

CONTESTACION A LA DEMANDA RAD. 13001400301620210025700 (SO167)

Kira Quintero (OMP Abogados) <kquintero@ompabogados.com>

Mar 14/09/2021 02:46 PM

Para: Juzgado 16 Civil Municipal - Bolivar - Cartagena <j16cmplcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (2 MB)

Contestación ARACELIS OCHOA TAPIAS Y OTROS.pdf;

Señores

**JUZGADO DIESCISEIS (16°) CIVIL MUNICIPAL
CARTAGENA – BOLIVAR**

E. S. D.

REF.: PROCESO VERBAL

DEMANDANTE: ARACELIS OCHOA TAPIAS Y OTROS

**DEMANDADO: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.
Y BANCO BBVA COLOMBIA S.A.**

RAD: 13001400301620210025700

Por medio del presente, nos permitimos allegar a su despacho, contestación a la demanda (58 folios) dentro del proceso de la referencia.

Adjunto:

1. Contestación a la demanda
2. Solicitud certificado individual suscrita por el señor CLEMENTE POLO GOMEZ para amparar la obligación No. 106422659.
3. Póliza vida grupo deudores No. 994000000002
4. Condiciones generales de la póliza vida grupo deudores No. 994000000002
5. Reclamación radicada ante la compañía
6. Carta de objeción de fecha 28 de septiembre de 2020 expedida por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.
7. Copia de la historia clínica del señor CLEMENTE POLO GOMEZ

Ratificamos que el **Dr. ALEXANDER GOMEZ PEREZ**, podrá ser notificado en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. B4, segundo piso, de la ciudad de Barranquilla, al correo electrónico agomez@ompabogados.com y a los teléfonos (5) 3606945 – 3135119267 – 3106322829 o 3215442599

De ante mano agradezco la colaboración prestada por el despacho hacia nuestra solicitud.

Cordialmente,

Kira Quintero Angarita

Líder de Revisión Grado II

OMP | Abogados

Dirección: Carrera 58 No. 70 – 110 Oficina B4 Piso 2

Teléfono: (+57 5) 3606945

Celular; 3137496138

E-Mail: kquintero@ompabogados.com

Barranquilla, Colombia

Señores
JUZGADO DIESCISEIS (16°) CIVIL MUNICIPAL
CARTAGENA – BOLIVAR
E. S. D.

REF.: PROCESO VERBAL

DEMANDANTE: ARACELIS OCHOA TAPIAS Y OTROS

DEMANDADO: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Y BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

RAD: 13001400301620210025700

ALEXANDER GOMEZ PEREZ, varón, mayor de edad, vecino de esta ciudad, 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, actuando en mi calidad de apoderado judicial de la sociedad **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, de conformidad con el poder especial, amplio y suficiente, debidamente otorgado por el Doctora **MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA**, actuando en su calidad de Representante Legal de la precitada sociedad, todo lo cual acredito con el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, que aporté al momento de la notificación; al Señor Juez respetuosamente le manifiesto que procedo dentro del término de traslado que se le concediera a mi representada, a contestar la demanda en los siguientes términos:

Inicialmente solicito que se me reconozca personería para actuar como apoderado judicial de la sociedad **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, con plenas facultades para actuar dentro de todas y cada una de las diligencias que se practiquen dentro del presente proceso.

MANIFESTACIÓN PRELIMINAR

Manifiesto al despacho que procedo a contestar la demanda instaurada en contra de mi representada, dentro del término legal, teniendo en cuenta la notificación por correo electrónico realizada por la apoderada de la parte demandante el día 12 de agosto de 2020, iniciando el término del traslado desde el día 17 de agosto de 2021, en cumplimiento de lo estipulado en el Decreto 806 de 2020.

SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO 1.1: Manifiesto que este hecho hace mención a un crédito que le fue otorgado al señor **CLEMENTE POLO GOMEZ** por parte del **BANCO GNB SUDAMERIS S.A.**, sin embargo, a pesar de que mi representada no tuvo participación en las condiciones establecidas para el otorgamiento del mismo, este hecho es cierto.

AL HECHO 1.2: Es parcialmente cierto, la obligación No. 106422659 se encontraba amparada por la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 994000000002, expedida por **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.**, en la cual fue incluido como asegurado el

señor CLEMENTE POLO GOMEZ luego de diligenciar y firmar la solicitud/certificado individual de seguro. Debemos resaltar el objeto de la póliza es amparar el saldo insoluto de la obligación, al momento de la ocurrencia del riesgo amparado, por lo que el valor asegurado siempre dependerá del saldo que el asegurado tenga de la obligación con la entidad bancaria.

AL HECHO 1.3: Este hecho es cierto, el tomador y único beneficiario de la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 994000000002, es BANCO GENB Sudameris S.A.

AL HECHO 1.4: Es cierto.

AL HECHO 1.5: Es cierto este hecho en cuanto a que el señor CLEMENTE POLO GOMEZ presentó reclamación ante el BANCO GNB SUDAMERIS S.A., a fin de que se afectara la póliza de seguros vida grupo deudores No. 994000000002.

Igualmente, es importante señalar que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. procedió a dar respuesta a la mencionada reclamación, objetándola de manera seria y fundada dentro de la oportunidad legal establecido para ello, la objeción se fundamentó en lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, es decir, se estableció que el señor CLEMENTE POLO GOMEZ tenía antecedente de INFARTO AL MIOCARDIO, HIPERTENSION ARTERIAL y CANCER DE PROSTATA desde hacía más de 10 años, hechos relevante que no fueron declarados dentro de la solicitud de asegurabilidad cuando suscribió la obligación con el BANCO GNB SUDAMERIS S.A en la declaración de asegurabilidad el día 7 de abril de 2016, por lo tanto, fue reticente o inexacto al declarar su real estado de salud, ya que calló u omitió información relevante para su aseguramiento.

AL HECHO 1.6: No es cierto este hecho como está redactado, toda vez que mi representada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. quien procedió a dar respuesta a la mencionada reclamación, objetándola de manera seria y fundada dentro de la oportunidad legal establecido para ello, la objeción se fundamentó en lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, es decir, se estableció que el señor CLEMENTE POLO GOMEZ tenía antecedente de INFARTO AL MIOCARDIO, HIPERTENSION ARTERIAL y CANCER DE PROSTATA desde hacía más de 10 años, hechos relevante que no fueron declarados dentro de la solicitud de asegurabilidad cuando suscribió la obligación con el BANCO GNB SUDAMERIS S.A en la declaración de asegurabilidad el día 13 de mayo de 2020, por lo tanto, fue reticente o inexacto al declarar su real estado de salud, ya que calló u omitió información relevante para su aseguramiento, lo cual observamos de la siguiente manera:

contrato de seguro. El seguro es un contrato peculiar, fundado bajo el apotegma de la buena fe, elevada a su máxima expresión; el carácter de *uberrimae bonae fidei* le da la connotación particular de la que se anota, de tal suerte que este axioma debe verificarse desde la etapa precontractual del seguro, inclusive, en los tratos preliminares también debe observarse so pena de generarse intereses negativos como lo son la nulidad relativa del contrato. Mi representada, así como todas las compañías de seguro autorizadas en Colombia para explotar el ramo de seguros de vida, antes de asumir un riesgo, le proporciona al candidato del seguro un cuestionario de asegurabilidad con el fin de que esta responda las preguntas ahí planteadas de manera veraz y concreta sin omitir ninguna patología. Si el candidato a ser asegurado, informa que no padece ningún antecedente médicos o responde negativamente a las preguntas formuladas en el cuestionario, es claro que el asegurador, fundado en el apotegma de la buena fe, asume el riesgo en la forma en que es informado por parte del asegurado, pues de no ser así se estaría acolitando que los asegurados en todo caso pueden brindar al segurador informaciones y declaraciones falsas y que a pesar de ello el asegurador debe dar cobertura al riesgo, aunque el asegurado haya faltado a la verdad o haya sido reticente, por ello resulta desconocedora de las normas que regulan el contrato de seguro.

AL HECHO 1.9: Este punto no contiene un hecho, si no una afirmación subjetiva por parte del apoderado demandante a lo cual manifestamos que esta afirmación resulta desconocedora de las normas y jurisprudencia sobre el contrato de seguro de vida, siendo que el asegurador no está obligado a realizar ningún examen médico al candidato del seguro (art. 1158 Código de Comercio) con el fin de constatar su estado de salud, pues precisamente en virtud del principio de la buena fe, el asegurador asume el riesgo de conformidad a lo que este le declara.

Tratándose de contrato de seguro de vida como en el caso que nos ocupa, el mismo se requiere no solo de buena fe del tomador, sino de la máxima o ubérrima buena fe al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante seguro en el momento en que esté todavía no lo es, se trata de un deber precontractual a cargo del tomador del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos cuyas circunstancias el asegurador va a asumir, por lo que al manifestar la demandante en la declaración de asegurabilidad no tener antecedentes médicos y que su estado de salud era normal, tal manifestación era suficiente para compañía de seguros para dar su consentimiento y celebrar el contrato.

Es pertinente traer a colación sentencia de constitucionalidad emitida por la misma Corte Constitucional, en donde se deja claro que en las compañías aseguradoras no recae ninguna obligación de inspección del riesgo, o practica de exámenes médicos tal como lo precisó en su momento en Sentencia C-232 de 1997 quien sostuvo “(...) es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le puede exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a este no se le puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles1 (...)” (Subrayas fuera del texto original).

AL HECHO 1.10: Este punto no contiene un hecho, si no una afirmación subjetiva por parte del apoderado demandante a lo cual manifestamos, sobre la valoración por parte de un profesional de la salud al demandante, para determinar su estado de salud, debo indicar que esta afirmación resulta desconocedora de las normas y jurisprudencia sobre el contrato de seguro de vida, siendo que el

asegurador no está obligado a realizar ningún examen médico al candidato del seguro (art. 1158 Código de Comercio) con el fin de constatar su estado de salud, pues precisamente en virtud del principio de la buena fe, el asegurador asume el riesgo de conformidad a lo que este le declara.

Tratándose de contrato de seguro de vida como en el caso que nos ocupa, el mismo se requiere no solo de buena fe del tomador, sino de la máxima o ubérrima buena fe al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante seguro en el momento en que esté todavía no lo es, se trata de un deber precontractual a cargo del tomador del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos cuyas circunstancias el asegurador va a asumir, por lo que al manifestar la demandante en la declaración de asegurabilidad no tener antecedentes médicos y que su estado de salud era normal, tal manifestación era suficiente para compañía de seguros para dar su consentimiento y celebrar el contrato.

Es pertinente traer a colación sentencia de constitucionalidad emitida por la misma Corte Constitucional, en donde se deja claro que en las compañías aseguradoras no recae ninguna obligación de inspección del riesgo, o practica de exámenes médicos tal como lo precisó en su momento en Sentencia C-232 de 1997 quien sostuvo “(...) es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le puede exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se le puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles1 (...)” (Subrayas fuera del texto original). .

AL HECHO 1.11: Nada de lo afirmado en este punto es cierto, por lo cual mi representada se opone desde ya por carecer de asidero factico y jurídico que lo respalde. Es preciso indicar al despacho, que el asegurador no está obligado a realizar ningún examen médico al candidato del seguro (Art. 1158 Código de Comercio), ni a solicitarle su historia clínica con el fin de constatar su estado de salud, pues, precisamente en virtud del principio de la buena fe, el asegurador asume el riesgo de conformidad a lo que este le declara.

Tratándose de contrato de seguro de vida como en el caso que nos ocupa, el mismo se requiere no solo de buena fe del tomador, sino de la máxima o ubérrima buena fe al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad y/o solicitud de seguro, pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante del seguro. Se trata de un deber precontractual a cargo del tomador del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos cuyas circunstancias el asegurador va a asumir, por lo que al manifestar la demandante en la declaración de asegurabilidad no tener antecedentes médicos y que su estado de salud era normal, tal manifestación era suficiente para compañía de seguros para dar su consentimiento y celebrar el contrato.

AL HECHO 1.12: Manifiesto al despacho que a mi representada no le consta, pues, nunca fue conocedora ni participe de este hecho. En consecuencia, se atiene a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez evacuadas todas y cada una de las diferentes etapas procesales que conforman o integran el proceso judicial de marras.

AL HECHO 1.13: Este punto no constituye hechos, sino, apreciaciones de carácter subjetivo por parte del apoderado judicial de la demandante, sin un sustento legal y probatorio que las respalde. Es preciso anotar que no puede la 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 1.14: Este punto no constituye hechos, sino, apreciaciones de carácter subjetivo por parte del apoderado judicial de la demandante, sin un sustento legal y probatorio que las respalde. Es preciso anotar que no puede la 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 1.15: Este punto no constituye hechos, sino, apreciaciones de carácter subjetivo por parte del apoderado judicial de la demandante, sin un sustento legal y probatorio que las respalde. Es preciso anotar que no puede la 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 1.16: Manifiesto al despacho que a mi representada no le consta, pues, nunca fue conocedora ni participe de este hecho. En consecuencia, se atiene a lo efectivamente probado dentro del presente proceso, una vez evacuadas todas y cada una de las diferentes etapas procesales que conforman o integran el proceso judicial de marras.

AL HECHO 1.17: Es cierto, pues se desprende del expediente del proceso.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

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

A LA 2.1: Esta pretensión no está llamada a prosperar, toda vez que el contrato de seguro, recogido bajo la Póliza de Seguro de Vida Grupo No. 994000000002, está viciado de nulidad relativa, de conformidad con lo señalado por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

A LA 1.2: Esta pretensión no está llamada a prosperar, toda vez que el contrato de seguro, recogido bajo la Póliza de Seguro de Vida Grupo No. 994000000002, está viciado de nulidad relativa, de conformidad con lo señalado por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

A LA 2.3: Esta pretensión no está llamada a prosperar, toda vez que el contrato de seguro, recogido bajo la Póliza de Seguro de Vida Grupo No. 994000000002, está viciado de nulidad relativa, de conformidad con lo señalado por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio. Adicionalmente no es procedente el reconocimiento de perjuicios morales que se pretenden en la demanda.

A LA 2.4: Esta pretensión no está llamada a prosperar por ser consecuencia directa de las anteriores.

A LA 2.5: Esta pretensión no está llamada a prosperar, por ser consecuencia directa de las anteriores.

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. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO RECOGIDO EN LA POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. VGD- 994000000002 POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD.

Los conceptos de reticencia e inexactitud hacen mención a las obligaciones precontractuales del tomador, como lo es la declaración del estado del riesgo, ya que sobre ella se sustentarán todas las bases del contrato de seguro. La declaración del estado del riesgo debe tener dos características; debe ser sincera y versar sobre los hechos y circunstancias determinantes del estado del riesgo.

La inexactitud presupone una conducta activa del tomador e implica discordancia objetiva entre la declaración expresa (la absolución afirmativa o negativa de una pregunta, la afirmación espontánea de un hecho) y la realidad del hecho o circunstancia sobre que ella recae. La reticencia, en cambio, entraña por definición, una conducta pasiva: es el silencio, es la omisión, el encubrimiento de un hecho o circunstancia sobre los cuales se reclamado la atención del tomador o cuya importancia ha debido motivar su declaración espontánea.¹

Es decir que la declaración debe ser ajustada a la verdad de la situación de los bienes y las personas; no se deben omitir por parte del candidato al seguro hechos que pudieran afectar la voluntad del asegurador al momento de valorar el riesgo; el candidato al seguro está en mejor condición para conocer el verdadero estado del riesgo y es su deber informarlas al asegurador para que haga una adecuada calificación del riesgo, ya que ésta se sujeta a la información suministrada por el tomador asegurado o beneficiario en su declaración.

El seguro es un contrato peculiar, fundado bajo el apotegma de la buena fe, elevada a su máxima expresión; el carácter de *uberrimae bonae fidei* le da la connotación particular de la que se anota, de tal suerte que este axioma debe verificarse desde la etapa precontractual del seguro, inclusive, en los tratos preliminares también debe observarse so pena de generarse intereses negativos como lo son la nulidad relativa del contrato.

El tratadista Joaquín Garrigues expresa que la exigencia de la ubérrima buena fe obedece al hecho de que “ *el seguro es un contrato celebrado en masa, en el que se ofrecen las características propias de un contrato de adhesión*” agregando que la exigencia de la buena fe lleva en el contrato de seguro a consecuencias extremas, desconocidas en los demás contratos, en tal sentido se dice que el seguro es *uberrimae fidei contractus*, esta nota peculiar se manifiesta no solo en la ejecución del contrato, sino en el momento anterior al contrato. Esto es justamente lo típico del seguro. Pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante seguro en el momento en que esté todavía no lo es, se trata de un deber precontractual a cargo del tomador-asegurado del seguro,

¹ Teoría general del seguro – El contrato. J. Efrén Ossa G. Temis. Pag 330

consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos cuyas circunstancias el asegurador va a asumir².

Ahora bien, el fenómeno de la reticencia en el contrato de seguro se encuentra regulado en el código de comercio, para una mayor ilustración me permito transcribir las normas que la regulan:

“Art. 1058. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro...” (Negrillas y subrayado por fuera del texto original)

(...)

“Art. 1158. Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar.”

Es claro que, por disposición legal, los artículos 1058 y 1158 del C. de Co. imponen un deber, como imperativo de conducta, en el candidato a asegurado dentro de la póliza dada la especialidad de este contrato, previendo que en caso de incumplimiento en la declaración sincera de los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo tal situación conlleva a la sanción prevista en el citado artículo 1058.

La sanción prevista en el artículo 1058 del código de comercio se justifica en la medida en que la reticencia o inexactitud en la que incurre el tomador, en la declaración del estado del riesgo, representa un "vicio en el consentimiento del asegurador el cual es inducido a un error en su manifestación de voluntad frente al tomador".

