

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA RAD 11001400301720220066600

TULIO HERNAN GRIMALDO LEON <tgrimaldo@gmail.com>

Mar 22/11/2022 9:02 AM

Para: Juzgado 17 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C.

<cmpl17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>;yurlyang@hotmail.com

<yurlyang@hotmail.com>;abogada.eva.anguita@gmail.com

<abogada.eva.anguita@gmail.com>;notificacionjudicialgec@gmail.com

<notificacionjudicialgec@gmail.com>

CC: manuelg.rueda@gmail.com <manuelg.rueda@gmail.com>

Señores

JUZGADO (17) DIECISIETE CIVIL MUNICIPALcmpl17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.S.D.

**Ref.: Proceso verbal instaurado por LUZ ESTELLA ANGUITA IBARRA contra
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA****Radicación:** 11001400301720220066600

TULIO HERNÁN GRIMALDO LEÓN, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, con domicilio en Bogotá D.C., actuando en mi calidad de apoderado especial de la demandada, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, identificada con el Nit. 860.524.654-6, sociedad con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, según poder otorgado por el representante legal, tal como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera, procedo dentro del término legal a **CONTESTAR LA DEMANDA** dentro de los términos legales. Se remite copia de la misma a las partes involucradas acorde a la Ley 1322 de 2022.

Atentamente

--

Tulio H. Grimaldo León

TULIO HERNÁN GRIMALDO LEÓN

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

Señores

JUZGADO (17) DIECISIETE CIVIL MUNICIPAL

cmpl17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.S.D.

**Ref.: Proceso verbal instaurado por LUZ ESTELLA ANGUITA IBARRA contra
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**

Radicación: 11001400301720220066600

TULIO HERNÁN GRIMALDO LEÓN, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, con domicilio en Bogotá D.C., actuando en mi calidad de apoderado especial de la **demandada, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA**, identificada con el Nit. 860.524.654-6, sociedad con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, según poder otorgado por el representante legal, tal como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera, procedo dentro del término legal a **CONTESTAR LA DEMANDA** en los siguientes términos:

A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones formuladas en la demanda por cuanto son infundadas, tal como se prueba con las excepciones de mérito que se formulan con el presente escrito y en particular por las siguientes razones:

Frente a la pretensión número 1, **NOS OPONEMOS**, toda vez que no hay lugar al reconocimiento de existencia del contrato de seguros, pues como se demostrará más adelante el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa, toda vez que la asegurada fue reticente y/o inexacto en la declaración del estado del riesgo y por presentarse ausencia de responsabilidad de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., por tratarse de un riesgo excluido.

Frente a la pretensión **número 2, NOS OPONEMOS**, toda vez que no hay lugar al reconocimiento y pago de ninguna suma de dinero a favor de la demandante ni a cargo de mi poderdante pues, como se demostrará más adelante el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa, toda vez que la asegurada fue reticente y/o inexacto en la declaración del estado del riesgo y por presentarse ausencia de responsabilidad de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., por tratarse de un riesgo excluido.

Frente a la pretensión número 3, **NOS OPONEMOS**, toda vez que no hay lugar al reconocimiento de existencia del contrato de seguro, pues como se demostrará más adelante el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa, toda vez que la asegurada fue reticente y/o inexacto en la declaración del estado del riesgo

TULIO HERNÁN GRIMALDO LEÓN

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

y por presentarse ausencia de responsabilidad de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., por tratarse de un riesgo excluido.

Frente a la pretensión número 4, **NI NOS OPONEMOS, NI NOS ALLANAMOS**, toda vez que la misma va dirigida a una entidad distinta a mi poderdante ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

Frente a la pretensión número 5, **NOS OPONEMOS**, toda vez que no hay lugar al reconocimiento y pago de ninguna suma de dinero a favor de la demandante ni a cargo de mi poderdante pues, como se demostrará más adelante el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa, toda vez que la asegurada fue reticente y/o inexacto en la declaración del estado del riesgo y por presentarse ausencia de responsabilidad de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., por tratarse de un riesgo excluido.

Frente a la pretensión número 6, **NOS OPONEMOS**, toda vez que mi poderdante ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., ha dado estricto cumplimiento a la normatividad vigente en la materia y a las condiciones generales y particulares del contrato de seguro celebrado.

FRENTE A LAS PRETENSIONES CONDENATORIAS

Frente a la pretensión número 7, **NOS OPONEMOS**, toda vez que no hay lugar al reconocimiento y pago de ninguna suma de dinero a favor de la demandante ni a cargo de mi poderdante pues, como se demostrará más adelante el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa, toda vez que la asegurada fue reticente y/o inexacto en la declaración del estado del riesgo y por presentarse ausencia de responsabilidad de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., por tratarse de un riesgo excluido

Frente a la pretensión número 8, **NOS OPONEMOS**, toda vez que no hay lugar al reconocimiento y pago de ninguna suma de dinero y/o intereses moratorios a favor de la demandante ni a cargo de mi poderdante pues, como se demostrará más adelante el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa, toda vez que la asegurada fue reticente y/o inexacto en la declaración del estado del riesgo y por presentarse ausencia de responsabilidad de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., por tratarse de un riesgo excluido

Frente a la pretensión número 9, **NOS OPONEMOS**, toda vez que de prosperar las excepciones aquí propuestas, no hay lugar condena en costas ni agencias en derecho (Numeral 1, Art. 365 del C.G.P.).

Frente a la pretensión número 10, **NOS OPONEMOS**, toda vez que mi poderdante ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., ha dado estricto cumplimiento a la normatividad vigente en la materia y a las condiciones generales y particulares del contrato de seguro celebrado.

TULIO HERNÁN GRIMALDO LEÓN

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

Frente a la pretensión número 11., **NI NOS OPONEMOS, NI NOS ALLANAMOS**, toda vez que la misma va dirigida a un hecho ajeno al objeto de litigio como lo es el poder otorgado al apoderado de la parte actora

Por lo anterior, solicito al señor Juez que exonere de responsabilidad a mi poderdante y, en consecuencia, condene en costas y agencias en derecho a la demandante.

A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO 1: No es un hecho (Art 168 CGP) corresponde a la transcripción parcial de uno de los artículos contemplados en un documento emitido por el Ministerio de Defensa Nacional, entidad diferente de mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

AL HECHO 2: No es un hecho (Art 168 CGP) corresponde a la transcripción parcial de uno de los artículos contemplados en un documento emitido por el Ministerio de Defensa Nacional, entidad diferente de mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

AL HECHO 3: No nos consta lo relacionado con las leyes a las que se debe acoger el Fondo Rotatorio de la Policía Nacional, toda vez que la misma es una entidad diferente de mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

AL HECHO 4: Contiene varios hechos sobre los cuales nos pronunciamos así:

- a) No nos consta lo relacionado con la publicación en la plataforma SECOP I para procesos de contratación, toda vez que mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa no una entidad sometida a tal plataforma.
- b) No es un hecho (Art 168 CGP) lo relativo al documento referido, se trata de la transcripción del mismo, el cual es ajeno al conocimiento de mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

AL HECHO 5: No nos consta lo relacionado con el contenido de los pliegos de condiciones que recibe el Fondo Rotatorio de la Policía Nacional, toda vez que es una entidad diferente de mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

AL HECHO 6: Contiene varios hechos sobre los cuales nos pronunciamos así:

TULIO HERNÁN GRIMALDO LEÓN

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

- a) No nos consta lo relacionado con el contenido del Formato No 18 al que se hace alusión, toda vez que del mismo no conoce mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa
- b) Todo lo demás corresponde a la transcripción parcial de los amparos y clausulado particular de la póliza de vida grupo deudores del Fondo Rotatorio de la Policía Nacional, entidad ajena a mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

AL HECHO 7: Es cierto

AL HECHO 8: Es cierto que mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa emitió la Póliza de vida grupo deudores No 980-16-994000000015 con vigencia desde el 30 de diciembre de 2017 hasta el 2 de julio de 2018.

AL HECHO 9: No es cierto como viene presentado lo relacionado con la vigencia de la Póliza de vida grupo deudores No 980-16-994000000015 expedida por mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, toda vez que la misma contempla una vigencia de 30 de diciembre de 2017 hasta el 2 de julio de 2018.

AL HECHO 10: No nos consta lo relacionado con solicitudes para adquisición de créditos toda vez que, mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa no es la entidad competente para conocer de ello

AL HECHO 11: No nos consta lo relacionado con los documentos firmados para la adquisición del crédito, toda vez que mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa no se encontraba presente en el lugar de los hechos

AL HECHO 12: No es un hecho (Art 168 CGP) corresponde a consideraciones subjetivas realizadas por la parte demandante, toda vez que al momento de adquirir una póliza, siempre se les otorga a los asegurados la documentación para su conocimiento y diligenciamiento de acuerdo a mandato legal.

AL HECHO 13: No nos consta lo relacionado con el desembolso del crédito y la forma de pago de las cuotas, toda vez que mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa no es la entidad competente para realizar dicha función

AL HECHO 14: No nos consta lo relacionado con la notificación de pérdida de capacidad laboral a la que hace referencia la parte actora, toda vez que mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa no fue la entidad que la valoró, diagnosticó y/o emitió el acta

TULIO HERNÁN GRIMALDO LEÓN

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

AL HECHO 15: No nos consta lo relacionado con la petición realizada al Fondo Rotatorio de la Policía Nacional, toda vez que la misma se realizó ante una entidad diferente de mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

AL HECHO 16: No nos consta lo relacionado con el contenido de la petición realizada al Fondo Rotatorio de la Policía Nacional, toda vez que la misma se realizó ante una entidad diferente de mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

AL HECHO 17: No nos consta lo relacionado con la respuesta otorgada por parte del Fondo Rotatorio de la Policía Nacional, toda vez que la misma corresponde a una entidad diferente de mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

AL HECHO 18: No nos consta lo relacionado con la respuesta otorgada por parte del Fondo Rotatorio de la Policía Nacional, toda vez que la misma corresponde a una entidad diferente de mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

AL HECHO 19: No nos consta lo relacionado con la documentación solicitada al Fondo Rotatorio de la Policía Nacional, toda vez que la misma se elevó ante una entidad diferente de mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

AL HECHO 20: No nos consta lo relacionado con la respuesta otorgada por parte del Fondo Rotatorio de la Policía Nacional, toda vez que la misma corresponde a una entidad diferente de mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

AL HECHO 21: Es cierto que en la Póliza de vida grupo deudores No 980-16-994000000015 emitida por mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa quien ostenta la calidad de Asegurado es la señora Luz Estella Anguita Ibarra

AL HECHO 22: Es cierto que mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa recibió solicitud de información por parte de la señora Luz Estella Anguita Ibarra

AL HECHO 23: Contiene varios hechos sobre los cuales nos pronunciamos de la siguiente manera:

- a) Es cierto que mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa emitió objeción a la reclamación. De igual manera nos atenemos al contenido exacto de la citada comunicación. Al respecto es necesario mencionar que Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, ha actuado dando estricto cumplimiento a la normatividad

vigente en la materia y a las condiciones generales y particulares del contrato de seguro celebrado.

- b) Téngase en cuenta que el apoderado de la demandante **confiesa** (Arts 191 y 193 CGP) que la señora Luz Estella Anguita Ibarra había sido calificada previo al inicio de la vigencia de la póliza de vida grupo deudores No 980-16-994000000015 con un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 34.57%

AL HECHO 24: No nos consta lo relacionado con el pago total del crédito desembolsado, toda vez que el mismo se realizó ante una entidad diferente de mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

AL HECHO 25: Es cierto que se declaró fallida la audiencia de conciliación a la cual fue citada mi poderdante Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

AL HECHO 26: No es un hecho pertinente, conducente ni eficaz al objeto del proceso (Art 168 CGP), corresponde al otorgamiento de poder para actuar en el presente proceso

EXCEPCIONES DE MERITO

PRIMERA EXCEPCIÓN

PRESCRIPCIÓN EXTINTIVA DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO INCOADA POR LA DEMANDANTE

Constituyen fundamentos de hecho y de derecho de esta excepción las siguientes:

En materia del contrato de seguro, la ley comercial determina en forma imperativa que todas las acciones derivadas de dicho contrato prescriben de acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio.

Dicha norma dispone:

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

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

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

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (destacados ajenos al texto original).

Así las cosas, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) Estamos en presencia de una acción derivada del contrato de seguro, pues de las pretensiones de la demanda claramente se desprende que lo que se persigue por la parte actora es el pago de la suma asegurada para uno de los amparos contratados del seguro objeto del litigio.
- b) De acuerdo con lo anterior, la relación entre el demandante y la compañía de seguros que apodero se aplican los términos de prescripción previstos por el artículo 1081 del C.Co., pues a él se refieren todas las acciones derivadas del contrato de seguro, como las adelantadas en este proceso.
- c) Según **CONFIESA** el apoderado de la parte actora en el hecho 4 de la demanda (arts. 191 y 193 del CGP), la señora Luz Estella Anguita Ibarra fue diagnosticada y/o valorada en el dictamen No. 3249 de fecha del 13 de abril de 2018, emitido por la Junta Médica Laboral de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, cuyo porcentaje de pérdida de capacidad laboral es del 68.79%, dictamen que se aporta con la demanda.
- d) Por tal motivo, el término de prescripción para reclamar la indemnización derivada del contrato de seguro, debe contabilizarse desde el momento en que se conoció del hecho que dio base de la acción, el cual, para el presente caso, sería la fecha de notificación de dicho dictamen, esto es el 13 de abril de 2018
- e) Adicionalmente, se encuentra probado que la reclamación a la compañía de seguros para solicitar el pago de la suma asegurada y afectar el amparo de incapacidad total y permanente solo se presentó hasta el 17 de abril de 2018, tal como se observa en las pruebas anexas al presente escrito.
- f) Ahora bien, si se contabilizara el 17 de abril de 2018 como fecha de reclamación, en atención a lo **confesado** por el apoderado de la parte actora en el hecho 15 de la demanda, y aquella, tuviera los efectos de interrumpir la prescripción en atención a lo dispuesto en el artículo 94 del C.G.P., se tendría consolidado el término de prescripción el 17 de abril de 2020.
- g) En adición, debe tenerse en cuenta la suspensión de la prescripción, en virtud de la emergencia sanitaria ante la jurisdicción ordinaria, la cual comprendió el periodo del 16 de marzo de 2020 hasta el 30 de junio de 2020, para un total de 107 días hábiles.
- h) Así las cosas, si toma el día 17 de abril de 2018 como fecha de presentación de la reclamación, según lo alegado por el demandante, se constituye el plazo límite para la acción judicial el 4 de diciembre de 2020.

- i) En ese sentido, teniendo en cuenta que la demanda fue radicada solamente hasta el 8 de julio de 2022, esta no tuvo los efectos de interrumpir la prescripción ordinaria, habida cuenta que el termino de los 2 años que establece el artículo 1081 del Código de Comercio ya se había consolidado con suficiencia, motivo por el cual las acciones dispensadas por la ley comercial se extinguieron.

DE CONFORMIDAD CON LO EXPUESTO, SOLICITO AL SEÑOR JUEZ DECLARAR PROBADA ESTA EXCEPCIÓN Y, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL NUMERAL 3 DEL ARTÍCULO 278 DEL C.G.P MEDIANTE SENTENCIA ANTICIPADA DE POR TERMINADO EL PRESENTE PROCESO EN FAVOR DE MI PODERDANTE, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA S.A.

SEGUNDA EXCEPCIÓN

INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO POR AUSENCIA DE UNO DE LOS ELEMENTOS ESENCIALES: EL RIESGO ASEGURABLE

De acuerdo con el artículo 1045 del Código de Comercio son elementos esenciales del contrato de seguro el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima y la obligación condicional del asegurador. Dicha norma dispuso que, a falta de cualquiera de ellos, *“el contrato de seguro no producirá efecto alguno”*.

En concordancia con dicha norma, el artículo 897 del Código de Comercio, dispone:

“Cuándo en este código se exprese que un acto no produce efectos, se entenderá que es ineficaz de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial”.

Queda claro que la ausencia de uno de los elementos esenciales del contrato de seguro produce, sin necesidad de declaración judicial, la ineficacia de dicho contrato.

En el presente caso, al analizar, cuando menos uno de dichos elementos, se llega a la conclusión de que el contrato celebrado es ineficaz por ausencia precisamente, de un elemento esencial.

Nos referimos en concreto a la inexistencia del riesgo asegurable, elemento definido por nuestra legislación mercantil en los siguientes términos:

*“Artículo 1054.- Definición de riesgo. Denomínese riesgo **el suceso incierto** que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. **Los hechos ciertos**, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco*

constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento". (Subrayado fuera de texto original).

La doctrina y jurisprudencia han sido reiterativas en señalar que el riesgo, como elemento esencial, debe ser futuro e incierto, esto es, que el evento que se quiere amparar no haya sucedido (se habla de una "incertidumbre objetiva", lo que equivale, desde el punto de vista jurídico, a una condición).

Lo anterior, se debe a que, la incapacidad laboral alegada por la demandante se encuentra sustentada en múltiples patologías, de las cuales, por lo menos una de ellas es previa a la suscripción del contrato de seguro, y, adicionalmente, no fue manifestada al momento de diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad.

TERCERA EXCEPCIÓN
AUSENCIA DE RESPONSABILIDAD DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE
COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA POR TRATARSE DE UN RIESGO
EXCLUIDO

Son fundamento tanto de hecho como de derecho de esta excepción los siguientes:

1. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 1056 del Código de Comercio, las compañías de seguros pueden asumir todos o algunos de los riesgos a los cuales está expuesto el interés o el bien asegurado. Dicha norma es el sustento de las llamadas EXCLUSIONES dentro de los contratos de seguro.
2. En relación con dichas exclusiones, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 19 de diciembre de 2008, M.P. Arturo Solarte Rodríguez, ha señalado:

*"7.1. Ha de señalar la Corte, en primer término, que no se evidencia que el fallador de segunda instancia haya dejado de lado el sentido y el alcance del contrato todo para fijarse únicamente en unas pocas cláusulas. La finalidad del contrato de seguro y a lo que apunta la intención común de los contratantes de este tipo de negocios jurídicos es obtener cobertura frente a determinados riesgos, cuya realización conduce al pago de la respectiva indemnización (art. 1054 del C. de Co.). Es claro también que el acuerdo de las partes para que se brinde amparo a una determinada clase de riesgos determina que, en principio, todos aquellos sucesos inciertos que se enmarquen dentro de los parámetros así establecidos sean objeto de la correspondiente cobertura. **Sin embargo, es igualmente evidente, por así disponerlo la legislación nacional (art. 1056 del C. de Co), que en el contrato de seguro, y, particularmente, por determinación del asegurador, éste, teniendo presentes las restricciones legales, "podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona***

del asegurado". En razón de lo anterior, los riesgos cubiertos en el contrato de seguro serán los que correspondan a la clase de amparo que genéricamente se ofrezca, o los que las partes de manera particular y explícita convenzan adicionar, siempre y cuando, en uno u otro caso, respecto de los mismos no se establezca expresamente una exclusión por determinación del asegurador, claro está, aceptada por el tomador al perfeccionar la celebración del respectivo contrato. (destacados ajenos al texto original)

3. En el presente caso, las partes en el contrato, excluyeron de la cobertura las enfermedades o accidentes preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza, que no hayan sido declaradas ni aceptadas previamente por la aseguradora, la cual se estableció en las Condiciones particulares de la póliza suscrita. Dicha cláusulas establece lo siguiente:

"2.1 Incapacidad total y permanente (...)

