	Identificacion:	36534688
Paciente:	CARMEN CECILIA MARTINEZ HOY			Direccion:	CALLE 27A #18A-35 CAT	Telefono:	3105082114
Edad:	63 AÑO(S)			Programa:	MAGISTERIO MAGDALENA	Fecha:	2019/12/21
Tipo Afiliado:	COTIZANTE			Diagnostico:	G560 SINDROME DEL TUNEL CARPIANO		

Codigo	Descripcion	Cant	Justificacion
--------	-------------	------	---------------

890402	CIRUGIA DE LA MANO	1	CONTROL 2 MESES
--------	--------------------	---	-----------------

Observaciones:

Prestador: CLINICA GENERAL DEL NORTE S.A

KRA 48 # 70 -38

3091666

MEDICO QUE ORDENA

Nombre: CARLOS MORALES VELA

Especialidad: CIRUGIA DE LA MANO

Registro Medico: 72198213

RECIBIDO

FIRMA PACIENTE

Nota: La ilegibilidad, el diligenciamiento incompleto o la inconsistencia en la información de esta solicitud son causales de devolución de la misma.

Orden Valida por 30 Dias Impresa Por: gonzalez

2019/12/21 12:12:36

**ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE****890102768****CRA 48 NO. 70-38**

[AROrdIntr]

Fecha: 20/12/19**Hora:** 08.13.55**Página:** 1**FECHA ORD. MEDICA:** 20/12/2019 08:04:12

Paciente: CC 36534688 **CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER**
Fecha nacimiento: 01/01/1955 00:00:00 **Edad:** 64 AÑOS **Sexo:** FEMENINO **Folio:** 7 **Urgente?**
Sede: CONSULTA EXTERNA OCGN **Realizar en** 0 días
Empresa: OCGN - MAGISTERIO MAGDALENA R6
Pabellon: CONSULTA EXTERNA CGN **Cama:** **Tipo:**
Diagnostico: G560 **SINDROME DEL TUNEL CARPIANO**

DIAGNOSTICOS ACTUALES

Código	Descripción	Clase
G560	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO	PRINCIPAL

VALORACIONES Y CONTROLES

Código	Descripción
133	CIRUGIA DE LA MANO

Profesional

CARLOS ALBERTO MORALES VELA
Reg. Med. 116218/2000
CIRUGIA DE LA MANO



He Campeónes con la Vida

ORGANIZACION CLINICA GENERAL DEL NORTE

890102768

CRA 48 NO. 70-38

ARHSchFoPdf2

Pag: 1 de 1

Fecha: 20/12/19

Getareo: 14

36534688

HISTORIA CLINICA No. CC 36534688 -- CARMEN CECILIA MARTINEZ HOYER

Empresa: OCGN - MAGISTERIO MAGDALENA R6

Afiliado: MAGISTERIO

Fec. Nacimiento: 01/01/1955

Edad actual: 64 AÑOS

Sexo: F

Grupo Sanguíneo:

Estado Civil: Unió

Teléfono: 3105082114

Dirección: CALLE 27A N 18A 31

Barrio: SANTA CATALINA 2000

Departamento: MAGDALENA

Municipio: SANTA MARTA (DISTRITO TUCURUI)

Ocupación: Profesores de instituciones de educación superior

Etnia: Ninguno de los Anteriores

Grupo Etnico: Ninguno de los anteriores

Nivel Educativo: PROFESIONAL

Atención Especial: NO APLICA

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO DEFINIDO

SEDE DE ATENCIÓN: 010105 CONSULTA EXTERNA OCGN

Edad 64 AÑOS

FOLIO

7

FECHA 20/12/2019 08:04:12

TIPO DE ATENCION

AMBULATORIO

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

REPORTE DE EXAMENES

ENFERMEDAD ACTUAL

TRAJE REPORTE DE EMG MAS VNCD QUE REPORTA MODERADO PARA DERECHA Y LEVE IZQUIERDA , COMPRESION DEL MEDIA EN EL TUNEL DEL CARPO , NO TTO EN LA ACTUALIDAD

OBJETIVO

EXAMEN FISICO

EXTREMIDADES SUPERIORES: DURKAN POSITIVO MANO DERECHA

ANALISIS Y PLAN

DIAGNOSTICO G560 SINDROME DEL TUNEL CARPIANO

Tipo PRINCIPAL

DIAGNOSTICO ENFERMERIA

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: CIRUGIA DE LA MANO

Fecha de Orden: 20/12/2019

OBSERVACIONES

RESULTADOS :

REALIZADO POR : CARLOS ALBERTO MORALES VELA -- CIRUGIA DE LA MANO

PLAN - TERAPEUTICO

SE DAN ORDENES PARA FST Y FERULAS CITA EN 2 MESES

CARLOS ALBERTO MORALES VELA

Reg. 116218/200

CIRUGIA DE LA MANO



FORMATO ÚNICO PARA RECLAMACIONES
DE SEGUROS DE VIDA Y SUS ANEXOS
Para ser llenado por el Asegurado o Beneficiario (a mano y con tinta)

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

1. Datos Generales

Nombre completo del Asegurado <i>Carmen Cecilia Martinez Hayer</i>		Cédula <i>36534688</i>
Edad <i>66</i>	Dirección actual <i>Calle 97 A # 18 A-31 Urb. Catalina 2000 Santa Marta</i>	Ciudad <i>Santa Marta</i>
Ocupación habitual <i>Directiva Docente</i>	Teléfono <i>3105082114</i>	
En caso de fallecimiento, edad al morir		
Amparo por el que desea reclamar		
Vida ☐	Rentas ☐	Incapacidad total y permanente ☒
Enfermedades Graves ☐		Accidentes Personales ☐
		Gastos Médicos ☐

2. Detalles del accidente, enfermedad o fallecimiento

ES INDISPENSABLE ADJUNTAR HISTORIA CLÍNICA Y EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Causa ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Homicidio ☐ Suicidio	Lugar	Fecha DD MM AAAA
Dé un informe detallado de los hechos:		

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?

4. Fecha de diagnóstico por un médico <i>05-28-2019</i>	5. Tiempo de evolución de esta enfermedad <i>Febrero 21/2019 - Enero-2021</i>
--	--

6. Otros antecedentes del asegurado <i>Fibromialgia - síndrome del túnel carpiano - síndrome del manguito rotatorio</i>	Tiempo de evolución:
--	----------------------

7. ¿Esta recibiendo tratamiento por esta enfermedad? ☒ Sí ☐ No
Si su respuesta es afirmativa, indique cual <i>Psiquiatría, Fisiología, Psicología, Ortopedia</i>
8. Indique el nombre de su E.P.S. <i>Cruzcampo de maro</i>

9. Indique el nombre, dirección y ciudad de la I.P.S. que lo atiende regularmente <i>Clinica General del Norte</i>	Es afiliado ☒ Beneficiario ☐
---	---

10. Indique el nombre, dirección y ciudad de su médico habitual <i>Clinica La Milagrosa</i>	¿Desde hace cuánto tiempo?
<i>Dr. Jairo Freite - Nini Mozo - Dr. Mario Garcia</i>	<i>Feb 21/2019 -</i>

11. Indique los médicos o especialistas que ha consultado en relación con su enfermedad o accidente:	Especialidad
<i>Dr. Jairo Freite</i>	<i>Md. Signia Fra</i>
Dirección <i>Insecar - Av. Libertador # 15-61</i>	Ciudad <i>Santafé</i>
<i>Dr. Nini Mozo - Isaac Pereira</i>	Teléfono <i>300 208 754</i>
Dirección <i>Clinica General del Norte</i>	Especialidad <i>Neurología - Md. Saboral</i>
<i>Ciudad</i>	Teléfono <i>300 5749049</i>

12. Si fue tratado en un Centro Hospitalario indique:

1. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de ingreso	Fecha de Salida
Dirección	DD MM AAAA	DD MM AAAA
	Ciudad	Teléfono
2. Nombre del Centro Hospitalario	Fecha de ingreso	Fecha de Salida
Dirección	DD MM AAAA	DD MM AAAA
	Ciudad	Teléfono

13. ¿Tratamientos Pendientes? ☒ Si ☐ No

Tratamientos Quirúrgicos (Detallar)

Tratamientos Médicos (Detallar)

Rehabilitación (Detallar)

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

☒ Si ☐ No

15. En caso de reclamación por fallecimiento, diligenciar:

BENEFICIARIOS

1. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Rynoldo Blanco Bula Comp. p.mta	3. 793.360	bettyblanco.martinez@gmail.com	Reynal Bula	
2. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Betty Cecilia Blanco Martínez Hijo	36.724.008	bettyblanco.martinez@gmail.com	Betty Blanco	
3. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Rynoldo de Sesin Blanco Martínez - Hijo	84.455.099	mundo.blanco.martinez@gmail.com	Reynoldo B.	
4. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Reymundo Emilio Blanco Martínez - Hijo	85.155.215	mundo.blanco.martinez@gmail.com	Rey Bula	
5. Nombre	Parentesco	Cédula	Correo Electrónico	Firma
Patricio Monica Martínez Hoyer - Hermana	36.557.572	p.m.m.hoyer@hotmail.com	Patricio Martínez Hoyer	

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

Nombre	310 008 2114
Dirección	310 008 2114
Correo electrónico	310 008 2114

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

carmen.martinez.hoyer.1955@gmail.com

Lugar y Fecha

Santa Marta



Huella

Firma del asegurado

C.C. No. 3603468854

Firma del Beneficiario reclamante
C.C. No.

SEGUROS
BOLÍVAR

SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE
SEGURO DE VIDA DE GRUPO

POLIZA GR-

5579.