La doctrina sobre el particular ha indicado:

“Como no es razonable exigir al asegurador el aseguramiento “a ciegas” de los riesgos por cuanto ello desvirtuaría el fundamento técnico de la operación aseguradora –la ley de los grandes números y el cálculo de probabilidades–, y como tampoco será posible en todos o en muchos casos la comprobación directa de los riesgos por asumir, dadas (sic) la dispersión geográfica de los riesgos y las numerosas propuestas de aseguramiento que recibe el asegurador en virtud de la contratación en masa, él que tiene que confiar o tener fe en lo que le manifiesta el candidato a tomador y, por ende, se justifica plenamente la existencia de un régimen especial que regule cabalmente el deber de información a cargo de este último y las consecuencias de su incumplimiento. Ese voto de confianza en lo que manifiesta el candidato a tomador se torna en núcleo fundamental del seguro pues el asegurador, en cierta forma, se abandona, entrega o se pone en las manos de aquel, y estará tranquilo sólo si espera y

² Joaquín Garrigues, Ob. Cit. Págs 256 y 257

efectivamente se produce un comportamiento honrado, leal, eficiente, transparente y diligente por parte de quien le proporcionó la información.”³

Igualmente debemos señalar que:

*“No obstante lo aleatorio del contrato, como la ley procura un tratamiento de equilibrio entre el riesgo que asume el asegurador y la contraprestación a cargo del tomador, **las consecuencias de una eventual fractura de esta armonía** pesan no solamente sobre los contratantes, sino sobre los terceros con interés en el contrato, tales como el asegurado o el beneficiario. De ahí que el artículo 1044 ejusdem, declare con diaphanidad que el asegurador le puede oponer al beneficiario las excepciones que le hubiera propuesto al asegurado, o al tomador, en caso de ser estos distintos de aquél, y al asegurado las que hubiere podido alegar contra el tomador. **Por consiguiente, si el tomador en la declaración de asegurabilidad incurrió en reticencia o inexactitud, la nulidad relativa que ello genera se constituye en un motivo para el no pago de la indemnización oponible al beneficiario y al asegurado.**” (1999) Corte Suprema de Justicia – Expediente No. 04923*

Ahora, de acuerdo a lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, el candidato al seguro debe declarar en forma sincera el estado del riesgo, esta declaración se puede hacer en forma dirigida, es decir, cuando la aseguradora provee un formulario de preguntas, o de manera espontánea cuando no se entregue el mismo por parte de la compañía de seguros.

En el primer escenario, el hecho de que la aseguradora haya suministrado un cuestionario que debe ser respondido por parte del candidato al seguro, conlleva unos efectos prácticos, como es que se presume que las preguntas que se incluyen en el cuestionario son determinantes para efectos de que la compañía de seguros forme su juicio en torno a la celebración o no del contrato de seguro o su celebración en condiciones más gravosas.

El cuestionario puede contener preguntas referentes a aspectos objetivos o aspectos subjetivos o morales del riesgo. Existiendo omisión de información sobre alguno de esos hechos objetivos o subjetivos o una información imprecisa o inexacta sobre los mismos, se viciaría el consentimiento de la compañía de seguros. Razón por la cual el tomador de seguro está obligado a responder sinceramente el cuestionario que le proporcione la compañía de seguros previo a la celebración del contrato.

En cuanto a la declaración dirigida, la doctrina ha expuesto que *“Cuando la declaración obedece a un cuestionario planteado por el asegurador, mediante una declaración dirigida, la buena fe del declarante opera sobre hechos o circunstancias de orden objetivo y subjetivo. En este caso sólo hace falta la existencia de la reticencia o inexactitud para dar fundamento a la procedencia de la acción rescisoria”⁴*

³ Asociación Colombiana de Derecho de Seguros. Deberes de información en la etapa precontractual a cargo del asegurador y del candidato a tomador. Ponencia del Dr. José Fernando Torres Fernández de Castro. XXIII Encuentro Nacional. Santiago de Cali, octubre de 2002.

⁴ GONGORA NAVIA, Luis Jorge; BERNOSKE MERINO, Elizabeth Ann. Declaración Inexacta y Reticente sus efectos en el seguro de vida. En: Memorias XVII Encuentro Nacional Asociación Colombiana de Derecho de Seguros ACOLDESE, octubre de 1992 Paipa (Boyacá).

Bajo esta premisa, el espíritu del artículo 1058 del C. de Co. busca que el asegurador preste su consentimiento libre de vicios, es decir, separado de error o dolo causado por culpa del candidato a tomador – asegurado, consentimiento que para el caso que nos ocupa, como ya bien se expuso se encuentra viciado.

Igualmente, en fallo de casación de 2 de agosto de 2001, expediente número 6146, la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, insistió:

“(…) la declaración de asegurabilidad debe contener una información fidedigna, amén de veraz y oportuna, como quiera que, en función suya, preponderantemente, el asegurador expresará su voluntad de establecer una relación contractual con el sujeto que, en la etapa precedente: la precontractual, fungió en calidad de candidato a tomador del seguro -llamado en algunos círculos asegurando, por su potencialidad-. Ello explica el empleo de la expresiva y diciente locución: "sinceramente", inmersa en el primer inciso del artículo 1058 del Código de Comercio, relativa al deber –o carga- de declarar, que sirve para ilustrar el justiciero deseo que le asiste al legislador, consistente en que el asegurando, con responsabilidad y solvencia, asuma tan revelador compromiso, base fundamental del asentimiento del asegurador, quien ha depositado su confianza en su cocontratante.

Todo ello justifica, en demasía, no sólo la consagración positiva en el derecho nacional del referido deber informativo (o carga, stricto sensu), como se indicó de penetrante valía, sino también la adopción de un severo régimen sancionatorio, para el evento de que el futuro tomador lo pretermite, en muestra de inequívoco resquebrajamiento del axial principio de la buena fe, piedra angular de los negocios de confianza, como lo es el seguro, por antonomasia, sin perjuicio de eventuales investigaciones o inspecciones que, motu proprio, efectúe la entidad aseguradora -facultativamente-, para mejor proveer, si así lo estima aconsejable (art. 1.048 C. de Co), ya que, en rigor, no está obligada a realizarlas. No en balde, son un arquetípico plus -y no un prius-.

(…)

3. *Aplicado el discurso que antecede al contrato de seguro, concretamente a su fase precontractual (buena fe in contrahendo), salta a simple vista su conexión y pertinencia, puesto que la carga (onere u obliegenheit) de declarar el estado del riesgo, radicada en cabeza del candidato a tomador, no se agota por completo al momento de responder el cuestionario formulado por el asegurador, como prima facie pudiera parecer de una inconexa y avara lectura del primer inciso del artículo 1.058 del C. de Co, habida consideración que la plausible -y terminante- exigencia de ‘declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo’, en sí misma considerada, posee un espectro más amplio y, por contera, es titular de una proyección sustancialmente mayor, como tal llamada a trascender el diligenciamiento del cuestionario en comento, que servirá como aquilatada brújula para orientar la tipología de sus respuestas, pero en manera alguna para entender que, una vez obtenidas, cesa -o fenece- dicha exigencia.*

Tan cierto será lo afirmado, que la declaración de asegurabilidad puede hacerse en Colombia -al contrario de otras naciones- sin ‘...sujeción a un cuestionario determinado’ (inciso segundo, art. 1.058, C. de Co.), lo que demuestra que éste no se erige en frontera infranqueable, a la vez

que insustituible. Tan sólo es un útil instrumento que, al arbitrio del asegurador, puede o no emplearse, sin que por ello se pueda pretextar que, en este supuesto, el tomador no esté igualmente obligado a "...declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo", ya que es un deber general -lato sensu- (...)"

En el caso concreto, se tiene que la señora ARACELIS OCHOA TAPIAS presentó reclamación para el pago del amparo MUERTE del señor CLEMENTE POLO GOMEZ en virtud de PÓLIZA VIDA GRUPO DEUDORES No. 994000000002 en la cual figura como asegurado.

Dicha reclamación se le dio respuesta negativa por parte de mi representada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. alegando reticencia, con base en la historia clínica aportada al momento de la reclamación en donde se evidencia como antecedentes médicos, HIPERTENSION ARTERIAL Y CANCER DE PROSTATA, además de IAM (INFARTO AL MIOCARDIO) DE HACE 10 AÑOS:

Registro para la Historia Clínica de Urgencia		
DATOS DE LA CONSULTA		
Remitido:	Contra referencia: No	
Tipo de Consulta:		
Plan / Administradora:	POLICIA METROPOLITANA DE CARTAGENA DE INDIAS / POLICIA NACIONAL CONTRATO 72-7-20063-2019	
Glasgow:	3	Valoración: Coma
Triage: I		
MOTIVO DE LA CONSULTA		
PACIENTE QUE LO TRAEN DE CUIDADO EN CASA		
ENFERMEDAD ACTUAL		
ATENIDO LLAMADO DE ENFERMERIA Y DE FAMILIARES QUE EL PACIENTE NO RESPONDE AL LLAMADO. ENCUENTRO PACIENTE CON CIANOSIS PERIFERICA, GLASGOW 3/15 Y SIN SIGNOS VITALES. PRESENTANDO ASISTOLIA CONTINUA EN MONITOR. SE BUSCAN REFLEJOS DE TALLO, REFLEJO FOTOMOTOR, CORNEAL, OCULOCEFALICO Y FARINGEO, ENCONTRANDOLO TODOS AUSENTES. PACIENTE CON CIANOSIS PERIBUCAL, SIN SIGNOS VITALES Y PRESENCIA DE RIGIDEZ POSTMORTEN. SE DECLARA FALLECIMIENTO A LAS 06:00 PM. SE LLENA CERTIFICADO DE DEFUNCION NUMERO: 72492106-2		
Sistema respiratorio:		
ANTECEDENTES		
1. Patológicos (HTA, Diabetes):	* 1- HIPERTENSION ARTERIAL - CA PRÓSTATA	
2. Quirúrgicos:	IAM HACE 10 AÑOS	
3. Hospitalarios:		
4. Transfusionales:		
5. Tóxico-Alérgicos:		
6. Farmacológicos:		
7. Gineco-Obstétricos:		
8. Traumáticos:		
9. Otros:		
10. Alergia-tolerancia a medicamentos:		
FAMILIARES		

De acuerdo a esto, se puede evidenciar que el asegurado tenía pleno conocimiento de las patologías al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, es decir, el 13 de mayo año 2020, inmersa en la solicitud/certificado individual de seguro de vida grupo deudores, en el cual se le formularon preguntas específicas sobre su estado de salud y este omitió informar tales antecedentes médicos ya conocidos por él, por lo cual se configura una nulidad relativa del contrato de seguro y la pérdida de cualquier derecho en virtud del cual se pretenda una indemnización por los amparos establecidos dentro de la póliza.

Dentro del mencionado cuestionario, se puede evidenciar el siguiente cuestionario de preguntas:

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT. 860.524.854-0

SOLICITUD INDIVIDUAL PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

CLASE DE VINCULACIÓN: ASEGURADO ☒ CC ☐ CE ☐ TI ☐ NIT No. 860.050.750-1

FECHA DE SOLICITUD: 13/05/2020

NÚMERO DE PÓLIZA: 994000000002

DATOS DEL TOMADOR: RAZÓN SOCIAL: BANCO GNB SUDAMERIS

TIPO DE DOCUMENTO: ☒ CC ☐ CE ☐ TI No. 9.128.230

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO:

PRIMER APELLIDO: POLO SEGUNDO APELLIDO: GOMEZ PRIMER NOMBRE: CLEMENTE SEGUNDO NOMBRE:

DIRECCIÓN DOMICILIO: 172 9 6 26 TELÉFONO FIJO / CELULAR: 320 567 2788 CIUDAD / MUNICIPIO: Cartagena DEPARTAMENTO: Bolívar

CORREO ELECTRÓNICO: mayaque@gmail.com LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: 17/12/1947 GÉNERO: F PESO: 75 ESTATURA: 1.65

OCCUPACIÓN DETALLADA: ☐ Empleado ☒ Pensionado ☐ Ama de casa EN CASO DE SERNPENSIÓNADO, MARQUE TIPO: ☐ Por servicio ☒ Por edad ☐ Por sanidad ☐ Por invalidez ☐ Por sustitución

La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado. En caso de riesgos subestándar o agravados por salud, actividad o deportes, se aplicarán las respectivas extras primas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito. El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que se pague el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD:

¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)
Cáncer		☒	Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos		☒	
Insuficiencia renal		☒	Hipertensión arterial		☒	
Accidente cerebro vascular		☒	Diabetes mellitus		☒	¿Tiene limitación física o mental congénita o adquirida? (Especifique)
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent		☒	Enfermedades mentales		☒	

¿El cliente requiere remisión médica? ☐ SI ☒ NO

Respecto de lo consignado por la apoderada de la parte demandante en su escrito de demanda, es menester manifestar que no es procedente jurídica ni legalmente lo pretendido, debido a que la negativa de mi representada se encuentra sustentada fáctica, legal y probatoriamente, en el entendido que es clara la incurrencia del señor CLEMENTE POLO GOMEZ en reticencia al ocultar información acerca de su verdadero estado de salud al momento de declarar sobre el estado del riesgo, al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad omitió información esencial sobre su estado de salud, puesto que padecía las patologías de HIPERTENSION ARTERIAL Y CANCER DE PROSTATA, además de IAM (INFARTO AL MIOCARDIO) DE HACE 10 AÑOS, siendo conocidas por este antes de suscribir el contrato de seguro, circunstancia que de ser conocida por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., habría sido fundamental para efectos de la consideración del riesgo asumido, no asumiendo el riesgo o haciéndolo en condiciones más onerosas. Es así, como en el presente caso se vislumbra claramente la configuración de reticencia por parte del asegurado, y, en consecuencia, se originó la respectiva sanción al negocio jurídico, que como ya se ha estudiado previamente consiste en la nulidad relativa del contrato de seguro, extinguiendo de esa manera la obligación condicional de la aseguradora de acceder al pago de la indemnización reclamada por el asegurado.

Con el fin de afianzar y darle un poco más de claridad a su despacho al respecto del tema de la reticencia. Me permito traer a colación una sentencia de la Corte Suprema de Justicia.

En sentencia proferida por la Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil y Agraria No. T1100122030002017 – 01366 – 01 de 27 de julio de 2017 esta se pronunció al respecto de una acción de tutela interpuesta por una providencia emitida en segunda instancia por un Juzgado Civil del Circuito, el cual decidió declarar la nulidad relativa del contrato por reticencia manifestando los siguientes argumentos:

“Para ello, el Despacho enjuiciado adujo, en suma, que en el caso sub judice, el asegurado tenía «la obligación de manifestar con absoluta sinceridad y sin ningún tipo de reserva su real estado de salud, pues debe observarse que se parte del presupuesto de la buena fe», al margen que sean o no practicados los respectivos exámenes clínicos al momento de la suscripción de la póliza, más aún cuando el tomador, contrario a lo que mostraba su registro médico, afirmó encontrarse en «óptimas condiciones de salud», lo cual no correspondía a la realidad, en tanto que se encontraron «serios antecedentes dentro de la historia clínica que demuestran sin lugar a equívocos que el señor B.B. (...) presentaba un estado mental deplorable. Bajo ese entendido (...) a la aseguradora se le ocultó esa situación. Es lo que se conoce técnicamente como una reticencia, es decir, cuando el tomador oculta su real estado» haciendo creer a la aseguradora que no existen riesgos patentes que pongan en potencial peligro la vida del beneficiario.

La Corte Constitucional en sentencia T- 463 de 2017, expuso lo siguiente:

“Lo anterior implica que, para el 7 de abril de 2014, fecha en que diligenció el formato de apertura de productos del banco y suscribió la póliza Grupo Deudores para amparar la obligación correspondiente a su cuenta corriente, no sólo conocía que padecía VIH sino también era consciente de las

complicaciones de su enfermedad, pues un mes antes se le había practicado una prueba neuropsicológica que confirmaría que su enfermedad se encontraba en un estadio C2 y que presentaba demencia asociada a la misma. Incluso se observa que, según se expuso, poco después de vincularse financieramente con Citibank no continuó trabajando. De esta manera, la historia clínica del accionante demuestra que sus padecimientos datan del año 2000, es decir, desde mucho antes de que presentara la solicitud de los productos ante el banco y que fue diagnosticado en un estadio avanzado de la enfermedad, al menos un mes antes de adquirir sus créditos con la entidad.

De esta manera, se advierte que el accionante al haber declarado que no padecía ninguna enfermedad incumplió lo establecido en el artículo 1058 del Código del Comercio, en virtud del cual “[e]l tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador”, con la finalidad de que el asegurador conozca de manera fiel el riesgo que va a amparar y pueda decidir de manera libre si contrata y bajo qué condiciones.

Este deber de actuar con apego a la verdad se basa en el principio constitucional de la buena fe, el cual toma mayor relevancia cuando se trata de suministrar información relacionada con el estado de salud del asegurado, lo que le permite a las partes al momento de contratar tomar las decisiones más adecuadas para sus intereses.

La Sala considera que el señor José no declaró el estado real del riesgo, pues no le informó a la aseguradora sobre todos los hechos que atentaban contra su integridad física, incidían en su capacidad laboral y afectaban su vida. Y exigir al asegurado que declare sobre su estado real de salud no resulta ser una carga desproporcionada que sea imposible de cumplir.

De esta manera, para la Sala, el actuar del accionante no se produjo dentro del marco de la buena fe, pues no sólo omitió declarar con sinceridad su estado de salud, sino que aun a pesar

de ello contrajo obligaciones conscientes de que no podía sufragarlas y a la espera de hacer efectiva la póliza de seguro.”