EXCLUSIONES

2.1.4.1 CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE ANEXO
(destacados ajenos al texto original)

Teniendo en cuenta lo anterior, en el proceso se encuentra probado que:

- El 30 de diciembre del 2017 la señora LUZ ESTELLA A GUITA IBARRA diligenció y firmó la declaración de asegurabilidad de la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA., para tomar y/o ingresar a la Póliza de vida grupo deudores No 980-16-994000000015, momento para el cual fue incluido dentro de la póliza de vida grupo contratada, tal y como se evidencia en el documento que se aporta con esta contestación, sin que para ese momento informara que había sido previamente calificado y/o valorado por la Junta Médica Laboral el **22 de enero del 2016** de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional de Colombia con un PCL del 34.22%.
- De acuerdo con el Acta de la Junta Médica de fecha 13 de abril del 2018 emitida por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional de Colombia aportada por la demandante, la señora Luz Estella Anguita Ibarra había sido diagnosticada y tratada desde el 9 de agosto de 2000 como lo fue un lumbago

Así las cosas, se encuentra probado que la señora LUZ ESTELLA ANGUITA IBARRA había padecido de las enfermedades por las cual fue calificado y por la cual se le dio un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 34.22%, desde antes de ingresar al seguro. Por lo anterior, mi poderdante ASEGURADORA

SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, no está obligada al reconocimiento ni pago de ninguna suma de dinero a favor de la demandante por concepto de indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente.

CUARTA EXCEPCIÓN

NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

La señora Luz Estella Anguita Ibarra firmó la declaración de asegurabilidad de ASEGURADORA SOLIDARIA ENTIDAD COOPERATIVA., para tomar y/o ingresar a la Póliza de vida grupo deudores No 980-16-994000000015 en la cual figura como tomador el Fondo Rotatorio Policía Nacional

El fin primordial de dicha declaración es la de obtener del solicitante del seguro una información exacta y precisa del estado del riesgo, con el fin de que la aseguradora pueda cabalmente decidir, tal como lo prevé el artículo 1056 del C. de Co., respecto de la asunción de los riesgos, establecer adecuadamente el valor de la prima, eventualmente limitar o excluir determinadas coberturas o rechazar la solicitud y no celebrar el contrato de seguro cuando el riesgo no es asegurable por políticas preestablecidas, tanto para la suscripción del seguro como del reaseguro. Debe tenerse en cuenta que esto no se constituye simplemente en una exigencia de la aseguradora sino en una verdadera obligación de tomadores y asegurados de acuerdo con lo previsto por los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, a cuyo tenor literal:

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

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.

(...)

*“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 dé lugar”.*

La información adecuada al verdadero estado del riesgo se obtiene entonces, de acuerdo con las normas citadas, entre otras formas, mediante la formulación, al eventual asegurado, de preguntas indicativas respecto de las actividades que desarrolla, así como de su estado de salud, entre otros aspectos que dependerán de cada caso en particular.

Como es jurisprudencia reiterada de nuestra Corte Suprema de Justicia y de la Corte Constitucional¹ así como principio rector de la actividad aseguradora nacional e internacional, resulta determinante para la adecuada apreciación, asunción, tasación y eventual limitación o exclusión de las coberturas del seguro a otorgar, la exactitud, veracidad e integralidad de la información suministrada por el eventual asegurado.

Al respecto, debe tenerse en cuenta que mediante sentencia del 1 de septiembre de 2010, MP Edgardo Villamil Portilla, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia determinó que es prueba suficiente para declarar la nulidad relativa del contrato de seguros que se demuestre con el formulario de asegurabilidad que el tomador o asegurado mintió sobre su estado de salud en relación con alguno de los padecimientos allí contenidos, lo cual, como ya se dijo, se encuentra plenamente probado en el presente proceso tanto con el propio formulario como con las pruebas documentales que se aportan con esta contestación. Al respecto señala la Corte Suprema:

“A juicio de la Corte, yerra el Tribunal al negar los efectos deletéreos de la conducta obrepticia de los tomadores y asegurados, pues ella lesiona grandemente el principio de buena fe que es una de las piezas esenciales del contrato de seguro, pues el asegurador ingresa al ámbito comercial en estado de ignorancia y es llevado de la mano a contratar por la información

¹ C- 232 de 1997, ponente Dr. Jorge Arango Mejía.

que con total fidelidad le debe suministrar el tomador, que en este caso también resultó ser asegurado.

Y para averiguar la importancia que tenía para la aseguradora indagar por los antecedentes penales del tomador y asegurado, sólo es menester resaltar que en el formulario reposa la pregunta por dicho pasado judicial, circunstancia por sí reveladora de que esa información era absolutamente relevante. El curso natural de las cosas indica que si la aseguradora inquiría por los antecedentes judiciales de ambas partes, es porque la suerte de la concesión del amparo también dependía de ese dato. **En suma, el profesional del seguro no indaga por datos irrelevantes, ni tiene la carga de probar que lo eran, como razonó equivocadamente el Tribunal.**

Entonces, la información suministrada en los cuestionarios que se responden en el umbral de la relación aseguraticia, permite que la aseguradora conozca “la extensión de riesgos que va a asumir en virtud del contrato, [los cuales] tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes. Cuando el asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse como que no tiene importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro” (LXXVII, pág. 17, reiterado en G.J. CLII, pág. 265, también en Sent. Cas. Civ. de 30 de noviembre de 2000, Exp. No. 5743 y 19 de julio de 2005, Exp. No. 5665-01).

El artículo 1058 de Código de Comercio en su parte pertinente, dispone que “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”, **dicha norma ha sido analizada como aplicación específica del principio de buena fe inherente al contrato de seguros, pues esta modalidad negocial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, comoquiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca.**

(...)

Así las cosas, en el contrato de seguro la exigencia de ubérrima buena fe aumentan en grado superlativo, pues como ha dicho la Corte, en materia de este negocio jurídico, la protección de las partes que concurren requiere el máximo de transparencia posible, **“de modo que las decisiones se tomen con plenitud de información relevante. De esta manera, un contratante no puede quebrar la igualdad, ni tomar ventaja de la ignorancia del otro, especialmente si la ausencia de información de uno de ellos está originada en el silencio del otro que oculta información disponible, información que por ser esencial debe brindarse oportuna y cumplidamente.** En la etapa importantísima de formación del contrato de seguro, cuando el asegurador se apresta a brindar la protección, está a merced del asegurado, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada, puesto que la salud personal [o antecedentes penales, se agrega] viene a estar asociada a la intimidad del asegurado” (Sent. Cas. Civ. de 19 de diciembre de 2005, Exp. No. 566501).

En suma, la cabal estimación de los riesgos que habrá de cubrir el contrato de seguro, la decisión del asegurador de celebrarlo y aún la de liquidar la prima correspondiente, obedece prioritariamente, en palabras de la Corte, a las atestaciones que al respecto asiente el tomador, quien, en tal virtud, “ha de decir todo lo que sabe”, de modo que la lealtad, exactitud y esmero de éste en el cumplimiento de ese deber resultan indispensables para el anotado fin, a la vez que la trasgresión de las señaladas reglas de conducta aparejan consecuencias de diverso orden, entre ellas la de afectarlo de nulidad relativa, como ya fuera demostrado” (Sent. Cas. Civ. de 30 de noviembre de 2000, Exp. No. 5743).

Entonces -y aquí se encuentra la rectificación doctrinaria al Tribunal- en ese escenario la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas, sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud ^{2[1]}, de donde se desprende de modo general, que basta con establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que emerja la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro.

La Corte, en sentencia de septiembre 1 de 2010, reitera que la nulidad del contrato de seguro por reticencia en las declaraciones del estado de riesgo no requiere la demostración por parte de la aseguradora de

que tal omisión la llevaría a desistir de la celebración del contrato. Solo es necesario establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que se configure la nulidad relativa del contrato.” (destacados ajenos al texto original) (Sent. Cas. Civ. de 12 de septiembre de 2002, Exp. No. 7011)

Como se puede concluir, el consentimiento de mi representado para el otorgamiento de la póliza de seguro de vida, estuvo viciado por cuanto fue inducida en error por la declaración inexacta del asegurado en cuanto a su estado de salud. Para el caso específico del contrato de seguro en el cual la existencia de la buena fe es exigida en su máxima expresión, el Código de Comercio sanciona con la nulidad relativa del contrato la conducta reticente de la solicitante en los artículos 1058 y 1158 ya transcritos y en el 1059 con la pérdida de las primas a favor de la aseguradora.

Además, la Corte Suprema de Justicia en reiteradas jurisprudencias ha determinado los presupuestos para que se genere la nulidad por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo. Una de ellas de manera contundente y explícita los estableció así (Sentencia de la CSJ del 1 de junio de 2007, Magistrada Ponente Ruth Marina Díaz):

“3. Para dar respuesta a tales denuncias, es necesario señalar que el principio de la buena fe que debe reinar en toda clase de actuaciones, en la especie de estos contratos adquiere especial connotación como un deber precontractual al que se le da gran importancia. El artículo 1058 del código de comercio dispone que el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador; en caso contrario, esto es, si aquel decae en la reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por este, lo hubieran retraído de asegurarlo, o inducido a estipular condiciones más onerosas, se produce la nulidad relativa del mismo.

4. Del referido texto legal se puede deducir lo siguiente:

4.1. Que el deber del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato, sino que, opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo, pero bajo otras condiciones.

4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta

medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz.

4.3. *Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro.”*

Así mismo, **en sentencia del 4 de marzo de 2016**, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez, se ratificaron por parte de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia las consecuencias de las declaraciones reticentes y/o inexactas de los asegurados, con total independencia de que las compañías de seguros realicen o no exámenes médicos. En dicha providencia se estableció lo siguiente:

“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».”

Esta misma jurisprudencia fue ratificada por la misma Corporación **en fallo del 16 de diciembre de 2016**, MP Álvaro Fernando García Restrepo, en donde se recogió la sentencia del 4 de marzo de 2016 transcrita.

Es más, **esa ha sido la posición reiterada de la Delegatura para Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Financiera**, entidad que, en fallo del 19 de noviembre de 2013, por ejemplo, dentro del EXP. 2013-335, señaló:

“Bajo el anterior contexto, en el asunto que ocupa la atención de la Delegatura, del plenario emerge con meridiana claridad que en la fecha de suscripción de la póliza, esto es el 19 de julio de 2012, en el formato de solicitud del seguro de vida ahora reclamado, la señora RUBIELA CASTAÑEDA omitió información importante sobre su estado de salud que debió, con fundamento en el principio de buena fe ya expuesto, poner en conocimiento de la Aseguradora, máxime cuando fueron precisamente algunas de esas patologías que le habían sido diagnosticadas e informadas

reiteradamente, nódulos en las cuerdas vocales, faringolaringitis y abuso vocal, las que a la postre resultaron directamente relacionadas con el siniestro ahora reclamado, esto es la pérdida de capacidad laboral del 96% originada por disfonía crónica recurrente secundaria a abuso vocal, y que de acuerdo con el documento obrante a folio 41 de fecha 26 de noviembre de 2012, “CON POBRE RESPUESTA AL TRATAMIENTO MÉDICO DESDE HACE DOS AÑOS MÚLTIPLES

CONSULTAS E INCAPACIDADES”, lo que significa que para finales del año 2010, la demandante ya estaba sometida a tratamiento. Al respecto, recuérdese que el artículo 1058 del Código de Comercio precisa que “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”. ”.

Posición, además, que fue ratificada en las Sentencias del 26 de septiembre de 2014 Exp. 2014-082, del 1 de noviembre de 2018 Exp. 2017-2051 y del 16 de noviembre de 2018 Exp. 2018-1011, entre muchas otras.

Pues bien, la señora Luz Estella Anguita Ibarra incurrió en reticencia y/o inexactitud tal como se demostrará a lo largo de este proceso.

En efecto, encontramos los siguientes documentos que prueban cuando menos los siguientes padecimientos anteriores a la celebración del contrato sobre los cuales el asegurado fue reticente y/o inexacto que hemos determinado, así:

- En el dictamen No. 3249 de fecha del 13 de abril de 2018, emitido por la Junta Médica Laboral de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional se lee lo siguiente:

*“(...) Ésta JML es autorizada por el Señor Director de Sanidad mediante oficio No S-2018-006277-DISAN del 29/01/2018 DISAN-ARMEKL ingresa para JML **por SOLICITUD DEL AFECTADO y manifiesta que SI tiene TML y SI JML previas***

V. ANALISIS DE LA SITUACION

*Se valora paciente quien solicita se le realice exámenes de retiro teniendo en cuenta el artículo 8 del decreto 1706 del 2000, **afirma lumbago (ya calificado en JML No 115 del 09-08-2000)**, rinitis, dislipidemia, dermatitis, gonalgia izquierda, síndrome del túnel del carpo bilateral” (Subrayado por fuera del texto original)*

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL- NO APTO. Por artículo POR JML ANTERIOR, REUBICACION LABORAL. No Labores

VI CONCLUSIONES

C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral

Presenta una disminución de la capacidad laboral de

Actual: TREINTA Y CUATRO PUNTO VEINTIDOS PORCIENTO 34.22%

Total: SESENTA Y OCHO PUNTO SETENTA Y NUEVE PORCIENTO 67.29% (Subrayado por fuera del texto original)

Con lo anterior se puede evidenciar que la señora LUZ ESTELLA ANGUITA IBARRA había sido valorada previamente por la Junta médica laboral en la cual se le otorgó una disminución de capacidad laboral en un 34.22%. Lo anterior, significa que el asegurado también pudo haber sido reticente y/o inexacto respecto de otros padecimientos, los cuales se determinarán a lo largo del proceso y que igualmente generan nulidad por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo y que solicito al señor juez declarar en los términos del art. 282 del CGP.

Si mi poderdante ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. hubiera conocido los padecimientos de la señora LUZ ESTELLA ANGUITA IBARRA se habría retraído de celebrar el contrato de seguro o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas.

**QUINTA EXCEPCIÓN
LA GENÉRICA**

Fundamentada en cualquier hecho o circunstancia que resulte probado en el proceso y en virtud del cual la ley considere que la obligación no existió o la declare extinguida si alguna vez existió.

PRUEBAS

Solicito se decreten, practiquen y tengan como tales las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- a) Certificado de existencia y Representación legal de la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.
- b) Poder otorgado por la compañía de seguros para este proceso con sus respectivos anexos.
- c) Copia de la Póliza de vida grupo deudores No 980-16-994000000015
- d) Copia de la condiciones generales de la Póliza de vida grupo deudores No 980-16-994000000015
- e) Copia de la condiciones particulares de la Póliza de vida grupo deudores No 980-16-994000000015

TULIO HERNÁN GRIMALDO LEÓN

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

- f) Copia de la objeción emitida por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.
- g) Copia del Acta de la Junta Medica de fecha 13 de abril de 2018 emitida por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional de Colombia.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito se llame a declarar a la señora LUZ ESTELLA ANGUITA IBARRA, demandante en el presente proceso, para que declare sobre los hechos objeto de este litigio. Se le podrá notificar en la dirección informada en su demanda.

3. TESTIMONIALES

Solicito a usted decretar el testimonio de la doctora María Camila Fonseca, médica evaluadora de Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, quien puede ser ubicada en la Calle 100 N. 9A – 45 Piso 12 de Bogotá.

La anterior solicitud se presenta ateniendo a lo dispuesto en el artículo 212 del C.G.P., para lo cual se precisa que con dicho testimonio se pretenden probar los hechos que sustentan la segunda y tercera excepción de mérito y los hechos en los cuales se basa la contestación de la demanda, específicamente:

- a) Los diagnósticos médicos que tenía la señora LUZ ESTELLA ANGUITA IBARRA antes de suscribir el contrato de seguro, con base en los documentos que pudo revisar;
- b) La posible reticencia y/o inexactitud en que incurrió la asegurada,, para acreditar la segunda excepción de mérito;

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

El artículo 206 del Código General del Proceso dispone en la parte pertinente del Juramento Estimatorio lo siguiente:

“Artículo 211. Juramento estimatorio. Quien pretenda el reconocimiento de una indemnización, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá estimarlo razonadamente bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos. Dicho juramento hará prueba de su monto mientras su cuantía no sea objetada por la parte contraria dentro del traslado respectivo (...).”

Con base en la disposición citada, OBJETAMOS la estimación de perjuicios contenida en la demanda, toda vez que carece de fundamento legal y fáctico, como sigue:

TULIO HERNÁN GRIMALDO LEÓN

Abogado Especialista en Derecho de Seguros

- a) En el presente caso no hay prueba documental alguna que acredite la existencia y mucho menos la cuantía de los perjuicios que alega la parte demandante.
- b) Adicional a lo anterior, no existe evidencia de interés moratorio referente al pago de la deuda
- c) En virtud de lo expuesto por el artículo 206 del Código General del Proceso el juramento estimatorio no aplicará a la cuantificación de los daños alegados por la parte demandante

DERECHO

Artículos 1036 y siguientes del Código de Comercio, 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y 1602 y siguientes del Código Civil.

ANEXOS

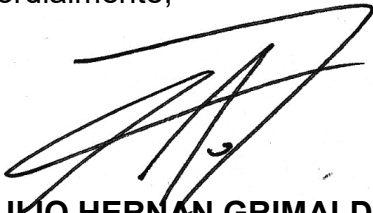
Acompaño los documentos relacionados en el capítulo de pruebas documentales.

NOTIFICACIONES

Mi mandante, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, en la Calle 100 N. 9A – 45 P. 12 de Bogotá D.C.

El suscrito apoderado recibirá notificaciones en la Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1 o al correo electrónico tgrimaldo@gmail.com

Cordialmente,



TULIO HERNAN GRIMALDO LEON

C.C. 79'684.206 de Bogotá

T.P. 107.555 del C.S. de la J.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 1540107415786776

Generado el 15 de septiembre de 2022 a las 10:48:36

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

EL SECRETARIO GENERAL

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

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

NIT: 860524654-6

NATURALEZA JURÍDICA: Entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 0064 del 18 de enero de 1985 de la Notaría 32 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de SEGUROS UCONAL LIMITADA.

Escritura Pública No 3098 del 31 de julio de 1989 de la Notaría 18 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL SOCIEDAD COOPERATIVA LTDA.

Escritura Pública No 4201 del 17 de octubre de 1991 de la Notaría 20 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de SEGUROS UCONAL.

Escritura Pública No 3296 del 16 de noviembre de 1993 de la Notaría 41 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA "SOLIDARIA"

Escritura Pública No 1628 del 19 de julio de 2004 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal será en Bogotá D.C.

Escritura Pública No 420 del 09 de marzo de 2007 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Es una institución auxiliar del cooperativismo, de carácter Nacional, especializada en la actividad aseguradora, sin ánimo de lucro, de responsabilidad limitada, de número de ley, con patrimonio variable e ilimitado.