TOMADOR: EDUCADORES DE COLOMBIA		PLANTEL	CÓDIGO PAGO	ENDOSO/FACTURA	No. SOLC./CERTIF. 241680	PRODUCTO VIDA
PERIODICIDAD PAGO ANUAL	NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL CARLOS E. MARTINEZ HOYER		DOC. DE IDENTIDAD 36134688		FECHA NACIMIENTO 01/01/56	
SEXO F	OCCUPACIÓN DIRECTORA	TELÉFONO OFICINA 4214'30	TELÉFONO RESIDENCIA 4204'99	DIRECCIÓN CL 27A + 18A - 34		
DEPARTAMENTO MAIO	CIUDAD STA LITA	NOMBRE DEL CÓNYUGE (SEGUNDO ASEG.) REYNALDO A. BLANCO BULA		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 3793360	FECHA NACIMIENTO 5/03/40	
SEXO M	OCCUPACIÓN INGENIERO	TELÉFONO OFICINA	LOCALIDAD URU	No. DECLARACIÓN 541368	FECHA EXPEDICIÓN 12/12/02	CÓD. INTERMEDIARIO 7169

CERTIFICAMOS

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de éste documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro de el(los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente Solicitud - Certificado.

ASEGURADO PRINCIPAL		CÓNYUGE (Segundo Asegurado)	
V/R ASEGURADO SOLICITADO \$	40 000 000	V/R ASEGURADO SOLICITADO \$	30 000 000
VIGENCIA DESDE	01/03/03	VIGENCIA HASTA	31/12/03

BENEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL			
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	CALIDAD	%
BETY CECILIA BLANCO MARTINEZ	HUJA	VOL.	25
REYNALDO A. BLANCO BULA	ESPOSO	VOL.	13
REYNALDO DE J. BLANCO MARTINEZ	HUJO	VOL.	25
REYNALDO EMILIANO BLANCO MARTINEZ	HUJO	VOL.	25

BENEFICIARIOS CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)			
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	CALIDAD	%
CARLOS E. MARTINEZ HOYER	ESPOSA	VOL.	25
BETY CECILIA BLANCO MARTINEZ	HUJA	VOL.	25
REYNALDO DE J. BLANCO MARTINEZ	HUJO	VOL.	25
REYNALDO E. BLANCO MARTINEZ	HUJO	VOL.	25

AMPAROS	ASEGURADOS	EDAD	TASA (X 1000)	PRIMA (\$)
VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL CON BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.	ASEGURADO PRINCIPAL	46	750	30.000
	CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)	62	750	22.120
PRIMA TOTAL				\$52.120

IMPORTANTE: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad.

Así mismo, La Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de \$ **400 000 000**.

DATOS DE INTERMEDIACIÓN

Nombre del intermediario o Razón social TORRES GUARIN Y CIA		Clase Intermediario Corredor ☐ Agencia ☐ Correo ☐	
Prima sin comisión	IVA	Comisión	Valor Total

FIRMA AUTORIZADA
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
Nit 860.002.503-2
www.segurosbolivar.com

ASEGURADO PRINCIPAL
C.C. **36134688**

Carrera 10 N° 16 - 39 A.A. 4421
Conmutador 341 00 77 Fax 283 07 99
Bogotá D.C., Colombia.

CÓNYUGE

3793360

REPRESENTANTE LEGAL
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Atención al Cliente Teléfono Verde
01 8000 122 122 / 3 122 122 en Bogotá
Desde Celular o Avantel *122

SEGUROS
BOLÍVAR

SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE
SEGURO DE VIDA DE GRUPO

POLIZA GR-

5549.

TOMADOR: EDUCADORES DE COLOMBIA		PLANTEL	CÓDIGO PAGO	ENDOSO/FACTURA	No. SOLC./CERTIF. 241680	PRODUCTO VIDA
PERIODICIDAD PAGO ANUAL	NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL ARMAN E. MARTINEZ HOYER		DOC. DE IDENTIDAD 36134688		FECHA NACIMIENTO 01/01/56	
SEXO F	OCCUPACIÓN DIRECTORA	TELÉFONO OFICINA 431430	TELÉFONO RESIDENCIA 4304799	DIRECCIÓN CD 27A + 18A - 34		
DEPARTAMENTO MAIO	CIUDAD STA LITA	NOMBRE DEL CÓNYUGE (SEGUNDO ASEG.) REYNALDO A. BLANCO BOLA		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 3793360	FECHA NACIMIENTO 6/03/40	
SEXO M	OCCUPACIÓN INGENIERO	TELÉFONO OFICINA	LOCALIDAD RSU	No. DECLARACIÓN 541368	FECHA EXPEDICIÓN 12/10/03	CÓD. INTERMEDIARIO 7169

CERTIFICAMOS

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de éste documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro de el(los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente Solicitud - Certificado.

ASEGURADO PRINCIPAL		CÓNYUGE (Segundo Asegurado)	
V/R ASEGURADO SOLICITADO \$	40.000.000	V/R ASEGURADO SOLICITADO \$	30.000.000
VIGENCIA DESDE	01/03/03	VIGENCIA HASTA	31/12/03

BENEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL **TANIA DAVID MARTINEZ SOBRIAS** Val. **10**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	CALIDAD	%
BETY CECILIA BLANCO MARTINEZ	HNA	VOL.	25
REYNALDO A. BLANCO BOLA	ESPOSO	VOL.	13
REYNALDO DE J. BLANCO MARTINEZ	HJO.	VOL.	25
REYNALDO EMILIANO BLANCO MARTINEZ	HJO.	VOL.	25

BENEFICIARIOS CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	CALIDAD	%
ARMAN E. MARTINEZ HOYER	ESPOSA	VOL.	25
BETY CECILIA BLANCO MARTINEZ	HNA	VOL.	25
REYNALDO DE J. BLANCO MARTINEZ	HJO.	VOL.	25
REYNALDO E. BLANCO MARTINEZ	HJO.	VOL.	25

AMPAROS	ASEGURADOS	EDAD	TASA (X 1000)	PRIMA (\$)
VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL CON BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.	ASEGURADO PRINCIPAL	46	750	30.000
	CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)	63	750	22.120
PRIMA TOTAL				\$52.120

IMPORTANTE: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad.

Así mismo, La Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de \$ **40.000.000**.

DATOS DE INTERMEDIACIÓN

Nombre del intermediario o Razón social TOURER GUARIN Y CIA		Clase Intermediario Corredor ☐ Agencia ☐ Correo ☐	
Prima sin comisión	IVA	Comisión	Valor Total

FIRMA AUTORIZADA
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

ASEGURADO PRINCIPAL
C.C. **36134688**

CÓNYUGE
C.C. **3793360**

REPRESENTANTE LEGAL
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
Nit 860.002.503-2
www.segurosbolivar.com

Carrera 10 N° 16 - 39 A.A. 4421
Conmutador 341 00 77 Fax 283 07 99
Bogotá D.C., Colombia.

Atención al Cliente Teléfono Verde
01 8000 122 122 / 3 122 122 en Bogotá
Desde Celular o Avantel *122



IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.
Si usted falta a la verdad al suscribir la siguiente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Arts. 1058 y 1158 de Código del Comercio).

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestro Teléfono Verde 9800 122 122 / 3 811 122 en Bogotá, desde Celular o Avantel *122 o con su asesor de seguros.

YO: Carmen Cecilia Martinez Hoyer, mayor de edad, domiciliado en,
nacido el día 01 del mes 01 del año 56, identificado con CC No. 36530688
de La Plata en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge,
con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

1. Tanto mi estado de salud como el de mi cónyuge asegurado es normal, no padecemos ni hemos padecido enfermedades tales como: enfermedades congénitas, afecciones cardiovasculares, VIH-Sida, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, hepatitis B; cirrosis, insuficiencia renal, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares.
2. En los últimos dos (2) años no hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades tales como las enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y los hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestras historias clínicas y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de "Sociedades Bolívar S.A." toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales y con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La "Compañía de Seguros Bolívar S. A." se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los _____ días del mes de Diciembre del año 2002.

Firma del Asegurado:

Doc. de Ident. :

Carmen J. Martinez Hoyer
CC No. 36530688



Huella Índice derecho

¡MUY IMPORTANTE!

TORRES GUARIN Y CIA. LTDA. su Agente de Seguros, se complace en felicitarle por su buena decisión al haber adquirido las bondades de un producto que a través de los años se ha posicionado como uno de los mejores y más favorables seguros de vida a nivel nacional.

Usted y su familia son muy importantes para nosotros y por esto queremos prestarle un eficiente servicio y para ellos ponemos a su disposición todo nuestro esfuerzo e infraestructura desarrollada durante más de veinticinco (25) años de trabajo para que usted y su familia no se sientan aislados en el momento que nos necesiten: **OFICINA PRINCIPAL MANIZALES:** PBX (6) 8865353 - 8831215 **ANSERMA:** (Caldas):Telefax: (8) 534605. **BARRANQUILLA:** (5) 3415430 Telefax: (5) 3510511. **LA DORADA:** (Caldas): Telefax: (6) 8572373. **FLORENCIA:** (Caquetá): (84) 351259. **IBAGUE:** Telefax: (82) 615494. **MEDELLIN:** Telefax: (4) 2316361. **NEIVA:** Telefax: (88) 711107. **PASTO:** Telefax: (27) 7235284. **SANTAFE DE BOGOTA:** (1) 2865758 Telefax: (1) 2845537. **VALLEDUPAR:** Telefax: (5) 5601966. **TUNJA:** Telefax (8) 7424631. **RIOHACHA:** (5) 7282803 **YOPAL:** (8) 6354630 **SAN ANDRES:**(8) 5128784

Por favor tenga en cuenta lo siguiente:

Ningún relacionista o promotor nuestro está autorizado para recibir dineros por ningún concepto.