Dicho de otra manera, y en términos de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, el señor CLEMENTE POLO GOMEZ traicionó la extrema confianza de la aseguradora, derivada del principio de ubérrima buena fe que rige la celebración del contrato de seguro, por no responder con total honestidad, veracidad y exactitud el cuestionario diligenciado en la declaración de asegurabilidad al momento de realizar la solicitud de inclusión dentro de la PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 0994000000002. La cual es una carga precontractual que se encontraba en cabeza de este y que, de haberse cumplido, habría permitido a mi representada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. determinar con mayor exactitud el estado del riesgo.⁵

Con base en todo lo anteriormente expuesto, es evidente que en el presente caso se encuentran todas las bases jurídicas y legales que fundamentan la posición de mi representada en cuanto a la negativa del pago de las pretensiones del demandante por incurrir el asegurado en reticencia, teniendo como consecuencia directa la nulidad relativa del contrato de seguro.

Por último, es necesario aclarar que la prosperidad de la presente excepción lleva implícita la desestimación de las demás pretensiones reclamadas por el demandante en el proceso judicial de marras. De conformidad con lo reglado en el artículo 282 del C.G.P. el cual establece que *“Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes”*.

Por lo anteriormente expuesto, solicito respetuosamente al despacho que se declare probada la presente excepción de fondo.

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACION DE REALIZAR INSPECCION DEL ESTADO DEL RIESGO (EXAMENES MEDICOS) A CARGO DE MI REPRESENTADA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

En materia de contrato de seguro, el código de comercio en lo concerniente a la reticencia establece lo siguiente:

“Art. 1058. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro...” (Negrillas y subrayado por fuera del texto original)

(...)

⁵ Corte Constitucional. Sentencia T-272 de 2018 “Cargas y Deberes del Asegurado: 12. Declarar verazmente el estado del riesgo, según lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, para que el asegurador tenga los elementos de juicio suficientes para decidir si asegura o no el riesgo, de no ser así esto puede derivar en la reducción o en la nulidad de la prestación asegurada.”

“Art. 1158. Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar.”

Al respecto de la carga de la declaración del estado del riesgo la doctrina, ha expuesto:

“La carga de la declaración del estado del riesgo es de la exclusiva incumbencia del tomador. El asegurador no está legalmente obligado a controlar su fidelidad, a confrontar con la realidad los hechos o circunstancias declarados, a investigarlos superficial o exhaustivamente. Si lo hace, en ejercicio de una política técnico-comercial, en desarrollo de una función preventiva, su conducta no está ciertamente exenta de consecuencias jurídicas”⁶.

“El asegurador debe conocer todas las circunstancias que influyen en la apreciación del riesgo. En todos los demás contratos, la verificación del estado del riesgo o condiciones del bien objeto de la contraprestación queda, generalmente librada a la diligencia de la parte interesada. Esta actividad del asegurador se hace imposible, no sólo por onerosa, sino también por incompleta: no está en condiciones de establecer por sus propios medios, por grande que sea la diligencia aplicada, los elementos de hecho que le permitirían apreciar el riesgo”⁷.

La Corte Suprema de Justicia, también se ha pronunciado en lo referente a hasta dónde debe llegar la diligencia y cuidado del asegurador para conocer el estado del riesgo, lo siguiente:

“Esa extrema diligencia y cuidado, correspondiente a la culpa levísima, no se le impone al asegurador; su responsabilidad en este contrato, sólo llega hasta la llamada “culpa leve” (Art.63 C.C.) por consiguiente no es razonable imponer a una sociedad aseguradora el deber de verificar la sinceridad y exactitud de las declaraciones de un tomador del seguro haciendo indagaciones en las demás empresas dedicadas a la misma actividad mercantil, y no sólo a sus casas principales sino a la totalidad de las sucursales o agencias que tengan en el territorio nacional”⁸

De todo lo anteriormente expuesto es claro, que no es obligación del asegurador, realizar ningún tipo de inspección del riesgo o practicar exámenes médicos al candidato del seguro, pues ni la ley, ni la misma jurisprudencia así lo han indicado. Me permito hacer alusión a jurisprudencia reciente, de la Corte Suprema de Justicia en la cual ha sostenido lo siguiente sobre este punto:

“No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

⁶ OSSA GOMEZ, J. Efrén. Op. cit., pág. 329.

⁷ HALPERIN, Isaac. Seguros. 2ª. edición actualizada por Juan Carlos Félix Morandi. Volumen I. Buenos Aires: Editorial DE ALMA, 1986. p. 268.

⁸ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil. Sentencia de 28 de julio de 1976. Magistrado Ponente Dr. José María Esguerra Samper.

Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.

(...)

Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo¹.”

La Corte Constitucional, en sentencia T-058 de 2016, se pronunció con respecto a los fallos de tutela que consideraba que era una obligación de la aseguradora realizar exámenes médicos con el fin de determinar el estado de salud del tomador del seguro, manifestado lo siguiente:

“En relación con este último punto, es preciso advertir que en algunas sentencias se ha considerado que las aseguradoras (al margen de que no se trate de contratos de medicina prepagada o pólizas médicas), deben realizar con anterioridad a la suscripción de la póliza, un examen médico o exigir que se allegue uno por parte de los asegurados, con el fin de determinar su estado de salud, cuya exigibilidad permite tener un mayor grado de certeza sobre la aplicación del régimen de coberturas y exclusiones del contrato.

Esta exigencia cuya aplicación se ha vinculado con la resolución de casos concretos, a partir de las condiciones fácticas y jurídicas de suscripción del contrato de seguro, ha permitido considerar que la falta de realización del examen dada la ocurrencia del siniestro excluye la posibilidad de la aseguradora de alegar que determinadas enfermedades no se encontraban amparadas y que, por ende, el riesgo es anterior a la celebración del contrato.

El alcance de las providencias en las que se estableció la obligación de realizar un examen médico previo a la celebración del contrato de seguro se limitó a las circunstancias que rodearon cada uno de esos casos, en virtud de los efectos inter-partes que por regla general tienen las sentencias de tutela.

Por tanto, no puede entenderse lo anterior como una regla sobre la materia, pues en el contrato de seguro rige con amplia intensidad el principio de autonomía de la voluntad privada, conforme al cual las partes cuentan con la posibilidad de fijar cláusulas específicas y particulares que regulen la relación de aseguramiento según el tipo, categoría o modalidad de póliza, siempre que no se desconozcan normas imperativas, por ejemplo, respecto del surgimiento del riesgo, los actos que resulten inasegurables, la temporalidad de las coberturas, las garantías que se deben brindar por el asegurado y el procedimiento y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro.

Por lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha advertido que las reglas de los contratos de medicina prepagada o las pólizas médicas, como ocurre con la exigencia del examen previo del estado de salud, no son imperativas ni extensivas frente a todas

las modalidades del contrato de seguro, pues cada una de ellas responde a unas particularidades propias, incluso amparadas por el postulado de normatividad de los contratos, como se advirtió en la Sentencia T-832 de 2010[71] y se reiteró en la Sentencia T-751 de 2012,[72] en los siguientes términos: (Negrilla y subraya fuera del texto)

“(…) no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud. La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público.”

Reiterando la posición adoptada por la Sala Primera de Revisión de este Tribunal en la providencia en cita, es innegable que el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud. No obstante, en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes.

Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar”

La Corte Constitucional en sentencia T 463 de 2017, reitero esta decisión, referente a la realización de exámenes al asegurado.

“El artículo 1058 del Código de Comercio establece la obligación de declarar de forma abierta y sincera sobre los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, obligación que se deriva del carácter bilateral, oneroso y aleatorio del contrato. Así, en la medida en que el asegurador va a asumir un riesgo, debe conocer razonablemente su naturaleza, como condición para la manifestación libre de su voluntad o consentimiento, y para determinar el alcance de la contraprestación que exigirá a manera de prima por parte del tomador, lo que explica y justifica la obligación citada, siempre que esto sea exigido en la solicitud de aseguramiento.

De esta manera, la Corte ha establecido, por una parte, que sobre el tomador del seguro recae el deber de informar acerca de las circunstancias reales que determinan la situación de riesgo, y por otra parte, que le corresponde a las aseguradoras dejar constancia de las preexistencias o de la exclusión de alguna cobertura al inicio del contrato, para evitar en un futuro ambigüedades en el texto del contrato.⁹

⁹ Corte Constitucional, Sentencias T-152 de 2006 (MP Rodrigo Escobar Gil), reiterada en la Sentencia T-832 de 2010 (MP Nilson Pinilla Pinilla).

En relación con este último punto, es preciso advertir que en algunas sentencias se ha considerado que las aseguradoras (al margen de que no se trate de contratos de medicina prepagada o pólizas médicas),¹⁰ deben realizar con anterioridad a la suscripción de la póliza, un examen médico o exigir que se allegue uno por parte de los asegurados, con el fin de determinar su estado de salud, cuya exigibilidad permite tener un mayor grado de certeza sobre la aplicación del régimen de coberturas y exclusiones del contrato.¹¹

Esta exigencia cuya aplicación se ha vinculado con la resolución de casos concretos, a partir de las condiciones fácticas y jurídicas de suscripción del contrato de seguro, ha permitido considerar que la falta de realización del examen dada la ocurrencia del siniestro excluye la posibilidad de la aseguradora de alegar que determinadas enfermedades no se encontraban amparadas y que, por ende, el riesgo es anterior a la celebración del contrato.

El alcance de las providencias en las que se estableció la obligación de realizar un examen médico previo a la celebración del contrato de seguro se limitó a las circunstancias que rodearon cada uno de esos casos, en virtud de los efectos inter partes que por regla general tienen las sentencias de tutela.¹²

Por tanto, no puede entenderse lo anterior como una regla sobre la materia, pues en el contrato de seguro rige con amplia intensidad el principio de autonomía de la voluntad privada, conforme al cual las partes cuentan con la posibilidad de fijar cláusulas específicas y particulares que regulen la relación de aseguramiento según el tipo, categoría o modalidad de póliza, siempre que no se desconozcan normas imperativas, por ejemplo, respecto del surgimiento del riesgo, los actos que resulten inasegurables, la temporalidad de las coberturas, las garantías que se deben brindar por el asegurado y el procedimiento y/o autoridad competente para definir el supuesto que da lugar a la ocurrencia del siniestro.¹³

Por lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha advertido que las reglas de los contratos de medicina prepagada o las pólizas médicas, como ocurre con la exigencia del examen previo del estado de salud, no son imperativas ni extensivas frente a todas las modalidades del contrato de seguro, pues cada una de ellas responde a unas particularidades propias, incluso amparadas por el postulado de normatividad de los contratos, como se advirtió en la Sentencia T-832 de 2010¹⁴ y se reiteró en la Sentencia T-751 de 2012,¹⁵ en los siguientes términos:

“(…) no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud. La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que

¹⁰ Ver, entre otras, Corte Constitucional, Sentencia T-152 de 2006 (MP Rodrigo Escobar Gil).

¹¹ Consultar, entre otras, Corte Constitucional, Sentencias T-832 de 2010 (MP Nilson Pinilla Pinilla), T-222 de 2014 y T-830 de 2014 (MP Luis Ernesto Vargas Silva).

¹² El artículo 36 del Decreto 2591 de 1991 dispone que: “Las sentencias en que se revise una decisión de tutela sólo surtirán efectos en el caso concreto y deberán ser comunicadas inmediatamente al juez o tribunal competente de primera instancia, el cual notificará la sentencia de la Corte a las partes y adoptará las decisiones necesarias para adecuar su fallo a lo dispuesto por ésta”.

¹³ Corte Constitucional, Sentencia T-058 de 2016 (MP Luis Guillermo Guerrero Pérez).

¹⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-832 de 2010 (MP Nilson Pinilla Pinilla).

¹⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-751 de 2012 (MP María Victoria Calle Correa).

obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público.”

En este sentido, el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración de un contrato de medicina prepagada o pólizas médicas, en los términos previamente expuestos, tiene razón de ser en tanto está involucrada la prestación del servicio público de salud.¹⁶ No obstante, en el caso de los demás seguros, como ocurre con el de vida o el de daños, están en juego intereses distintos que no inciden en el acceso a un servicio público y que no hace necesaria la imposición de límites adicionales a los contenidos en la ley. Por el contrario, en dichas hipótesis la relación de aseguramiento se guía por el principio de autonomía de la voluntad privada, lo que exige verificar que se cumpla con el clausulado acordado por las partes.

Así, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar”.

En ese sentido, y tomando en consideración a todos los preceptos de índole jurisprudenciales y doctrinales citados anteriormente, es claro que, no es admisible pretender endilgar en cabeza de mi representada ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., la obligación de realizar exámenes médicos o inspeccionar el estado del riesgo de los posibles candidatos a ser asegurados, pues, al ser el contrato de seguros de vida grupo deudores un contrato peculiar, el mismo se erige o fundamenta sobre el principio de la buena fe, el cual le otorga especial importancia al deber de información que se deben las partes intervinientes durante todo el desarrollo del negocio contractual.

Por lo anteriormente expuesto, esta excepción está llamada a prosperar y así solicito al señor Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

3. BUENA FE DE MI REPRESENTADA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. EN CELEBRACION DEL CONTRATO DE SEGURO CONTENIDO EN LA POLIZA VIDA GRUPO DEUDORES No. 994000000002.

Nuestra constitución política en el artículo 83 consagra el principio de buena fe, el cual debe estar inmerso en todas las actuaciones tanto de los particulares como de la administración pública, concebido como un mecanismo para buscar la protección de los derechos de las personas al interior de las relaciones de negocios.

Es decir, la buena fe pasó de ser un principio general, consagrado inicialmente en el artículo 769 del Código Civil, a uno de carácter constitucional, lo que conlleva a que, tanto los particulares con las autoridades públicas actúen de forma honesta, leal y correcta, características estas que dan confianza, seguridad y credibilidad a las partes.

Al respecto, del principio de la buena fe la Corte Constitucional¹⁷, sostuvo lo siguiente:

¹⁶ Al respecto, en la Sentencia T-751 de 2012, (MP María Victoria Calle Correa

¹⁷ Sentencia C-1194 de 2008

“La Corte Constitucional ha considerado que en tanto la buena fe ha pasado de ser un principio general de derecho para transformarse en un postulado constitucional, su aplicación y proyección ha adquirido nuevas implicaciones, en cuanto a su función integradora del ordenamiento y reguladora de las relaciones entre los particulares y entre estos y el Estado, y en tanto postulado constitucional, irradia las relaciones jurídicas entre particulares, y por ello la ley también pueda establecer, en casos específicos, esta presunción en las relaciones que entre ellos se desarrollen”.

De lo anterior, se permite concluir que, la buena fe debe estar presente en todos los contratos, cualquiera sea su naturaleza, de acuerdo con lo preceptuado por el Código Civil en su artículo 1603, el cual establece que *“los contratos deben ejecutarse de buena fe, y por consiguiente obligan no solo a lo que en ellos se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación o que por la ley pertenecen a ella”.*

Igualmente, dentro de la legislación comercial existe, en el mismo sentido, norma expresa que indica que los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe. (Artículo 871 del Código de Comercio).

Ahora, con respecto al contrato de seguro, si bien en el artículo 1036 del Código de Comercio no figura la buena fe como elemento estructural del dicho contrato, la jurisprudencia ha coincidido en mencionar que ella hace parte integral del negocio.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, es diáfano que la buena fe es un principio fundamental que debe estar presente en toda relación jurídica negocial, bien sea de carácter civil o comercial. Sin embargo, y como ya es sabido, en el contrato de seguro esta máxima toma una mayor relevancia y un mayor carácter y exigencia, el de la ubérrima buena fe.

Esta ubérrima buena fe les exige a las partes vinculadas a un contrato de seguros, que actúen con *“Honradez, Probidad, Honorabilidad, Transparencia, Diligencia, Responsabilidad y sin dobleces. Identifícase entonces, en un sentido muy lato, la bona fides con la confianza, la legítima creencia, la honestidad, la lealtad, la corrección y, especialmente en las esferas pre-negocial y negocial, con el vocablo ‘fe’, puesto que “fidelidad, quiere decir que una de las partes se entrega confiadamente a la conducta leal de la otra en el cumplimiento de sus obligaciones, fiando que ésta no la engañará.*

En tal sentido la sentencia T-251 de 2017 expuso lo siguiente:

“Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador”.

Así las cosas, la buena fe constituye un principio que disciplina y constituye un eje fundamental en los contratos de seguro, obligación que recae en el tomador, quien se encuentra en el deber de declarar de manera cierta todas las circunstancias inherentes al riesgo.

Así, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción de lugar”. (Negrilla y subraya fuera del texto)

Es por ello que la ubérrima buena fe representa en el contrato de seguro la encontramos consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, donde se impone al tomador del seguro “*declarar sinceramente*” todas las circunstancias o hechos que puedan influir en la valuación del riesgo que se pretende asegurar por parte de la compañía aseguradora, y que ayuden al asegurador a conocer su verdadero estado, exigencias relevantes ya que el conocimiento del real estado del riesgo se constituye como la motivación del asegurador para contratar.