Escritura Pública No 01779 del 24 de julio de 2013 de la Notaría 43 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). El domicilio principal de SOLIDARIA es Bogotá Distrito Capital, República de Colombia, sin perjuicio de constituir Agencias y Sucursales dentro y fuera del país. Es una entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, modifica su razón social de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA por la de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 2402 del 30 de junio de 1988

REPRESENTACIÓN LEGAL: El Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA, además de Representante Legal, será el Primer Ejecutivo de SOLIDARIA, será el ejecutor de las decisiones de la Junta de Directores y de la Asamblea General, y el responsable directo de la administración de SOLIDARIA. **FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO.** Las funciones y responsabilidades del Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA son las siguientes: 1. Planear, organizar, ejecutar y controlar la administración de SOLIDARIA, así como supervisar y controlar todos los negocios y operaciones de SOLIDARIA. 2. Ejercer la Representación Legal de



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 1540107415786776

Generado el 15 de septiembre de 2022 a las 10:48:36

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

SOLIDARIA y, en tal virtud, celebrar los contratos y operaciones propias de su objeto social y que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de SOLIDARIA, y llevar la Representación Judicial y Extrajudicial de SOLIDARIA. 3. Autorizar el desembolso de fondos de acuerdo con los negocios propios de la actividad aseguradora. 4. Ordenar los gastos y desembolsos de recursos, de acuerdo con el presupuesto aprobado por la Junta de Directores. 5. Nombrar la planta de empleados que conforma la estructura administrativa de SOLIDARIA aprobada por la Junta de Directores, asignar las funciones y fijar las remuneraciones, de acuerdo con la escala salarial. 6. Representación judicial y extrajudicial a SOLIDARIA, y conferir poderes especiales y generales. 7. Informar mensualmente a la Junta de Directores sobre el estado de SOLIDARIA. 8. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario. 9. Solicitar la convocatoria extraordinaria de la Junta de Directores, cuando lo juzgue necesario; 10. Preparar el informe de gestión para presentar a la Asamblea General. 11. Autorizar la apertura de las cuentas bancarias y de ahorros. 12. Todas las demás que se deriven de su cargo o que le sean asignadas por la Junta de Directores. REPRESENTACIÓN LEGAL. En adición al Presidente Ejecutivo, la Representación Legal de SOLIDARIA estará en cabeza de los demás Representantes Legales que designe la Junta de Directores. PARÁGRAFO. Para asuntos Judiciales la Representación Legal de SOLIDARIA la tendrán además de los Representantes Legales, los Representantes Legales Judiciales que designe la Junta de Directores, quienes tendrán funciones de representar a la compañía en actuaciones judiciales y audiencias que se surtan ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, policivas y entidades del sector central descentralizadas del estaso. Especialmente, los representantes legales judiciales tendrán las facultades de constituir apoderados judiciales, representar a la compañía en las audiencias de conciliaciones judiciales, extrajudiciales, para absolver interrogatorios de parte, para recibir notificaciones, tanto ante autoridades jurisdiccionales, administrativas, policiva, así como entidades del sector central y descentralizadas. (Escritura Pública 01779 del 24 de julio de 2013 Notaria 43 de Bogotá D.C.). REGLAMENTO DE ATRIBUCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES: ARTICULO SEGUNDO: los demás Representantes Legales, de que trata el artículo primero de éste reglamento, cuentan con las mismas atribuciones de representación legal que las del Presidente Ejecutivo de Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa; señaladas en el artículo 66 del actual cuerpo estatutario. (oficio 2013092496 del 21 de octubre de 2013)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Francisco Andrés Rojas Aguirre Fecha de inicio del cargo: 01/11/2021	CC - 79152694	Presidente Ejecutivo
José Iván Bonilla Pérez Fecha de inicio del cargo: 17/01/2019	CC - 79520827	Representante Legal
Nancy Leandra Velásquez Rodríguez Fecha de inicio del cargo: 12/03/2020	CC - 52032034	Representante Legal
Claudia Patricia Palacio Arango Fecha de inicio del cargo: 01/09/2022	CC - 42897931	Representante Legal
Maria Yasmyth Hernández Montoya Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 38264817	Representante Legal Judicial
Juan Pablo Rueda Serrano Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 79445028	Representante Legal Judicial

RAMOS: Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, Corriente débil, Estabilidad y calidad de la vivienda nueva, Incendio, Manejo, Vidrios, Terremoto, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, Sustracción y Cooperativo de vida

Resolución S.B. No 1335 del 29 de abril de 1993 Responsabilidad civil

Resolución S.B. No 868 del 09 de mayo de 1994 Cumplimiento

Resolución S.B. No 1893 del 02 de septiembre de 1994 Transporte



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 1540107415786776

Generado el 15 de septiembre de 2022 a las 10:48:36

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

Resolución S.B. No 2565 del 23 de noviembre de 1994 Montaje y rotura de maquinaria, Todo riesgo contratista, Accidentes personales

Resolución S.B. No 2127 del 01 de octubre de 1998 Salud

Resolución S.B. No 636 del 13 de junio de 2002 Exequias

Resolución S.B. No 1067 del 19 de septiembre de 2002 Enfermedades de Alto Costo

Resolución S.B. No 1408 del 09 de diciembre de 2002 cancela el ramo de SOAT

Resolución S.B. No 230 del 11 de marzo de 2003 Vida grupo

Resolución S.F.C. No 0794 del 11 de mayo de 2006 Lucro Cesante

Resolución S.F.C. No 1458 del 30 de agosto de 2011 se revoca la autorización concedida a Aseguradora Solidaria de Colombia Ltda. Entidad Cooperativa para operar el ramo de seguros de Enfermedades de alto costo

Resolución S.F.C. No 1194 del 28 de junio de 2013 Seguros de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito SOAT

Resolución S.F.C. No 1577 del 23 de agosto de 2013 autorizado para operar el ramo de Seguro de Desempleo

Resolución S.F.C. No 0842 del 03 de julio de 2019 autoriza para operar el ramo de seguro de Navegación y Casco

Oficio No 2022116107-005 del 29 de junio de 2022 autoriza para operar el ramo de Seguro Decenal



**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL**

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



Señores
JUZGADO 17 CIVIL MUNICIPAL
Bogotá, D.C.

Referencia: **RADICADO:** **202200666**
 DEMANDANTE. **LUZ ESTELLA ANGUITA IBARRA**
 DEMANDADO. **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC**

MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **38.264.817** de **Ibague**, obrando en mi calidad de Representante Legal Judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, adjunto, manifiesto a Usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **TULIO HERNAN GRIMALDO LEON**, identificado como aparece al pie de su firma, para que en nombre de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** se notifique y asuma la defensa de la Compañía dentro del proceso de la referencia.

El doctor **TULIO HERNAN GRIMALDO LEON**, queda expresamente facultado para notificarse, recibir, interponer recursos, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general para adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel cumplimiento al presente mandato en defensa de nuestros legítimos derechos e intereses, quien recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico tgrimaldo@gmail.com

Así mismo confirmamos que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co

Cordialmente,



MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA
C. C. No. **38.264.817** de **Ibague**
Representante Legal Judicial

Acepto el poder,



TULIO HERNAN GRIMALDO LEON
C. C. No. 79.684.206 de
T. P. No. 107555

BOG54422 2022/08/08



TULIO HERNAN GRIMALDO LEON <tgrimaldo@gmail.com>

RV: BOG54422 - PODER

1 mensaje

Notificaciones <notificaciones@solidaria.com.co>
Para: "tgrimaldo@gmail.com" <tgrimaldo@gmail.com>

28 de octubre de 2022, 11:55

Señores

JUZGADO 17 CIVIL MUNICIPAL**Bogotá, D.C.**

Referencia:	RADICADO:	202200666
	DEMANDANTE.	LUZ ESTELLA ANGUITA IBARRA
	DEMANDADO.	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC

MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **38.264.817** de **Ibague**, obrando en mi calidad de Representante Legal Judicial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, debidamente constituida, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, tal como consta en el certificado expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, adjunto, manifiesto a Usted que confiero **PODER ESPECIAL, AMPLIO Y SUFICIENTE** al doctor **TULIO HERNAN GRIMALDO LEON**, identificado como aparece al pie de su firma, para que en nombre de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** se notifique y asuma la defensa de la Compañía dentro del proceso de la referencia.

El doctor **TULIO HERNAN GRIMALDO LEON**, queda expresamente facultado para notificarse, recibir, interponer recursos, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general para adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel cumplimiento al presente mandato en defensa de nuestros legítimos derechos e intereses, quien recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico tgrimaldo@gmail.com

Así mismo confirmamos que **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co

Cordialmente,

MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYAC. C. No. **38.264.817** de **Ibague**

Representante Legal Judicial

Acepto el poder,

TULIO HERNAN GRIMALDO LEON

C. C. No. 79.684.206 de

T. P. No. 107555

BOG54422 2022/08/08

Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

Este mensaje es confidencial, esta amparado por secreto profesional y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su(s) destinatario(s). Si recibió esta transmisión por error, por favor avise al remitente. Este mensaje y sus anexos han sido sometidos a programas antivirus y entendemos que no contienen virus ni otros defectos. En todo caso, el destinatario debe verificar que este mensaje no esta afectado por virus y por tanto Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa no es responsable por daños derivados del uso de este mensaje.

This message is confidential, subject to professional secret and may not be used or disclosed by any person other than its addressee(s). If received in error, please contact the sender. This message and any attachments have been scanned and are believed to be free of any virus or other defect. However, recipient should ensure that the message is virus free.

Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa is not liable for any loss or damage arising from use of this message.

Ya visitó <https://www.solidaria.com.co> ?

2 adjuntos



CERTIFICADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA.pdf
41K



BOG54422.pdf
106K

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.684.206**
GRIMALDO LEON

APELLIDOS
TULIO HERNAN

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-MAR-1974**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 **A+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-JUL-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Ariel Sánchez Torres*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500100-00002061-M-0079684206-20080328 0000054116A 1 6190007898



Consejo Superior
de la Judicatura

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRES:

TULIO HERNAN

APELLIDOS:

GRIMALDO LEON

PRESIDENTE CONSEJO
SUPERIOR DE LA JUDICATURA

EDGAR CARLOS SANABRIA MELO



EXP. 91278

UNIVERSIDAD

FECHA DE GRADO

CONSEJO SECCIONAL

DEL ROSARIO

14/07/2000

BOGOTA

CEDULA

FECHA DE EXPEDICION

TARJETA N°

79684206

25/04/2000

107555

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
9800650302

PÓLIZA No: 980 - 16 - 994000000015 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **GESTIÓN Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA LT** COD. AGENCIA: **980** RAMO: **16**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
28	12	2017	30	12	2017	23:59	2	7	2018	23:59	184	8	8	2022
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS	VIGENCIA HASTA			A LAS	DÍAS	FECHA DE IMPRESIÓN		

TIPO DE MOVIMIENTO: **NEGOCIO NUEVO** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA - FORPO** IDENTIFICACIÓN: NIT **860020227-0**

DIRECCIÓN: **CRA 66 43-18 PISO 3** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELÉFONO: **2207125**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **DEUDORES DEL FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA** IDENTIFICACIÓN:

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:

BENEFICIARIO: **FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA** IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: **UNICA**

AMPAROS SUMA ASEGURAD

AMPARO BASICO DE MUERTE	106000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	106000000.00
AUXILIO FUNERARIO	2000000.00

TEXTOS POLIZA
VIDA GRUPO DEUDORES

OBJETO DEL SEGURO
Amparar a los afiliados deudores, personas naturales deudoras por otorgamiento de créditos por el FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA - FORPO contra el riesgo de muerte por cualquier causa, invalidez, incapacidad total y permanente, incluyendo el homicidio desde el inicio de la vigencia de la póliza.

INFORMACION GENERAL

TOMADOR: FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA
ASEGURADO: SEGÚN ANEXO DE RELACION ASEGURADOS.
BENEFICIARIO: FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA

ASEGURADOS Y VALORES ASEGURADOS

VER ANEXO No. 3 - RELACION DE ASEGURADOS

AMPAROS OBLIGATORIOS

Amparo básico: muerte por cualquier causa incluyendo el suicidio y el homicidio. Desde el primer día de entrada en vigencia de la póliza SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA

Incapacidad total y permanente. SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA

Auxilio funerario: Se considera Auxilio Funerario, el valor asegurado individual indicado, el cual será pagado al fallecimiento de cualquier miembro del grupo asegurado, de acuerdo con las condiciones pactadas. Teniendo en cuenta el objeto de este amparo, el valor asegurado será pagado por la Aseguradora a la persona designada por el asegurado, o en su defecto al tomador del seguro y/o a quien éste designe. \$ 2,000,000

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

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
\$****236,865,419,106.00	\$*****622,105,933.00		\$*****0.00	\$*****622,105,933.00

INTERMEDIARIO			COASEGURO CEDIDO		
NOMBRE	CLAVE	%PART	NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO
JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS	1295	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)00000000007000980065030

FIRMA TOMADOR

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

CLIENTE

JSANABRIA 0

C7D02078090AFC7D5F

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: **GESTIÓN Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA** COD. AGENCIA: **406** RAMO: **10** No. PÓLIZA: **994000000015** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA - FORPO** IDENTIFICACIÓN: NIT **860020227-0**
ASEGURADO: **DEUDORES DEL FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

CLAUSULAS OBLIGATORIAS

ACTUALIZACION AUTOMATICA DEL VALOR ASEGURADO

Queda entendido, convenido y aceptado que cualquier variación en la suma asegurada individual, se incorporará automáticamente desde la fecha en que tales modificaciones aparezcan en los registros internos del tomador.

AMPARO AUTOMATICO PARA ASEGURADOS QUE POR ERROR U OMISIÓN NO SE HAYAN INFORMADO AL INICIO DEL SEGURO

Queda entendido, convenido y aceptado que no obstante lo que en contrario se diga en las condiciones generales de la póliza, el presente anexo se extiende a cubrir automáticamente todo asegurado que por error u omisión no se haya informado al inicio del seguro.

AMPARO AUTOMATICO PARA NUEVOS ASEGURADOS

Queda entendido, convenido y aceptado que no obstante lo que en contrario se diga en las condiciones generales de la póliza, el presente anexo se extiende a cubrir automáticamente toda nueva persona que entre a formar o llegare a formar parte del grupo.

AMPLIACIÓN DEL PLAZO PARA AVISO DE SINIESTRO

Por medio de la presente cláusula y no obstante lo estipulado en las condiciones generales de la póliza, el asegurado podrá dar aviso de la ocurrencia del siniestro en un término máximo de 60 días, siguientes a fecha en que haya conocido o debido conocer la ocurrencia del mismo. (Nota: el número de días señalado corresponde al mínimo requerido, por lo cual podrá ser aumentado pero no disminuido, so pena de rechazo del ramo)

ANTICIPO DE INDEMNIZACION 50%

Queda entendido, convenido y aceptado que en caso de presentarse un siniestro amparado bajo la presente póliza y demostrada su ocurrencia, la compañía conviene en anticipar el 50% del valor estimado de la pérdida mientras el asegurado cumple con la obligación legal para tal fin. El beneficiario deberá hacer el requerimiento mediante comunicación escrita dirigida a la compañía. (Nota: el porcentaje señalado corresponde al mínimo requerido, por lo cual podrá ser aumentado pero no disminuido, so pena de rechazo del ramo)

APLICACIÓN DE TASA UNICA PARA TODOS LOS ASEGURADOS

Queda entendido, convenido y aceptado que el cálculo de la prima anual se efectuará tomando una tasa única para todos los asegurados

ARBITRAMIENTO O CLÁUSULA COMPROMISORIA

"El asegurado y la Compañía convienen en someter a un Tribunal de Arbitramento las diferencias que surjan con motivo de la aplicación de las cláusulas y condiciones de esta póliza y a no intentar demanda o acción alguna de otra naturaleza.

El Tribunal tendrá como sede la ciudad de suscripción del contrato y fallará en derecho. Los árbitros serán nombrados siguiendo el procedimiento que para tal fin la Ley 1563 de 2012 o en la norma que lo reemplace, haya estipulado.

En cualquier caso y momento, a elección del asegurado, la presente cláusula quedará sin efecto y no podrá ser excepcionada por la aseguradora, especialmente en aquellos casos en que el asegurado efectúe el llamamiento en garantía en los términos del artículo 57 del C.P.C."

CLAUSULA DE APLICACIÓN DE CONDICIONES PARTICULARES

Queda expresamente acordado y convenido, que la compañía acepta las condiciones básicas, técnicas establecidas en este anexo, en los términos señalados en el mismo, por lo tanto, en caso de existir discrepancias entre los ofrecimientos contenidos en la propuesta técnica básica, frente a los textos de los ejemplares de las pólizas, certificados, anexos o cualquier otro documento; prevalecerá la información y condiciones básicas técnicas establecidas.

CONTINUIDAD DE COBERTURA

Queda entendido, convenido y aceptado que la compañía otorga continuidad de cobertura a los asegurados provenientes de las pólizas de seguros que hoy cubren los deudores del FORPO, en el amparo de vida.

CONOCIMIENTO DEL RIESGO

La compañía declara que conoce el riesgo y que partiendo de esa base ha hecho la tasación y ha establecido los términos y condiciones para la presentación de su propuesta y posterior contratación de la cobertura, por consiguiente deja constancia del conocimiento y aceptación de los riesgos, las circunstancias y condiciones de los mismos.

ELIMINACION DE LA DECLARACION DE BUEN ESTADO DE SALUD

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **GESTIÓN Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA** d.e. AGENCIA:

RAMO:

No. PÓLIZA: **994000000015**

ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA - FORPO**

IDENTIFICACIÓN: NIT **860020227-0**

ASEGURADO: **DEUDORES DEL FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA**

IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: **FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA**

IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

Queda convenido, entendido y aceptado, que no obstante las condiciones generales del seguro, ningún asegurado está obligado a declarar un buen estado de salud.

EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

Queda entendido y aceptado que la edad mínima de ingreso será de 18 años y permanencia hasta los 75 años. (Nota: los años de permanencia señalado corresponde al requerido por lo cual podrá ser aumentado pero no disminuido, so pena de rechazo de la oferta)

ERROR EN LA DECLARACION DE EDAD

Queda entendido, convenido y aceptado que cualquier error en la declaración de la edad de un funcionario, no será tenido en cuenta en el momento de indemnizar una pérdida, dado que para el cobro de la prima se aplica una tasa única.

ERRORES, OMISIONES E INEXACTITUDES NO INTENCIONALES

Queda entendido, convenido y aceptado que cualquier error en la declaración de la edad de un funcionario, no será tenido en cuenta en el momento de indemnizar una pérdida, dado que para el cobro de la prima se aplica una tasa única.

EXTENSIÓN DE AMPARO EN CASO DE AUSENCIA TEMPORAL FORZOSA

Queda entendido, convenido y aceptado, que la cobertura del seguro se mantiene en aquellos casos de ausencia temporal forzada y cuando la ausencia sea forzada e involuntaria motivada por la retención indebida por parte de un tercero o secuestro.