SOLICITO A: **TORRES GUARIN Y CIA. LTDA.**

QUE EL DESCUENTO PARA MI SEGURO DE VIDA SEA A PARTIR
DEL MES DE Febrero DE 2003

POR VALOR DE

\$ 52500

PARA UN VALOR ASEGURADO DE:

PRINCIPAL

\$ 40 000 000

CONYUGE

\$ 30.000 000

Atentamente,

X Torres Guarín Y CIA LTDA
C.C. 936534688

NOTA: NO FIRME si no se indica claramente el mes de inicio del descuento, los Valores Asegurados y el valor de la prima mensual.



Fecha de expedición 15/02/2011		Localidad de radicación 2541		No. Solic./Certif. 705802	Póliza GR- 5579
Producto vida - 710		Cód. intermediario 13101			
Vigencia desde D 01 M 04 A 2011		Vigencia hasta D M A		Declaración de asegurabilidad 053305	
Tomador Educadores de Colombia		Plantel I.E.D. Liceo del Sur			

Datos generales del asegurado

1er apellido Martínez		2do apellido Hoyos		Nombre(s) Carmen Cecilia	
Tipo y No. de documento C.C. 036.534.688		Fecha de expedición 04/10/1976		Lugar de expedición Santamaría	
Lugar de nacimiento Santamaría		Nacionalidad Colombiano		Estado civil Soltero ☐ Casado ☒ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐	
E-mail -		Celular 3005732168		Teléfono residencia -	
Ciudad de residencia Santamaría		Departamento Magdalena		Dirección de correspondencia calle 27A No 18A-31	

Actividad económica

Profesión Docente		Ocupación actual DEPENDIENTE ☒ Asalariado ☒ Estudiante ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐	
Empresa donde trabaja I.E.D. Liceo del Sur		Descripción de la actividad económica principal (CIU) 80	
Dirección del trabajo Barrio montañares		Carga que desempeña Coordinador	
Servidor Público SI ☒ NO ☐		Maneja Recursos Públicos SI ☐ NO ☒	
¿Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? SI ☐ NO ☒		Persona públicamente reconocida SI ☐ NO ☒	

Información financiera

Total Activos							
No tiene	☐	menos de 20 millones	☐	20 a 50 millones	☐	50 a 100 millones	☒
Total Pasivos							
No tiene	☐	menos de 20 millones	☒	20 a 50 millones	☐	50 a 100 millones	☐
Total Ingresos							
No tiene	☐	0 a 1 millón	☐	1 a 3 millones	☒	3 a 5 millones	☐
Total Egresos							
No tiene	☐	0 a 1 millón	☐	1 a 3 millones	☒	3 a 5 millones	☐
Concepto de otros ingresos no operacionales							
Periodicidad de pago		Convenio con				Entidad	
Anual	☐	Trimestral	☐	Cta. corriente	☐	T. crédito	☐
Semestral	☐	Mensual	☒	Cta. ahorro	☐	Libranza	☒



705802

55796

Beneficiarios asegurado principal

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
Betty Cecilia Blanco Martinez	Hija	Vol	25
Reynaldo de Jesus Blanco Martinez	Hijo	Vol	25
Reymundo Emiliano Blanco Martinez	Hijo	Vol	25
Tania Eloisa Ramos Martinez - Sobrina		Vol	25

Datos del cónyuge

1er apellido: Blanco 2do apellido: Bula Nombre(s): Reynaldo Antonio Tipo de documento: C.C. C.E. 03-793-360

Fecha de expedición documento: D. M. A. Lugar de expedición: Cartagena Sexo: M ☒ F ☐ Fecha de nacimiento: 05/03/1970 Lugar de nacimiento: Cartagena

Nacionalidad: Colombiano E-mail: Estado civil: Soltero ☐ Casado ☒ Separado ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐

Teléfono residencia: 3005732168 Dirección residencia: Calle 27A N-18A-31 Ciudad de residencia: Santamaría Departamento: Magdalena

Dirección de correspondencia: Calle 27A N-18A-31 Profesión: Ing. Civil Ocupación actual: Asalariado ☒ Estudiante ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐ Dependiente

INDEPENDIENTE Empresa donde trabaja: PROESA Ltda Cargo que desempeña: Ing. Civil

Descripción de la actividad económica principal (CIU): 45

Actividad económica

Profesión: Ingeniero Ocupación actual: DEPENDIENTE Asalariado ☐ Estudiante ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐

CIU: INDEPENDIENTE Descripción de la actividad económica principal (CIU): 45

Empresa donde trabaja: PROESA Ltda Cargo que desempeña: Ingeniero Civil

Dirección del trabajo: Ciudad: Cartagena Teléfono:

Servidor Público: Sí ☐ No ☒ Maneja Recursos Públicos: Sí ☐ No ☒ Persona públicamente reconocida: Sí ☐ No ☒

¿Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? Sí ☐ No ☒

Información financiera

Total Activos: No tiene ☐ menos de 20 millones ☒ 20 a 50 millones ☐ 50 a 100 millones ☐ 100 a 200 millones ☐ 200 a 500 millones ☐ más de 500 millones ☐

Total Pasivos: No tiene ☐ menos de 20 millones ☒ 20 a 50 millones ☐ 50 a 100 millones ☐ 100 a 200 millones ☐ 200 a 500 millones ☐ más de 500 millones ☐

Total Ingresos: No tiene ☐ 0 a 1 millón ☒ 1 a 3 millones ☐ 3 a 5 millones ☐ 5 a 10 millones ☐ 10 a 20 millones ☐ más de 20 millones ☐

Total Egresos: No tiene ☐ 0 a 1 millón ☒ 1 a 3 millones ☐ 3 a 5 millones ☐ 5 a 10 millones ☐ 10 a 20 millones ☐ más de 20 millones ☐

Concepto de otros ingresos no operacionales:

Periodicidad de pago: Anual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Mensual ☐ Convenio con: Cta. corriente ☐ T. crédito ☐ Cta. ahorro ☐ Libranza ☐ No. de cuenta: No. T. crédito: Cód. Empleado: Entidad:

Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
Betty Cecilia Blanco Martinez	Hija	Vol	33
Reynaldo de Jesus Blanco Martinez	Hijo	Vol	33
Reymundo Emiliano Blanco Martinez	Hijo	Vol	34

Datos hijo 1

1er apellido: 2do apellido: Nombre(s): Tipo de documento: C.C. C.E. Fecha de expedición documento: D. M. A. Lugar de expedición: Sexo: M ☐ F ☐ Fecha de nacimiento: D. M. A. Lugar de nacimiento:

Nacionalidad: Profesión: Dependiente

705802

5579.7

Datos hijo 2

1er apellido			2do apellido			Nombre(s)			Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐		
Fecha de expedición documento D M A			Lugar de expedición			Sexo M ☐ F ☐			Fecha de nacimiento D M A		
Nacionalidad			Profesión			Dependiente					

Datos hijo 3

1er apellido			2do apellido			Nombre(s)			Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐		
Fecha de expedición documento D M A			Lugar de expedición			Sexo M ☐ F ☐			Fecha de nacimiento D M A		
Nacionalidad			Profesión			Dependiente					

Amparos

Amparos para el asegurado principal	Edad	Vr. asegurado	Tasa (x 1000)	Prima
Vida	55	50.000.000	580	29000
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración		50.000.000	120	6000
Incapacidad Total y Permanente		50.000.000	50	2500
Enfermedades Graves				
Últimos Gastos				
Amparos para el cónyuge	Edad	Vr. asegurado	Tasa (x 1000)	Prima
Vida	71	30.000.000	750	22500
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración				
Incapacidad Total y Permanente				
Enfermedades Graves				
Últimos Gastos				
Amparos hijos	No. de Hijos asegurados	Prima por hijo	Total Prima Hijos	
Vida, Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración e Incapacidad Total y Permanente DOCE MILLONES DE PESOS (\$12.000.000) M/CTE y Enfermedades Graves SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) M/CTE.				
TOTAL PRIMA				\$

Certificamos

1. Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
 2. Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro del (de los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente solicitud - certificado.

IMPORTANTE: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad. Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de \$100.000.000.

NOTA:

1. El asegurado principal con la firma de la presente solicitud póliza certifica que los hijos que asegura en la misma dependen económicamente de este último.
2. Los beneficiarios de los hijos del asegurado principal que se aseguren serán sus padres en partes iguales

FIRMA AUTORIZADA
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

ASEGURADO PRINCIPAL
C.C. 365346885M

CÓNYUGE
C.C. 361346885M

REPRESENTANTE LEGAL
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

FIRMA HIJO 1
C.C. C.E. T.I.

FIRMA HIJO 2
C.C. C.E. T.I.

FIRMA HIJO 3
C.C. C.E. T.I.



DECLARACION DE ASEGURABILIDAD SEGURO DE VIDA GRUPO

YO: Carmen Cecilia Martínez Hoyes, mayor de edad, domiciliado en Santa Marta
nacido el día 01 del mes 01 del año 56, identificado con CC No. 36534688 de Santa Marta
en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge y de mis hijos si se aseguran, declaro que:

1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o transplantes.
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecuencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestra historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar ó divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).

Nombre de su E.P.S. Co General del Norte Nombre de su medicina prepagada

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 13 días del mes de Febrero del año 2011.

IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.
Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo.
(Arts. 1058 y 1158 de Código del Comercio).