Tal como lo ha establecido la Corte Suprema de Justicia “*Se trata como ya se anotó, de exigencias legales para la contratación, tendientes a que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que pueda conocer en toda su extensión el riesgo que va a asumir, exigencias que deben cumplirse cualquiera que sean las circunstancias en que se produzcan tales declaraciones, esto es, que bien se hagan a iniciativa del particular o de la compañía aseguradora; ora sea precedidas o no de efectos, situaciones o contrataciones anteriores. Es decir, de una u otra manera, lo primordial, lo importante es que las declaraciones que el tomador del seguro haga, sean sinceras, exactas y sin reticencias*”

De lo anterior, se puede concluir sin temor a equívocos que cómo esta declaración de asegurabilidad es el medio que tiene el asegurador para enterarse del estado de ese riesgo del candidato al seguro, por esta razón, nuestra legislación castiga severamente esta falta a la ubérrima buena fe. Dentro de la suscripción del contrato de seguros amparado en la póliza No. 994000000002 mi representada actuó de buena fe toda vez que con base en la información suministrada por el señor CLEMENTE POLO GOMEZ en el certificado individual sobre su estado de salud, este manifestó que no padecía o había padecido las enfermedades enunciadas en el cuestionario, razón por la cual mi representada procedió a incluirlo como asegurado de dicha póliza, actuación que no se puede predicar del candidato al seguro toda vez que se encuentra plenamente demostrado que omitió o calló, padecimientos o patologías que venían en estado de evolución, como son antecedentes médicos de HIPERTENSION ARTERIAL Y CANCER DE PROSTATA, además de IAM (INFARTO AL MIOCARDIO) DE HACE 10 AÑOS, lo cual se encuentra probado en el historial clínico, antes de haber suscrito la solicitud de seguro y el cuestionario de asegurabilidad propuesto por mi representada, para la inclusión como asegurado en la Póliza de Seguro de Vida Grupo No. 994000000002.

Al respecto del principio de la buena fe que gobierna el contrato de seguros la Sentencia T-058 de 2016, establece lo siguiente:

“Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen

médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer.

Es claro que no se puede desmaterializar el contrato de seguro, pues deben confluir los elementos esenciales para que produzca efectos, tales como el que debe existir una obligación condicional del asegurador frente a la ocurrencia del riesgo y que se trate de un hecho futuro e incierto, esto sin contar con la presencia de un vicio en el consentimiento en cabeza del candidato al seguro, pues al no conocer el asegurador de manera adecuada el estado del riesgo no se le permite hacer uso de la facultad discrecional que le otorga el artículo 1056 del Código de Comercio, de asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a los que este expuesto el interés asegurable.

Bajo el presente caso podemos concluir que no existe vulneración alguna de derechos fundamentales al hoy demandante al negar por parte de mi representada la afectación de la póliza con ocasión del ocultamiento por parte del asegurado de información relacionada con su estado de salud, ya que se encuentra plenamente demostrado que el señor CLEMENTE POLO GOMEZ omitió o calló, padecimientos o patologías que venían en estado de evolución, como son antecedentes médicos de HIPERTENSION ARTERIAL Y CANCER DE PROSTATA, además de IAM (INFARTO AL MIOCARDIO) DE HACE 10 AÑOS, constituyendo el evento por el que se reclama además de un hecho cierto (inasegurable), lo que conlleva a una clara reticencia o inexactitud del asegurado, pues ante las enfermedades diagnosticadas con antelación al ingreso a la póliza.

Ahora es importante mencionar, que a pesar de la posición proteccionista de la Corte Constitucional, es importante recordar que la buena fe se predica de ambas partes en las relaciones contractuales y cuando de información relevante para suscribir el contrato de seguro se trata, la parte que es conocedora de la misma debe suministrarla de manera clara y exacta, con el fin de que en este caso la aseguradora emita su consentimiento de manera consiente y voluntaria, asumiendo el riesgo de manera adecuada y realizando los cálculos actuariales pertinentes que conlleven a la seguridad y respaldo del resto del grupo asegurado.

Es claro que si el candidato al seguro tiene pleno conocimiento de su estado de salud y omite dar información a la aseguradora para ser asegurado, haciendo parecer que es un riesgo normal, desequilibra el contrato de seguro, desconoce sus elementos esenciales, vulnera otros derechos fundamentales, afecta el principio de solidaridad y desconoce la función del mismo, independientemente de que se trate de un sujeto de protección especial por su condición de invalidez o discapacidad, debido a que dicho sujeto pretende acceder a una cobertura, sin haber cumplido con los requisitos mínimos de obrar de buena fe, pagar una prima acorde a su riesgo y tener derecho a la indemnización que reclama.

Por lo anteriormente expuesto, es claro que mi representada actuó bajo el principio de buena fe al incluir como asegurado al señor DIABETES MELLITUS TIPO DOS Y PIE DIABÉTICO quien al momento de suscribir el certificado de asegurabilidad no obró de igual manera, es decir actuó de mala fe ocultando su verdadero estado de salud para ser asegurado, por lo anteriormente expuesto esta excepción está llamada a prosperar y así solicito al señor Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

4. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE REALIZAR PAGO O DEVOLUCIÓN DE DINEROS POR CUENTA DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. A FAVOR DE LA PARTE DEMANDANTE POR CONCEPTO DEL VALOR ASEGURADO EN LA POLIZA No. 994000000002.

La presente excepción tiene como fundamento el hecho de que mi representada no tiene obligación de realizar pago alguno o devolución de dineros al hoy demandante, por concepto del valor asegurado en la póliza, toda vez que dentro de la póliza de vida grupo deudores No. 994000000002, la suma asegurada la constituye el saldo insoluto de la obligación al momento del siniestro, es decir el fallecimiento del asegurado o de la declaratoria de incapacidad. La Superintendencia Bancaria hoy Superintendencia Financiera estableció que, por saldo insoluto de la obligación, se entenderá el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados a la fecha del siniestro. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no cancelados por el deudor.

En cuanto al beneficiario, la Corte Suprema de Justicia, estipuló que en los seguros de vida de deudores sea individual o de grupo, el acreedor es el beneficiario a título oneroso y no la mera liberalidad del asegurado que sustenta la designación.

Al respecto la Corte Suprema de Justicia¹⁸ manifestó, que *“en el seguro de vida grupo deudores se asume específicamente el suceso incierto de la muerte del deudor sin dejar de lado que se cubra también el riesgo de la incapacidad permanente total del deudor. Se asegura la muerte independientemente de si el préstamo que deja el deudor permite que la acreencia sea pagada a la entidad bancaria prestamista, no se asegura la imposibilidad de pago del deudor por causa de muerte porque esto tendrá un contenido patrimonial y se asemejaría a una póliza de seguro de crédito.*

Es un seguro de vida hasta por el saldo de la deuda al momento de su muerte, o al momento de su incapacidad total y permanente, con el único y exclusivo fin de aplicar su valor a la deuda del asegurado. El valor asegurado no excederá el del saldo insoluto del crédito.”

Igualmente, la Corte, en diferentes pronunciamientos ha hecho relación a casos que han versado sobre esta modalidad aseguraría.

En fallo de 29 de agosto de 2000, se dijo que *“el fin de éste es el pago del saldo de la deuda del asegurado fallecido... En este caso concreto... el valor del seguro va a la par con el saldo de la deuda, de modo que nunca quedarán remanentes. Pero, además, ese valor del seguro tiene una destinación específica: ser aplicado a la deuda del asegurado fallecido”* (Exp. No. 6379).

En fallo de 17 de octubre de 2006, se dejó sentado que *“si el valor del seguro correspondía no más que al monto impagado del crédito y sus accesorios al momento del fallecimiento del asegurado, la indemnización debía ascender a ese valor y, por lo mismo, sólo alcanzaría para satisfacer el derecho de crédito del acreedor beneficiario”* (Exp. No. 11001-3103-008-1996-0059-01).

Así las cosas, es claro que mi representada no tiene ninguna obligación de hacer pago alguno al hoy demandante, ya que el único beneficiario a título oneroso es la entidad bancaria, y el valor asegurado en la póliza corresponde al saldo insoluto al momento del siniestro, por lo cual no habría lugar a reconocer, pagar o devolver excedentes o remanentes del valor asegurado.

¹⁸ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. (agosto 29 de 2002: Sala de Casación Civil). Magistrado Ponente. Dr. Jorge Santos Ballesteros.

Por lo anteriormente expuesto, esta excepción está llamada a prosperar y así solicito al señor Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

5. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE RECONOCER INTERESES MORATORIOS A FAVOR DE LA PARTE DEMANDANTE SOLICITADA CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 1080 DEL CODIGO DE COMERCIO.

La presente excepción tiene como fundamento el hecho de que mi representada no tiene obligación de realizar pago alguno por concepto de intereses moratorios a la parte demandante, toda vez que dentro de la póliza de vida grupo deudores No. 994000000002, la suma asegurada la constituye el saldo insoluto de la obligación al momento del siniestro, es decir el fallecimiento del asegurado o de la declaratoria de incapacidad. La Superintendencia Bancaria hoy Superintendencia Financiera estableció que, por saldo insoluto de la obligación, se entenderá el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados a la fecha del siniestro. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no cancelados por el deudor.

La Corte suprema de Justicia¹⁹, al respecto del contrato de póliza de vida grupo deudores ha manifestado lo siguiente:

“Ahora bien, en el estado actual de la legislación y para el caso concreto, la única limitación que existe en este campo, es que en el seguro de vida grupo deudores, la indemnización a favor del acreedor-tomador no puede ser mayor al saldo insoluto de la deuda, tal y como reza el artículo 120 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 2 de abril de 1993) al prever que “en los seguros de vida del deudor el valor asegurado no excederá el del saldo insoluto del crédito”. Ello, en lo fundamental, coincide con lo previsto en la Resolución 2735 de 1990 y en la Circular Externa 037 del mismo año, dictadas por la Superintendencia Bancaria y vigentes para la época de celebración del contrato de mutuo referido en la demanda, que como se recuerda, ocurrió en noviembre de 1992.

Por ende, la indemnización que debe pagar la aseguradora, en caso de ocurrir el siniestro, está vinculada necesariamente a una obligación concreta a cargo del deudor, en el cual la prestación debida -determinada o determinable- tiene una magnitud que va aparejada a la extensión del riesgo; entonces, cualquier monto adicional ya no es deuda y, bajo ese entendido, no hay interés asegurable -ni siquiera indirecto- para el acreedor.”

Para mayor ilustración me permito indicar los parámetros bajo los cuales se desarrolla la citada póliza basada, en el literal c), subnumeral 6.1, numeral 6° del capítulo segundo, título sexto de la Circular Básica Jurídica 07 de 1996 de la Superintendencia Bancaria.

1.6. Saldo insoluto de la deuda

Por saldo insoluto de la deuda, se entenderá el capital no pagado más los intereses corrientes

¹⁹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. M. P. Edgardo Villamil Portilla. Sentencia del 30 de junio de 2011. Expediente 76001-31-03-006-1999-00019-01.

calculados hasta la fecha de fallecimiento del asegurado. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no cancelados por el deudor.

Cuando la indemnización tiene como causa el amparo de la incapacidad total y permanente, el saldo insoluto de la deuda será aquel que se registre en la fecha en la cual el asegurador informe por escrito al tomador su aceptación respecto de la declaratoria de incapacidad del asegurado.

Igualmente, la Corte, en diferentes pronunciamientos ha hecho relación a casos que han versado sobre esta modalidad aseguraría.

En fallo de 29 de agosto de 2000, se dijo que “el fin de éste es el pago del saldo de la deuda del asegurado fallecido... En este caso concreto... el valor del seguro va a la par con el saldo de la deuda, de modo que nunca quedarán remanentes. Pero, además, ese valor del seguro tiene una destinación específica: ser aplicado a la deuda del asegurado fallecido” (Exp. No. 6379).

En fallo de 17 de octubre de 2006, se dejó sentado que *“si el valor del seguro correspondía no más que al monto impagado del crédito y sus accesorios al momento del fallecimiento del asegurado, la indemnización debía ascender a ese valor y, por lo mismo, sólo alcanzaría para satisfacer el derecho de crédito del acreedor beneficiario”* (Exp. No. 11001-3103-008-1996-0059-01).

Dentro del proceso del asunto la parte demandante en sus pretensiones solicita que se declare que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA además del pago del saldo insoluto de la obligación debe pagar a los demandantes los intereses moratorios a la tasa máxima legal desde la fecha del fallecimiento de la demandada.

Al respecto me permito manifestar lo siguiente:

En cuanto al beneficiario, la Corte Suprema de Justicia, estipuló que en los seguros de vida de deudores sea individual o de grupo, el acreedor es el beneficiario a título oneroso y no la mera liberalidad del asegurado que sustenta la designación.

Al respecto la Corte Suprema de Justicia²⁰ manifestó, que *“en el seguro de vida grupo deudores se asume específicamente el suceso incierto de la muerte del deudor sin dejar de lado que se cubra también el riesgo de la incapacidad permanente total del deudor. Se asegura la muerte independientemente de si el préstamo que deja el deudor permite que la acreencia sea pagada a la entidad bancaria prestamista, no se asegura la imposibilidad de pago del deudor por causa de muerte porque esto tendrá un contenido patrimonial y se asemejaría a una póliza de seguro de crédito.*

Es un seguro de vida hasta por el saldo de la deuda al momento de su muerte, o al momento de su incapacidad total y permanente, con el único y exclusivo fin de aplicar su valor a la deuda del asegurado. El valor asegurado no excederá el del saldo insoluto del crédito.”

Por su parte el artículo 1080 del Código de Comercio, establece lo siguiente:

²⁰ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. (agosto 29 de 2002. Sala de Casación Civil). Magistrado Ponente. Dr. Jorge Santos Ballesteros.

"ARTÍCULO 1080. PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN E INTERESES MORATORIOS.

El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad."

Nótese como de la norma antes mencionada, la obligación del asegurador es pagar al asegurado o beneficiario, la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que se acredite el derecho por parte de estos, la norma hace mención al asegurado o beneficiario, disyuntiva que quiere decir que el pago de la indemnización se debe realizar a uno u a otro, en caso de que el asegurado no sea el mismo beneficiario, como es el caso que nos ocupa donde el beneficiario del pago del saldo insoluto de la obligación es el BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

Así las cosas, es claro que mi representada no tiene ninguna obligación de hacer pago de intereses moratorios a los hoy demandantes, ya que el único beneficiario a título oneroso es la entidad bancaria, y el valor asegurado en la póliza corresponde al saldo insoluto al momento del siniestro, por lo cual no habría lugar a reconocer o pagar los intereses moratorios establecidos en el artículo 1080 del código de comercio.

Por lo anteriormente expuesto, esta excepción está llamada a prosperar y así solicito al señor Juez declararla al momento de proferir decisión de fondo.

6. CUALQUIER OTRA EXCEPCIÓN QUE RESULTE PROBADA DENTRO DEL PRESENTE PROCESO EN VIRTUD DE LA LEY, CONFORME AL ARTICULO 282 DEL CODIGO GENERAL DEL PROCESO.

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso frente a la demanda, incluida la de prescripción, sin que constituya reconocimiento de responsabilidad por parte de mi procurada.

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

- Solicitud certificado individual suscrita por el señor CLEMENTE POLO GOMEZ para amparar la obligación No. 106422659.
- Póliza vida grupo deudores No. 994000000002
- Condiciones generales de la póliza vida grupo deudores No. 994000000002
- Reclamación radicada ante la compañía

- Carta de objeción de fecha 28 de septiembre de 2020 expedida por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.
- Copia de la historia clínica del señor CLEMENTE POLO GOMEZ

INTERROGATORIO DE PARTE

Que se cite a la demandante señora ARACELIS OCHOA TAPIA, para que absuelva el interrogatorio de parte que les 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.

OFICIOS

Solicito muy respetuosamente a su señoría se oficie a GESTION SALUD EPS, a fin de que con destino a este proceso remitan copia de la totalidad de los documentos que forman la historia clínica del señor CLEMENTE POLO GOMEZ (Q.E.P.D), quien en vida se identificaba con la cédula de ciudadanía No. 9.128.230.

ANEXOS

- Los enunciados en el acápite de prueba documental.
- Poder especial otorgado a la suscrita.
- Certificado de existencia y representación legal de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

NOTIFICACIONES

Las que aparecen en el expediente, para los demandantes y demandados.

La llamada en garantía ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. podrá ser notificada en la Calle 100 No. 9 A - 45 Pisos 3,8 y 12, de la ciudad de Bogotá.

El suscrito apoderado de la llamada en garantía podrá ser notificada en su despacho o en la Carrera 58 No. 70 – 110 Of. A2 de la ciudad de Barranquilla o a través del correo electrónico: agomez@ompabogados.com



ALEXANDER GOMEZ PEREZ
C.C. No. 1129.566.574 de Barranquilla
T.P. No. 185.144 del C.S.J.
SO158 – KKQA

**SOLICITUD INDIVIDUAL
PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES**

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO ☒	FECHA DE SOLICITUD DÍA 13 MES 05 AÑO 2020	NÚMERO DE PÓLIZA 994000000002
--	---	---

DATOS DEL TOMADOR	
TIPO DE DOCUMENTO ☐ CC ☐ CE ☒ NIT No. 860.050.750-1	RAZÓN SOCIAL BANCO GNB SUDAMERIS

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO				
TIPO DE DOCUMENTO ☒ CC ☐ CE ☐ TI No. 9.128 230	PRIMER APELLIDO POLO	SEGUNDO APELLIDO GOMEZ	PRIMER NOMBRE Clemente	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN DOMICILIO 172 9 67 26	TELÉFONO FIJO / CELULAR 320 567 2788	CIUDAD / MUNICIPIO Carrapin	DEPARTAMENTO Bolívar	
CORREO ELECTRÓNICO	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Mayaguez 12/12/1947	DÍA 12 MES 12 AÑO 1947	GÉNERO M	PESO 75
OCUPACIÓN DETALLADA ☐ Empleado ☒ Pensionado ☐ Ama de casa		EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO ☐ Por servicio ☒ Por edad ☐ Por sanidad ☐ Por invalidez ☐ Por sustitución		

La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado. En caso de riesgos subestándar o agravados por salud, actividad o deportes, se aplicarán las respectivas extraprimas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito. El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD					
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO
Cancer		☒	Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos		☒
Insuficiencia renal		☒	Hipertensión arterial		☒
Accidente cerebro vascular		☒	Diabetes mellitus		☒
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent		☒	Enfermedades mentales		☒
¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)					
¿Tiene limitación física o mental congénita o adquirida? (Especifique)					

¿El cliente requiere remisión médica?	☐ SI ☒ NO
Si su respuesta es "SI", indique:	☐ Por edad y monto ☐ Por enfermedad declarada ☐ Por extraprima anterior
En caso de "No", indique:	☐ Cláusula hipertensión (Hasta 40 millones) ☐ Enfermedad con extraprima automática (hasta 60 millones) ☒ No declara ninguna enfermedad

BENEFICIARIOS DE LOS AMPAROS DE AUXILIO FUNERARIO Y RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR FALLECIMIENTO						
TIPO	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	EDAD	AFINIDAD	% DESIG.
1.						
2.						