EXTENSIÓN DE AMPARO DESPUES DE LA DESVINCULACIÓN DEL EMPLEADO

Queda entendido, convenido y aceptado, que la cobertura del seguro se extendera 30 días después de que el empleado se desvinculem de la Entidad, sin cobro de prima adicional. (Nota: el número de días señalado corresponde al requerido por lo cual podrá ser aumentado pero no disminuido, so pena de rechazo de la oferta)

FECHA DE MUERTE DE LOS CASOS DE MUERTE PRESUNTA

Por los casos de reclamaciones por Muerte Presunta, de acuerdo con los estatutos de carrera del personal en servicio activo (uniformados) de la Policía Nacional la aseguradora reconocerá el seguro una vez haya sido declarada por un juez la muerte presunta, de todos aquellos desaparecidos cuyo acto administrativo expedido por la Policía Nacional, por desaparecimiento definitivo, tenga fecha dentro de la vigencia de la póliza, independientemente de la fecha en que se haya producido la desaparición o la fecha en que el juez haya declarado como muerto presuntamente al funcionario. Esto quiere decir que la póliza que se afectará será la que estaba vigente a la fecha de proferirse el acto administrativo por parte de la Policía Nacional. En el evento en que iniciado el proceso de muerte presunta aparezcan los restos de funcionario fallecido se afectará la póliza que estaba vigente a la fecha de proferirse el acto administrativo por parte de la Policía Nacional. Cuando el deudor no sea del servicio activo, de la Policía Nacional, la aseguradora aceptará que la fecha del siniestro sea la fecha en que el juez, en el fallo, haya declarado como muerto presuntamente al funcionario.

INCONTESTABILIDAD E IRREDUCTIBILIDAD

Queda entendido, convenido y aceptado que la nulidad del contrato de seguro por reticencia o por error en las declaraciones que sirvieron de base para la aceptación del riesgo, solo puede ser alegada por la compañía dentro de los dos (2) años siguientes a la fecha de aceptación. Transcurridos dos 2 años en vida del asegurado, desde la fecha de perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

MODIFICACIONES A FAVOR DEL ASEGURADO

Si durante la vigencia de la póliza se presentan modificaciones a las condiciones de la póliza que representen un beneficio a favor del asegurado, sin que impliquen un aumento a la prima originalmente pactada, tales modificaciones se consideran automáticamente incorporadas a la póliza.

NO APLICACIÓN DE PREEXISTENCIAS

Queda entendido, convenido y aceptado que la compañía no aplicará preexistencias a las personas aseguradas, quedando sin efecto las disposiciones que en contrario contengan las condiciones generales y particulares del seguro.

NO REVOCACION DE LA POLIZA

El amparo básico de vida e invalidez será irrevocable

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **GESTIÓN Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA** COT. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000015** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA - FORPO** IDENTIFICACIÓN: NIT **860020227-0**
ASEGURADO: **DEUDORES DEL FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

NO APLICACIÓN DE RECARGOS POR OFICIO O ACTIVIDAD

Queda entendido, convenido y aceptado que la compañía no aplicará recargo por oficio o actividad a los asegurados, quedando sin efecto las disposiciones que en contrario contengan las condiciones generales y particulares del seguro.

NO EXIGENCIA DE REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Queda entendido, convenido y aceptado que la compañía no exigirá requisitos de asegurabilidad a los funcionarios asegurados, quedando sin efecto las disposiciones que en contrario contengan las condiciones generales y particulares del seguro.

NO EXIGENCIA DE SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO

Queda entendido, convenido y aceptado que la compañía no exigirá solicitud individual a los asegurados, quedando sin efecto las disposiciones que en contrario contengan las condiciones generales y particulares del seguro.

OPERACIÓN DE LA POLIZA

Cobro de prima anual anticipado según listado de deudores, reporte mensual y ajuste al final de la vigencia de la póliza.

PRESCRIPCIÓN

La aseguradora proponente indicará de manera expresa que los términos de la prescripción ordinaria de que se trata el artículo 1081 del Código de Comercio se contarán a partir de la fecha en que el Fondo efectivamente tuvo conocimiento del hecho por el que reclama. La extraordinaria se contará de acuerdo con lo que indica la norma.

REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA Y/O NO RENOVACIÓN Y/O NO PRORROGA

El presente contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado en cualquier momento de su ejecución. La compañía por su parte podrá revocarlo dando aviso por escrito con mínimo 90 días de anticipación, y en menor tiempo en el evento contemplado en el artículo 22 de la Ley 35 de 1993. En caso de revocación por parte de la aseguradora, esta devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro. En caso de que sea revocado por el asegurado, el importe de la prima devengada y el de la devolución, se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. De igual manera, la compañía se obliga a avisar su decisión de no renovar o prorrogar este contrato de seguros con mínimo 90 días de anticipación, mediante comunicación escrita dirigida al asegurado. (Nota: el número de días corresponde al mínimo requerido por lo cual podrá ser aumentado pero no disminuido so pena de rechazo del ramo)

DEDUCIBLES OBLIGATORIOS

SIN DEDUCIBLE

EXCLUSIONES

El proponente deberá indicar a través de condiciones generales y/o particulares, las exclusiones aplicables a este seguro. Cualquier exclusión que conlleve a dejar sin efecto algún amparo, cláusula o condición otorgada por el proponente se tendrá por no escrita.

CONDICIONES TÉCNICAS ADICIONALES

AMPLIACIÓN DEL PLAZO PARA AVISO DE SINIESTRO

Por medio de la presente cláusula y no obstante lo estipulado en las condiciones generales de la póliza, el asegurado podrá dar aviso de la ocurrencia del siniestro en un término máximo de 365 días, siguientes a fecha en que haya conocido o debido conocer la ocurrencia del mismo.

ANTICIPO DE INDEMNIZACIÓN 50%

Queda entendido, convenido y aceptado que en caso de presentarse un siniestro amparado bajo la presente póliza y demostrada su ocurrencia, la compañía conviene en anticipar el 75% del valor estimado de la pérdida mientras el asegurado cumple con la obligación legal para tal fin. El beneficiario deberá hacer el requerimiento mediante comunicación escrita dirigida a la compañía.

REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA Y/O NO RENOVACIÓN Y/O NO PRORROGA

El presente contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado en cualquier momento de su ejecución. La compañía por su parte podrá revocarlo dando aviso por escrito con mínimo 125 días de anticipación, y en menor tiempo en el evento contemplado en el artículo 22 de la Ley 35 de 1993. En caso de revocación por parte de la aseguradora, esta devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro. En caso de que sea revocado por el asegurado, el importe de la prima devengada y el de la devolución, se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. De igual manera, la compañía se obliga a avisar su decisión de no renovar o prorrogar este contrato de seguros con mínimo 125 días de anticipación, mediante comunicación escrita dirigida al asegurado.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: **GESTIÓN Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA** de AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000015** ANEXO: **0**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA - FORPO** IDENTIFICACIÓN: NIT **860020227-0**
ASEGURADO: **DEUDORES DEL FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

AMPAROS ADICIONALES

Convertibilidad

Desmembración

Gran Quemado, Politraumatismo, Parálisis, Cuadriplejía y Hemiplejía; siempre y cuando hayan sido diagnosticados y/o practicados por primera vez durante la vigencia del seguro o cuando no se haya pagado suma alguna por este mismo concepto bajo una póliza anterior contratada.

Gastos Médicos

Indemnización Adicional por muerte accidental. (Incluyendo la muerte por homicidio, suicidio y actos terroristas y/o de movimientos al margen de la ley)

Enfermedades Graves incluyendo Trasplante de Órganos (Hígado, Pulmón, Páncreas; Corazón, Riñón).

CLAUSULA ADICIONALES

LUGAR DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Se requiere que en el momento del giro correspondiente al pago de la indemnización, este se haga a través de transferencia electrónica a la cuenta bancaria de cada uno de los beneficiarios, en su defecto, al carecer el beneficiario de cuenta bancaria, mediante pago a través de la oficina del banco más cercano a la residencia de los beneficiarios.

EXTENSION DE COBERTURA

Mediante la presente cláusula queda entendido, convenido y aceptado que se extiende el periodo de cubrimiento, hasta noventa (90) días calendario, después de cumplido el año a todos y cada uno de los miembros del Grupo Asegurado.

CLAUSULA DE CONTINUIDAD

La aseguradora amparará a las personas que venían aseguradas en la póliza, sin ningún requerimiento.

BONO RETORNO POR BUENA EXPERIENCIA SINIESTRAL

"La compañía reconoce al asegurado, una devolución sobre la prima recaudada del periodo, del valor calculado sobre el valor positivo de la siguiente fórmula:

$B = 0,32(0,8 P - S)$.

Donde B= Bonificación Retorno por experiencia siniestral.

X= Porcentaje mínimo 32% (Porcentaje que será objeto de evaluación a mayor valor)

P= Primas Recaudadas del Periodo

S=Siniestros que afectan la póliza (pagados + pendientes del periodo)

CLAUSULAS DE GARANTÍA

No aplica ninguna.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA EN GRUPO CONDICIONES GENERALES

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, EN CONSIDERACION A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR, Y A LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR AL (LOS) BENEFICIARIO (S) LAS INDEMNIZACIONES DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE CONTRATADOS, CON BASE EN LOS VALORES ASEGURADOS PACTADOS E INDICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, Y A LAS DEFINICIONES DE COBERTURA CONTENIDAS EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES.

ASI MISMO, FORMAN PARTE DEL CONTRATO, LOS ANEXOS, LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, LOS PARAMETROS TECNICOS FIJADOS POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA, LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, QUE GUARDE RELACION CON EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

CLAUSULA PRIMERA. AMPAROS. COBERTURAS Y EXCLUSIONES

1. AMPARO BÁSICO. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

1.1. COBERTURA.

EL PRESENTE ES UN SEGURO DE VIDA GRUPO QUE TIENE POR OBJETO AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE QUE OCURRA DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA, A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO, INCLUYENDO HOMICIDIO Y SUICIDIO DESDE EL INICIO DE VIGENCIA DE LA POLIZA Y SIDA DIAGNOSTICADO MEDICAMENTE Y POR PRIMERA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA POLIZA.

LA SUMA ASEGURADA O LA COMPENSACIÓN POR MUERTE SE DETERMINARÁ DE ACUERDO CON LA FORMA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

PARAGRAFO.

LA MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO SE PAGARA PREVIA PRESENTACION DE LA SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA MEDIANTE LA CUAL EL JUEZ HAYA DECLARADO LA MUERTE PRESUNTA DEL ASEGURADO.

1.2. EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO

EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE SE OTORGA SIN EXCLUSIONES; NO OBSTANTE, EN TODOS LOS CASOS SE APLICARAN LOS TERMINOS DE LOS ARTICULOS 1058 Y 1158 DEL CODIGO DE COMERCIO.

2. AMPAROS ADICIONALES.

A SOLICITUD DEL TOMADOR ESTA PÓLIZA INCLUYE, ADEMÁS, LOS SIGUIENTES AMPAROS ADICIONALES, CUANDO ASÍ SE INDIQUE EN EL CUADRO DE AMPAROS OTORGADOS EN LA CARÁTULA, DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ESTIPULADAS PARA CADA AMPARO.

2.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

2.1.1. COBERTURA.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL Y PREVIO EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, ASUME EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL UNICO DE CALIFICACION DE INVALIDEZ (DECRETO 1507 DE 2014, O AQUEL VIGENTE AL MOMENTO DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ) SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50% DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL, SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACION DE LA MISMA SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

EN TAL CASO SE INDEMNIZARÁ AL PROPIO ASEGURADO POR LA SUMA ASEGURADA ESTIPULADA EN EL CUADRO DE AMPAROS DESCRITOS EN LA CARATULA DE LA POLIZA.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA, SE TENDRÁN EN CUENTA UNICAMENTE LAS NORMAS EMITIDAS EN MATERIA DE RÉGIMEN EN SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANA.

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.
- 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, SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ APLICABLES A LOS RÉGIMENES ESPECIALES O EXCEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993.

2.1.2. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LOS BENEFICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SE OTORGARÁN BAJO LA CONDICIÓN QUE EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE MANIFIESTEN CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA BAJO ESTE SEGURO Y ANTES DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LOS SESENTA Y SEIS (66) AÑOS DE EDAD O CUALQUIER OTRA EDAD EXPRESADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

2.1.3. LÍMITE DE VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

2.1.4. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

2.1.4.1 CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE ANEXO.

2.1.4.2 CUANDO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN EL PRESENTE ANEXO.

2.1.4.3 CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA SIDO PROVOCADO POR EL ASEGURADO.

2.1.5. DEDUCCIONES:

UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE REFIERE AL AMPARO BÁSICO DEL ASEGURADO INCAPACITADO.

SI LA PÓLIZA EN LA CUAL SE INCLUYE ESTA COBERTURA, CONTIENE ADEMÁS LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y LA COBERTURA DE DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN, Y EN VIRTUD DE EL Y COMO CONSECUENCIA DEL MISMO ACCIDENTE, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA HA EFECTUADO ALGÚN PAGO, DICHO PAGO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR EL PRESENTE AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

2.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL:

2.2.1 COBERTURA

SI A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO Y DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA DEL MISMO, EL ASEGURADO FALLECE, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ LA SUMA ASEGURADA OTORGADA.

2.2.2. BENEFICIOS POR INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

LOS BENEFICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SE OTORGARÁN BAJO LA CONDICIÓN QUE EL EVENTO GENERADOR SEA UN ACCIDENTE AMPARADO POR LA PÓLIZA.

2.2.3. LÍMITE DE VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE.

2.2.4. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

NO ESTARÁ CUBIERTA, SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, LA MUERTE ACCIDENTAL QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

2.2.4.1 SUICIDIO O INTENTO DEL MISMO, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, O EN ESTADO DE LOCURA.

2.2.4.2 LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE A SI MISMO POR EL ASEGURADO.

2.2.4.3 LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.

2.2.4.4 CUANDO LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO SEA, POR QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS O DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MEDICAMENTE.

2.2.4.5 LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA, CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.

NO OBSTANTE, SE CUBRE LA MUERTE ACCIDENTAL ORIGINADA POR LAS LESIONES PRODUCIDAS COMO CONSECUENCIA DEL ATRACO

2.2.4.6 HOMICIDIO, SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO O HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.

2.2.4.7 ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZON DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PROGENICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL)

2.2.4.8 DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTES DE LAS CUALES EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN QUE FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE NO HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL ASEGURADO Y ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

2.2.4.9 PARTICIPACIÓN EN CACERÍA, COMPETENCIAS DE CUALQUIER GÉNERO, CARRERAS DE OBSTÁCULOS, POLO, EQUITACIÓN, HOCKEY, PESCA SUBMARINA, PESCA EN ALTAMAR, FUTBOL, BALONCESTO, NAVEGACIÓN EN BARCO DE VELA, REMO MOTOR, O COMO CONSECUENCIA DEL USO DE MAQUINARIA AUTOMÁTICA DE CARPINTERÍA.

2.2.4.10 GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.

2.2.4.11 ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SINCOPE, ROTURA DE ANEURISMAS

2.2.4.12 CONSECUENCIA DE EMBARAZO, ABORTO, ALUMBRAMIENTO

2.2.4.13 PARTICIPAR COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE O HELICÓPTERO.

2.2.4.14 VIAJAR COMO PASAJERO EN CUALQUIER AERONAVE NO AUTORIZADA OFICIALMENTE PARA OPERAR, O CUANDO EL PILOTO O SU TRIPULACIÓN CAREZCAN DE LA LICENCIA RESPECTIVA, O CUANDO UNO O OTRO REALICEN VUELOS ILÍCITOS.

2.2.4.15 LA ENERGÍA ATÓMICA Y/O NUCLEAR, INSOLACIONES O CONGELACIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE COMO SE HUBIEREN ORIGINADO.

2.2.4.16 MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.

2.2.4.17 ACCIDENTES DE TRABAJO

2.3. DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

2.3.1 COBERTURA

SI A CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL MISMO, EL ASEGURADO SUFRE ALGUNA DESMEMBRACION O INUTILIZACION DE LAS INDICADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES DESCRITA MAS ADELANTE, EVIDENCIADA POR UNA HERIDA O LESIÓN INTERNA O EXTERNA DE SU CUERPO, REVELADAS Y DIAGNOSTICADAS POR CUALQUIER PROCEDIMIENTO CLÍNICO O MÉDICO RECONOCIDO; ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ EL PORCENTAJE CORRESPONDIENTE:

TABLA DE INDEMNIZACIONES		
CLASE DE PERDIDA		% DE INDEMNIZACION
1	PERDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISION EN AMBOS OJOS	100%
2	LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE AMBOS PIES O AMBAS MANOS	100%
3	SORDERA TOTAL BILATERAL	100%
4	PÉRDIDA DEL HABLA	100%
5	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO Y DE UN PIE	100%
6	PERDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA MANO O UN PIE Y LA VISION DE UN OJO	100%
7	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL BRAZO O DE LA MANO DERECHA	60%
8	PÉRDIDA COMPLETA DE LA VISIÓN DE UN OJO	60%
9	SORDERA TOTAL UNILATERAL	50%
10	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA SOLA MANO O DE UN PIE	60%
11	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNA PIERNA POR ENCIMA DE LA RODILLA	50%
12	PÉRDIDA COMPLETA O INUTILIZACION DEL USO DE LA CADERA	30%
13	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR DERECHO	25%
14	PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN DE TRES DEDOS DE LA MANO DERECHA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
15	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO PULGAR IZQUIERDO	20%
16	PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN DE TRES DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA O EL PULGAR Y OTRO DEDO QUE NO SEA EL ÍNDICE	20%
17	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO DERECHO	20%
18	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE ALGUNA RODILLA	20%
19	FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RODILLA	20%
20	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO ÍNDICE DERECHO	15%
21	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DE LA MUÑECA O DEL CODO IZQUIERDO	15%

22	PÉRDIDA COMPLETA DEL USO DEL TOBILLO	15%
23	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DEL DEDO ÍNDICE IZQUIERDO	15%
24	PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN DE UNO CUALQUIERA DE LOS RESTANTES DEDOS DE LAS MANOS O DE LOS PIES, SIEMPRE QUE COMPRENDA LA TOTALIDAD DE LAS FALANGES DE CADA UNO	10%

CUALQUIER INDEMNIZACIÓN PAGADA CON MOTIVO DE UNA DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN SERÁ TOMADA EN CUENTA Y POR LO TANTO DEDUCIDA DE LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, Y EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE PUDIERA DAR LUGAR EL MISMO ACCIDENTE.

2.3.2 LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE

2.3.3. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

NO ESTARÁ CUBIERTA, SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, LA DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

2.3.3.1 SUICIDIO O INTENTO DEL MISMO, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES EN ESTADO DE LOCURA.

2.3.3.2 LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE A SI MISMO POR EL ASEGURADO.

2.3.3.3 LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.

2.3.3.4 CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS O DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MEDICAMENTE.

2.3.3.5 LESIONES CAUSADAS INTENCIONALMENTE POR OTRA PERSONA, CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.

NO OBSTANTE, SE CUBRE LA DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN ORIGINADA POR LAS LESIONES PRODUCIDAS COMO CONSECUENCIA DEL ATRACO

2.3.3.6 HOMICIDIO, SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO O HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.