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con la RED322 01 8000 123 322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Firma del Asegurado: Carmen C. Martínez Hoyes

Doc. de Ident. : CC No. 36.534.688 Stake



Huella índice derecho



Compañía de Seguros Bolívar S.A.
Nit. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10
Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421
Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com





Fecha de expedición		Localidad de radicación		No. Solic./Certif.		Póliza GR-	
2 / 12 / 2014		2541		803714		5579	
Producto		Cód. Intermediario					
710		31710					
Vigencia desde		A las 24 horas		Vigencia hasta		A las 24 horas	
D 01 / M 02 / 2015				D 01 / M 02 / 2016		Declaración de asegurabilidad	
Tomador		Plantel					
Phon Maestro Integral		J. E. D El pando					

Datos generales del asegurado

1er apellido		2do apellido		Nombre(s)			
Martinez		Hoyer		Carmen Cecilia			
Tipo y No. de documento		Fecha de expedición		Lugar de expedición		Sexo	
CC. 36.534.688		04 / 10 / 1976		Santa Marta		M O F	
Lugar de nacimiento		Nacionalidad		Estado civil		Fecha de nacimiento	
Santa Marta		Col		Soltero		01 / 01 / 1955	
E-mail		Celular		Teléfono residencia		Dirección residencia	
		3005732168				Calle 27A # 18A-31	
Ciudad de residencia		Departamento		Dirección de correspondencia			
Santa Marta		Magd		Calle 27A # 18A-31			

Actividad económica

Profesión		Ocupación actual			
Esper en Pedagogía		DEPENDIENTE		Asalariado ☒ Estudiante ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐	
Empresa donde trabaja		INDEPENDIENTE		Descripción de la actividad económica principal (CIU)	
J. E. D El pando				Carga que desempeña	
Dirección del trabajo		Ciudad		Teléfono	
El pando		Santa Marta			
Servidor Público		Maneja Recursos Públicos		Persona públicamente reconocida	
Sí ☒ NO ☐		Sí ☐ NO ☒		Sí ☐ NO ☒	
¿Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida?					
Sí ☐ NO ☒					

Información financiera

Total Activos							
No tiene ☒ menos de 20 millones ☐ 20 a 50 millones ☐ 50 a 100 millones ☐ 100 a 200 millones ☐ 200 a 500 millones ☐ más de 500 millones ☐							
Total Pasivos							
No tiene ☒ menos de 20 millones ☐ 20 a 50 millones ☐ 50 a 100 millones ☐ 100 a 200 millones ☐ 200 a 500 millones ☐ más de 500 millones ☐							
Total Ingresos							
No tiene ☐ 0 a 1 millón ☒ 1 a 3 millones ☐ 3 a 5 millones ☐ 5 a 10 millones ☐ 10 a 20 millones ☐ más de 20 millones ☐							
Total Egresos							
No tiene ☐ 0 a 1 millón ☒ 1 a 3 millones ☐ 3 a 5 millones ☐ 5 a 10 millones ☐ 10 a 20 millones ☐ más de 20 millones ☐							
Concepto de otros ingresos no operacionales							
Periodicidad de pago		Convenio con				Entidad	
Anual ☐ Trimestral ☐		Cta. corriente ☐ T. crédito ☐					
Semestral ☐ Mensual ☒		Cta. ahorro ☐ Libranza ☒					
		No. de cuenta		No. T. crédito		Cód. Empleado	



Beneficiarios asegurado principal

803714

5579

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
Betty Cecilia Blanco Martinez	Hija	UOL	33
Reinaldo de Jesus Blanco Martinez	Hijo	UOL	33
Reinaldo Emilio Blanco Martinez	Hijo	UOL	34

Datos del cónyuge

1er apellido	2do apellido	Nombre(s)	Tipo de documento	
Blanco	Busa	Reinaldo Antonio	C.C. ☒ CE. ☐	3.793.360
Fecha de expedición documento	Lugar de expedición	Sexo	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
20/04/1958	Cartagena	M ☒ F ☐	05/03/1940	Cartagena
Nacionalidad	E-mail	Estado civil		
COL	— — —	Soltero ☐ Casado ☒ Separado ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐		
Teléfono residencia	Dirección residencia	Ciudad de residencia	Departamento	
— — —	calle 27A #18A-31	Santa Marta	Magd	
Dirección de correspondencia	Profesión	Ocupación actual	DEPENDIENTE	
calle 27A #18A-31	Ing. civil	Asalariado ☒ Estudiante ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐		
INDEPENDIENTE		Empresa donde trabaja	Cargo que desempeña	
Descripción de la actividad económica principal (CIU)	43			

Actividad económica

Profesión	Ocupación actual		
Ing. civil	DEPENDIENTE	Asalariado ☒ Estudiante ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐	
	INDEPENDIENTE	Descripción de la actividad económica principal (CIU)	43
Empresa donde trabaja	Cargo que desempeña		
Independient	Ingeniero civil		
Dirección del trabajo	Ciudad	Teléfono	
— — —	Santa Marta	— — —	
Servidor Público	Maneja Recursos Públicos	Persona públicamente reconocida	
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	
¿Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida?			
SI ☐ NO ☒			

Información financiera

Total Activos							
Notiene ☐	menos de 20 millones ☒	20 a 50 millones ☐	50 a 100 millones ☐	100 a 200 millones ☐	200 a 500 millones ☐	más de 500 millones ☐	
Total Pasivos							
No tiene ☐	menos de 20 millones ☒	20 a 50 millones ☐	50 a 100 millones ☐	100 a 200 millones ☐	200 a 500 millones ☐	más de 500 millones ☐	
Total Ingresos							
No tiene ☐	0 a 1 millón ☐	1 a 3 millones ☒	3 a 5 millones ☐	5 a 10 millones ☐	10 a 20 millones ☐	más de 20 millones ☐	
Total Egresos							
No tiene ☐	0 a 1 millón ☐	1 a 3 millones ☒	3 a 5 millones ☐	5 a 10 millones ☐	10 a 20 millones ☐	más de 20 millones ☐	
Concepto de otros ingresos no operacionales							
Periodicidad de pago	Convenio con	Entidad					
Anual ☐ Trimestral ☐	Cta. corriente ☐ T. crédito ☐	No. de cuenta ☐	No. T. crédito ☐	Cód. Empleado ☐			
Semestral ☐ Mensual ☒	Cta. ahorro ☐ Libranza ☒						

Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
Carmen Cecilia Martinez Hoyes	Esposa	UOL	100%

Datos hijo 1

1er apellido	2do apellido	Nombre(s)	Tipo de documento	
			C.C. ☐ CE. ☐	
Fecha de expedición documento	Lugar de expedición	Sexo	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
D M A		M ☐ F ☐	D M A	
Nacionalidad	Profesión			
	Dependiente			

803714

5579

11

Datos hijo 2

1er apellido			2do apellido			Nombre(s)			Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐		
Fecha de expedición documento D M A			Lugar de expedición			Sexo M ☐ F ☐			Fecha de nacimiento D M A		
Nacionalidad			Profesión			Dependiente					

Datos hijo 3

1er apellido			2do apellido			Nombre(s)			Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐		
Fecha de expedición documento D M A			Lugar de expedición			Sexo M ☐ F ☐			Fecha de nacimiento D M A		
Nacionalidad			Profesión			Dependiente					

Amparos

Amparos para el asegurado principal		Edad	Vr. asegurado	Tasa (x 1000)	Prima
Vida	60	80.000.000	520	416400	
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración		80.000.000	120	9600	
Incapacidad Total y Permanente		80.000.000	50	4000	
Enfermedades Graves					
Últimos Gastos					
Amparos para el cónyuge		Edad	Vr. asegurado	Tasa (x 1000)	Prima
Vida	74	30.000.000	750	22500	
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración					
Incapacidad Total y Permanente					
Enfermedades Graves					
Últimos Gastos					
Amparos hijos		No. de Hijos asegurados	Prima por hijo	Total Prima Hijos	
Vida, Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración e Incapacidad Total y Permanente DOCE MILLONES DE PESOS (\$12.000.000) M/CTE y Enfermedades Graves SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) M/CTE.					
TOTAL PRIMA					\$ 82500

2DA COPIA: INTERMEDIARIO

Certificamos

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro del (de los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente solicitud - certificado.

IMPORTANTE: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad. Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de \$ 120.000.000

NOTA:

- El asegurado principal con la firma de la presente solicitud póliza certifica que los hijos que asegura en la misma dependen económicamente de este último.
- Los beneficiarios de los hijos del asegurado principal que se aseguren serán sus padres en partes iguales.

FIRMA AUTORIZADA
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

ASEGURADO PRINCIPAL
C.C. 365346885M

CÓNYUGE
C.C. 365346885M

REPRESENTANTE LEGAL
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

FIRMA HIJO 1
C.C. C.E. T.I.

FIRMA HIJO 2
C.C. C.E. T.I.

FIRMA HIJO 3
C.C. C.E. T.I.



Título número
Número Póliza 803714

Valor a Descantar	\$82500
Valor en letras:	ochenta y dos mil quinientos
Intermediario	31710
Localidad	2541
Radicación	

X	COMPANHIA BOLIVAR	NIT
	CAPITALIZADORA BOLIVAR S.A.	860.006.359-6
X	COMPANHIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	860.002.503-2
	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.	860.002.180-7

DATOS DE LA CUENTA

CÓDIGO ENTIDAD FINANCIERA 557A	NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA Fed de Arital	CIUDAD Santa Marta
NÚMERO DE LA CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO A DEBITAR	NIT DE LA EMPRESA	CANAL DE DESCUENTO
	CÓDIGO DE LA LIBRANZA	01 ☐ TARJETA DE CRÉDITO
		02 ☐ CTA. CORRIENTE
		03 ☐ CTA. AHORROS
		10 ☒ LIBRANZA

DATOS DEL CUENTAHABIENTE, TARJETAHABIENTE O EMPLEADO - LIBRANZA -

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA SI ES COMPARTIDA RELACIONAR TITULAR	CÉDULA ☒ NIT ☐ OTROS ☐	DIRECCIÓN
PRINCIPAL 1 Carmen Cecilia	ESPECIFICAR 36.534.688	Calle 27A # 18A-31
2 Martinez Hoyer		
CIUDAD 1 Santa Marta	TELÉFONO 300 5732168	E-mail: - o -
2		

SI DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA SE INCREMENTA EL VALOR DE LA PRIMA EN LA RENOVACIÓN O SE INCLUYAN MODIFICACIONES EN SU COBERTURA, FACULTO A LA ENTIDAD AUTORIZADA A DESCONTAR LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE.