NOTA: La cobertura de los amparos contratados solo aplica para quien firma como solicitante.

CLÁUSULA DE AUTORIZACIÓN	
Declaro que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA me ha informado: 1) Que el Aviso de Privacidad y el Manual de Tratamiento de Datos Personales se encuentran en la página web: https://www.aseguradorasolidaria.com.co; 2) Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños, adolescentes y aquellas que versen sobre datos sensibles y en consecuencia no he sido obligado a responderlas; 3) Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar, rectificar, revocar y suspender las informaciones que se hayan recogido sobre mí. Autorizo de manera previa, expresa o informada a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y/o cualquier sociedad controlada, directamente o indirectamente, que tengan participación accionaria o sean asociados, domiciliadas en Colombia y/o en el exterior, terceros contratados por esta o a quien la represente, en adelante LA ASEGURADORA para: a) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, transferir, transmitir, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales, financieros y crediticios, así como aquella información derivada de la relación contractual, siempre y cuando sea para las siguientes finalidades: 1) Desarrollar las actividades propias del Contrato de Seguro; 2) Ofrecer productos y servicios de LA ASEGURADORA, ser llamado para la realización de encuestas de satisfacción, confirmar la participación a eventos, y la realización de campañas promocionales de la ASEGURADORA. b) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar los datos personales de mis hijos menores de edad en mi calidad de su representante legal, siempre y cuando se cumpla con el interés prevalente del menor conforme al artículo 12 del decreto 1377 de 2013. c) Recolectar, solicitar, consultar, verificar, almacenar, compartir, enviar, reportar, modificar, actualizar, usar, grabar y conservar mis datos personales sensibles incluyendo la Historia Clínica y datos sobre mi estado de salud, aún después de mi fallecimiento, entendiéndose la posibilidad de obtener copia de mi historia clínica, siempre y cuando se cumpla con lo previsto en el artículo 6 de la ley 1581 de 2012. d) Transmitir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la ley 1581 de 2012.	

DECLARACIONES - FIRMA Y HUELLA	
Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente: 1. No poseo pólizas de seguro vigentes con extra primas. 2. No he sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. 3. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitos y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano. 4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verificadas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, no falsedad, omisión, error o retención en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1168 del Código de Comercio, o en la cláusula de irrevocabilidad de esta póliza. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los 13 días del mes de mayo del año 2020 en la ciudad de Carrapin.	

 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Firma Autorizada	 FIRMA SOLICITANTE C.C. 9.128 230	 HUELLA ÍNDEX DERECHO
---	---	--

TEXTO INFORMATIVO DE LAS PRINCIPALES CONDICIONES DE LA PÓLIZA

1. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito.

El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de la Aseguradora seleccionada.

2. COBERTURAS BÁSICAS

-Muerte por cualquier causa no excluida, incluyendo suicidio, homicidio y SIDA No preexistente, desde el primer día de inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

-Incapacidad total y permanente, incluyendo la tentativa de homicidio y las lesiones por intento de suicidio.

-Auxilio funerario, por un monto de un millón de pesos (\$1'000.000) por deudor, sin cobro de prima adicional.

-Renta por muerte y/o incapacidad total permanente, por un monto de trescientos mil pesos (\$300.000) durante máximo 6 meses.

-En los casos en que el titular de la deuda sea rechazado y el codeudor sea quien realice el trámite del seguro, en caso de ser aceptado, este último será quien ostente la calidad de asegurado y quien tendrá las coberturas del seguro.

NOTA: El amparo de incapacidad total y permanente y el auxilio de libre destinación por incapacidad total y permanente, no aplicarán si al momento de la valoración médica no fueron otorgados por la compañía de seguros.

3. DEFINICIÓN DE COBERTURAS

3.1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE

La Aseguradora, se compromete a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas en la póliza, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. Se incluye Suicidio, Homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas) y SIDA (siempre que no sea preexistente), desde el inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

Nota: Este amparo se extiende a cubrir la muerte presunta por desaparecimiento conforme a la definición de la Ley colombiana, es decir, siempre que medie fallo o sentencia por autoridad competente.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad. La incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- a) La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos, no preexistente.
- b) La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radiocarpiana o por encima de ella.
- c) La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- d) La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

PARÁGRAFO: La indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte, y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Aseguradora quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de Vida Grupo Deudores para el asegurado incapacitado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.3 AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

La Aseguradora indemnizará la suma de \$1.000.000 por fallecimiento de cualquiera de los deudores que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios. El valor se pagará a los beneficiarios nombrados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios de ley. Este valor corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

3.4 AMPARO DE RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total y Permanente del deudor asegurado, la Aseguradora reconocerá una suma mensual de \$300.000 durante máximo seis (6) meses. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica o el anexo de Incapacidad Total Permanente. El valor total definido para este amparo corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

4. LÍMITES DE EDAD

4.1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE, AUXILIO FUNERARIO Y RENTA

Mínimo para Ingresar 18 años Máximo para Ingresar 75 años + 364 días Máximo de permanencia Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

4.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y RENTA

Mínimo para ingresar 18 años Máximo para Ingresar 75 años + 364 días Máximo de permanencia Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

NOTA: Las condiciones particulares del negocio pueden ser consultadas en la página de la Compañía www.solidaria.com.co

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
8430000631

PÓLIZA No: 843-16-994000000002 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS COD. AGENCIA: 843 RAMO: 16			
DIA 29	MES 8	AÑO 2018	FECHA DE EXPEDICIÓN
DIA 31	MES 7	AÑO 2018	HORAS 23:59
VIGENCIA DESDE		A LAS	
DIA 31	MES 7	AÑO 2019	HORAS 23:59
VIGENCIA HASTA		A LAS	
365		DÍAS	
DIA 4	MES 8	AÑO 2020	FECHA DE IMPRESIÓN
TIPO DE MOVIMIENTO: NEGOCIO NUEVO			
TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**

DIRECCIÓN: **KR 8 15 42** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELÉFONO: **2750000**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:

BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: **DEUDORES DEL BANCO- LIBRANZA**

AMPAROS	SUMA ASEGURADA
AMPARO BASICO DE MUERTE	350000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	350000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1000000.00
RENTA MUERTE Y/O ITP	1800000.00

CATEGORIA: **CONTINUIDAD**

AMPAROS	SUMA ASEGURADA
AMPARO BASICO DE MUERTE	350000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	350000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1000000.00
RENTA MUERTE Y/O ITP	1800000.00

TEXTOS POLIZA
CONDICIONES TÉCNICAS MINIMAS OBLIGATORIAS SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES LIBRANZA BANCO GNB SUDAMERIS

VIGENCIA: 01 DE AGOSTO DE 2018 A LAS 00:00 HORAS, HASTA EL 31 DE JULIO DE 2019 A LAS 24:00 HORAS.

1. TOMADOR

Banco GNB Sudameris, en adelante el "Banco".

2. ASEGURADOS

Personas que adquieran una deuda con el Banco mediante la modalidad de libranza.

3. BENEFICIARIO

Por los amparos de fallecimiento e incapacidad total y permanente, será el Banco a título oneroso hasta el monto del saldo insoluto de la deuda. Para los demás amparos el beneficiario será el deudor asegurado, sus beneficiarios designados o los de Ley.

TEXTOS CONTINUAN (Ver Textos Poliza).....

VALOR ASEGURADO TOTAL: *****0.00	VALOR PRIMA: *****0.00	GASTOS EXPEDICION:	IVA: *****0.00	TOTAL A PAGAR: *****0.00
-------------------------------------	---------------------------	--------------------	-------------------	-----------------------------

INTERMEDIARIO		COASEGURO CEDIDO	
NOMBRE	CLAVE	%PART	VALOR ASEGURADO
AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORRE	21	100	

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000843000063

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 8 y 12 Bogotá

C6DC23780F0FFC785C

CLIENTE



JGUAYACAN843 0

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

4. INTERÉS ASEGURABLE

El Banco tiene interés asegurable en las personas, cuya muerte o incapacidad pueden ocasionarle un perjuicio económico.

5. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado para cada deudor será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito.

El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de la Aseguradora.

6. GRUPO ASEGURABLE

Lo constituyen los deudores del Banco que sean personas naturales, mediante la línea de crédito de Libranza.

7. VIGENCIA

Desde las 00:00 horas del día 1º de Agosto de 2018 hasta las 00:00 horas del día 1º de Agosto de 2020. La póliza se expedirá por vigencias anuales.

8. OBJETO DEL SEGURO

Protección de los deudores del Banco, conformado por los deudores principales, deudores solidarios o codeudores.

9. COBERTURAS BÁSICAS

- Muerte por cualquier causa no excluida, incluyendo suicidio, homicidio y SIDA No preexistente, desde el primer día de inicio de vigencia del seguro para cada deudor.
- Incapacidad total y permanente, incluyendo la tentativa de homicidio y las lesiones por intento de suicidio.
- Auxilio funerario, por un monto de un millón de pesos (\$1.000.000) por deudor, sin cobro de prima adicional.
- Renta por muerte y/o incapacidad total permanente, por un monto de trescientos mil pesos (\$300.000) hasta seis (6) meses para un total de un millón ochocientos mil pesos (\$1.800.000) por deudor, sin cobro de prima adicional. El pago de la renta se puede hacer en un pago único.

10. DEFINICIÓN DE COBERTURAS

10.1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE

La Aseguradora, se compromete a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas en la póliza, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. Se incluye Suicidio, Homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas) y SIDA (siempre que no sea preexistente), desde el inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

Nota: Este amparo se extiende a cubrir la muerte presunta por desaparecimiento conforme a la definición de la Ley colombiana, es decir, siempre que medie fallo o sentencia por autoridad competente.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

10.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad. La incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- a) La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos, no preexistente.
- b) La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radio carpiana o por encima de ella.
- c) La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- d) La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

PARÁGRAFO: La indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Aseguradora quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de Vida Grupo Deudores para el asegurado incapacitado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

10.3 AMPARO ADICIONAL DE AUXILIO FUNERARIO

La Aseguradora indemnizará la suma de \$1.000.000 por fallecimiento de cualquiera de los deudores que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios. El valor se pagará a los beneficiarios nombrados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios de ley. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica.

Este valor corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

10.4 AMPARO DE RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total y Permanente del deudor asegurado, la Aseguradora reconocerá una suma mensual de \$300.000 durante máximo seis (6) meses. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica o el anexo de Incapacidad Total Permanente.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S.A. ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

El valor total definido para este amparo corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

El amparo de incapacidad total y permanente y el auxilio de libre destinación por incapacidad total y permanente, no aplicarán si al momento de la valoración médica no fueron otorgados por la compañía de seguros.

11. DEFINICIÓN DE PREEXISTENCIA

Se entiende por condición médica preexistente, cualquier enfermedad que, con anterioridad a la inclusión del Asegurado en la póliza, se haya manifestado, contraído, diagnosticado o por la cual el Asegurado haya recibido tratamiento. También se considerará como condición médica preexistente las consecuencias derivadas de la misma aun cuando tales consecuencias se manifiesten o diagnostiquen con posterioridad al ingreso del asegurado a la póliza.

También se considera condición médica preexistente, las lesiones o secuelas debidas a accidentes ocurridos antes de la inclusión del Asegurado en la póliza.

12. LÍMITES DE EDAD

PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PRESENTE PÓLIZA

- Mínimo para ingresar: 18 años
- Máximo para Ingresar: 75 años + 364 días
- Máximo de permanencia: Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

13. PROCEDIMIENTO PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO

Atendiendo los requisitos de asegurabilidad contenidos en la Tabla de Requisitos indicada en la presente oferta, la Aseguradora hará una evaluación del riesgo para determinar la aceptación o rechazo del seguro.

14. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD NUEVOS DEUDORES

Independientemente del valor asegurado, edad y estado del riesgo, las siguientes personas deberán cumplir con valoración médica respectiva:

1. Pensionados por sanidad o invalidez.

2. Cuando el cliente haya ido al médico con anterioridad y el crédito actual tenga extra prima, excepto en aquellos casos en los cuales el deudor asegurado haya sido calificado como riesgo sub estándar, se autoriza para refinanciaciones, normalizaciones y reestructuraciones hasta veinte (20) millones adicionales a lo inicialmente aprobado en la calificación médica, sin necesidad de actualizar requisitos de asegurabilidad, siempre que la calificación no supere un año (1) de vigencia.

3. Cuando se declaren las siguientes enfermedades:

- Cáncer / Tumores.
- Infección por VIH (Sida).
- Accidente cerebro vascular (ACV).
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades hepáticas.
- Pulmones.
- Otra enfermedad (diferente a las mencionadas, a las estándar y las extraprimadas)

TABLA DETALLE DE REQUISITOS SEGÚN MONTO Y EDAD

ENFERMEDAD DECLARADA PARA LOS NUMERALES 1, 2 Y 3:

- Monto asegurado Hasta \$60.000.000 y hasta 70 años:

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico

- Monto asegurado de \$60.000.001 A \$100.000.000 y hasta 70 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico

- Monto asegurado de \$100.000.001 A \$350.000.000 y hasta 70 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico

ENFERMEDAD DECLARADA PARA LOS NUMERALES 1, 2 Y 3:

- Monto asegurado Hasta \$60.000.000 de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico

- Monto asegurado de \$60.000.001 A \$100.000.000 de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.).

- Monto asegurado de \$100.000.001 A \$350.000.000 de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.), cuadro hemático, triglicéridos, colesterol, glicemia, ácido úrico en sangre, creatinina en sangre, transaminasas (TGO Y TGP)

NO DECLARA NINGUNA ENFERMEDAD:

- Monto hasta \$60.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad.

- Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad.

- Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad.

NO DECLARA NINGUNA ENFERMEDAD:

- Monto hasta \$60.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad.

- Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.).

- Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.), cuadro hemático, triglicéridos, colesterol, glicemia, ácido úrico en sangre, creatinina en sangre, transaminasas (TGO Y TGP).

REQUISITOS PARA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES DECLARADAS:

ENFERMEDADES MENTALES, CARDIACAS Y VASCULARES; TAQUICARDIAS Y/O ARRITMIAS, BLOQUEOS CARDÍACOS, RENALES, DIABETES MELLITUS, HIPOTIROIDISMO; HIPERLIPIDEMIA, COLESTEROL; TRIGLICÉRIDOS, CEGUERA, AMPUTACIONES DE CAUSA TRAUMÁTICA.

- Monto hasta \$60.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, ver tabla de extraprimsas

- Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.

- Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.

REQUISITOS PARA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES DECLARADAS:

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

- Monto hasta \$60.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, ver tabla de extraprimas
- Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.).
- Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.), cuadro hemático, triglicéridos, colesterol, glicemia, ácido úrico en sangre, creatinina en sangre, transaminasas (TGO Y TGP).

ENFERMEDAD DECLARADA HIPERTENSION ARTERIAL:

- Monto hasta \$40.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, ver tabla de primas.
- Monto desde \$40.000.001 a \$60.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.
- Monto desde \$60.000.001 a \$100.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.
- Monto desde \$100.000.001 a \$350.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.

ENFERMEDAD DECLARADA HIPERTENSION ARTERIAL:

- Monto hasta \$40.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, ver tabla de primas.
- Monto hasta \$40.000.001 a \$60.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.
- Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.).
- Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.), cuadro hemático, triglicéridos, colesterol, glicemia, ácido úrico en sangre, creatinina en sangre, transaminasas (TGO Y TGP).

SIN IMPORTAR SI DECLARA O NO ENFERMEDADES

De \$350.000.001. en adelante. Para valores asegurados superiores a este monto, serán objeto de un estudio por parte de la Aseguradora:

- Solicitud Individual y Declaración de Asegurabilidad
- Examen Médico
- Examen de Orina
- Electrocardiograma (E.K.G.)
- Cuadro Hemático, Triglicéridos, Colesterol, Glicemia, Ácido Úrico en sangre, Creatinina en sangre, Transaminasas (TGO Y TGP).

El Rx del Tórax (Anteroposterior y Lateral) se solicitará a criterio del médico examinador, en pacientes grandes fumadores, antecedentes de asma, EPOC, sospecha de enfermedad pulmonar o de hipertrofia cardíaca. Costos por cuenta de la Compañía.

Todos los exámenes médicos exigidos, así como exámenes de laboratorio indicados deben ser asumidos por la Aseguradora, y estos serán efectuados por los médicos adscritos a la Compañía. La Aseguradora asumirá el costo de exámenes adicionales especializados que pudiere llegar a requerir un deudor en razón de su estado de salud.

Para los casos en los cuales se presente restablecimiento de la suma asegurada por refinanciación o por el otorgamiento de nuevos créditos, no se solicitará el cumplimiento de requisitos de asegurabilidad adicionales a los presentados para el desembolso del crédito inicial, siempre que no haya transcurrido más de un (1) año entre el crédito inicial y su restablecimiento, el valor asegurado total no supere la suma de \$100.000.000 y haya sido calificado como riesgo estándar.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

15. PLAZO PARA LA ACEPTACIÓN O RECHAZO

Tratándose de ciudades donde la Aseguradora tenga Sucursal, la respuesta sobre las condiciones de aceptación de un nuevo cliente del Banco se dará así: En Bogotá en ocho (8) horas hábiles, ciudades fuera de Bogotá, veinticuatro (24) horas hábiles, contados desde la fecha de la práctica del examen médico.

16. PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS

La Aseguradora pondrá a disposición del Banco, la red médica a nivel nacional, con presencia en los lugares donde el Banco cuente con oficinas.

De no contar con la totalidad de la red, la Aseguradora autorizará la práctica de los requisitos en un Centro Médico legalmente constituido y reembolsará el costo de los mismos a tarifas de la Aseguradora, en un plazo no mayor a 8 días.

Una vez se realice el examen médico y de laboratorio según el caso, el médico calificador emitirá el concepto médico dentro de los plazos establecidos en el numeral anterior.

CLAUSULA ESPECIAL DE NO APLICACIÓN DE EXAMENES MEDICOS

En caso de que el crédito no exceda de \$5.000.000 y haya respuestas afirmativas a la Declaración de Estado de Salud, el Departamento Médico de la Aseguradora evaluará el riesgo y definirá las condiciones de aceptación del mismo: Aceptado con extra prima, Declinado o Aplazado.

Así mismo, para los clientes que residan a más de una hora de distancia de la ciudad principal donde exista IPS contratada por la aseguradora, serán tramitados con solicitud individual de seguro para calificación médica. Y estos casos serán revisados de manera puntual con la aseguradora para su aprobación y definición de ingreso a la póliza, para créditos Hasta un monto máximo de \$25.000.000 de valor asegurado por cliente.

17. VALIDEZ DE LA CALIFICACIÓN MÉDICA Y DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

La calificación médica que emita la Aseguradora, tendrá validez hasta por un (1) año. La Declaración de Asegurabilidad tendrá igualmente una validez de hasta un (1) año.

18. AMPARO AUTOMÁTICO

Deudores con edad hasta 70 años:

Se otorga Amparo Automático desde el momento en que el Banco efectúe el desembolso del crédito, para los deudores con edad hasta 70 años que hayan diligenciado la solicitud correspondiente, contestando negativamente las preguntas sobre su salud y cuyos créditos o acumulación de créditos no superen los \$350.000.000. En caso de que alguna de las preguntas sobre salud allí realizadas sea contestada afirmativamente, el deudor deberá practicarse un examen médico y de laboratorio de acuerdo con la tabla de requisitos indicada en la presente invitación y su amparo se iniciará previa autorización de la Aseguradora.

Deudores con edad entre 71 y 75 años más 364 días:

Se otorgará Amparo Automático desde el momento en que el Banco efectúe el desembolso del crédito, para los deudores con edad entre 71 y 75 años más 364 días, que hayan diligenciado la solicitud correspondiente, contestando negativamente las preguntas sobre su salud y cuyos créditos o acumulación de créditos no superen los \$60.000.000. En caso de que alguna de las preguntas sobre salud allí realizadas sea contestada afirmativamente, el deudor deberá practicarse un examen médico y su amparo se iniciará previa autorización de la Aseguradora.

19. INICIO Y DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura individual del seguro inicia desde la fecha del desembolso del crédito, siempre y cuando el solicitante haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad, y estará vigente hasta la terminación del plazo del crédito o hasta el pago de la totalidad de la deuda a cargo del deudor, incluyendo los procesos judiciales para su cobro, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora.

Lo dispuesto anteriormente opera siempre y cuando el solicitante del crédito haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente propuesta y medie aprobación formal de la Aseguradora en los casos que no encajen en lo establecido en la cláusula de amparo automático.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

20. VIGENCIA DEL PROGRAMA DE SEGUROS

El programa de seguros tendrá vigencias anuales. En caso que la adjudicación se haga por el plazo máximo establecido que es de dos (2) años, la póliza se renovará por periodos iguales.

21. CLÁUSULAS ESPECIALES

21.1 CONTINUIDAD DE AMPARO:

Se otorga continuidad de amparo para los asegurados incluidos en la póliza actualmente vigente, en iguales condiciones de edad, calificación (riesgo normal o extra primado), con los mismos amparos y hasta los mismos valores asegurados. Esto significa, que cualquier enfermedad, tratamiento o lesión que se haya presentado en este periodo, la Compañía no los considerará preexistentes, y en caso de presentarse alguna reclamación por este motivo, no habrá lugar a Objeción.

21.2 CLÁUSULA ESPECIAL DE NO OBJECCIÓN DE RECLAMOS POR RETICENCIA:

La Aseguradora otorga un límite agregado anual de \$1.262.687.447 para indemnizar aquellos siniestros que sean objetados por reticencia, de acuerdo con lo expuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio.

El pago de las indemnizaciones objeto de este límite agregado anual se hará al Banco teniendo en cuenta la suma asegurada. Esta cláusula se erosiona solamente con reclamaciones que afecten los amparos de Fallecimiento e Incapacidad Total Permanente.

El límite establecido para este amparo opera por cada anualidad, no tendrá restablecimiento en caso de agotarse en una sola vigencia anual y no es acumulable de una vigencia a otra. Podrán ser cargados a esta cláusula únicamente los siniestros ocurridos durante la vigencia anual, reclamados hasta dos (2) meses después del vencimiento de la anualidad.

Este límite se restablecerá al iniciar la siguiente anualidad y será incrementado en el mismo porcentaje que crezca el valor asegurado anual total de la póliza por efecto de colocación de nuevos créditos. Para establecer el porcentaje de incremento, se tomará el valor asegurado final de la vigencia, dividido sobre el valor asegurado inicial menos uno (1).

Los siniestros pagados contra la cláusula de no objeción, no generarán el reconocimiento o pago de los amparos adicionales de Auxilio Funerario, ni Renta por Fallecimiento o Incapacidad Total Permanente.

21.3 RETICENCIA E INEXACTITUD

El concepto de reticencia e inexactitud contemplado en el artículo 1058 del Código de Comercio se aplicará respetando el principio de causalidad, es decir, se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que la muerte o incapacidad se produzca por causas relacionadas directamente con los hechos materia de inexactitud o de reticencia en la declaración de asegurabilidad.

21.4 REVOCACIÓN UNILATERAL

En caso que la Aseguradora decida revocar o terminar el contrato de seguro dará aviso previo al Tomador con una anticipación de 180 días. El Tomador podrá revocar de manera unilateral el contrato de seguro en cualquier momento de su ejecución, sin que por ello hubiese lugar a la aplicación de las tarifas de corto plazo.

21.5 ERROR EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

No se aplicarán las sanciones establecidas en el Código de Comercio correspondientes a los errores en la declaración de la edad, excepto cuando la edad real exceda el límite de aceptación de la póliza.

21.6 AMPLIACION DE AVISO DE RECLAMO A 120 DIAS

Cuando ocurra un siniestro que afecte los riesgos asegurados por la presente póliza, el Tomador lo comunicará por escrito a más tardar dentro de los 120 días siguientes contados a partir de la fecha que haya conocido o debido conocer la ocurrencia del siniestro.

21.7 EXTENSIÓN DE COBERTURA CONTRA FENÓMENOS DE LA NATURALEZA, ACTOS POLÍTICOS, SOCIALES, AMIT Y HMCC.

El seguro ofrecido a los deudores del Banco otorga cobertura por Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente ocasionada por estos eventos.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S.A. ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: 994000000002 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: BANCO GNB SUDAMERIS S A IDENTIFICACIÓN: NIT 860050750-1
ASEGURADO: PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

21.8 EXTENSIÓN DE COBERTURA A MUJERES EMBARAZADAS

La Aseguradora autoriza la inclusión automática en condiciones normales cuando la asegurada solicite un crédito, siempre y cuando haya diligenciado la solicitud correspondiente, contestando negativamente las preguntas sobre su salud. En caso contrario se debe practicar examen médico y la cobertura iniciará previa autorización de la Aseguradora.

21.9 EXTENSIÓN DE COBERTURA

21.9.1. A DEUDORES HIPERTENSOS

Los Deudores que manifiesten padecer Hipertensión Arterial, cuya deuda no exceda de \$40.000.000, podrán ser incluidos en la póliza aplicando una extra prima del 50%. Lo anterior significa que no deben ser remitidos a examen médico, a menos que declaren padecer alguna otra enfermedad.

21.9.2 Patologías con extraprima (TABLA DE EXTRAPRIMAS): Extra prima que será aplicada a las siguientes patologías (aplican para el amparo básico de vida y auxilio funerario):

- Enfermedades Mentales (neurosis, ansiedad, depresión, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia) % DE EXTRAPRIMA 50%
- Enfermedades cardíacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent) % DE EXTRAPRIMA 75%
- Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos % DE EXTRAPRIMA 25%
- Enfermedades Renales (IRC en diálisis) % DE EXTRAPRIMA 75%

Las siguientes enfermedades serán consideradas como riesgo estándar:

- Diabetes Mellitus 0
- Hipotiroidismo 0
- Hiperlipidemia 0
- Colesterol 0
- Triglicéridos 0
- Ceguera 0
- Amputaciones por causa traumática (accidente, mina antipersonal, terrorismo) 0

21.9.3 EXTENSIÓN DE COBERTURA SIN RESTRICCIÓN DE ACTIVIDAD PARA POLÍTICOS Y MILITARES

A los Deudores que se desempeñen en estas actividades, sin importar la cuantía de la deuda, se les aplicará una extra prima de acuerdo con la siguiente tabla:

Valor máximo asegurado:

- Hasta \$30.000.000 millones, Tasa extra prima anual 2.00%; Tasa extra prima mensual 0.17%
- Más de \$30.000.001 millones, Tasa extra prima anual 2.50%; Tasa extra prima mensual 0.21%

22. PERIODICIDAD DE LOS COBROS - FACTURACIÓN Y PAGO DE PRIMAS DEL SEGURO DE VIDA GRUPO

La póliza será de reporte y cobro mensual mes vencido y la Aseguradora otorgará para el pago de la prima un plazo máximo de 70 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del certificado mensual de cobro que la Aseguradora entregará al Banco. Vencido este plazo el no pago de las primas correspondientes producirá los efectos previstos en la Ley.

El Banco pagará las primas sobre facturación, incluidas las primas de los créditos en mora. No obstante, el Banco al inicio del programa podrá informar a la Compañía de Seguros su decisión de no asumir el pago de las primas de los créditos cuya mora supere determinado tiempo, caso en el cual para estos créditos no habrá cobertura del seguro.

23. FORMA DE COBRO DE LAS PRIMAS

La prima se cobrará mensualmente. Para el efecto, el Banco suministrará en forma mensual a la Aseguradora la base de datos de los deudores, con los saldos de cartera, incluidos los intereses corrientes, intereses de mora, sobregiros y primas de seguro, dentro de los primeros 10 días de cada mes.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

24. TERMINACION DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado, al presentarse alguno de los siguientes hechos:

- Terminación o no renovación de la póliza.
- Revocación de la póliza matriz por parte del tomador.
- Revocación de certificados individuales de seguro por parte del tomador.
- Cuando el asegurado deje de pertenecer al grupo asegurable.
- Por el fallecimiento o declaratoria de incapacidad total y permanente del asegurado. Cuando la obligación se extinga íntegramente.
- Cuando el asegurado opte por contratar los seguros con otra aseguradora y ésta sea aceptada como garantía adicional por el Banco.
- Por el no pago de prima vencido el periodo de gracia.

En los demás casos estipulados en las disposiciones legales que reglamenta el seguro de vida grupo deudores.

25. PLAZO PARA PAGO DE INDEMNIZACIONES

Una vez acreditada la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, la Aseguradora pagará al Banco el monto indemnizable dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la formalización del reclamo.

26. DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

A continuación, se relacionan los documentos necesarios para tramitar el pago de indemnizaciones de las diferentes coberturas.

Muerte Natural

- Original o fotocopia del Registro Civil de Defunción.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Certificado de la Solicitud Individual de Seguro.
- Certificación del saldo de la deuda.

Muerte Accidental

- Original o fotocopia del Registro Civil de Defunción.
- Fotocopia de la cédula del asegurado.
- Certificación de Fiscalía o autoridad competente donde establezca claramente la causa de la muerte.
- Certificación del Saldo de la deuda.
- Certificado de la Solicitud Individual del Seguro.

Incapacidad Total y Permanente

- Historia clínica completa.
- Fotocopia de la cédula del asegurado.
- Certificado de la Solicitud Individual del Seguro.
- Certificación del Saldo de la deuda.
- Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral emitida por entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

27. Cláusula Especial de Flexibilización Documental para Reclamos con Saldo Insoluto de Deuda hasta \$3.000.000 (en uno o varios créditos):

En caso de fallecimiento del deudor se solicitará, como únicos requisitos, los siguientes:

- Original o fotocopia del Registro Civil de Defunción.
- Certificación del saldo de la deuda.

En caso de Incapacidad Total y Permanente: El asegurado que no tenga recursos para hacer el proceso de calificación de la pérdida de capacidad laboral, será valorado por los médicos de Medicina Laboral de la Aseguradora, asumiendo la Compañía el costo de la evaluación, previa presentación de la historia clínica completa.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S.A. D. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: 994000000002 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: BANCO GNB SUDAMERIS S A IDENTIFICACIÓN: NIT 860050750-1
ASEGURADO: PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

28. SERVICIO ESPECIAL PARA LA ATENCION DE SINIESTROS

ATENCION DE SINIESTROS DE VIDA POR PARTE DE LA ASEGURADORA, DIRECTAMENTE EN LA OFICINA PRINCIPAL DEL BANCO

La aseguradora ofrece para la atención de las reclamaciones del Seguro de Vida Grupo Deudores dos funcionarios, uno ubicado en la oficina principal del Banco y otro en la oficina principal de la aseguradora, con sistema en línea, con el fin de radicar, analizar y definir las reclamaciones en forma centralizada, con un compromiso de definición máximo de hasta 5 días contados a partir de la fecha de formalización de la reclamación.

Estos funcionarios tendrán una delegación para definir reclamos hasta la suma de cincuenta millones de pesos (\$50.000.000). Los casos que superen este valor serán definidos por la Dirección de Indemnizaciones, dentro del plazo ya convenido.

Esto permitirá al Banco tener celeridad en la atención y manejo de reclamaciones, información oportuna de siniestros, soporte y asesoría en el manejo de las reclamaciones y domiciliación de los pagos directamente a la cuenta que el Banco designe.

29. CONDICIONES ECONOMICAS

TASA ÚNICA POR MIL FULL AMPAROS

ANUAL: 6.36 %
MENSUAL: 0.53 %

SIN RECARGO POR FRACCIONAMIENTO

30. MODIFICACIONES A LA TASA POR SINIESTRALIDAD

Las siguientes serán las tablas de incrementos o descuentos de tasa aplicables a cada renovación de acuerdo con la siniestralidad:

TABLA DE AJUSTES

Siniestralidad Estimada	% para la Nueva Vigencia e Incremento
15,01% a 20,00%	Incremento: -69,23%
20,01% a 25%	Incremento: -61,54%
25,01% a 30%	Incremento: -53,85%
30,01% a 35%	Incremento: -46,15%
35,01% a 40%	Incremento: -38,46%
40,01% a 45%	Incremento: -30,77%
45,01% a 50%	Incremento: -23,08%
50,01% a 55%	Incremento: -15,38%
55,01% a 60%	Incremento: -7,69%
60,01% a 65%	Incremento: 0,00%
65,01% a 70%	Incremento: 7,69%
70,01% a 75%	Incremento: 15,38%
75,01% a 80%	Incremento: 23,08%
80,01% a 85%	Incremento: 30,77%
85,01% a 90%	Incremento: 38,46%
90,01% a 95%	Incremento: 46,15%
95,01% a 100%	Incremento: 53,85%
100,01% a 105%	Incremento: 61,54%
105,01% a 110%	Incremento: 69,23%
110,01% a 115%	Incremento: 76,92%
115,01% a 120%	Incremento: 84,62%
120,01% a 125%	Incremento: 92,31%
125,01% a 130%	Incremento: 100,00%
130,01% a 135%	Incremento: 107,69%
135,01% a 140%	Incremento: 115,38%
140,01% a 145%	Incremento: 123,08%
145,01% a 150%	Incremento: 130,77%

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: 994000000002 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: BANCO GNB SUDAMERIS S A IDENTIFICACIÓN: NIT 860050750-1
ASEGURADO: PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

Para la aplicación de las tablas anteriores, a continuación, se explica la forma de medición del índice de siniestralidad: $IS = (SI + IBNR) / P$

Dónde:

- IS = índice de siniestralidad
- SI = Siniestros incurridos
- P = Primas emitidas de la vigencia
- IBNR = Reserva de siniestros no avisados que corresponde al 18% de SI

Siniestros incurridos es igual a: siniestros ocurridos y pagados durante la vigencia, más siniestros ocurridos y avisados durante la vigencia pendientes de pago. Los factores de recargo o descuento son aplicables a las tasas descritas en la presente propuesta.

La medición se hará tomando como base los 12 meses anteriores a la fecha en que se haga la revisión de la siniestralidad para el ajuste correspondiente.

31. CLÁUSULA DE PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

En caso de renovación, y de presentar utilidad técnica en la póliza, la Aseguradora reconocerá al BANCO GNB SUDAMERIS una participación de utilidades, para lo cual se tendrá en cuenta la siguiente fórmula:
 $PU = 30\% * ((60\% * P) - (SI + IBNR))$

Donde:

- PU = Participación de Utilidades
- P = Primas emitidas de la vigencia, efectivamente recaudadas
- SI = Siniestros incurridos
- IBNR = Reserva de siniestros no avisados que corresponde al 18% de SI

Siniestros incurridos es igual a: siniestros ocurridos y pagados durante la vigencia, más siniestros ocurridos y avisados durante la vigencia pendientes de pago. La liquidación de esta participación se hará luego de transcurridos tres (3) meses desde la terminación de la vigencia objeto de estudio.

32. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para todos los efectos legales se fija como domicilio contractual la ciudad indicada como lugar de expedición en la carátula de la póliza.

33. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación que deban hacerse las partes durante la ejecución de este contrato deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección registrada por las partes.

34. MODIFICACION ANUAL DE LAS CONDICIONES TECNICAS Y ECONOMICAS DEL PROGRAMA.

Mientras los contratos de reaseguro de la Aseguradora así lo permitan, los términos y condiciones aquí estipulados aplicarán para vigencias posteriores y máximo dos (2) años. Lo anterior sin perjuicio de aplicar ajustes necesarios a las tasas de acuerdo al resultado técnico del negocio.

En cada anualidad se entregará el Slip con los ajustes correspondientes para la nueva vigencia.

35. CONVENIO ESPECIAL DE ASISTENCIA JURÍDICA PARA LOS ASEGURADOS

En caso de fallecimiento del (los) asegurado(s), la Aseguradora pone a disposición de los beneficiarios de una ayuda inmediata, en forma de prestación de servicios de asistencia jurídica, bajo la modalidad de consultoría, en forma verbal a través de una línea telefónica dedicada o en forma presencial, en caso de muerte accidental o natural.

Al adquirir este producto el asegurado tiene la tranquilidad de saber que cuenta con un servicio de asistencia jurídica de primera calidad, mediante el cual tiene acceso a un abogado especializado que atenderá de manera ágil y oportuna sus inquietudes o consultas legales.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** D. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

35.1. COBERTURAS:

Las coberturas de asistencia jurídica se presentarán de acuerdo con las condiciones que se establecen a continuación:

35.1.1. Orientación Jurídica Telefónica:

En caso de fallecimiento de (los) asegurado(s), la Aseguradora realizará mediante una teleconferencia telefónica, una orientación jurídica en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial derecho policivo y laboral, cuando el afiliado requiera adelantar una consulta en tales aspectos.

35.1.2. Emisión de conceptos jurídicos:

Previo análisis de la información aportada por el beneficiario y la evaluación de las inquietudes planteadas por el mismo, se emitirán un concepto jurídico en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial derecho policivo y laboral.

35.1.3. Asistencia jurídica preliminar:

En caso de muerte natural o accidental la Aseguradora pondrá a disposición del grupo familiar asegurado, un abogado para que asesore de manera presencial en todos los trámites judiciales y administrativos previos que se requieran para adelantar la inhumación o la cremación del beneficiario fallecido.

35.1.4 Documentos:

En el evento de fallecimiento del asegurado, la Aseguradora proporcionará a solicitud de los beneficiarios, los recursos necesarios para adelantar las diligencias notariales y de registro que se requiera para la tramitación del reclamo. Esta cobertura tiene un límite de un SMMLV, que incluye los servicios de tramitador, fotocopias y autenticación.

36. ASISTENCIAS COMPLEMENTARIAS SIN COBRO DE PRIMA ADICIONAL

36.1. ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA:

A solicitud del ASEGURADO se pondrá en contacto con un nutricionista de manera telefónica para orientar al cliente sobre alternativas alimentarias por condiciones bien sea de salud o médicas. Este servicio se prestará con un límite de 3 eventos al año.

36.2. MANEJO DE AGENDA (CITAS MEDICAS Y MEDICAMENTOS):

A solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, se coordinará cualquier cita médica que solicite el ASEGURADO. Estos servicios serán proporcionados sin límite de eventos al año.

36.3. ORIENTACIÓN TELEFÓNICA TECNOLÓGICA:

En caso de presentarse una falla en el computador, ya sea configuración de periféricos y su instalación, instalación de anti spyware (ad ware), Instalación de anti virus y filtrado de contenidos, Instalación y configuración de SO y diagnóstico y asesoramiento en problemas del PC, el ASEGURADO tendrá acceso al técnico en línea, quien recibirá la llamada y realizará preguntas de diagnóstico para intentar solucionar o establecer vía telefónica el problema que aqueja al ASEGURADO. Este servicio se prestará con un límite de 3 eventos al año.

36.4. REFERENCIA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS:

Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia de médicos especialistas a nivel nacional. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

36.5. REFERENCIA SOBRE PLANES DE VIAJES:

Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia sobre las mejores alternativas de viajes. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

36.6 REFERENCIA DE CURSOS / TALLERES:

Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia sobre cursos que existan disponibles para el adulto mayor. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

PARAGRAFO 1. De cualquier manera, se deja expresa constancia que los servicios ofrecidos son de medio y no de resultado.

37. MATERIAL INFORMATIVO

La Aseguradora tendrá en cuenta la emisión del siguiente material, Cartilla guía de consulta para las fuerzas de ventas del Banco, el cual deberá ser actualizado periódicamente. Este requisito opera para cada una de las vigencias.

38. CAPACITACIÓN

La Aseguradora realizará mínimo dos (2) programas de capacitación por año dirigida a los funcionarios del BANCO, que el supervisor indique, la cual deberá realizarse por medio de una herramienta de capacitación o consulta virtual, ubicados en cualquier parte del territorio nacional, relativo al seguro objeto de esta invitación con una intensidad mínima de cuatro (4) horas. Eventualmente debe aceptar capacitaciones adicionales que se requiera a solicitud del BANCO. El cronograma de capacitación deberá presentarse solamente por el oferente seleccionado, y estará sujeto a la aprobación y concertación con el BANCO.

39. SERVICIOS ADICIONALES

39.1 Menor tiempo de respuesta en la definición médica del riesgo una vez el solicitante asista al examen médico de asegurabilidad, en horas:

Una vez el cliente de dirija a la clinica a la práctica de exámenes médicos y los mismos sean tomados por la IPS de acuerdo a lo indicado por la aseguradora, la misma debe remitir los resultados en un tiempo de 30 minutos. Posterior a ello, en máximo 30 minutos la compañía recibe los resultados de los exámenes, valida y emite el concepto de asegurabilidad vía plataforma tecnológica y el banco recibe por correo electrónico la respuesta de Asegurabilidad del cliente emitido por la compañía de seguros. El banco recibe dicha respuesta y decide si acepta o rechaza al cliente.

39.2 Menor tiempo en el procedimiento de exámenes médicos de ingreso:

CLIENTE/BANCO:

Cliente del banco solicita crédito - el banco revisa las condiciones del crédito para validar requisitos de asegurabilidad (amparo automático, extra prima automáticas) si requiere exámenes el comercial debe ingresar a la plataforma tecnológica y realizar el registro con los datos solicitados del cliente. Si el cliente no requiere exámenes médicos, el mismo ingresa asegurado a la póliza y finaliza el proceso.

CALL CENTER/PLATAFORMA:

Operadora contacta al cliente y agenda el examen de acuerdo a disponibilidad de tiempo y lugar del cliente (10 minutos) - se envía carta de agendamiento a los correos electrónicos registrados en la plataforma con la información de la cita agendada, si el cliente asiste, continua el proceso, en caso de no asistencia se debe solicitar re agendamiento de la cita a través del área de seguros del banco.

CENTRO MÉDICO/COMPAÑÍA:

El asegurado se dirige al centro médico para la toma de los exámenes requeridos / El centro médico practica exámenes y remite resultado en línea a la compañía (Dirección General). El departamento médico recibe exámenes, evalúa y emite concepto de asegurabilidad (30 minutos). Gerencia de Seguros de Personas evalúa concepto médico y remite condiciones de asegurabilidad por correo electrónico.

CLIENTE/BANCO:

Banco recibe concepto de asegurabilidad / ingresa al asegurado o emite concepto de rechazo. Esto pone fin al proceso.

39.3 Red médica de atención exclusiva para el BANCO cuya localización sea cercana a las ciudades donde el Banco hace colocación de sus créditos y/o presentar la Red Médica como mínimo en las ciudades donde el Banco tiene sucursales según el Anexo No 3 del pliego de la invitación.

39.4 Presentación de informes periódicos con relación al comportamiento de la póliza:

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

Con el objetivo de mantener actualizado al Banco con la información de siniestros avisados, pendientes, pagados, objetados o que se encuentre en otro estado, procedemos a suministrar en la periodicidad coordinada un informe de siniestros sobre el comportamiento de la póliza que incluya los datos correspondientes a las reclamaciones. Este informe contendrá:

- Número de póliza
- Nombre del deudor
- Número de identificación del deudor
- Fecha de aviso
- Año de aviso
- Mes de aviso
- Fecha de siniestro
- Fecha de ocurrencia
- Vigencia
- Año ejercicio
- Causa del siniestro
- Amparo afectado
- Valor reclamado
- Valor pagado
- Valor pendiente
- Otros



CERTIFICACIÓN DE CONDICIONES DEL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES – CRÉDITOS DE LIBRANZA BANCO GNB SUDAMERIS

El Banco GNB SUDAMERIS figura como tomador y beneficiario de la póliza de vida grupo deudores No 994000000002 expedida por Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. con los amparos y exclusiones que se relacionan a continuación: (Extracto de las condiciones generales y particulares del contrato de seguro vigencia Agosto 01 de 2018 a Julio 31 de 2019)

COBERTURAS:

1. Muerte por cualquier causa no excluida incluye suicidio, homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas), epidemias, pandemias y SIDA (siempre que no sea preexistente).
2. Incapacidad total y permanente, incluyendo la tentativa de homicidio, las lesiones por intento de suicidio y las ocasionadas por epidemias o pandemias.
3. Auxilio Funerario.
4. Renta por muerte y/o incapacidad total y permanente.

AMPARO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

La Aseguradora se compromete a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas en la póliza, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. Se incluye Suicidio, Homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas) y SIDA (siempre que no sea preexistente), desde el inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

Nota: Este amparo se extiende a cubrir la muerte presunta por desaparecimiento conforme a la definición de la Ley colombiana, es decir, siempre que medie fallo o sentencia por autoridad competente.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INCLUYENDO LA TENTATIVA DE HOMICIDIO, LAS LESIONES POR INTENTO DE SUICIDIO Y LAS OCASIONADAS POR EPIDEMIAS O PANDEMIAS.

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad. La incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considera como tal:

- a) La pérdida total e irrecuperable de la visión en ambos ojos, no preexistente.
- b) La amputación traumática o quirúrgica de ambas manos, a nivel de la articulación radiocarpiana o por encima de ella.
- c) La amputación traumática o quirúrgica de ambos pies, a nivel de la articulación tibiotarsiana o por encima de ella.
- d) La amputación traumática o quirúrgica de toda una mano y de todo un pie, a nivel de las articulaciones ya definidas.

Se entiende como fecha del siniestro la fecha en que de acuerdo con el dictamen de calificación ejecutoriado se haya estructurado la pérdida de capacidad laboral definida.

PARÁGRAFO: La indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente no es acumulable al amparo de Muerte, y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la Aseguradora quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de Vida Grupo Deudores para el asegurado incapacitado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO:

La Aseguradora indemnizará la suma de \$1.000.000 por fallecimiento de cualquiera de los deudores que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios. El valor se pagará a los beneficiarios nombrados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios de ley.

Este valor corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido



declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

AMPARO DE RENTA POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE:

En caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total y Permanente del deudor asegurado, la Aseguradora reconocerá una suma mensual de \$300.000 durante máximo seis (6) meses. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica o el anexo de Incapacidad Total Permanente.

El valor total definido para este amparo corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

NOTA: El amparo de incapacidad total y permanente, como el auxilio de renta y libre destinación por incapacidad total y permanente, no aplicarán si al momento de la valoración médica el amparo no fue otorgado por la compañía de seguros.

INICIO Y DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL:

La cobertura individual del seguro inicia desde la fecha en que el Banco apruebe el crédito, siempre y cuando el solicitante haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad, y estará vigente hasta la terminación del plazo del crédito o hasta el pago de la totalidad de la deuda a cargo del deudor, incluyendo los procesos judiciales para su cobro, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora seleccionada.

Lo dispuesto anteriormente opera siempre y cuando el solicitante del crédito haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente propuesta y medie aprobación formal de la Aseguradora seleccionada en los casos que no encajen en lo establecido en la cláusula de amparo automático.

En constancia, se firma el día 01 de octubre de 2020.

**ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.
FIRMA AUTORIZADA**

**CERTIFICACION DE ASISTENCIAS Y BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA
GRUPO DEUDORES -CRÉDITOS DE LIBRANZA BANCO GNB SUDAMERIS
PÓLIZA EXPEDIDA CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C. No
994000000003 VIGENTE DEL 01 DE OCTUBRE DE 2020 HASTA EL 30 DE
SEPTIEMBRE DE 2021.**

I. CONVENIO ESPECIAL DE ASISTENCIA JURÍDICA PARA LOS ASEGURADOS:

En caso de fallecimiento del (los) asegurado(s), la Aseguradora pone a disposición de los beneficiarios de una ayuda inmediata, en forma de prestación de servicios de asistencia jurídica, bajo la modalidad de consultoría, en forma verbal a través de una línea telefónica dedicada o en forma presencial, en caso de muerte accidental o natural.

Al adquirir este producto el asegurado tiene la tranquilidad de saber que cuenta con un servicio de asistencia jurídica de primera calidad, mediante el cual tiene acceso a un abogado especializado que atenderá de manera ágil y oportuna sus inquietudes o consultas legales.

COBERTURAS: Las coberturas de asistencia jurídica se presentarán de acuerdo con las condiciones que se establecen a continuación:

- Orientación Jurídica Telefónica: En caso de fallecimiento de (los) asegurado(s), la Aseguradora realizará mediante una teleconferencia telefónica, una orientación jurídica en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial derecho policivo y laboral, cuando el afiliado requiera adelantar una consulta en tales aspectos.
- Emisión de conceptos jurídicos: Previo análisis de la información aportada por el beneficiario y la evaluación de las inquietudes planteadas por el mismo, se emitirán un concepto jurídico en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial derecho policivo y laboral.
- Asistencia jurídica preliminar: En caso de muerte natural o accidental la Aseguradora pondrá a disposición del grupo familiar asegurado, un abogado para que asesore de manera presencial en todos los trámites judiciales y administrativos previos que se requieran para adelantar la inhumación o la cremación del beneficiario fallecido.
- Documentos: En el evento de fallecimiento del asegurado, la Aseguradora proporcionará a solicitud de los beneficiarios, los recursos necesarios para adelantar las diligencias notariales y de registro que se requiera para la tramitación del reclamo. Esta cobertura tiene un límite de un SMMLV, que incluye los servicios de tramitador, fotocopias y autenticación.

PARAGRAFO 1. De cualquier manera, se deja expresa constancia que los servicios ofrecidos son de medio y no de resultado.

II. ASISTENCIAS COMPLEMENTARIAS SIN COBRO DE PRIMA ADICIONAL:

ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA: A solicitud del ASEGURADO se pondrá en contacto con un nutricionista de manera telefónica para orientar al cliente sobre alternativas alimentarias por condiciones bien sea de salud o médicas. Este servicio se prestará con un límite de 3 eventos al año.



MANEJO DE AGENDA (CITAS MEDICAS Y MEDICAMENTOS): A solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, se coordinará cualquier cita médica que solicite el ASEGURADO. Estos servicios serán proporcionados sin límite de eventos al año.

ORIENTACIÓN TELEFÓNICA TECNOLÓGICA: En caso de presentarse una falla en el computador, ya sea configuración de periféricos y su instalación, instalación de anti spyware (ad ware), Instalación de anti virus y filtrado de contenidos, Instalación y configuración de SO y diagnóstico y asesoramiento en problemas del PC, el ASEGURADO tendrá acceso al técnico en línea, quien recibirá la llamada y realizará preguntas de diagnóstico para intentar solucionar o establecer vía telefónica el problema que aqueja al ASEGURADO. Este servicio se prestará con un límite de 3 eventos al año.

REFERENCIA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS: Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia de médicos especialistas a nivel nacional. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

REFERENCIA SOBRE PLANES DE VIAJES: Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia sobre las mejores alternativas de viajes. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

REFERENCIA DE CURSOS / TALLERES: Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia sobre cursos que existan disponibles para el adulto mayor. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

Para acceder a estas asistencias los clientes del banco asegurados deberán comunicarse al teléfono (1) 589 7432 en la ciudad de Bogotá.

PARAGRAFO 1. De cualquier manera, se deja expresa constancia que los servicios ofrecidos son de medio y no de resultado.