2.3.3.7 ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PROGENICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL)

2.3.3.8 DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTES DE LAS CUALES EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN QUE FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE NO HAYAN SIDO DECLARADAS POR EL ASEGURADO Y ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

2.3.3.9 LAS ORIGINADAS CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE EN CACERÍA, COMPETENCIAS DE CUALQUIER GÉNERO, CARRERAS DE OBSTÁCULOS, POLO, EQUITACIÓN, HOCKEY, PESCA SUBMARINA, PESCA EN ALTAMAR, FUTBOL, BALONCESTO, NAVEGACIÓN EN BARCO DE VELA, REMO MOTOR, O COMO CONSECUENCIA DEL USO DE MAQUINARIA AUTOMÁTICA DE CARPINTERÍA.

2.3.3.10 LAS ORIGINADAS POR GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, REBELIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN, O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.

2.3.3.11 LAS ORIGINADAS POR ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SINCOPE, ROTURA DE ANEURISMAS

2.3.3.12 LAS ORIGINADAS COMO CONSECUENCIA DE EMBARAZO, ABORTO, ALUMBRAMIENTO

2.3.3.13 LAS ORIGINADAS CUANDO EL ASEGURADO PARTICIPE COMO MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE CUALQUIER AERONAVE O HELICÓPTERO.

2.3.3.14 LAS ORIGINADAS CUANDO EL ASEGURADO VIAJE COMO PASAJERO EN CUALQUIER AERONAVE NO AUTORIZADA OFICIALMENTE PARA OPERAR, O CUANDO EL PILOTO O SU TRIPULACIÓN CAREZCAN DE LA LICENCIA RESPECTIVA, O CUANDO UNO O OTRO REALICEN VUELOS ILÍCITOS.

2.3.3.15 LAS ORIGINADAS POR ENERGÍA ATÓMICA Y/O NUCLEAR, INSOLACIONES O CONGELACIONES, INDEPENDIENTEMENTE DE COMO SE HUBIEREN ORIGINADO.

2.3.3.16 MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.

2.3.3.17 LAS ORIGINADAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO

2.4 ENFERMEDADES GRAVES.

2.4.1 COBERTURA

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ AL ASEGURADO EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA CON UN MÁXIMO DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO LE SEA DIAGNOSTICADA MEDICAMENTE POR PRIMERA VEZ, CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE RELACIONAMOS Y DEFINIMOS A CONTINUACIÓN:

A. CÁNCER:

ENFERMEDAD PROVOCADA POR LA APARICIÓN DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO DESCONTROLADO Y LA DISEMINACIÓN DE LAS CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DE LOS TEJIDOS NORMALES. SE INCLUYE EN ESTA DEFINICIÓN LAS LEUCEMIAS, LOS LINFOMAS, LA ENFERMEDAD DE HODGKIN Y EL MELANOMA MALIGNO.

B. INFARTO AL MIOCARDIO:

SE DEFINE COMO LA MUERTE DE UNA PARTE DEL MÚSCULO CARDÍACO, OCASIONADA POR UNA BRUSCA REDUCCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO. ESTE DIAGNÓSTICO DEBE SUSTENTARSE EN LA PRESENCIA DE DOLORES PRECORDIALES, ALTERACIONES RECIENTES DEL ELECTROCARDIOGRAMA Y AUMENTO DE LAS ENZIMAS CARDÍACAS.

C. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:

DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD RENAL PARA EXCRETAR DESECHOS NITROSOS, CON LA CONSECUENTE RETENCIÓN DE PRODUCTOS NITROGENADOS. OCASIONADA POR MÚLTIPLES CAUSAS DEBE LLEVAR AL ASEGURADO A LA PRÁCTICA REGULAR E INDEFINIDA DE DIÁLISIS PERITONEAL O HEMODIÁLISIS Y EN CASOS EXTREMOS A LA RECEPCIÓN DE UN TRASPLANTE RENAL.

D. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR:

SE DEFINE COMO LA MUERTE DE TEJIDO CEREBRAL, DEBIDO A UNA DISMINUCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL, QUE SE MANIFIESTA POR UN DÉFICIT NEUROLÓGICO DE SEVERIDAD VARIABLE, DEMOSTRABLE ADEMÁS CON ALTERACIÓN PERMANENTE DE PRUEBAS DE FUNCIÓN NEUROLÓGICA. PRUEBAS QUE DEBERÁN SER REALIZADAS POR UN NEURÓLOGO DESPUÉS DE TRANSCURRIDAS COMO MÍNIMO SEIS (6) SEMANAS DE OCURRIDO EL EVENTO.

E. AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA:

ENFERMEDAD CORONARIA QUE REQUIERA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA (BY-PASS) PARA CORREGIR ESTRECHAMIENTO U OBSTRUCCIÓN DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS. LA NECESIDAD DE TAL INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEBE HABER SIDO PROBADA CON BASE EN UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA.

LAS ANGIOPLASTIAS NO SE CONSIDERAN CIRUGÍA CARDÍACA.

F. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

DIAGNÓSTICO CLÍNICO INCUESTIONABLE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE-SENIL) ANTES DE LA EDAD DE 66 AÑOS Y EMITIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA Y CONFIRMADO POR HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS EN LAS PRUEBAS DE NEUROIMAGEN (TAC, RMN, PET CEREBRAL) LA ENFERMEDAD DEBE

PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR DE MANERA INDEPENDIENTE CUATRO O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA, SE CONSIDERAN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

- BAÑARSE O TOMAR UNA DUCHA
- VESTIRSE Y DESVESTIRSE
- HIGIENE PERSONAL
- CAPACIDAD DE USAR EL SANITARIO
- CONTINENCIA (CONTROL SOBRE ESFÍNTERES)
- CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO
- LEVANTARSE DE LA CAMA
- MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE EN UN MISMO NIVEL)
- COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SI MISMO, PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA).

ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MEDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES

G.QUEMADURAS GRAVES O GRAN QUEMADO:

QUEMADURAS DE TERCER GRADO QUE CUBRAN AL MENOS UN 20% DE LA SUPERFICIE CORPORAL DEL ASEGURADO.

EL DIAGNÓSTICO DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y EVIDENCIADO POR LOS MÉTODOS CONVENCIONALES PARA ESTABLECER ÁREAS CORPORALES QUEMADAS.

H. ANEMIA APLÁSICA:

DIAGNOSTICO INCUESTIONABLE DE FALLA EN LA MÉDULA ÓSEA CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN HEMATOLOGÍA Y DEMOSTRADO A TRAVÉS DEL RESULTADO DE BIOPSIA EN LA MEDULA ÓSEA.

LA ENFERMEDAD DEBE OCASIONAR SIMULTÁNEAMENTE ANEMIA, NEUTROPENIA Y TROMBOCITOPENIA QUE OBLIGUEN AL MENOS A UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS:

- A) TRANSFUSIÓN DE DERIVADOS DE LA SANGRE
- B) ESTIMULANTES DE LA MÉDULA ÓSEA
- C) AGENTES INMUNOSUPRESORES
- D) TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

I.ESCLEROSIS MÚLTIPLE:

DIAGNÓSTICO INCUESTIONABLE FORMULADO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA DE POR LO MENOS DOS EPISODIOS DE SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DE DESMIELINIZACIÓN, ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS PERMANENTES ACOMPAÑADO DE DETERIORO FUNCIONAL CON UNA DURACIÓN CONTINÚA NO INFERIOR A SEIS MESES Y QUE HAYAN SIDO DOCUMENTADOS POR TÉCNICAS MODERNAS DE NEUROIMAGEN.

EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER RATIFICADO CUMPLIDOS LOS SEIS (6) MESES POSTERIORES A LA OCURRENCIA DEL PRIMER EPISODIO.

J.TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA:

TRAUMA MAYOR DE LA CABEZA CON DETERIORO DE LA FUNCIÓN CEREBRAL QUE DEBE SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA Y DEMOSTRADO POR HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS EN LA PRUEBAS DE NEUROIMAGEN (TAC, RESONANCIA MAGNETICA CEREBRAL) DICHO TRAUMA DEBE PROVOCAR UNA INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR DE MANERA INDEPENDIENTE CUATRO O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA, SE CONSIDERAN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

- BAÑARSE O TOMAR UNA DUCHA
- VESTIRSE Y DESVESTIRSE
- HIGIENE PERSONAL
- CAPACIDAD DE USAR EL SANITARIO
- CONTINENCIA (CONTROL SOBRE ESFÍNTERES)
- CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO
- LEVANTARSE DE LA CAMA

- MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE EN UN MISMO NIVEL)
- COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SI MISMO, PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA).

ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MEDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES

K. ENFERMEDAD DE PARKINSON: DIAGNÓSTICO INCUESTIONABLE DE ENFERMEDAD DE PARKINSON PRIMARIA (TODAS LAS DEMÁS FORMAS DE PARKINSONISMO ESTÁN EXCLUIDAS) EMITIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA. DICHA ENFERMEDAD DEBE PROVOCAR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA REALIZAR CUATRO O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA, SE CONSIDERAN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

- BAÑARSE O TOMAR UNA DUCHA
- VESTIRSE Y DESVESTIRSE
- HIGIENE PERSONAL
- CAPACIDAD DE USAR EL SANITARIO
- CONTINENCIA (CONTROL SOBRE ESFÍNTERES)
- CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SÍ MISMO
- LEVANTARSE DE LA CAMA
- MOVILIDAD (CAPACIDAD DE DESPLAZARSE EN UN MISMO NIVEL)
- COMER/BEBER (CAPACIDAD DE ALIMENTARSE POR SI MISMO, PERO NO DE PREPARAR LA COMIDA).

ESTAS CONDICIONES DEBEN ESTAR MEDICAMENTE DOCUMENTADAS POR LO MENOS DURANTE TRES (3) MESES

L. ESTADO DE COMA:

ESTADO SEVERO DE PÉRDIDA DE CONCIENCIA CON TOTAL AUSENCIA DE REACCIÓN A ESTÍMULOS EXTERNOS O INTERNOS REQUIRIENDO DE MANERA CONTINUA EL USO DE SISTEMAS DE SOPORTE VITAL (RESPIRADOR, INOTROPIA, ALIMENTO PARENTAL) POR UN PERÍODO MÍNIMO DE 96 HORAS Y RESULTANDO EN UN DÉFICIT NEUROLÓGICO PERMANENTE.

EL DIAGNÓSTICO DEBERÁ SER CONFIRMADO POR ESPECIALISTA Y EL DÉFICIT NEUROLÓGICO DEBE SER DOCUMENTADO POR LO MENOS DURANTE TRES MESES.

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE Y EL ASEGURADO SOLO TENDRÁ DERECHO AL PAGO DEL 50% O DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO ALCANZADO SEGÚN LAS CONDICIONES CONTRATADAS, ASÍ SE DIAGNOSTIQUE MÁS DE UNA DE LAS ENFERMEDADES Y/O SEA SOMETIDO A MAS DE UN TRASPLANTE CUBIERTO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO.

2.4.2. EXCLUSIONES DE ENFERMEDADES GRAVES

NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO BAJO EL PRESENTE AMPARO, SI EL ASEGURADO PADECE O SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES INDICADAS, QUE SEAN CONSECUENCIA DE O EN CONEXIÓN CON:

2.4.2.1 EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE DEFINIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR QUE, BAJO CUALQUIER NOMBRE, SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO, ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O LABORATORIO CLÍNICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA DESEMPEÑAR SU OBJETO SOCIAL O PROFESIÓN.

2.4.2.2. LA PRESENCIA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.) DESCUBIERTO MEDIANTE EL TEST DE ANTICUERPOS O PRUEBA DE ELISA POSITIVA PARA V.I.H.

2.4.2.3 CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS ANTERIORES.

2.4.2.4 EL CÁNCER DE SENO O MATRIZ.

2.4.2.5 EL CÁNCER DE PRÓSTATA

2.4.2.6 LOS TUMORES DE LA PIEL, SALVO QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS.

2.4.2.7 CÁNCER IN SITU NO INVASIVO DE CUALQUIER ÓRGANO.

2.4.2.8 LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA - ARTERIAL.

2.4.2.9 ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS

2.4.2.10 ENFERMEDADES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA O AL INICIO DE ESTE ANEXO.

2.4.2.11 EL ESTADO DE COMA PROVOCADO POR EL ABUSO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, TÓXICAS O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO

2.4.2.12 CUANDO LA ENFERMEDAD CUBIERTA HAYA SIDO DIAGNOSTICADA, EXISTA UN HISTORIAL PREVIO RELACIONADO CON ELLA O SE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA LA MISMA, ANTES DE LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA INDIVIDUAL DE LA PRESENTE COBERTURA.

2.4.2.13 CUANDO LA ENFERMEDAD HAYA SIDO DIAGNOSTICADA POR PRIMERA VEZ DURANTE LOS PRIMEROS NOVENTA (90) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE COBERTURA, PARA CADA ASEGURADO

2.4.2.14 EN LO QUE A ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES SE REFIERE; CUANDO SE TRATE DE ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS, TRANSITORIOS O AQUELLOS DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.

2.4.3 DEDUCCIONES

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO DE VIDA; EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE; EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL Y EL AMPARO DE DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN, POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO, EL VALOR CANCELADO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR LOS AMPAROS MENCIONADOS.

2.5 TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES:

2.5.1 COBERTURA

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ POR UNA (1) SOLA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA E INDEPENDIENTEMENTE DEL NÚMERO DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS REALIZADOS, LA SUMA ASEGURADA QUE SE ESTIPULE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO DEBE SER SOMETIDO A UN TRASPLANTE DE ALGUNO DE LOS ÓRGANOS RELACIONADOS A CONTINUACIÓN, SIEMPRE QUE LA NECESIDAD DE EFECTUAR EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SEA CERTIFICADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO QUE POSEA LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y SE CUMPLAN TODOS LOS REQUISITOS INDICADOS A CONTINUACIÓN:

2.5.1.1 QUE LA PRESENTE COBERTURA HAYA ESTADO EN VIGOR POR UN PERÍODO NO MENOR A (90) NOVENTA DÍAS, ANTES DE QUE SE DIAGNOSTIQUE LA ENFERMEDAD CUYA TRATAMIENTO SEA EL TRASPLANTE Y QUE ÉSTE SE PRACTIQUE.

EL PERÍODO DE NOVENTA (90) DÍAS SE ESTABLECERÁ INDEPENDIENTEMENTE PARA CADA ASEGURADO, DE ACUERDO CON LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA.

2.5.1.2 QUE EL ASEGURADO REQUIERA MÉDICAMENTE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y ASÍ SE INDIQUE EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL ASEGURADO.

2.5.1.3 QUE SEA LA PRIMERA VEZ QUE EL ASEGURADO REQUIERA DE UN TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

2.5.1.4 QUE EL ASEGURADO SOBREVIVA UN LAPSO DE TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD QUE SUGIERA O RECOMIENDE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO:

- EL TRASPLANTE DE ORGANOS, SE ENTIENDE COMO LA INSERCIÓN DE UN ÓRGANO DE UN DONANTE HUMANO EN EL CUERPO DEL ASEGURADO CON RESTABLECIMIENTO DE LAS CONEXIONES VASCULARES ARTERIALES Y VENOSAS.
- EL TRASPLANTE, ES COMO RECEPTOR Y NUNCA COMO DONANTE.
- EL TRASPLANTE DEBERÁ SER CERTIFICADO POR EL MÉDICO QUE LO PRACTICÓ, QUIEN DEBE POSEER LICENCIA PERMANENTE Y VÁLIDA PARA PRACTICAR LA MÉDICA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

LOS ÓRGANOS INCLUIDOS EN ESTE AMPARO SON LOS RELACIONADOS Y DEFINIDOS A CONTINUACION:

1. DE CORAZÓN.

POR CARDIOMIOPATÍA, INSUFICIENCIA CARDIACA DESCOMPENSADA, ENFERMEDAD CORONARIA DEL CORAZÓN, DEFECTO VALVULAR.

2. DE PULMÓN.

POR MUCOVISCIDOSIS, FIBROSIS PULMONAR, ENFISEMA PULMONAR, HIPERTENSIÓN PULMONAR.

3. DE HÍGADO.

POR CIRROSIS HEPÁTICA, CARCINOMA DE CÉLULA HEPÁTICA, INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA DEBIDA A INTOXICACIÓN.

4. DE PÁNCREAS:

POR DIABETES MELLITUS TIPO I.

NOTA:

EL TRASPLANTE DE TODOS LOS DEMÁS ÓRGANOS, PARTES DE ÓRGANOS O EL TRASPLANTE DE CUALQUIER OTRO TEJIDO ESTÁN EXCLUIDOS

PARA CUALQUIER PROCESO DE INDEMNIZACIÓN POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS, ES CONDICIÓN INDISPENSABLE QUE SE CUMPLAN EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES, LAS DISPOSICIONES DE LAS LEYES VIGENTES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS

2.5.2 LÍMITE DEL BENEFICIO:

EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA SE APLICARÁ SOLAMENTE CUANDO EL TRASPLANTE SE REALICE EN ALGUNO DE LOS ÓRGANOS DEFINIDOS Y CUANDO ESTOS SE MANIFIESTEN Y SEAN DIAGNOSTICADOS POR UN MEDICO ESPECIALISTA EN LA RESPECTIVA ESPECIALIDAD, POR PRIMERA VEZ, DENTRO DE LA VIGENCIA PACTADA, CONFIRMADAS POR EVIDENCIAS CIENTÍFICAS ACEPTABLES CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO,

2.5.3 LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%) DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, ASÍ SEA SOMETIDO A MAS DE UN TRASPLANTE CUBIERTO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO.

2.5.4 EXCLUSIONES DE TRASPANTE DE ORGANOS

NO SE PAGARÁ NINGÚN BENEFICIO CUANDO EL TRASPLANTE DE ORGANOS PROVENGA O SEA CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA O EN CONEXIÓN CON:

2.5.4.1 EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE DEFINIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR QUE, BAJO CUALQUIER NOMBRE, SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN., ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO O LABORATORIO CLÍNICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA DESEMPEÑAR SU OBJETO SOCIAL O PROFESIÓN.

2.5.4.2 LA PRESENCIA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (V.I.H.) DESCUBIERTO MEDIANTE EL TEST DE ANTICUERPOS O PRUEBA DE ELISA POSITIVA PARA V.I.H.

2.5.4.3 CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS ANTERIORES.

2.5.4.4 DROGADICCION O INTOXICACION POR DROGAS, VENENO O LICOR

2.5.4.5 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANO SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO SE CONSIDERAN COMO CONDICIONES PREEXISTENTES, CUALQUIER ENFERMEDAD O LESION DIAGNOSTICADA O SOMETIDA A TRATAMIENTO, CUIDADO MEDICO O CIRUGIA, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICACION DE LA PRESENTE COBERTURA, ASI COMO ENFERMEDADES CONGENITAS.

2.5.4.6 CUANDO LA NECESIDAD DEL TRASPLANTE HA SIDO DIAGNOSTICADA DURANTE LOS PRIMEROS CIENTO VEINTE (120) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO.

2.5.4.7 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANO SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO.

2.5.4.8 LESIONES INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS A SI MISMO, SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO; SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES EN ESTADO DE LOCURA.

2.5.4.9 CUALQUIER INCIDENTE CRÍTICO DE LA SALUD, LESION O ENFERMEDAD, DIFERENTE AL DEFINIDO COMO TRASPLANTE DE ORGANOS VITALES.