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA TARJETA DE CRÉDITO AAAA MM

ACEPTO LAS CONDICIONES INDICADAS AL RESPALDO

CIUDAD Y FECHA **02/12/2014 Santa Marta**

1a. FIRMA **Carmen Cecilia**
cédula **36.534.688 SM**



2a. FIRMA _____
cédula _____

FIRMA DEL (LOS) TITULAR(ES) DE LA CUENTA,
TARJETA DE CRÉDITO O DEL EMPLEADO

RESALTE EN ALTO RELIEVE

Nota: El cuenta habiente; tarjeta habiente debe ser el mismo tomador del seguro o título de capitalización.



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
SEGURO DE VIDA GRUPO

YO: Carmen Cecilia Martinez Hoyer, mayor de edad, domiciliado en Santa Marta
nacido el día 01 del mes 01 del año 55, identificado con C No. 36.534688 Santa Marta
en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge y de mis hijos si se aseguran, declaro que:

1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o transplantes.
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecucional.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestra historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar ó divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).

Nombre de su E.P.S. UTN Nombre de su medicina prepagada _____

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 2 días del mes de Diciembre del año 2014.

IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.
Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo.
(Arts. 1058 y 1158 de Código del Comercio).

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con la RED322 01 8000 123 322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Firma del Asegurado: [Firma]

Doc. de Ident. : 36534688 No. Santa Marta



Huella índice
derecho





OIV-13905-1

Bogotá, 14 abril 2021

Señora:

**CARMEN CECILIA MARTINEZ
HOYER**

Calle 27a 18a 31 Urb Catalina 2000
cacemar01@hotmail.com
3105082114
Santa Marta(MAGDALENA)

Póliza No: **2541080371409**

Asegurado: **CARMEN CECILIA
MARTINEZ HOYER**

Reclamación: **25410000523**

Cordial Saludo.

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

El anexo de incapacidad total y permanente establece:

“CONDICION PRIMERA. - DEFINICION 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 (3) 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 INGERIR POR SI MISMO LOS ALIMENTOS, UNA VEZ PREPARADOS.

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.



OIV-13905-1

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 CONSIDERARÁ 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.

PARÁGRAFO: NO OBSTANTE, LO ANTERIOR, SECONSIDERA COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DEL HABLA POR DISFONÍA. PARA TAL EFECTO EL ASEGURADO DEBERÁ PRESENTAR COPIA COMPLETA DE LA CALIFICACIÓN Y LOS DOCUMENTOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD COMPETENTE.

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

En consecuencia, COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., en aplicación de las normas que regulan el contrato de seguro, no procede el pago solicitado.

Esperamos contribuir a su tranquilidad y a la de su familia. Agradecemos la confianza depositada en nosotros y recuerde que ante cualquier inquietud podrá comunicarse a través del #322 o de nuestro chat en www.segurosbolivar.com.

Cordialmente.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Gerencia de Operaciones

Indemnizaciones Seguros de Vida

ylm

SEGUROS
BOLÍVAR

SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE
SEGURO DE VIDA DE GRUPO

POLIZA GR-

5579.

TOMADOR: EDUCADORES DE COLOMBIA		PLANTEL	CÓDIGO PAGO	ENDOSO/FACTURA	No. SOLC./CERTIF. 241680	PRODUCTO VIDA
PERIODICIDAD PAGO ANUAL	NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL CARLOS E. MARTINEZ HOYER		DOC. DE IDENTIDAD 36134688		FECHA NACIMIENTO 01/01/56	
SEXO F	OCCUPACIÓN DIRECTORA	TELÉFONO OFICINA 4214'30	TELÉFONO RESIDENCIA 4204'99	DIRECCIÓN CL 27A + 18A - 34		
DEPARTAMENTO MAIO	CIUDAD STA LITA	NOMBRE DEL CÓNYUGE (SEGUNDO ASEG.) REYNALDO A. BLANCO BULA		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 3793360	FECHA NACIMIENTO 5/03/40	
SEXO M	OCCUPACIÓN INGENIERO	TELÉFONO OFICINA	LOCALIDAD URU	No. DECLARACIÓN 541368	FECHA EXPEDICIÓN 12/12/02	CÓD. INTERMEDIARIO 7169

CERTIFICAMOS

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de éste documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro de el(los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente Solicitud - Certificado.

ASEGURADO PRINCIPAL		CÓNYUGE (Segundo Asegurado)	
V/R ASEGURADO SOLICITADO \$	40 000 000	V/R ASEGURADO SOLICITADO \$	30 000 000
VIGENCIA DESDE	01/03/03	VIGENCIA HASTA	31/12/03

BENEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL			
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	CALIDAD	%
BETY CECILIA BLANCO MARTINEZ	HUJA	VOL.	25
REYNALDO A. BLANCO BULA	ESPOSO	VOL.	13
REYNALDO DE J. BLANCO MARTINEZ	HUJO	VOL.	25
REYNALDO EMILIANO BLANCO MARTINEZ	HUJO	VOL.	25

BENEFICIARIOS CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)			
NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	CALIDAD	%
CARLOS E. MARTINEZ HOYER	ESPOSA	VOL.	25
BETY CECILIA BLANCO MARTINEZ	HUJA	VOL.	25
REYNALDO DE J. BLANCO MARTINEZ	HUJO	VOL.	25
REYNALDO E. BLANCO MARTINEZ	HUJO	VOL.	25

AMPAROS	ASEGURADOS	EDAD	TASA (X 1000)	PRIMA (\$)
VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL CON BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.	ASEGURADO PRINCIPAL	46	750	30.000
	CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)	62	750	22.120
PRIMA TOTAL				\$52.120

IMPORTANTE: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad.

Así mismo, La Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de \$ **400 000 000**.

DATOS DE INTERMEDIACIÓN

Nombre del intermediario o Razón social TORRES GUARIN Y CIA		Clase Intermediario Corredor ☐ Agencia ☐ Correo ☐	
Prima sin comisión	IVA	Comisión	Valor Total

FIRMA AUTORIZADA
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
Nit 860.002.503-2
www.segurosbolivar.com

ASEGURADO PRINCIPAL
C.C. **36134688**

Carrera 10 N° 16 - 39 A.A. 4421
Conmutador 341 00 77 Fax 283 07 99
Bogotá D.C., Colombia.

CÓNYUGE

3793360

REPRESENTANTE LEGAL
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Atención al Cliente Teléfono Verde
01 8000 122 122 / 3 122 122 en Bogotá
Desde Celular o Avantel *122

DTTO
SEGUROS
BOLÍVAR

SOLICITUD - CERTIFICADO INDIVIDUAL DE
SEGURO DE VIDA DE GRUPO

POLIZA GR-

5549.

TOMADOR: EDUCADORES DE COLOMBIA		PLANTEL	CÓDIGO PAGO	ENDOSO/FACTURA	No. SOLC./CERTIF. 241680	PRODUCTO VIDA
PERIODICIDAD PAGO ANUAL	NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL ARMAN E. MARTINEZ HOYER		DOC. DE IDENTIDAD 36134688		FECHA NACIMIENTO 01/01/56	
SEXO F	OCCUPACIÓN DIRECTORA	TELÉFONO OFICINA 431430	TELÉFONO RESIDENCIA 4304799	DIRECCIÓN CD 27A + 18A - 34		
DEPARTAMENTO MAIO	CIUDAD STA LITA	NOMBRE DEL CÓNYUGE (SEGUNDO ASEG.) REYNALDO A. BLANCO BOLA		DOCUMENTO DE IDENTIDAD 3793360	FECHA NACIMIENTO 6/03/40	
SEXO M	OCCUPACIÓN INGENIERO	TELÉFONO OFICINA	LOCALIDAD RSU	No. DECLARACIÓN 541368	FECHA EXPEDICIÓN 12/10/03	CÓD. INTERMEDIARIO 7169

CERTIFICAMOS

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de éste documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro de el(los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente Solicitud - Certificado.

ASEGURADO PRINCIPAL		CÓNYUGE (Segundo Asegurado)	
V/R ASEGURADO SOLICITADO \$	40.000.000	V/R ASEGURADO SOLICITADO \$	30.000.000
VIGENCIA DESDE	01/03/03	A LAS 4:00 P.M.	VIGENCIA HASTA
			D / M / A
			A LAS 4:00 P.M.

BENEFICIARIOS ASEGURADO PRINCIPAL **TANIA DAVID MARTINEZ SOBRIAS** Val. **10**

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	CALIDAD	%
BETY CECILIA BLANCO MARTINEZ	HNA	VOL.	25
REYNALDO A. BLANCO BOLA	ESPOSO	VOL.	13
REYNALDO DE J. BLANCO MARTINEZ	HJO.	VOL.	25
REYNALDO EMILIANO BLANCO MARTINEZ	HJO.	VOL.	25

BENEFICIARIOS CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	CALIDAD	%
ARMAN E. MARTINEZ HOYER	ESPOSA	VOL.	25
BETY CECILIA BLANCO MARTINEZ	HNA	VOL.	25
REYNALDO DE J. BLANCO MARTINEZ	HJO.	VOL.	25
REYNALDO E. BLANCO MARTINEZ	HJO.	VOL.	25

AMPAROS	ASEGURADOS	EDAD	TASA (X 1000)	PRIMA (\$)
VIDA, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL CON BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.	ASEGURADO PRINCIPAL	46	750	30.000
	CÓNYUGE (SEGUNDO ASEGURADO)	69		22.120
PRIMA TOTAL				\$52.120

IMPORTANTE: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad.