En constancia, se firma el día

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.
FIRMA AUTORIZADA



AVISO DE SINIESTRO

AON Colombia S.A.
Corredores de Seguros

11 AGO 2020

RECIBIDO

CEDULA
Cartagena 10 de agosto de 2020

AGENCIA DEL TOMADOR O ENTIDAD CONTRATANTE BANCO GNB SUDAMERIS	TEL. 080.050.750-1	TELEFONO 3433800	DIRECCION CRA 8 No. 15-42 PISO 4
NOMBRE DEL ASEGURADO CLEMENTE POLO GOMEZ		NTCC 9.128.230	
NOMBRE COMPLETO DEL RECLAMANTE ARACELIS OCHOA TAPIA		NTCC 45.488.080	PARENTESCO ESPOSA
CORREO ELECTRONICO DEL RECLAMANTE aracelischoa80@hotmail.com			
DIRECCION - BARRIO BR LAS PALMERAS MZ 9 LT 26		TELEFONO 3016754508	CUIDAD DE RESIDENCIA CARTAGENA

DESCRIPCION OCURRENCIA DE SINIESTRO

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EL AMPARO AFECTADO

FECHA DE SINIESTRO		
ANO	MES	DIA
2020	07	26

MUERTE NATURAL ☒ CAUSA PROBABLE DE MUERTE _____

CENTRO HOSPITALARIO O MEDICO TRATANTE GESTION SALUD _____

CIUDAD CARTAGENA TELEFONO 6810199 _____

MUERTE VIOLENTA ☐ INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ☐ DESEMPLEO ☐

DOCUMENTOS PARA TRAMITAR RECLAMACION MUERTE NATURAL					
DOCUMENTOS DEL ASEGURADO		CAUSA DEL SINIESTRO		OBSERVACION	
1	FORMATO DE RECLAMACION	NATURAL	MOLENTA	INCAPACIDAD	
2	CEDULA DE CIUDADANIA (ASEGURADO)	X			
3	REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION AUTENTICADO VIGENTE	X			
4	HISTORIA CLINICA Y/O EPICRISIS COMPLETA	X			
5	AMPLIACION DE HISTORIA CLINICA				
6	DOCUMENTO SOBRE LA CAUSA DE FALLECIMIENTO EMITIDO POR ENTIDAD COMPETENTE				
7	ACTA DE LA JUNTA MEDICA LABORAL O JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ				

DOCUMENTOS DE QUIEN REALIZA LA RECLAMACION MUERTE NATURAL					
DOCUMENTOS DEL RECLAMANTE		DOCUMENTOS ENTREGADOS		OBSERVACION	
8	CEDULA DE CIUDADANIA	SI	NO	SI	NO
9	DOCUMENTO QUE ACREDITA PARENTESCO	X			
10	OFICIO DE RADICACION	X			

DOCUMENTOS PARA TRAMITAR RECLAMACION DESEMPLEO					
DOCUMENTOS DEL ASEGURADO		DOCUMENTOS ENTREGADOS		OBSERVACION	
1	FORMATO DE RECLAMACION	SI	NO	SI	NO
2	CEDULA DE CIUDADANIA (ASEGURADO)				
3	ORIGINAL O COPIA AUTENTICA DEL CONTRATO LABORAL Y/O OTROS				
4	CERTIFICACION LABORAL DONDE INDIQUEN FECHA DE INGRESO, RETIRO, MOTIVO DEL DESEMPLEO Y DATOS COMPLETOS DE LA EMPRESA Y DEL ASEGURADO				
5	COPIA DE LA LIQUIDACION LABORAL				
6	DECLARACION EXTRAJUICIO NO MAYOR A 30 DIAS EN LA CUAL INDIQUE LA CONDICION LABORAL ACTUAL				

Aracelis Ochoa Tapia
Firma del Reclamante
C.C. 45.488.080

NOTA. ART. 1081, CODIGO DE COMERCIO. 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 deba 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 correr desde el momento en que nace el respectivo derecho.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo
Serial

08845175

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría Notaría Consulado Corregimiento Insp. de Policía Código

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

Datos del Inscrito

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Sexo (en letras)

Datos de la defunción

Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

Fecha de la defunción

Hora

Número de certificado de defunción

Año

Mes

Día

Presunción de muerte

Juzgado que proferirá la sentencia

Fecha de la sentencia

Año

Mes

Día

Documento presentado

Nombre y cargo del funcionario

Autorización Judicial

Certificado Médico

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

NOTARIA PRIMERA
DE CANTAGUANA

Fecha de inscripción

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año

Mes

Día

ESPACIO PARA NOTAS



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo
Serial

08845175

Datos de la oficina de registro							
Clase de oficina	Registraduría	Notaría	Consulado	Correimiento	Insp. de Policía	Código	
País - Departamento - Municipio - Correimiento o Inspección de Policía							
COLOMBIA		BOYACÁ		CARTAGENA			

Datos del inscrito	
Apellidos y nombres completos	
POLO GOMEZ CIENTENTE	
Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en letras)
C.C. No. 2.130.230	Masculino

Datos de la defunción	
Lugar de la defunción País - Departamento - Municipio - Correimiento o Inspección de Policía	
COLOMBIA BOYACÁ CARTAGENA	
Fecha de la defunción	Hora
Año 2020 Mes JUL Día 28	05:00
Número de certificado de defunción	
724071062	
Presunción de muerte	
Lugar que profiere la sentencia	
Fecha de la sentencia	
Año Mes Día	
Documento presentado	
Autorización judicial	Certificado Médico
☐	☒
Nombre y cargo del funcionario	
EMERSON JIMENEZ DIAZ MD. TOTALES	

Datos del denunciante	
Apellidos y nombres completos	
LUIS MARRUGO ALVARO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 73.002.032	Alvaro Luis Marrugo

Primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	

Segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	

Fecha de inscripción		Número de inscripción	
Año Mes Día	2020 JUL 28	724071062	
Firma del funcionario		Firma del testigo	
Emerson Jimenez Diaz		Alvaro Luis Marrugo	

ESPACIO PARA NOTAS	

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

NOTARIA PRIMERA
DE CARTAGENA
REGISTRO CIVIL

La salud
es de todos

Minsalud

NDE

Nacimientos y
Defunciones

CERTIFICADO DE DEFUNCION ANTECEDENTE PARA REGISTRO CIVIL

Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales y están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Art.5to.

CERTIFICADO DE
DEFUNCION

Número del certificado de Defunción

724921062

LUGAR DE DEFUNCION

Departamento
BOLIVARMunicipio
CARTAGENA DE INDIAS

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION

CABECERA MUNICIPAL

Inspección, corregimiento o caserío

TIPO DE DEFUNCION

NO FETAL

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCION (AAAA-MM-DD)

2020-07-26

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCION

Hora 6 Minutos 0

SEXO DEL FALLECIDO

MASCULINO

☐ Sin establecer

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

POLO

GOMEZ

CLEMENTE

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL
FALLECIDO

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION DEL
FALLECIDO

(TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

9128230

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO:

NINGUNO DE LOS ANTERIORES

A cuál pueblo indígena pertenece?

PROBABLE MANERA DE MUERTE

NATURAL



DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

JIMENEZ

DIAZ

KIMBERLING

DEL CARMEN

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

1047445857

PROFESION DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

MÉDICO

REGISTRO PROFESIONAL

1047445857

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION

Departamento BOLIVAR

Municipio CARTAGENA DE INDIAS

Año 2020 Mes JULIO Día

[Handwritten signature and stamp]
Firma del Médico General
Lic. [Nombre]
C.R. [Número]

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

Impresión Generada del Sistema por Rectificación de Información - Valida Como Antecedente para Registro Civil y Trámite de Licencia de Inhumación

Bogotá D.C, 28 de septiembre de 2020
OBSP-20 - 3.062-RUI - 44555

Señores

BANCO GNB SUDAMERIS S.A.

Dirección de Operaciones de
Convenios de Libranza
Diagonal 27 No. 6-70 piso 1
Ciudad

REFERENCIA.	POLIZA:	994.000.000.002
	TOMADOR:	BANCO GNB SUDAMERIS S A
	ASEGURADO:	CLEMENTE POLO GOMEZ
	RECLAMACION:	No. 843 - 16 - 2020 - 34759
	AMPARO:	AMPARO BASICO DE MUERTE

Respetados Señores.

Con toda atención damos respuesta a su solicitud de afectación del amparo básico de muerte de la póliza de seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000002, con ocasión del infortunado fallecimiento del señor Clemente Polo Gómez, ocurrido el pasado 26 de julio de 2020.

Sobre el particular nos referimos en los siguientes términos:

La póliza de seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000002 tiene como objeto amparar los deudores del Banco GNB Sudameris contra los riesgos de Muerte o Incapacidad Total y Permanente, cuya realización pueda aparejarle al Banco un perjuicio económico.

En este caso, es preciso señalar que el señor Clemente Polo Gómez, firmó la declaración de asegurabilidad contenida en el formulario de la solicitud individual de seguro, requeridas por el Banco GNB Sudameris para el trámite del crédito solicitado, el 13 de mayo de 2020, y en la misma manifestó no padecer ni haber padecido ninguna enfermedad.

De acuerdo con lo anterior, se procedió con la revisión de los antecedentes médicos del asegurado, entre los cuales se encuentra la copia de la historia clínica emitida por Gestión Salud S.A.S, en la que se evidencia que el señor Clemente Polo Gómez tenía antecedentes de Infarto Agudo De Miocardio desde hace 10 Años, es decir, con anterioridad al otorgamiento de la obligación No. 106422659, y con ocasión a esta patología, su estado de su salud desmejoró en el tiempo, de tal manera que ocasionó su deceso; esta situación permite afirmar que el asegurado tenía pleno conocimiento de su enfermedad y no la manifestó en la declaración de asegurabilidad.

Ciertamente, la Aseguradora asume los riesgos de conformidad con el diligenciamiento del cuestionario que considera pertinente para la evaluación del riesgo al momento de hacer la suscripción, dicho formulario debe ser tramitado por cada asegurado. El señor Clemente Polo Gómez presentaba antecedentes importantes de salud y no los manifestó, esto interfiere con el eficaz desarrollo del contrato de seguro, de acuerdo a lo indicado en el artículo 1058 del Código de comercio, que enuncia:

OBSP-20 - 3.062-RUI - 44555

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

En tanto, el artículo 1039 del mismo código, prevé:

“El seguro puede ser contratado por cuenta de un tercero determinado o determinable. En tal caso, al tomador incumben las obligaciones y al tercero corresponde el derecho a la prestación asegurada. (...)”

De acuerdo a los postulados jurídicos, anteriormente enunciados, señalamos que el señor Clemente Polo Gómez, omitió informar que presentaba antecedentes de Infarto Agudo De Miocardio desde hace 10 Años, contexto que no sólo agrava el riesgo, sino que aumenta las probabilidades de complicarlo en el futuro; para nuestro caso particular, podría indicarse que dicho diagnóstico fue factor de riesgo, presentándose así un nexo causal entre las circunstancias no mencionadas en la declaración de asegurabilidad y el origen del fallecimiento del asegurado.

Ahora bien, el artículo 1158 del citado estatuto Comercial, respecto de los exámenes médicos, indica:

“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.”

Así fue considerado por la corte suprema de justicia en la sentencia SC2803 de 2016 en la plantea entre otros aspectos el siguiente:

“9.- El artículo 871 del Código de Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibidem, según el cual el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro (...) Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...) Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 (...) Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere

OBSP-20 - 3.062-RUI - 44555

a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiera en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.

Por ende, la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de su pleno conocimiento y que de saberlas la aseguradora incidirían en la relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la «buena fe» exigida y acarrea la nulidad relativa del convenio.”

En concordancia con lo enunciado, Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, no procede favorablemente con su solicitud y resuelve objetar su petición, declinando cualquier pago pretendido, por cuanto la patología enunciada en esta misiva guarda nexo de causalidad respecto de la procedencia del fallecimiento del señor Clemente Polo Gómez.

Con toda atención,



**GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

Copia: Intermediario: Aon Risk Services — sahurtado@gnbsudameris.com.co
SEAS Directa Licitaciones — Sr. Julián Rivera

Elaboró: JARANGUREN
Revisó: GADIAZ
Aprobó: ACALVO

Fecha de Impresión: 28/07/2020 20:42 Centro de atención: 03 - GESTION SALUD SEDE SAN FERNANDO Paciente: CQ 9128230 - OLIVENTE POLO GOMEZ Fecha de Nacimiento: 27/12/1947 Región: Regimen: B - Excepción Dirección: Las Palmeras N.º 9 L 28 Teléfono: 3018754508 Ocupación: 583: MIEMBROS DE LA POLICIA Acompañante: ELIYAPOLLO Teléfono Acompa: Dirección Acompa: Responsable: Teléfono Resp: 3018754508 Dirección Resp: Médico Tratante: Kimberling del Carmen Jimenez Diaz Administradora: POLICIA METROPOLITANA DE CARTAGENA DE INDIAS	INFORMACIÓN GENERAL Fecha de Atención: 28/07/2020 19:00 Admisión: A0819900 Edad: 72 año(s), 6 mes(es) 29 día(s) Origen: Nivel: 0 Lugar: Cartagena Bolívar Parentesco Acompa: Parentesco Resp: HIJA Especialidad: MEDICINA GENERAL	Impreso por: KDIAZ Sexo: M Estado CME: Casado Canal: (72) Tipo Vinculación: Colizante
--	--	--

Registro para la Historia Clínica de Urgencia

DATOS DE LA CONSULTA

Remitido: Contra referencia: No
 Tipo de Consulta:
 Plan / Administradora: POLICIA METROPOLITANA DE CARTAGENA DE INDIAS / POLICIA NACIONAL CONTRATO 72-7-20063-2019
 Glasgow: 3 Valoración: Coma Triaje: 1

MOTIVO DE LA CONSULTA

PACIENTE QUE LO TRAEN DE CUIDADO EN CASA

ENFERMEDAD ACTUAL

ATENDO LLAMADO DE ENFERMERIA Y DE FAMILIARES QUE EL PACIENTE NO RESPONDE AL LLAMADO. ENCUENTRO PACIENTE CON CIANOSIS PERIFÉRICA, GLASGOW 3/15 Y SIN SIGNOS VITALES. PRESENTANDO ASISTOLIA CONTINUA EN MONITOR. SE BUSCAN REFLEJOS DE TALLO, REFLEJO FOTOMOTOR, CORNEAL, OCULOCEFALICO Y FARINGEO. ENCONTRANDO TODOS AUSENTES. PACIENTE CON CIANOSIS PERIBUCAL, SIN SIGNOS VITALES Y PRESENCIA DE RIGIDEZ POSTMORTEN. SE DECLARA FALLECIMIENTO A LAS 06:00 PM. SE LLENA CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN NUMERO: 72492106-2

Sistema respiratorio:

ANTECEDENTES

1. Patológicos (HTA, Diabetes):
2. Quirúrgicos:
3. Hospitalarios:
4. Transfusionales:
5. Tóxico-Alérgicos:
6. Farmacológicos:
7. Gineco-Obstétricos:
8. Traumáticos:
9. Otros:
10. Alergia-toxicidad a medicamentos:

* 1- HIPERTENSION ARTERIAL - CA PROSTATA
 HACE 10 AÑOS

FAMILIARES

VARIABLES 4505

Variables 4505

Fecha Probable de Parto 01/01/1945
 Fecha Toma de Hemoglobina 01/01/1945
 Hemoglobina 0
 Fecha de la Toma de Glucemia Basal 01/01/1945
 Tratamiento para Sífilis Congénita 0

Riesgos

Hipertensión Inducida por la Gestación No aplica
 Sintomático Respiratorio No
 Tuberculosis Multidrogoresistente No
 Obesidad o Desnutrición Proteico Calórica No
 Víctima de Maltrato No
 Víctima de Violencia Sexual No
 Cáncer de Cérvix No aplica

REVISIÓN POR SISTEMA

Sistema afectado: NIEGA

EXAMENES FISICOS

FCardíaca:	0 xMin	Temperatura:	0 °C	FRespiratoria:	0 xMin
Peso:		Talla:	0 m	Presión Sistólica:	0 mmHg
IMC:		SMC:		Perímetro Cefálico:	
Perímetro Torácico:		Presión Arterial Media:	mmHg	Presión Diastólica:	0 mmHg

Fecha de impresión: 28/07/2020 8:42:50 p. m.

Fecha de Atención: 28/07/2020 19:00

Administración: PCP-10000

Administradora: POLICIA METROPOLITANA DE CARTAGENA DE INDIAS

Paciente: CLEMENTE POLO GOMEZ

Registro para la Historia Clínica de Urgencia

Apariencia:	PACIENTE CON CIANOSIS PERIFÉRICA, GLASGOW 3/15 Y SIN SIGNOS VITALES
Cráneo, cara y cuello:	NORMOCEFALO, CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATIAS NI MASAS PUPILAS NO REACTIVAS A LA LUZ
Tórax:	TÓRAX SIMÉTRICO, NO EXPANSIBLE, AUSENCIA DE RUIDOS CARDÍACOS NO MURMULLO VESICULAR
Abdomen:	ABDOMEN AUSENCIA RUIDOS INTESTINALES,
Piel y faneras:	PALIDEZ MUCOCUTÁNEA
Genito-urinarios:	NO EXPLORADO
Extremidades:	PULSOS AUSENTES
Sistema nervioso central:	GLASGOW 3/16
Conciliación medicamentosa:	

OBSERVACIONES Y RESULTADOS DE PARACLÍNICOS

ANÁLISIS

Finalidad de la consulta:	No Aplica
Causa externa:	Enfermedad general
Tipo de diagnóstico principal:	Impresión diagnóstica
Diagnóstico principal:	I461 - MUERTE CARDÍACA SUBITA, ASI DESCRITA
Diagnóstico relacionado 1:	I219 - INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, SIN OTRA ESPECIFICACION
Diagnóstico relacionado 2:	N40X - HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
Diagnóstico relacionado 3:	I10X - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)
Plan de Tratamiento:	SE LLENA CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN NUMERO: 72492106-2 SE TRATA DE PACIENTE QUIEN ACUDE AL SERVICIO DE URGENCIA TRAIDO EN AMBULANCIA CON ANTECEDENTES DE HTA, Y CA DE PRÓSTATA QUIEN NO RESPONDE AL LLAMADO. ENCUENTRO PACIENTE CON CIANOSIS PERIFÉRICA, GLASGOW 3/15 Y SIN SIGNOS VITALES.
Análisis:	
Recomendaciones:	
Destino del Paciente:	Observación

Kimberling del Carmen Jimenez Diaz

MEDICINA GENERAL

RM: 1047445857 / CC: 104744585



Rama Judicial del Poder Público
Juzgado Dieciséis Civil Municipal de Cartagena

Dirección: Calle del Cuartel del Fijo, Edificio Cuartel del Fijo. Piso 3, Oficina 306.

Código: 130014003016

Correo: j16cmplcgena@cendoj.ramajudicial.gov.co

Cartagena de Indias, D. T. y C., septiembre catorce (14) de dos mil veintiuno
(2021)

Informe Secretarial:

Señor Juez Doy cuenta a usted con el presente proceso, se recibió memorial para trámite, sírvase proveer.

Atentamente,

MARÍA ROSARIO MONTES CASTRO
Secretaria