2.5.4.10 CUANDO EL TRASPLANTE DE ORGANOS SEA INDICADO POR ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO O QUE RESIDA EN LA MISMA CASA DEL ASEGURADO, SEA O NO MEDICO O PROFESIONAL EN ALGUNA RAMA RELACIONADA CON LA SALUD.

2.5.4.11 CUANDO EL TRASPLANTE DE ORGANOS SEA INDICADO POR PROFESIONALES DE LA SALUD EN EJERCICIO DE PRACTICAS DE MEDICINA ALTERNATIVA O POR PERSONAS QUE NO SEAN PROFESIONALES DE LA CIENCIA MEDICA.

2.5.4.12 TRASPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACION Y EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS

2.5.4.13 TRASPLANTE DE ORGANOS DIFERENTES A LOS MENCONADOS Y DEFINIDOS EN LA PRESENTE COBERTURA.

2.5.4.14 TRASPLANTES DE ORGANOS QUE SEAN INDICADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER NO INVASIVO O EL CANCER EN ESTADO IN SITU, LA LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA Y LOS TUMORES DEBIDOS A O COMO CONSECUENCIA DE LA INFECCION POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

2.5.4.15 CUANDO EL ASEGURADO OBRE EN CALIDAD DE DONANTE.

2.3.3 DEDUCCIONES

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE AL AMPARO BASICO DE MUERTE, AL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, AL AMPARO DE INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, AL AMPARO DE DESMEMBRACION O INUTILIZACION Y/O AL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES; POR LO TANTO, UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR ESTE AMPARO, EL VALOR CANCELADO SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR LOS AMPAROS MENCIONADOS

2.6 AUXILIO FUNERARIO

2.6.1. COBERTURA

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA EL ASEGURADO LLEGARE A FALLECER COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO AMPARADO POR LA PÓLIZA, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA

2.6.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

EL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO SE OTORGA SIN EXCLUSIONES.

2.7 GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

2.7.1 COBERTURA

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, Y COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE UNA LESIÓN CORPORAL CAUSADA POR UN ACCIDENTE, E INDEPENDIENTE DE CUALQUIER OTRA CAUSA, EL ASEGURADO, DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DEL ACCIDENTE, SE VIERA PRECISADO A RECIBIR ATENCIÓN MEDICA, SOMETERSE A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, HOSPITALIZARSE O RECIBIR CUALQUIER CLASE DE ASISTENCIA MEDICA NECESARIA PARA EL RESTABLECIMIENTO DE SU SALUD, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, REEMBOLSARÁ EL VALOR DE DICHAS ASISTENCIAS HASTA EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CON SUJECCIÓN A LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- A. EL MÉDICO O CIRUJANO DEBE ESTAR LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.
- B. LOS GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN SERÁN LOS QUE SE OCASIONEN DENTRO DE UNA CLÍNICA U HOSPITAL DEBIDAMENTE AUTORIZADOS PARA PRESTAR TALES SERVICIOS.
- C. LOS MEDICAMENTOS RECETADOS POR EL MÉDICO TRATANTE DEBEN SER DE APLICACIÓN ABSOLUTA, EXCLUSIVA Y NECESARIA PARA LA CURACIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN EL ACCIDENTE.
- D. EL REEMBOLSO SE HARÁ CONTRA LA PRESENTACIÓN DE LAS FACTURAS ORIGINALES.

2.7.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, NO RECONOCERÁ LOS GASTOS MÉDICOS QUE SEAN CONSECUENCIA O ESTÉN RELACIONADOS CON:

2.7.2.1 LOS ACCIDENTES QUE SEAN CONSECUENCIA DE TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, HURACANES Y, EN GENERAL, TODO FENÓMENO DE LA NATURALEZA.

2.7.2.2. LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.

2.7.2.3 LOS ACCIDENTES PRODUCIDOS POR HECHOS DE GUERRA, MOTÍN, ASONADA, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, HUELGA O CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA DELITO DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA LEY PENAL.

2.7.2.4 LOS ACCIDENTES PROVOCADOS POR LOS ASEGURADOS POR CUALQUIER INFRACCIÓN DE LEYES O DECRETOS.

2.7.2.5 LAS LESIONES O DAÑOS CAUSADOS SOBRE SI MISMO Y EN FORMA VOLUNTARIA POR EL ASEGURADO.

2.7.2.6 ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS EN VIAJE INCLUIDO EN UN ITINERARIO REGULAR ENTRE AEROPUERTOS APROBADOS POR LA AERONÁUTICA CIVIL.

2.7.2.7 LOS ACCIDENTES OCURRIDOS AL ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS O DE FÁRMACOS NO PRESCRITOS MEDICAMENTE

2.7.2.8 LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE SE INCURRA COMO CONSECUENCIA DE CIRUGÍA ESTÉTICA O PLÁSTICA CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, PRÓTESIS DENTAL, CIRUGÍA O TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, REFRACCIONES VISUALES Y SUMINISTRO DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO, A NO SER QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.

2.7.2.9 LAS LESIONES SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES NOTORIAMENTE PELIGROSOS, LOS CUALES INCLUYEN PERO NO SE LIMITAN A: COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD AUTOMOVILÍSTICA, DE MOTOCICLISMO, BOXEO, LUCHA LIBRE, PARACAIDISMO, TOREO, CARRERAS DE CABALLOS, ARTES MARCIALES, CAZA, ETC., A NIVEL PROFESIONAL.

2.7.2.10 TENTATIVA DE SUICIDIO, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.

2.7.2.11 LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.

2.7.2.12 LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.

2.7.2.13 EL SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO, EL HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.

2.7.2.14 ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PROGÉNICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).

2.7.2.15 DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTES DE LAS CUALES EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN QUE FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE ESTE NO HAYA DECLARADO; ASÍ COMO LOS DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTES QUE NO HAYAN SIDO ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.

2.7.2.16 GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.

2.7.2.17 LOS ACCIDENTES OCASIONADOS POR ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SÍNCOPE, ROTURA DE ANEURISMAS Y LOS QUE SE PRODUZCAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO ORDENADA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

2.7.2.18 EMBARAZO, ABORTO Y ALUMBRAMIENTO, O LAS LESIONES O LA MUERTE QUE SOBREVENGAN COMO CONSECUENCIA DE ESTA CAUSAS.

2.7.2.19 MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.

2.7.2.20 ACCIDENTES DE TRABAJO.

2.8 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

2.8.1 COBERTURA

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ EL VALOR INDICADO EN LA CARATULA DE LA POLIZA, POR CADA DÍA QUE LA PERSONA ASEGURADA SE ENCUENTRE RECLUIDA EN UNA INSTITUCION HOSPITALARIA O CLINICA, BAJO EL CUIDADO DE UN MEDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN.

EL PAGO SE PRODUCIRA SIEMPRE Y CUANDO LA ENFERMEDAD O LESIONES QUE OCASIONEN LA HOSPITALIZACION SE HAYAN PRODUCIDO TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DIAS CONTINUOS DESDE EL INGRESO A LA POLIZA

EL PRESENTE AMPARO INCLUYE LA HOSPITALIZACION EN CASA O DOMICILIARIA, CUANDO SEA PRESCRITA POR EL MEDICO TRATANTE.

LA INDEMNIZACION SE OTORGARA DESDE LE SEGUNDO DIA DE HOSPITALIZACION, CON UN MAXIMO DE CUARENTA Y CINCO DIAS (45) DIAS POR EVENTO Y CUATRO (4) EVENTOS DURANTE LA VIGENCIA ANUAL DE LA POLIZA (ENTENDIÉNDOSE POR EVENTO LAS HOSPITALIZACIONES COMO CONSECUENCIA DE UNA MISMA ENFERMEDAD O LESIÓN) Y SE EXTIENDE A AMPARAR AL ASEGURADO EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

2.8.1.1 HOSPITALIZACIÓN

DETERMINADA POR EL INGRESO DEL ASEGURADO COMO PACIENTE INTERNO EN UN CENTRO HOSPITALARIO AUTORIZADO, MÍNIMO POR VEINTICUATRO (24) HORAS, PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, BAJO EL CUIDADO Y SUPERVISIÓN DE UN MÉDICO LEGALMENTE RECONOCIDO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA EL DESEMPEÑO DE SU PROFESIÓN.

BAJO ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA SUMA DIARIA POR CADA DÍA DE HOSPITALIZACIÓN, A PARTIR DEL SEGUNDO DÍA.

2.8.1.2 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

BAJO ESTA COBERTURA, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ COMO BENEFICIO DIARIO, EL EQUIVALENTE A DOS (2) VECES LA SUMA PACTADA EN LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, DURANTE LA PERMANENCIA DEL ASEGURADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SIN EXCEDER DE TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS, COMO RESULTADO DE UN MISMO ACCIDENTE O ENFERMEDAD.

2.8.1.3 TRATAMIENTO MÉDICO Y CIRUGÍA AMBULATORIA

SE ENTIENDE COMO TAL LA REALIZACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO MEDICO O QUIRÚRGICO NECESARIO PARA EL ASEGURADO, EFECTUADO COMO SERVICIO AMBULATORIO, DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA O CENTRO DE CIRUGÍA AUTORIZADO QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA TAL FIN.

BAJO ESTE AMPARO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ UNA VEZ POR VIGENCIA LA SUMA ESTIPULADA POR TRATAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE UNA MISMA LESIÓN O ENFERMEDAD.

2.8.1.4 PARTO NORMAL O POR CESÁREA

EL PARTO NORMAL O POR CESÁREA, ESTARÁN CUBIERTOS POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL SIEMPRE Y CUANDO EL EMBARAZO SE HAYA INICIADO DESPUÉS DE ENTRAR EN VIGENCIA EL SEGURO.

BAJO ESTA COBERTURA ADICIONAL, SE RECONOCERÁ LA SUMA DIARIA ASEGURADA INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA POR CADA DÍA QUE LA ASEGURADA PERMANEZCA HOSPITALIZADA, CON UN MÁXIMO DE CINCO (5) DÍAS POR EVENTO Y POR VIGENCIA ANUAL.

2.8.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

SALVO ESTIPULACIÓN EXPRESA EN CONTRARIO, EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL NO CUBRE LOS EVENTOS A CONTINUACIÓN RELACIONADOS, NO OBSTANTE PRODUZCAN AL ASEGURADO LAS CONSECUENCIAS ANTERIORMENTE DESCRITAS:

2.8.2.1 HOSPITALIZACIÓN COMO RESULTADO DE UNA INFECCIÓN PRODUCIDA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) O VARIANTES, INCLUYENDO EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O ENFERMEDADES RELACIONADAS.

2.8.2.2 HOSPITALIZACIONES RELACIONADAS O COMO CONSECUENCIA DEL CANCER Y SU TRATAMIENTO

2.8.2.3 HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.

2.8.2.4 HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO EN UN CENTRO HOSPITALARIO, QUE NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS ESPECIFICADOS ANTERIORMENTE, O QUE EL ASEGURADO NO SE ENCUENTRE BAJO LA ATENCIÓN Y CUIDADO DE UN MÉDICO AUTORIZADO PARA EL EJERCICIO DE SU PROFESIÓN.

2.8.2.5 HOSPITALIZACIONES DEL ASEGURADO EN INSTITUCIONES MENTALES PARA TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES SIQUIÁTRICAS, LOS LUGARES DE REPOSO, CONVALECENCIA O DESCANSO PARA ANCIANOS, CENTROS DE TRATAMIENTO PARA DROGADICTOS O ALCOHOLICOS, CENTROS DE CUIDADO INTERMEDIO O LUGARES DONDE SE PROPORCIONAN TRATAMIENTOS NATURISTAS O DE ESTÉTICA.

2.8.2.6 TODO CUIDADO AMBULATORIO PROVISTO EN EL CONSULTORIO DE UN MÉDICO.

2.8.2.7 HOSPITALIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS DE BELLEZA O CIRUGÍA CON FINES ESTÉTICOS O CIRUGÍAS PLÁSTICAS PARA FINES DE EMBELLECIMIENTO, A MENOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.

2.8.2.8 HOSPITALIZACIONES PARA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO, RADIOGRAFIAS, FISIOTERAPIA, TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS, DE DIAGNÓSTICO Y CONSULTAS MÉDICAS.

2.8.2.9 HOSPITALIZACIONES RELACIONADAS CON TENTATIVAS DE SUICIDIO, BIEN SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA; ASÍ COMO LAS LESIONES AUTOINFLIGIDAS O CUALQUIER INTENTO DE ELLO.

2.8.2.10 HOSPITALIZACIÓN POR CHEQUEOS DE CONTROL O COMPLICACIONES DEL EMBARAZO.

2.8.2.11 HOSPITALIZACIONES ORIGINAS O RELACIONADAS CON ABORTO PROVOCADO

2.8.2.12 HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

2.8.2.13 HOSPITALIZACIONES PARA CIRUGÍAS PARA LA EXTRACCIÓN O CAUTERIZACIÓN DE VERRUGAS O LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.

2.8.2.14 CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS DESTINADOS A ESTERILIZACIÓN O FERTILIDAD TANTO MASCULINA COMO FEMENINA.

2.8.2.15 HOSPITALIZACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE LA PARTICIPACION DEL ASEGURADO EN PELEAS O RIÑAS; SALVO EN LOS CASOS E QUE SE TRATE EN LEGITIMA DEFENSA,

2.8.2.16 HOSPITALIZACIONES POR CAUSA DE CATASTROFES NATURALES

2.8.2.17 HOSPITALIZACIONES RELACIONADAS CON LOS ACCIDENTE OCURRIDOS MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIENDO TRANSPORTADO EN AERONAVES PRIVADAS Y NO COMERCIALES (INCLUIDOS LOS HELICOPTEROS)

2.8.3 PAGO DE BENEFICIOS

2.8.3.1 TODO PAGO PARCIAL EFECTUADO POR LA COMPAÑÍA BAJO EL PRESENTE AMPARO, SERÁ CONSIDERADO COMO UN ADELANTO DE LA SUMA DEFINITIVA A INDEMNIZAR RESPECTO DEL ACCIDENTE QUE ORIGINÓ DICHO PAGO.

2.8.3.2. LA HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO QUE COMIENZE EN LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL Y QUE SE DEBA A LA MISMA CAUSA O CAUSAS RELACIONADAS CON UNA HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR Y POR LA CUAL SE HAYA PAGADO INDEMNIZACIÓN DIARIA BAJO ESTE AMPARO ADICIONAL, SIN QUE EXISTA UN PERIODO ENTRE ELLAS DE POR LO MENOS DOCE (12) MESES, SERÁ CONSIDERADA UNA CONTINUACIÓN DE DICHA HOSPITALIZACIÓN ANTERIOR PARA EFECTOS DE DETERMINAR EL PERIODO DE INDEMNIZACIÓN ESTIPULADO Y EL MÁXIMO BENEFICIO PAGADERO POR EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL.

2.8.3.3 POR EL CONTRARIO, HOSPITALIZACIONES SEPARADAS POR UN PERIODO IGUAL O SUPERIOR A DOCE (12) MESES Y HOSPITALIZACIONES QUE NO TENGAN UNA MISMA CAUSA O CAUSAS RELACIONADAS, NO SERÁN CONSIDERADAS COMO OCURRIDAS DURANTE EL MISMO PERIODO DE INDEMNIZACIÓN ESTIPULADO Y EL MÁXIMO BENEFICIO PAGADERO BAJO ESTE ANEXO.

PARÁGRAFO:

PARA OBTENER EL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN ES INDISPENSABLE QUE AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y/O CIRUGÍA, EL ASEGURADO SE ENCUENTRE AFILIADO A UNA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (E. P. S.)

2.9 RENTA MENSUAL POR ACCIDENTE

2.9.1 COBERTURA

CUANDO DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE UN ACCIDENTE CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA, LAS LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO LE GENERAREN POR SI MISMAS UNA INCAPACIDAD DE MAS DE SIETE (7) DÍAS QUE LE IMPIDA EL DESEMPEÑO DE TODOS Y CADA UNO DE LOS DEBERES Y OBLIGACIONES RELACIONADOS CON SU TRABAJO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, INDEMNIZARÁ LOS DÍAS CORRESPONDIENTES A LA INCAPACIDAD HASTA POR PERIODOS DE NOVENTA (90) DÍAS POR EVENTO

2.9.2. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE RENTA MENSUAL POR ACCIDENTE

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, NO RECONOCERÁ LA RENTA MENSUAL POR ACCIDENTE, QUE TENGA COMO CONSECUENCIA O ESTE RELACIONADA CON:

2.9.2.1 LOS ACCIDENTES QUE SEAN CONSECUENCIA DE TERREMOTO, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, HURACANES Y, EN GENERAL, TODO FENÓMENO DE LA NATURALEZA.

2.9.2.2 LOS ACCIDENTES RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR FISIÓN Y/O FUSIÓN NUCLEAR Y DE RADIOACTIVIDAD.

2.9.2.3 LOS ACCIDENTES PRODUCIDOS POR HECHOS DE GUERRA, MOTÍN, ASONADA, INSURRECCIÓN, SEDICIÓN, HUELGA O CUALQUIER ACTO QUE CONSTITUYA DELITO DE CONFORMIDAD CON LO ESTIPULADO EN LA LEY PENAL.

2.9.2.4 LOS ACCIDENTES PROVOCADOS POR EL ASEGURADO POR CUALQUIER INFRACCIÓN DE LEYES O DECRETOS.

2.9.2.5 LAS LESIONES O DAÑOS CAUSADOS SOBRE SI MISMO Y EN FORMA VOLUNTARIA POR EL ASEGURADO.

2.9.2.6 ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA LÍNEA AÉREA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS EN VIAJE INCLUIDO EN UN ITINERARIO REGULAR ENTRE AEROPUERTOS APROBADOS POR LA AERONÁUTICA CIVIL.

2.9.2.7 LOS ACCIDENTES OCURRIDOS POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS TOXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS.

2.9.2.8 LOS GASTOS MÉDICOS EN QUE SE INCURRA COMO CONSECUENCIA DE CIRUGÍA ESTÉTICA O PLÁSTICA CON FINES DE EMBELLECIMIENTO, PRÓTESIS DENTAL, CIRUGÍA O TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO, REFRACCIONES VISUALES Y SUMINISTRO DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO, A NO SER QUE SEAN CONSECUENCIA DIRECTA DE UN ACCIDENTE AMPARADO POR ESTA PÓLIZA.

2.9.2.9 LAS LESIONES SUFRIDAS COMO CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES NOTORIAMENTE PELIGROSOS, LOS CUALES INCLUYEN PERO NO SE LIMITAN A: COMPETENCIAS DE VELOCIDAD O HABILIDAD AUTOMOVILÍSTICA, DE MOTOCICLISMO, BOXEO, LUCHA LIBRE, PARACAIDISMO, TOREO, CARRERAS DE CABALLOS, ARTES MARCIALES, CAZA, ETC., A NIVEL PROFESIONAL.

2.9.2.10 SUICIDIO O SUS TENTATIVAS, SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES O EN ESTADO DE DEMENCIA.

2.9.2.11 LESIONES CAUSADAS AL ASEGURADO INTENCIONALMENTE POR TERCERAS PERSONAS.

2.9.2.12 LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR OTRA PERSONA CON ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE.