Así mismo, La Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de \$ **40.000.000**.

DATOS DE INTERMEDIACIÓN

Nombre del intermediario o Razón social TOURER GUARIN Y CIA		Clase Intermediario Corredor ☐ Agencia ☐ Correo ☐	
Prima sin comisión	IVA	Comisión	Valor Total

FIRMA AUTORIZADA
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

ASEGURADO PRINCIPAL
C.C. **36134688**

CÓNYUGE
C.C. **3793360**

REPRESENTANTE LEGAL
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

Compañía de Seguros Bolívar S.A.
Nit 860.002.503-2
www.segurosbolivar.com

Carrera 10 N° 16 - 39 A.A. 4421
Conmutador 341 00 77 Fax 283 07 99
Bogotá D.C., Colombia.

Atención al Cliente Teléfono Verde
01 8000 122 122 / 3 122 122 en Bogotá
Desde Celular o Avantel *122



IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.
Si usted falta a la verdad al suscribir la siguiente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Arts. 1058 y 1158 de Código del Comercio).

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con nuestro Teléfono Verde 9800 122 122 / 3 811 122 en Bogotá, desde Celular o Avantel *122 o con su asesor de seguros.

YO: Carmen Cecilia Martinez Hoyer, mayor de edad, domiciliado en,
nacido el día 01 del mes 01 del año 56, identificado con CC No. 36530688
de La Plata en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge,
con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

1. Tanto mi estado de salud como el de mi cónyuge asegurado es normal, no padecemos ni hemos padecido enfermedades tales como: enfermedades congénitas, afecciones cardiovasculares, VIH-Sida, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, hepatitis B; cirrosis, insuficiencia renal, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares.
2. En los últimos dos (2) años no hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades tales como las enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y los hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestras historias clínicas y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de "Sociedades Bolívar S.A." toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales y con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La "Compañía de Seguros Bolívar S. A." se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los _____ días del mes de Diciembre del año 2002.

Firma del Asegurado:

Doc. de Ident. :

Carmen J. Martínez Hoyer
CC No. 36530688



Huella Índice derecho

¡MUY IMPORTANTE!

TORRES GUARIN Y CIA. LTDA. su Agente de Seguros, se complace en felicitarle por su buena decisión al haber adquirido las bondades de un producto que a través de los años se ha posicionado como uno de los mejores y más favorables seguros de vida a nivel nacional.

Usted y su familia son muy importantes para nosotros y por esto queremos prestarle un eficiente servicio y para ellos ponemos a su disposición todo nuestro esfuerzo e infraestructura desarrollada durante más de veinticinco (25) años de trabajo para que usted y su familia no se sientan aislados en el momento que nos necesiten: **OFICINA PRINCIPAL MANIZALES:** PBX (6) 8865353 - 8831215 **ANSERMA:** (Caldas):Telefax: (8) 534605. **BARRANQUILLA:** (5) 3415430 Telefax: (5) 3510511. **LA DORADA:** (Caldas): Telefax: (6) 8572373. **FLORENCIA:** (Caquetá): (84) 351259. **IBAGUE:** Telefax: (82) 615494. **MEDELLIN:** Telefax: (4) 2316361. **NEIVA:** Telefax: (88) 711107. **PASTO:** Telefax: (27) 7235284. **SANTAFE DE BOGOTA:** (1) 2865758 Telefax: (1) 2845537. **VALLEDUPAR:** Telefax: (5) 5601966. **TUNJA:** Telefax (8) 7424631. **RIOHACHA:** (5) 7282803 **YOPAL:** (8) 6354630 **SAN ANDRES:**(8) 5128784

Por favor tenga en cuenta lo siguiente:

Ningún relacionista o promotor nuestro está autorizado para recibir dineros por ningún concepto.

SOLICITO A: **TORRES GUARIN Y CIA. LTDA.**

QUE EL DESCUENTO PARA MI SEGURO DE VIDA SEA A PARTIR
DEL MES DE Febrero DE 2003

POR VALOR DE

\$ 52500

PARA UN VALOR ASEGURADO DE:

PRINCIPAL

\$ 40 000 000

CONYUGE

\$ 30.000 000

Atentamente,

X Torres Guarín Y CIA LTDA
C.C. 936534688

NOTA: **NO FIRME** si no se indica claramente el mes de inicio del descuento, los Valores Asegurados y el valor de la prima mensual.



Fecha de expedición D 15 M 02 A 2011		Localidad de radicación 2541		No. Solic./Certif. 705802	Póliza GR- 5579
Producto vida - 710		Cód. intermediario 13101			
Vigencia desde D 01 M 04 A 2011		Vigencia hasta D M A		Declaración de asegurabilidad 053305	
Tomador Educadores de Colombia		Plantel I.E.D. Liceo del Sur			

Datos generales del asegurado

1er apellido Martínez		2do apellido Hoyos		Nombre(s) Carmen Cecilia	
Tipo y No. de documento C.C. 036.534.688		Fecha de expedición 04/10/1976		Lugar de expedición Santamaría	
Lugar de nacimiento Santamaría		Nacionalidad Colombiano		Estado civil Soltero ☐ Casado ☒ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐	
E-mail -		Celular 3005732168		Teléfono residencia -	
Ciudad de residencia Santamaría		Departamento Magdalena		Dirección de correspondencia calle 27A No 18A-31	

Actividad económica

Profesión Docente		Ocupación actual DEPENDIENTE ☒ Asalariado ☐ Estudiante ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐	
Empresa donde trabaja I.E.D. Liceo del Sur		Descripción de la actividad económica principal (CIU) 80	
Dirección del trabajo Barrio montañares		Carga que desempeña Coordinador	
Servidor Público SI ☒ NO ☐		Maneja Recursos Públicos SI ☐ NO ☒	
¿Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida? SI ☐ NO ☒		Persona públicamente reconocida SI ☐ NO ☒	

Información financiera

Total Activos No tiene ☐ menos de 20 millones ☐ 20 a 50 millones ☐ 50 a 100 millones ☒ 100 a 200 millones ☐ 200 a 500 millones ☐ más de 500 millones ☐	
Total Pasivos No tiene ☐ menos de 20 millones ☒ 20 a 50 millones ☐ 50 a 100 millones ☐ 100 a 200 millones ☐ 200 a 500 millones ☐ más de 500 millones ☐	
Total Ingresos No tiene ☐ 0 a 1 millón ☐ 1 a 3 millones ☒ 3 a 5 millones ☐ 5 a 10 millones ☐ 10 a 20 millones ☐ más de 20 millones ☐	
Total Egresos No tiene ☐ 0 a 1 millón ☐ 1 a 3 millones ☒ 3 a 5 millones ☐ 5 a 10 millones ☐ 10 a 20 millones ☐ más de 20 millones ☐	
Concepto de otros ingresos no operacionales	
Periodicidad de pago Anual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Mensual ☒	Convenio con Cta. corriente ☐ T. crédito ☐ Cta. ahorro ☐ Libranza ☒
Entidad No. de cuenta ☐ No. T. crédito ☐ Cód. Empleado ☐	



705802

55796

Beneficiarios asegurado principal

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
Betty Cecilia Blanco Martinez	Hija	Vol	25
Reynaldo de Jesus Blanco Martinez	Hijo	Vol	25
Reymundo Emiliano Blanco Martinez	Hijo	Vol	25
Tania Eloisa Ramos Martinez - Sobrina		Vol	25

Datos del cónyuge

1er apellido	2do apellido	Nombre(s)	Tipo de documento	
Blanco	Bula	Reynaldo Antonio	C.C. ☒ C.E. 03-793-360	
Fecha de expedición documento	Lugar de expedición	Sexo	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
D. M. A.	Cartagena	M ☒ F ☐	05/03/1970	Cartagena
Nacionalidad	E-mail	Estado civil		
Colombiano		Soltero ☐ Casado ☒ Separado ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐		
Teléfono residencia	Dirección residencia	Ciudad de residencia	Departamento	
3005732168	Calle 27A N-18A-31	San Juan de los Rios	Magdalena	
Dirección de correspondencia	Profesión	Ocupación actual	DEPENDIENTE	
Calle 27A N-18A-31	Ing. Civil	Asalariado ☒ Estudiante ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐		
INDEPENDIENTE		Empresa donde trabaja	Cargo que desempeña	
Descripción de la actividad económica principal (CIU)	45	PROESA Ltda	Ing. Civil	

Actividad económica

Profesión	Ocupación actual		
Ingeniero	DEPENDIENTE	Asalariado ☒ Estudiante ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐	
Civil	INDEPENDIENTE	Descripción de la actividad económica principal (CIU) 45	
Empresa donde trabaja	Cargo que desempeña		
PROESA Ltda	Ingeniero Civil		
Dirección del trabajo	Ciudad	Teléfono	
	Cartagena		
Servidor Público	Maneja Recursos Públicos	Persona públicamente reconocida	
Sí ☐ No ☒	Sí ☐ No ☒	Sí ☐ No ☒	
¿Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida?			
Sí ☐ No ☒			