2.9.2.13 EL SECUESTRO SIMPLE O EXTORSIVO DEL ASEGURADO, EL HURTO CALIFICADO, Y SUS TENTATIVAS.

2.9.2.14 ENFERMEDADES FÍSICAS O PSÍQUICAS Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS QUE NO SEAN NECESARIOS EN RAZÓN DE ACCIDENTES AMPARADOS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y LAS INFECCIONES BACTERIANAS (SALVO INFECCIONES PROGENICAS QUE ACONTEZCAN COMO CONSECUENCIA DE UNA HERIDA ACCIDENTAL).

2.9.2.15 DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTES DE LAS CUALES EL ASEGURADO ERA CONSCIENTE EN LA FECHA EN QUE FUE SOLICITADA LA PÓLIZA Y QUE ESTE NO HAYA DECLARADO; ASÍ COMO LOS DEFECTOS FÍSICOS O MENTALES Y LAS ENFERMEDADES RECURRENTES QUE NO HAYAN SIDO ACEPTADAS EXPRESAMENTE POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.

2.9.2.16 GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES Y OPERACIONES DE GUERRA (HAYA SIDO DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, SEDICIÓN, REVOLUCIÓN, ASONADA, TERRORISMO, SUBVERSIÓN O ACTOS DELICTIVOS EN QUE EL ASEGURADO PARTICIPE DIRECTAMENTE.

2.9.2.17 LOS ACCIDENTES OCASIONADOS POR ATAQUES CARDIACOS O EPILÉPTICOS, SÍNCOPEs, ROTURA DE ANEURISMAS Y LOS QUE SE PRODUZCAN MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS TÓXICAS, HEROICAS O ALUCINÓGENAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO ORDENADA POR PRESCRIPCIÓN MEDICA.

2.9.2.18 EMBARAZO, ABORTO Y ALUMBRAMIENTO, O LAS LESIONES QUE SOBREVENGAN COMO CONSECUENCIA DE ESTOS.

2.9.2.19 MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE SIRVIENDO EN LABORES MILITARES EN LAS FUERZAS ARMADAS O DE POLICÍA DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD NACIONAL O INTERNACIONAL.

2.9.2.20 LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON ANTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

2.9.2.21 ACCIDENTES DE TRABAJO.

2.9.3 COEXISTENCIAS DE AMPAROS

EL ASEGURADO NO PODRÁ ESTAR CUBIERTO POR MAS DE UN AMPARO ADICIONAL EXPEDIDO POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, QUE CUBRA EL MISMO RIESGO.

EN CASO DE PRESENTARSE TAL EVENTO Y OCURRA UN SINIESTRO, SE CONSIDERARA A ESTE ASEGURADO CUBIERTO POR EL AMPARO ADICIONAL QUE LE PROPORCIONE EL MAYOR BENEFICIO.

2.10 CANASTA

2.10.1 COBERTURA

EN EL EVENTO DE PRESENTARSE EL FALLECIMIENTO O LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA RECONOCERA LA SUMA MENSUAL INDICADA PARA ESTE AMPARO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, REALIZANDO UN SOLO PAGO POR TODAS LAS MENSUALIDADES CONTRATADAS, DESTINADA A CUBRIR LOS GASTOS RELACIONADOS, PERO NO LIMITADOS A

2.10.1.1 RENTA PARA GASTOS DEL HOGAR

2.10.1.2 AUXILIO ECONOMICO PARA EL PAGO DE GASTOS EDUCATIVOS

2.10.1.3 RENTA PARA GASTOS POR MATERNIDAD O PATERNIDAD

2.10.1.4 AUXILIO ECONOMICO PARA EL PAGO DE SERVICIOS PUBLICOS

2.10.1.5 AUXILIO ECONOMICO PARA LA ADECUACIÓN DEL VEHÍCULO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

PARAGRAFO.

EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE CADA POLIZA DEBE QUEDAR REGISTRADA LA RENTA O AUXILIO OTORGADO, LA SUMA MENSUAL Y EL NUMERO DE MENSUALIDADES A INDEMNIZAR.

2.10.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE CANASTA

SEGÚN SEA EL CASO, APLICARAN LAS EXCLUSIONES INDICADAS PARA EL AMPARO BASICO DE MUERTE O PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDICADAS EN EL NUMERAL 1.2 Y 2.1.4, DEL PRESENTE CLAUSULADO.

2.10.3 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN, EN CASO DE MUERTE O DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE HARÁ AL PROPIO ASEGURADO O, AL BENEFICIARIO DESIGNADO, SEGÚN SEA EL CASO, MEDIANTE PAGOS REPRESENTADOS EN EL VALOR DE UN MERCADO MENSUAL, DE ACUERDO CON EL VALOR CONTRATADO.

DICHO PAGO SE EFECTUARÁ EN FORMA DE BONOS DE UNA EMPRESA LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA OFRECER ESTE TIPO DE DOCUMENTOS, DURANTE EL PERIODO ELEGIDO POR EL ASEGURADO E INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, LOS CUALES PODRÁN SER REDIMIDOS EN UN SUPERMERCADO DE CADENA. EN LAS CIUDADES EN LAS QUE NO SEA POSIBLE EL PAGO EN BONOS, LA INDEMNIZACIÓN SE EFECTUARÁ EN MONEDA LEGAL.

2.11 AMPARO FAMILIAR

2.11.1 COBERTURA

EL PRESENTE AMPARO TIENE POR OBJETO OTORGAR COBERTURA A LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR DEL ASEGURADO PRINCIPAL, DE LA SIGUIENTE MANERA:

2.11.1.1 AMPARO BÁSICO (MUERTE)

EL AMPARO BASICO DE MUERTE, SE PUEDE OTORGAR AL GRUPO FAMILIAR, ASI:

A.CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE (CONDICIÓN DEBIDAMENTE ACREDITADA CONFORME A LA LEY):

EL 100% O 50% DE LA SUMA DEL AMPARO BÁSICO CONTRATADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL, SEGÚN LA OPCIÓN ELEGIDA.

B. HIJOS E HIJASTROS:

EL 50% O EL 25% DE LA SUMA DEL AMPARO BÁSICO CONTRATADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL, SEGÚN LA OPCIÓN ELEGIDA.

C. PROGENITORES DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

EL 25% DE LA SUMA DEL AMPARO BÁSICO CONTRATADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL.

2.11.1.2 AMPAROS ADICIONALES

2.10.1.2.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE OTORGARÁ ÚNICAMENTE AL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

2.10.1.2.2 ENFERMEDADES GRAVES

EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES, SE OTORGARÁ, AL GRUPO FAMILIAR DEL ASEGURADO PRINCIPAL, COMO ANTICIPO DEL 50% DEL VALOR CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE

2.10.1.2.3 AUXILIO FUNERARIO

EL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO SE OTORGARÁ A TODOS LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

2.11.2. EXCLUSIONES

LAS EXCLUSIONES PARA ESTOS AMPAROS SON LAS MISMAS INDICADAS EN LOS NUMERALES 1.2 – 2.1.4 - 2.4.2 Y 2.6.2 DEL PRESENTE CLAUSULADO GENERAL.

CLAUSULA SEGUNDA. DEFINICIONES.

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO Y DONDE QUIERA QUE SE UTILICEN, LAS SIGUIENTES EXPRESIONES SIGNIFICARÁN:

1. Asegurador:

Compañía aseguradora (aseguradora solidaria de Colombia., entidad cooperativa).

2. Tomador:

Es la persona jurídica que por tener interés asegurable, contrata un seguro por cuenta de terceros para asegurar un número determinado de personas. El tomador, es el responsable del pago de la totalidad de las primas causadas a través de la vigencia de la póliza.

3. Grupo asegurable:

Conjunto de personas naturales, no siendo este grupo inferior a 10 personas, con potencialidad de convertirse en un grupo asegurado, vinculados bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, o que tengan con una tercera persona (tomador) relaciones estables de la misma naturaleza y cuyo vínculo no se presente con el propósito de contratar el seguro de vida.

4. Grupo asegurado:

Conjunto de miembros del grupo asegurable cuya vida se asegura desde la fecha en que cumplen con los requisitos de elegibilidad, por las sumas y en los términos especificados en esta póliza.

5. Asegurado:

Es cada una de las personas del grupo asegurado.

6. Enfermedad:

Alteración de la salud en detrimento de una persona como resultado de la acción de múltiples factores que menoscaban la capacidad personal, laboral, familiar y social de quien la padece y que requiere de atención médica o quirúrgica.

7. Accidente:

Es el suceso imprevisto, violento, visible, de origen externo, que no depende de la voluntad del asegurado y que en forma directa produce lesiones corporales visibles o lesiones internas médicamente comprobables

8. Tratamiento:

Conjunto de medios por los cuales se cura o alivia una enfermedad o una lesión por accidente.

9. Medico:

Es la persona natural que cumpliendo con los requisitos legales, está autorizado para el ejercicio de la profesión en el área clínica, quirúrgica o de apoyo diagnóstico o asistencial.

10. Centro hospitalario:

Establecimiento legalmente registrado y autorizado que reúne las condiciones exigidas para atender a los enfermos. No se consideran centros hospitalarios para efectos de esta póliza los siguientes establecimientos:

- a. instituciones para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas y mentales.
- b. lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos.
- c. lugares donde se proporcionan tratamientos naturistas.

11. Unidad de cuidados intensivos:

Es el lugar de cuidado especializado ubicado en un centro hospitalario dotado con recursos humanos y equipos especiales, donde se presta atención permanente al paciente crítico.

12. Diagnóstico:

Es toda identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas manifestados por el enfermo, confirmadas por evidencias clínicas y paraclínicas.

13. Periodo de hospitalización:

Comprende todas las hospitalizaciones continuas o discontinuas que requiera cualquiera de los asegurados, debidas a una misma causa o relacionadas entre sí.

14. Beneficios:

Son los límites máximos que por concepto de indemnización reconoce la compañía, de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en la carátula de la póliza o en sus anexos.

CLAUSULA TERCERA. MODALIDADES DEL SEGURO

- SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO:
- ES AQUEL CUYA PRIMA ES SUFRAGADA, EN SU TOTALIDAD O EN PARTE, POR LOS INTEGRANTES DEL GRUPO ASEGURADO.
- SEGURO DE GRUPO NO CONTRIBUTIVO:
- ES AQUEL CUYA PRIMA ES SUFRAGADA EN SU TOTALIDAD POR EL TOMADOR DEL SEGURO.

CLAUSULA CUARTA. EDADES DE INGRESO.

A CONTINUACIÓN SE INDICAN LOS PARÁMETROS DEL LÍMITE MÍNIMO Y MÁXIMO DE EDAD PARA CADA UNO DE LOS AMPAROS ASÍ:

1. AMPARO BÁSICO

LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO PARA EL GRUPO CONTRIBUTIVO COMO NO CONTRIBUTIVO ES DE 18 AÑOS; LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO ES DE 70 AÑOS O CUALQUIERA OTRA EDAD EXPRESADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA; LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ES INDEFINIDA

2. AMPAROS ADICIONALES

2.1 PARA LOS AMPAROS ADICIONALES CON EXCEPCIÓN DE ENFERMEDADES GRAVES Y AUXILIO FUNERARIO.

LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO ES DE 18 AÑOS; LA MÁXIMA, DE INGRESO ES 64 AÑOS MÁS 364 DÍAS AÑOS, O CUALQUIERA OTRA EDAD EXPRESADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA; LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA SERÁ HASTA EL DÍA ANTERIOR EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA 66 AÑOS DE EDAD, O CUALQUIERA OTRA EDAD EXPRESADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

2.2 ENFERMEDADES GRAVES

LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO ES DE 18 AÑOS; LA MÁXIMA DE INGRESO ES DE 54 AÑOS MÁS 364 DÍAS, O CUALQUIERA OTRA EDAD EXPRESADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA; LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA SERÁ HASTA EL DÍA ANTERIOR EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA 66 AÑOS DE EDAD, O CUALQUIERA OTRA EDAD EXPRESADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

2.3 AUXILIO FUNERARIO

LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO TANTO PARA UN GRUPO CONTRIBUTIVO COMO NO CONTRIBUTIVO ES DE 18 AÑOS; LA MÁXIMA DE INGRESO SERÁ DE 70 AÑOS. LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ES INDEFINIDA

2.4 GRUPO FAMILIAR

2.4.1 CÓNYUGE O COMPAÑERO (A) PERMANENTE
IGUAL QUE EL ASEGURADO PRINCIPAL

2.4.2 HIJOS E HIJASTROS

LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO ES DE 5 AÑOS. LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA SERÁ HASTA EL DÍA ANTERIOR EN QUE EL HIJO O HIJASTRO CUMPLA 26 AÑOS DE EDAD O CUALQUIERA OTRA EDAD EXPRESADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

2.4.3 PROGENITORES

LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO SERÁ DE 60 AÑOS. LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA SERÁ HASTA EL DÍA ANTERIOR EN QUE EL PROGENITOR CUMPLA 66 AÑOS DE EDAD, O CUALQUIERA OTRA EDAD EXPRESADA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

CLAUSULA QUINTA. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

TODA PERSONA ESTÁ OBLIGADA A CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD QUE SEÑALE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PARA PODER SER INCLUIDO EN EL GRUPO ASEGURADO.

CLAUSULA SEXTA. VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES.

LOS AMPAROS INDIVIDUALMENTE CONSIDERADOS, SÓLO ENTRARÁN EN VIGOR A PARTIR DE LA FECHA EN QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA COMUNIQUE POR ESCRITO SU APROBACIÓN AL TOMADOR.

INDEPENDIENTEMENTE DEL MOMENTO EN QUE LA PERSONA INGRESE A FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURADOS, LA PRESENTE PÓLIZA VENCE EN LA MISMA FECHA PARA TODO EL GRUPO ASEGURADO.

CLÁUSULA SÉPTIMA. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

EL SEGURO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y SUS AMPAROS ADICIONALES TERMINARÁ POR LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- A. POR EL NO PAGO DE LA PRIMA DE PARTE DEL TOMADOR, VENCIDO EL PERIODO DE GRACIA.
- B. AL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA SI ÉSTA NO SE RENUEVA.
- C. CUANDO EL ASEGURADO, POR ESCRITO, SOLICITA SU EXCLUSIÓN DE LA PÓLIZA
- D. POR CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA INDICADA EN CADA AMPARO.
- E. POR REVOCACIÓN
- F. CUANDO AL MOMENTO DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, EL GRUPO ASEGURADO SEA INFERIOR A DIEZ (10) ASEGURADOS PRINCIPALES
- G. CUANDO EL ASEGURADO DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO.
- H. PARA LOS FAMILIARES CUANDO EL ASEGURADO PRINCIPAL DEJE DE PERTENECER AL GRUPO.
- I. EN LOS EVENTOS DE MUERTE O CALIFICACIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL; EL SEGURO PARA LOS FAMILIARES ASEGURADOS TERMINARÁ AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA ESTIPULADA EN LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS DE RENOVACIÓN.

CLAUSULA OCTAVA. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL.

LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL PARA CADA UNO DE LOS AMPAROS SE DETERMINARÁ DE ACUERDO CON LA OPCIÓN ELEGIDA E INDICADA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA

CLAUSULA NOVENA. PAGO DE PRIMAS.

EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O CUOTA EN CASO DE FRACCIONAMIENTO, ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA VIGENCIA DEL SEGURO. PARA EL PAGO DE LAS DEMÁS PRIMAS, SEAN SEMESTRALES, TRIMESTRALES O MENSUALES, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, CONCEDE UN PLAZO DE GRACIA DE UN (1) MES CALENDARIO, A PARTIR DE LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO. DURANTE DICHO PLAZO SE CONSIDERA EL SEGURO EN VIGOR Y POR CONSIGUIENTE SI OCURRE ALGÚN SINIESTRO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE PAGAR EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE, PREVIA DEDUCCIÓN DE LAS PRIMAS O FRACCIONES CAUSADAS Y PENDIENTES DE PAGO POR PARTE DEL TOMADOR, HASTA COMPLETAR LA ANUALIDAD RESPECTIVA.

SI LAS PRIMAS POSTERIORES A LA PRIMERA NO FUEREN PAGADAS ANTES DE VENCERSE EL PLAZO DE GRACIAS, SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUÉS DE LA EXPIRACIÓN DE DICHO PLAZO.

CLAUSULA DÉCIMA. BENEFICIARIO.

EL BENEFICIARIO PODRÁ SER NOMBRADO A TÍTULO GRATUITO O A TÍTULO ONEROSO, SERÁ BENEFICIARIO A TÍTULO GRATUITO AQUEL CUYA DESIGNACIÓN TIENE POR CAUSA LA MERA LIBERALIDAD DEL TOMADOR O DEL ASEGURADO. EN LOS DEMÁS CASOS, EL BENEFICIARIO SERÁ A TÍTULO ONEROSO.

EN DEFECTO DE ESTIPULACIÓN EXPRESA EN LA PÓLIZA, SE PRESUMIRÁ QUE EL BENEFICIARIO HA SIDO DESIGNADO A TÍTULO GRATUITO.

EL ASEGURADO, SALVO EN EL SEGURO DE VIDA DEUDORES, PODRÁ CAMBIAR DE BENEFICIARIO EN CUALQUIER MOMENTO, PERO TAL CAMBIO SURTIRÁ EFECTOS A PARTIR DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.

EL TOMADOR NO PODRÁ INTERVENIR EN LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS NI FIGURAR COMO TAL, SALVO QUE SEA A TÍTULO ONEROSO EN LOS SEGUROS DE VIDA DE GRUPO DEUDORES.

EN EL EVENTO EN QUE EL BENEFICIARIO SEA A TÍTULO GRATUITO Y OCURRA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SIN QUE SE HAYA DESIGNADO BENEFICIARIO, O LA DESIGNACIÓN SE HICIERE INEFICAZ O QUEDARE SIN EFECTO POR CUALQUIER CAUSA, O FALLECIERA SIMULTÁNEAMENTE CON EL ASEGURADO O SE IGNORE CUÁL DE LOS DOS HA MUERTO PRIMERO, SERÁN BENEFICIARIOS: EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO EN LA MITAD DEL SEGURO Y LOS HEREDEROS DEL ASEGURADO EN LA OTRA MITAD. SI EL BENEFICIARIO ES A TÍTULO ONEROSO Y EL ASEGURADO MURIERE SIMULTÁNEAMENTE CON EL BENEFICIARIO O NO SE PUDIERE DETERMINAR CUÁL MURIÓ PRIMERO, SERÁN BENEFICIARIOS DEL SEGURO ÚNICAMENTE LOS HEREDEROS DEL BENEFICIARIO.

CLAUSULA UNDÉCIMA. OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO:

EN CASO DE SINIESTRO QUE PUEDA DAR LUGAR A RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA, SUS AMPAROS ADICIONALES O ANEXOS, EL TOMADOR O EL BENEFICIARIO, SEGÚN EL CASO, TIENEN LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES:

A. DAR AVISO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, DEL SINIESTRO, DENTRO DE LOS (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER SU OCURRENCIA.

B. FACILITAR A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, LA INVESTIGACIÓN DEL SINIESTRO.

CLAUSULA DUODÉCIMA. AVISO DE SINIESTRO.