Información financiera

Total Activos							
No tiene ☐	menos de 20 millones ☒	20 a 50 millones ☐	50 a 100 millones ☐	100 a 200 millones ☐	200 a 500 millones ☐	más de 500 millones ☐	
Total Pasivos							
No tiene ☐	menos de 20 millones ☒	20 a 50 millones ☐	50 a 100 millones ☐	100 a 200 millones ☐	200 a 500 millones ☐	más de 500 millones ☐	
Total Ingresos							
No tiene ☐	0 a 1 millón ☒	1 a 3 millones ☐	3 a 5 millones ☐	5 a 10 millones ☐	10 a 20 millones ☐	más de 20 millones ☐	
Total Egresos							
No tiene ☐	0 a 1 millón ☒	1 a 3 millones ☐	3 a 5 millones ☐	5 a 10 millones ☐	10 a 20 millones ☐	más de 20 millones ☐	
Concepto de otros ingresos no operacionales							
Periodicidad de pago		Convenio con		Entidad			
Anual ☐	Trimestral ☐	Cta. corriente ☐	T. crédito ☐	No. de cuenta ☐	No. T. crédito ☐	Cód. Empleado ☐	
Semestral ☐	Mensual ☐	Cta. ahorro ☐	Libranza ☐				

Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
Betty Cecilia Blanco Martinez	Hija	Vol	33
Reynaldo de Jesus Blanco Martinez	Hijo	Vol	33
Reymundo Emiliano Blanco Martinez	Hijo	Vol	34

Datos hijo 1

1er apellido	2do apellido	Nombre(s)	Tipo de documento	
			C.C. ☐ C.E. ☐	
Fecha de expedición documento	Lugar de expedición	Sexo	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
D. M. A.		M ☐ F ☐		
Nacionalidad	Profesión			
	Dependiente			

705802

5579.7

Datos hijo 2

1er apellido			2do apellido			Nombre(s)			Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐		
Fecha de expedición documento D M A			Lugar de expedición			Sexo M ☐ F ☐			Fecha de nacimiento D M A		
Nacionalidad			Profesión			Dependiente					

Datos hijo 3

1er apellido			2do apellido			Nombre(s)			Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐		
Fecha de expedición documento D M A			Lugar de expedición			Sexo M ☐ F ☐			Fecha de nacimiento D M A		
Nacionalidad			Profesión			Dependiente					

Amparos

Amparos para el asegurado principal	Edad	Vr. asegurado	Tasa (x 1000)	Prima
Vida	55	50.000.000	580	29000
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración		50.000.000	120	6000
Incapacidad Total y Permanente		50.000.000	50	2500
Enfermedades Graves				
Últimos Gastos				
Amparos para el cónyuge	Edad	Vr. asegurado	Tasa (x 1000)	Prima
Vida	71	30.000.000	750	22500
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración				
Incapacidad Total y Permanente				
Enfermedades Graves				
Últimos Gastos				
Amparos hijos	No. de Hijos asegurados	Prima por hijo	Total Prima Hijos	
Vida, Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración e Incapacidad Total y Permanente DOCE MILLONES DE PESOS (\$12.000.000) M/CTE y Enfermedades Graves SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) M/CTE.				
TOTAL PRIMA \$				

Certificamos

1. Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.

2. Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro del (de los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente solicitud - certificado.

IMPORTANTE: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad. Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de \$100.000.000.

NOTA:

1. El asegurado principal con la firma de la presente solicitud póliza certifica que los hijos que asegura en la misma dependen económicamente de este último.
2. Los beneficiarios de los hijos del asegurado principal que se aseguren serán sus padres en partes iguales

FIRMA AUTORIZADA
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

ASEGURADO PRINCIPAL
C.C. 365346885M

CÓNYUGE
C.C. 361346885M

REPRESENTANTE LEGAL
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

FIRMA HIJO 1
C.C. C.E. T.I.

FIRMA HIJO 2
C.C. C.E. T.I.

FIRMA HIJO 3
C.C. C.E. T.I.



DECLARACION DE ASEGURABILIDAD SEGURO DE VIDA GRUPO

YO: Carmen Cecilia Martínez Hoyes, mayor de edad, domiciliado en Santa Marta
nacido el día 01 del mes 01 del año 56, identificado con CC No. 36534688 de Santa Marta
en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge y de mis hijos si se aseguran, declaro que:

1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o transplantes.
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecuencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestra historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar ó divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).

Nombre de su E.P.S. Co General del Norte Nombre de su medicina prepagada _____

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 13 días del mes de Febrero del año 2011.

IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.
Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo.
(Arts. 1058 y 1158 de Código del Comercio).

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con la RED322 01 8000 123 322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Firma del Asegurado: Carmen C. Martínez Hoyes

Doc. de Ident. : CC No. 36.534.688 Stake



Huella índice derecho



Compañía de Seguros Bolívar S.A.
Nit. 860.002.503-2 • Avenida el Dorado No. 68B-31, piso 10
Conmutador 341 0077 • Fax 283 0799 • A.A. 4421
Bogotá D.C., Colombia • www.segurosbolivar.com





Fecha de expedición		Localidad de radicación		No. Solic./Certif.		Póliza GR-	
2 / 12 / 2014		2541		803714		5579	
Producto		Cód. Intermediario					
710		31710					
Vigencia desde		A las 24 horas		Vigencia hasta		A las 24 horas	
D 01 / M 02 / 2015				D 01 / M 02 / 2016		Declaración de asegurabilidad	
Tomador		Plantel					
Phon Maestro Integral		J.E.D El pando					

Datos generales del asegurado

1er apellido		2do apellido		Nombre(s)			
Martinez		Hoyer		Carmen Cecilia			
Tipo y No. de documento		Fecha de expedición		Lugar de expedición		Sexo	
CC. 36.534.688		04 / 10 / 1976		Santa Marta		M O F	
Lugar de nacimiento		Nacionalidad		Estado civil		Fecha de nacimiento	
Santa Marta		Col		Soltero		01 / 01 / 1955	
E-mail		Celular		Teléfono residencia		Dirección residencia	
		3005732168				Calle 27A # 18A-31	
Ciudad de residencia		Departamento		Dirección de correspondencia			
Santa Marta		Magd		Calle 27A # 18A-31			

Actividad económica

Profesión		Ocupación actual			
Esper en Pedagogía		DEPENDIENTE		Asalariado ☒ Estudiante ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐	
Empresa donde trabaja		INDEPENDIENTE		Descripción de la actividad económica principal (CIU)	
J.E.D El pando				Carga que desempeña	
Dirección del trabajo		Ciudad		Teléfono	
El pando		Santa Marta			
Servidor Público		Maneja Recursos Públicos		Persona públicamente reconocida	
Sí ☒ NO ☐		Sí ☐ NO ☒		Sí ☐ NO ☒	
¿Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida?					
Sí ☐ NO ☒					

Información financiera

Total Activos							
Notiene ☒ menos de 20 millones ☐ 20 a 50 millones ☐ 50 a 100 millones ☐ 100 a 200 millones ☐ 200 a 500 millones ☐ más de 500 millones ☐							
Total Pasivos							
No tiene ☒ menos de 20 millones ☐ 20 a 50 millones ☐ 50 a 100 millones ☐ 100 a 200 millones ☐ 200 a 500 millones ☐ más de 500 millones ☐							
Total Ingresos							
No tiene ☐ 0 a 1 millón ☒ 1 a 3 millones ☐ 3 a 5 millones ☐ 5 a 10 millones ☐ 10 a 20 millones ☐ más de 20 millones ☐							
Total Egresos							
No tiene ☐ 0 a 1 millón ☒ 1 a 3 millones ☐ 3 a 5 millones ☐ 5 a 10 millones ☐ 10 a 20 millones ☐ más de 20 millones ☐							
Concepto de otros ingresos no operacionales							
Periodicidad de pago		Convenio con				Entidad	
Anual ☐ Trimestral ☐		Cta. corriente ☐ T. crédito ☐					
Semestral ☐ Mensual ☒		Cta. ahorro ☐ Libranza ☒					
		No. de cuenta		No. T. crédito		Cód. Empleado	



Beneficiarios asegurado principal

803714

5579

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
Betty Cecilia Blanco Martinez	Hija	UOL	33
Reinaldo de Jesus Blanco Martinez	Hijo	UOL	33
Reinaldo Emilio Blanco Martinez	Hijo	UOL	34

Datos del cónyuge

1er apellido	2do apellido	Nombre(s)	Tipo de documento	
Blanco	Busa	Reinaldo Antonio	C.C. ☒ CE. ☐	3.793.360
Fecha de expedición documento	Lugar de expedición	Sexo	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
20 04 1958	Costagena	M ☒ F ☐	05 03 1940	Costagena
Nacionalidad	E-mail	Estado civil		
COL	— — —	Soltero ☐ Casado ☒ Separado ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐		
Teléfono residencia	Dirección residencia	Ciudad de residencia	Departamento	
— — —	calle 27A #18A-31	Santa Marta	Magd	
Dirección de correspondencia	Profesión	Ocupación actual	DEPENDIENTE	
calle 27A #18A-31	Ing. civil	Asalariado ☒ Estudiante ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐		
INDEPENDIENTE		Empresa donde trabaja	Cargo que desempeña	
Descripción de la actividad económica principal (CIU)	43			

Actividad económica

Profesión	Ocupación actual		
Ing. civil	DEPENDIENTE	Asalariado ☒ Estudiante ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐	
	INDEPENDIENTE	Descripción de la actividad económica principal (CIU)	43
Empresa donde trabaja	Cargo que desempeña		
Independient	Ingeniero civil		
Dirección del trabajo	Ciudad	Teléfono	
— — —	Santa Marta	— — —	
Servidor Público	Maneja Recursos Públicos	Persona públicamente reconocida	
SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	SI ☐ NO ☒	
¿Tiene vínculos familiares con una persona públicamente reconocida?			
SI ☐ NO ☒			

Información financiera

Total Activos							
Notiene ☐	menos de 20 millones ☒	20 a 50 millones ☐	50 a 100 millones ☐	100 a 200 millones ☐	200 a 500 millones ☐	más de 500 millones ☐	
Total Pasivos							
No tiene ☐	menos de 20 millones ☒	20 a 50 millones ☐	50 a 100 millones ☐	100 a 200 millones ☐	200 a 500 millones ☐	más de 500 millones ☐	
Total Ingresos							
No tiene ☐	0 a 1 millón ☐	1 a 3 millones ☒	3 a 5 millones ☐	5 a 10 millones ☐	10 a 20 millones ☐	más de 20 millones ☐	
Total Egresos							
No tiene ☐	0 a 1 millón ☐	1 a 3 millones ☒	3 a 5 millones ☐	5 a 10 millones ☐	10 a 20 millones ☐	más de 20 millones ☐	
Concepto de otros ingresos no operacionales							
Periodicidad de pago	Convenio con	Entidad					
Anual ☐ Trimestral ☐	Cta. corriente ☐ T. crédito ☐	No. de cuenta ☐	No. T. crédito ☐	Cód. Empleado ☐			
Semestral ☐ Mensual ☒	Cta. ahorro ☐ Libranza ☒						

Beneficiarios cónyuge (segundo asegurado)

Nombre del beneficiario	Parentesco	Calidad	%
Carmen Cecilia Martinez Hoyes	Esposa	UOL	100%

Datos hijo 1

1er apellido	2do apellido	Nombre(s)	Tipo de documento	
			C.C. ☐ CE. ☐	
Fecha de expedición documento	Lugar de expedición	Sexo	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
D M A		M ☐ F ☐	D M A	
Nacionalidad	Profesión			
	Dependiente			

803714

5579

11

Datos hijo 2

1er apellido			2do apellido			Nombre(s)			Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐		
Fecha de expedición documento D M A			Lugar de expedición			Sexo M ☐ F ☐			Fecha de nacimiento D M A		
Nacionalidad			Profesión			Dependiente					

Datos hijo 3

1er apellido			2do apellido			Nombre(s)			Tipo de documento C.C. ☐ C.E. ☐		
Fecha de expedición documento D M A			Lugar de expedición			Sexo M ☐ F ☐			Fecha de nacimiento D M A		
Nacionalidad			Profesión			Dependiente					

Amparos

Amparos para el asegurado principal		Edad	Vr. asegurado	Tasa (x 1000)	Prima
Vida		60	80.000.000	520	416.000
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración			80.000.000	120	96.000
Incapacidad Total y Permanente			80.000.000	50	4.000
Enfermedades Graves					
Últimos Gastos					
Amparos para el cónyuge		Edad	Vr. asegurado	Tasa (x 1000)	Prima
Vida		74	30.000.000	750	22.500
Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración					
Incapacidad Total y Permanente					
Enfermedades Graves					
Últimos Gastos					
Amparos hijos		No. de Hijos asegurados	Prima por hijo	Total Prima Hijos	
Vida, Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración e Incapacidad Total y Permanente DOCE MILLONES DE PESOS (\$12.000.000) M/CTE y Enfermedades Graves SEIS MILLONES DE PESOS (\$6.000.000) M/CTE.					
TOTAL PRIMA					\$ 82.500

2DA COPIA: INTERMEDIARIO

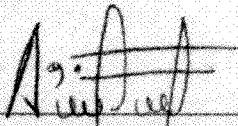
Certificamos

- Que el Tomador tiene contratada con la Compañía de Seguros Bolívar S.A. la póliza de Seguro anotada arriba.
- Que la Compañía de Seguros Bolívar S.A. aceptará la inclusión en ella de la(s) persona(s) a quien(es) como asegurado(s) se expide este certificado, siempre que su diligenciamiento sea el correcto y no se origine devolución del documento y se haya pagado la primera prima. La Compañía de Seguros Bolívar S.A. se reserva el derecho de aceptación individual de cada solicitante para lo cual tendrá un plazo según lo establecido en la cláusula quinta de las condiciones generales de la póliza, de 15 días a partir de la fecha de recibo de este documento, para notificar al Tomador la no aceptación en el seguro del (de los) solicitante(s) a cuyo nombre se expide la presente solicitud - certificado.

IMPORTANTE: La declaración de asegurabilidad forma parte integral del contrato de seguro. La presente solicitud-certificado no tendrá validez alguna, hasta tanto la declaración de asegurabilidad del asegurado principal y su cónyuge, si se asegura, haya sido suscrita en forma completa y veraz para evitar sanciones de nulidad. Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado máximo de \$ 120.000.000

NOTA:

- El asegurado principal con la firma de la presente solicitud póliza certifica que los hijos que asegura en la misma dependen económicamente de este último.
- Los beneficiarios de los hijos del asegurado principal que se aseguren serán sus padres en partes iguales.


FIRMA AUTORIZADA
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.


ASEGURADO PRINCIPAL
C.C. 365346885M


CÓNYUGE
C.C. 365346885M


REPRESENTANTE LEGAL
COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

FIRMA HIJO 1
C.C. C.E. T.I.

FIRMA HIJO 2
C.C. C.E. T.I.

FIRMA HIJO 3
C.C. C.E. T.I.



Título número
Número Póliza 803714

Valor a Descantar	\$82500
Valor en letras:	ochenta y dos mil quinientos
Intermediario	31710
Localidad	2541
Radicación	

X	COMPANHIA BOLIVAR	NIT
	CAPITALIZADORA BOLIVAR S.A.	860.006.359-6
X	COMPANHIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.	860.002.503-2
	SEGUROS COMERCIALES BOLIVAR S.A.	860.002.180-7

DATOS DE LA CUENTA

CÓDIGO ENTIDAD FINANCIERA 557A	NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA Fed de Arital	CIUDAD Santa Marta
NÚMERO DE LA CUENTA O TARJETA DE CRÉDITO A DEBITAR	NIT DE LA EMPRESA	CANAL DE DESCUENTO
	CÓDIGO DE LA LIBRANZA	01 ☐ TARJETA DE CRÉDITO
		02 ☐ CTA. CORRIENTE
		03 ☐ CTA. AHORROS
		10 ☒ LIBRANZA

DATOS DEL CUENTAHABIENTE, TARJETAHABIENTE O EMPLEADO - LIBRANZA -

DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA SI ES COMPARTIDA RELACIONAR TITULAR	CÉDULA ☒ NIT ☐ OTROS ☐	DIRECCIÓN
PRINCIPAL 1 Carmen Cecilia	ESPECIFICAR 36.534.688	Calle 27A # 18A-31
2 Martinez Hoyer		
CIUDAD 1 Santa Marta	TELÉFONO 300 5732168	E-mail: - 0 -
2		

SI DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA SE INCREMENTA EL VALOR DE LA PRIMA EN LA RENOVACIÓN O SE INCLUYAN MODIFICACIONES EN SU COBERTURA, FACULTO A LA ENTIDAD AUTORIZADA A DESCONTAR LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE.

FECHA DE VENCIMIENTO DE LA TARJETA DE CRÉDITO AAAA MM

ACEPTO LAS CONDICIONES INDICADAS AL RESPALDO

CIUDAD Y FECHA **02/12/2014 Santa Marta**

1a. FIRMA **Carmen Cecilia**
cédula **36534688 SM**



2a. FIRMA _____
cédula _____

FIRMA DEL (LOS) TITULAR(ES) DE LA CUENTA,
TARJETA DE CRÉDITO O DEL EMPLEADO

RESALTE EN ALTO RELIEVE

Nota: El cuenta habiente; tarjeta habiente debe ser el mismo tomador del seguro o título de capitalización.



DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
SEGURO DE VIDA GRUPO

YO: Carmen Cecilia Martínez Hoyer, mayor de edad, domiciliado en Santa Marta,
nacido el día 01 del mes 01 del año 55, identificado con C No. 36.534688 Santa Marta
en mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge y de mis hijos si se aseguran, declaro que:

1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, vrices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o transplantes.
2. No hemos sido sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecuencial.
3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que puedan incidir sobre nuestro estado de salud.
4. No tenemos limitación física ni mental alguna.
5. Tanto nuestras actividades y ocupaciones como nuestro trabajo han sido y son lícitas y las hemos ejercido y ejercemos dentro de los marcos legales. No hemos sido sindicados ni condenados por la justicia penal.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro. De conformidad con lo estipulado en el Artículo 34 de la ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. para tener acceso a nuestra historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar ó divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas de Sociedades Bolívar S.A. toda nuestra información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de nuestro fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los Artículos 2195 del Código Civil y 1284 del Código de Comercio.

La Compañía de Seguros Bolívar S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de nuestro fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (Artículos 1058 y 1158 del Código del Comercio).

Nombre de su E.P.S. UTN Nombre de su medicina prepagada _____

Para constancia de lo anterior, se suscribe el presente documento a los 2 días del mes de Diciembre del año 2014.

IMPORTANTE: NO FIRME SIN ANTES LEER Y ENTENDER EL CONTENIDO DEL PRESENTE DOCUMENTO.
Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo.
(Arts. 1058 y 1158 de Código del Comercio).

Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información: Usted puede acceder al seguro mediante otros procedimientos. Comuníquese con la RED322 01 8000 123 322, desde teléfonos móviles #322 o con su asesor de seguros.

Firma del Asegurado: [Firma]

Doc. de Ident. : 36534688 No. Santa Marta



Huella índice
derecho