EN CASO DE SINIESTRO QUE PUEDA DAR LUGAR A RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA, SUS AMPAROS ADICIONALES, EL TOMADOR O EL BENEFICIARIO, SEGÚN EL CASO, DEBERÁN DAR AVISO DEL SINIESTRO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER SU OCURRENCIA, EN CASO DE MUERTE, EL AVISO SE DARÁ DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER SU OCURRENCIA,

CLAUSULA DÉCIMO TERCERA. ADHESIÓN.

SI DURANTE LA VIGENTE DE ESTE SEGURO SE PRESENTAN MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, LEGALMENTE APROBADAS, QUE REPRESENTEN UN BENEFICIO EN FAVOR DEL ASEGURADO, TALES

MODIFICACIONES SE CONSIDERARAN AUTOMÁTICAMENTE INCORPORADAS A LA PÓLIZA, SIEMPRE QUE EL CAMBIO NO IMPLIQUE UN AUMENTO A LA PRIMA ORIGINALMENTE PACTADA Y LAS MISMAS HAYAN SIDO PREVIAMENTE INFORMADAS Y SUMINISTRADAS AL CONSUMIDOR FINANCIERO.

CLAUSULA DÉCIMO CUARTA. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

EL PRESENTE CONTRATO SE CELEBRA, CON BASE EN LOS DATOS FACILITADOS POR EL TOMADOR Y ASEGURADO DEL SEGURO, DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD, DOMICILIO, PROFESIÓN, OCUPACIÓN Y DEMÁS DATOS CONTENIDOS EN LOS CUESTIONARIOS PRESENTADOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, TODO LO CUAL HA DETERMINADO LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO Y EL CÁLCULO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE. SOLAMENTE RESPECTO DE LOS AMPAROS ADICIONALES, EL ASEGURADO O EL TOMADOR ESTÁ OBLIGADO A COMUNICAR A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA CUALQUIER MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO.

EN TAL VIRTUD, TANTO EL TOMADOR COMO EL ASEGURADO SE ENCUENTRAN OBLIGADOS A NOTIFICAR POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO. LA NOTIFICACIÓN DEBE HACERSE CON UNA ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ÉSTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL TOMADOR O ASEGURADO, O ES CONOCIDA POR ALGUNO DE ELLOS. SI LE ES EXTRAÑA, DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A AQUEL EN QUE TENGA CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME TRANSCURRIDOS TREINTA (30) DÍAS HÁBILES DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACIÓN. DEPENDIENDO DE LA MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PODRÁ MODIFICAR LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS DEL PRESENTE CONTRATO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE TENGA CONOCIMIENTO, DE DICHA MODIFICACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA.

CLAUSULA DÉCIMO QUINTA. CONTINUIDAD DE COBERTURA.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PODRÁ OTORGAR CONTINUIDAD DE COBERTURA, ES DECIR, NO EXIGIRÁ REQUISITOS ADICIONALES DE ASEGURABILIDAD A LOS ASEGURADOS CON SEGURO VIGENTE EN LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA, HASTA POR EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO Y LAS COBERTURAS QUE SE TUVIERAN CONTRATADAS CON LA ANTERIOR ASEGURADORA.

LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO INCLUYENDO LAS EDADES DE PERMANENCIA Y LAS DEFINICIONES DE CADA COBERTURA QUE APLICARÁN, SERÁN LAS CONTENIDAS EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA NO OTORGA CONTINUIDAD EN LOS SIGUIENTES CASOS: QUE SU ACTIVIDAD SEA ILÍCITA O SE ENCUENTRE INVOLUCRADO EN PROCESOS PENALES (EXCEPTO LOS DELITOS CULPOSOS) O PRIVADO DE LA LIBERTAD. QUE LAS CITADAS CONDICIONES DE SALUD EXISTIERAN CON ANTERIORIDAD A LA VINCULACIÓN DEL ASEGURADO CON EL TOMADOR. ES REQUISITO INDISPENSABLE EL ENVÍO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA DEL ÚLTIMO LISTADO EMITIDO POR LA ASEGURADORA DE LA CUAL ES TRASLADADO EL GRUPO CON UN PLAZO MÁXIMO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN: NOMBRES, APELLIDOS, NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD, FECHA DE NACIMIENTO, SUMA ASEGURADA, COBERTURAS CONTRATADAS, LIMITACIÓN DE COBERTURA, Y SOBRE PRIMAS POR SALUD Y ACTIVIDAD DE CADA UNO DE LOS ASEGURADOS.

DENTRO DEL ALCANCE DE LA CONTINUIDAD DE COBERTURA, CUALQUIER INCREMENTO DE LOS VALORES ASEGURADOS SOBRE LOS INICIALES REQUERIRÁ DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

SIN PERJUICIO DE LO ANTERIOR, EL TOMADOR PONDRÁ A DISPOSICIÓN DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA LAS SOLICITUDES DE SEGURO PRESENTADAS A LA ANTERIOR ASEGURADORA.

CLAUSULA DÉCIMO SEXTA. GARANTÍA DEL TOMADOR.

SE OTORGA LA CONTINUIDAD DE AMPARO DESCRITA EN EL PUNTO ANTERIOR, BAJO LA GARANTÍA SUMINISTRADA POR EL TOMADOR DE INFORMAR LOS RIESGOS QUE HAN SIDO EXTRAPRIMADOS POR LA ASEGURADORA ANTERIOR, A FIN DE APLICAR ESTAS MISMAS EXTRA PRIMAS EN EL COBRO DE LA NUEVA PÓLIZA.

ASÍ MISMO, LA CONTINUIDAD DE AMPAROS QUEDA CONDICIONADA A QUE EL TOMADOR NOS INFORME POR ESCRITO SI TIENE CONOCIMIENTO DE QUE HAYA ASEGURADOS A LOS CUALES YA SE LES HUBIERE DIAGNOSTICADO ENFERMEDADES DE CARÁCTER TERMINAL.

CLAUSULA DÉCIMO SEPTIMA. REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO
LA PRESENTE PÓLIZA Y SUS ANEXOS PODRÁN SER REVOCADOS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO DADO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LA DEVOLUCIÓN SE CALCULARÁ TOMANDO EN CUENTA LA TARIFA DE SEGUROS A CORTO PLAZO.

TRATÁNDOSE DE LOS AMPAROS ADICIONALES Y ANEXOS, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PODRÁ REVOCARLOS MEDIANTE AVISO ESCRITO AL TOMADOR, ENVIANDO A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DE ANTELACIÓN A LA FECHA DE REVOCACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA DEL ENVÍO.

EN ESTE CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA DEVOLVERÁ LA PARTE PROPORCIONAL DE LA PRIMA NO DEVENGADA DESDE LA FECHA DE LA REVOCACIÓN.
EN CUALQUIER CASO DE REVOCACIÓN, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, INFORMARÁ AL TOMADOR QUE DISPONE A SU FAVOR DE LA PRIMA NO DEVENGADA O DE UNOS SALDOS CORRESPONDIENTES A LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA.

CLAUSULA DÉCIMO OCTAVA. DERECHO DE INSPECCIÓN.

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO TENDRÁN A DISPOSICIÓN DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, TODOS LOS DETALLES, LIBROS, RECIBOS, FACTURAS, DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS, ACTAS Y CUALESQUIER INFORMES QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA ESTÉ EN DERECHO DE EXIGIRLE EN RELACION CON LA OCURRENCIA Y CUANTÍA DEL SINIESTRO.

CLAUSULA DÉCIMO NOVENA. NOTIFICACIONES.

CUALQUIER ACLARACIÓN QUE DEBAN SURTIRSE LAS PARTES EN RELACIÓN CON ESTE CONTRATO, DEBERÁ HACERSE POR ESCRITO (SI ASÍ LO EXIGE LA LEY) ENVIANDO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA POR ELLAS.

CLAUSULA VIGÉSIMA. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO SE ESTABLECE COMO OBLIGACIÓN DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO DILIGENCIAR EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE A TRAVÉS DE CONTRATOS DE SEGUROS, EXIGIDOS POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA BAJO LA CIRCULAR EXTERNA 026 DE 2008, CON INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE; ASÍ COMO ACTUALIZAR SUS DATOS POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO, SUMINISTRANDO LA TOTALIDAD DE LOS SOPORTES DOCUMENTALES EXIGIDOS SEGÚN EL PRODUCTO O SERVICIO. EN EL EVENTO EN QUE SE INCUMPLA CON LA PRESENTE OBLIGACIÓN, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA HARÁ USO DE SU FACULTAD DE REVOCAR UNILATERALMENTE EL CONTRATO DE SEGURO, EN LOS CASOS EN QUE A ELLO HUBIERE LUGAR.

CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. AUTORIZACIÓN PARA CONSULTAR Y REPORTAR INFORMACIÓN FINANCIERA A CENTRALES DE RIESGO.

EL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO AUTORIZAN A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA PARA QUE, CON FINES ESTADÍSTICOS, DE INFORMACIÓN ENTRE COMPAÑÍAS, CONSULTA O TRANSFERENCIA DE DATOS CON CUALQUIER AUTORIDAD QUE LO REQUIERA, CONSULTE, INFORME, GUARDE EN SUS ARCHIVOS Y REPORTE A LAS CENTRALES DE RIESGOS QUE CONSIDERE NECESARIO O, A CUALQUIER OTRA ENTIDAD AUTORIZADA, LA INFORMACIÓN QUE RESULTE DE TODAS LAS OPERACIONES QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE Y, BAJO CUALQUIER MODALIDAD, SE LE HAYA OTORGADO O SE LE OTORQUE EN EL FUTURO, ASÍ COMO SOBRE

NOVEDADES, REFERENCIAS Y MANEJO DE LA PÓLIZA Y DEMÁS SERVICIOS QUE SURJAN DE ESTA RELACIÓN COMERCIAL O CONTRATO QUE DECLARA CONOCER Y ACEPTAR EN TODAS SUS PARTES

CLAUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACION.

EL ASEGURADO O BENEFICIARIO, SEGÚN CORRESPONDA, QUEDARA PRIVADO DE TODO DERECHO DERIVADO DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTE, O SI EN APOYO A ELLA SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS

CLAUSULA VIGÉSIMA TERCERA. DOMICILIO.

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES EL ANOTADO EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA.

CLAUSULA VIGÉSIMA CUARTA. DISPOSICIONES LEGALES.

LA PRESENTE PÓLIZA ES LEY PARA LAS PARTES. EN LAS MATERIAS Y PUNTOS NO PREVISTOS NI RESUELTOS EN ESTE CONTRATO, TENDRÁN APLICACIÓN LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LAS LEYES DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

LUGAR Y FECHA BUCARAMANGA 02 de Abril de 2018 10:57 HORAS

INTERVINIERON

DR(A) JACKELINE ALVAREZ TAMARA	JMLCC	63.532.513	RM	8890
DR(A) WILLIAM JAVIER VIVES RIVERA	JMLCC	16.683.757	RM	1448
DR(A) WINTONG JOSE LORA MENDOZA	JML CC	2.759.076	RM	15543

ASUNTO

QUE TRATA DEL ACTA DE JUNTA MEDICO LABORAL DE POLICIA, QUE ESTUDIA EN TODAS SUS PARTES LOS DOCUMENTOS DE SANIDAD DEL CASO A VALORAR, CLASIFICANDO LA CAPACIDAD LABORAL, LESIONES, SECUELAS, INDEMNIZACIONES E IMPUTABILIDAD AL SERVICIO, DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 15 DECRETO 1796 DEL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2000, ACORDANDO EL TEXTO Y CONCLUSIONES, DE ACUERDO CON LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS ESPECIALISTAS TRATANTES

En BUCARAMANGA a los 02 días de Abril de 2018, se reunieron los señores Médicos de Sanidad anteriormente anotados, para efectuar la Junta Médico Laboral al señor(a) IJ ANGUITA IBARRA LUZ ESTELLA, Perteneciente a MEBUC después de estudiar en todas sus partes los documentos de Sanidad relacionados con el caso mencionado, acordamos el texto y conclusiones del Acta de Junta que se transcribe a continuación:

I. IDENTIFICACION.

El Señor(a) IJ ANGUITA IBARRA LUZ ESTELLA, Código Militar No. 60347520, Cédula de Ciudadanía No. 60347520, de CUCUTA-NORTE DE SANTANDER Fecha de Nacimiento: 08/05/1972 Natural de: SALAZAR-NORTE DE SANTANDER. Edad: 45 años. Estado civil soltero Tiempo de Servicio: 22 años, 4 meses, 18 días. Dirección: CLL 61 # 10-150 T 5 APT 820 TOR DE SANTO DOMINGO B/ REAL DE MINAS REAL DE MINAS BUCARAMANGA SANTANDER. Teléfonos: 6197186 - 3123225929. Correo electrónico: luz.ba7520@gmail.com. Resolución de retiro No. 07353 del 11-11-2016.

II. ANTECEDENTES.

Al paciente se le fue efectuado examen sicológico general para la presente diligencia, la cual se verifica de acuerdo con el concepto y la intervención personal del especialista. Anexa constancia de Asuntos Jurídicos de MEBUC de fecha 25-11-2016 donde certifica que no presenta informe administrativo por lesiones pendientes. Inicio de estudio realizado el día 10-01-2017 por el Dr. William Vives Autoridad Medico Laboral DESAN, solicita concepto de medicina interna, fisioterapia, optometría, dermatología, audiometrías tonales en No. 3 e inmunoglobulina E. En revisión de proceso el día 05-05-2017 la Dra. Jackeline Álvarez Autoridad medico Laboral DESAN, solicita concepto de ortopedia.

Se le ha practicado Junta Médica Laboral: SI

No.115 09/08/2000, BUCARAMANGA, POR INFORME ADMINISTRATIVO N° P-005-95 DEL 01.09.095 DENOR, LITERAL B DCL 11%. INCAPACIDAD RELATIVA Y PERMANENTE, APTO INDICES ASIGNADOS 1-052 a 4,

No.5100 01/06/2016, BUCARAMANGA, POR PATOLOGÍA QUE AMERITE N°, LITERAL I DCL 23.02%, INCAPACIDAD NO AMERITA INCAPACIDAD, NO APTO POR JML ANTERIOR INDICES ASIGNADOS --0,

SI SE SUGIERE REUBICACION LABORAL.

No.5100 01/06/2016, BUCARAMANGA, POR PATOLOGÍA QUE AMERITE N°, LITERAL I DCL 23.02%, INCAPACIDAD NO AMERITA INCAPACIDAD, NO APTO POR JML ANTERIOR INDICES ASIGNADOS --0,

SI SE SUGIERE REUBICACION LABORAL.

Se le ha practicado Tribunal Médico Laboral: SI

TML No. 171333 del 03/08/2017, BOGOTÁ D.C., Folio Registro Nro. 227, Tribunal Médico Modifica EL TML DE REVISION MILITAR Y DE POLICIA NO 171333 MODIFICA LA JML 5100 01/06/2016 SE ASIGNA NUMERAL 1-191 SIN LITERAL 7 PUNTOS PARA DCL 24.35 la JML 5100

TML No. 171428 del 25/08/2017, BOGOTÁ D.C., Folio Registro Nro. 233, Tribunal Médico Aclara TML NO. 17-1-428 FOLIO 233 DEL 25-08-2017 CORRIGE EL DCL DEL TML NO. 17-1-333 FOLIO 227 DEL 03-08-2017, QUEDANDO ASI: DCL ANTERIOR: 23.02%. ACTUAL: 11.55 % Y TOTAL: 34.57 % la JML

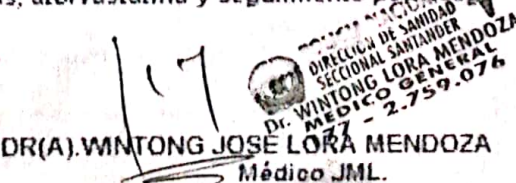
Antecedentes del Informativo: No le figura

III. CONCEPTOS DE ESPECIALISTAS: 1. MEDICINA INTERNA, BUCARAMANGA. PS: 0108050 (27-12-2017): Dr. Hipercolesterolemia pura. Tratamiento continuar manejo con estatinas, atorvastatina y seguimiento por riesgo cardiovascular. Dr. Jorge Sepulveda RM: 7824/94

DR(A). DR(A) WILLIAM JAVIER VIVES RIVERA
Médico JML.

DR(A). WINTONG JOSE LORA MENDOZA
Médico JML.

DR(A). JACKELINE ALVAREZ TAMARA
Médico JML



I.J. ANQUITA IBARRA LUZ ESTELLA

2. DERMATOLOGIA, BUCARAMANGA. PS: 0107958 (26-04-2017): Dermatitis en cuero cabelludo hace 10 años. Dermatitis en manos hace aproximadamente 6 años. Dx: Dermatitis seborreica. Dermatitis alérgica de contacto. Tratamiento ketoconazol champú, esteroides tópicos e hidratación. Dra. María Guzmán. RM: 3160/07. 3. ORTOPEDIA, BUCARAMANGA. PS: 0107993 (25-05-2017): RNM condromalacia más osteoartrosis mas lesión meniscal izquierda, además dolor cervical desde hace más de dos años. RX discopatía C4-C5. Dx: condromalacia rotuliana grado IV, osteoartrosis rodilla, lesión menisco. Discopatía cervical. Dr. Carlos Jaimes. RM: 5556/08. 4. FISIATRIA, BUCARAMANGA. PS: 0107856 (21-02-2017): se realizó electrodiagnosticos el 04-01-2017 que muestra túnel carpiano leve bilateral y neuropatía nervio ulnar derecho en el canal de gullon. Dx: Dolor lumbar mecánico. Antecedente de fractura de platillo vertebral T12, neuropatía por atrapamiento nervio mediano en túnel carpiano leve bilateral. Neuropatía por atrapamiento nervio ulnar derecho en canal de gullon leve. Gonalgia izquierda. Dr. Carlos Alvarez. RM: 1511/1997. 5. OPTOMETRIA - BUCARAMANGA. NO REGISTRA EN PAPEL DE SEGURIDAD (24-05-2017): Agudeza visual sin corrección 20/20 ambos ojos. DX: presbicia. Dra. Ana Galvis. RP: 931.

NOTA: paciente afirma que conoce y entiende el resultado de los conceptos emitidos.

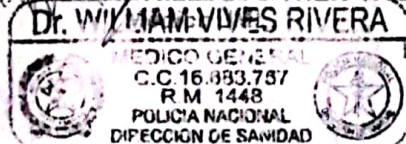
IV. SITUACION ACTUAL

Esta JML es autorizada por el Señor Director de Sanidad, mediante oficio N° S-2018-006277-DISAN del 29/01/2018 DISAN-ARMEL Ingresa para JML por SOLICITUD DEL AFECTADO y manifiesta que SI tiene TML y SI JML previas.

V. ANALISIS DE LA SITUACION

Se valora paciente quien solicita se le realice exámenes de retiro teniendo en cuenta el artículo 8 del decreto 1796 del 2000, afirma lumbago (ya calificada en JML No. 115 del 09-08-2000), rinitis, dislipidemia, dermatitis, gonalgia izquierda, síndrome de túnel del carpo bilateral, dolor cervical, disminución de agudeza visual y auditiva. El paciente afirma que en el momento del retiro no le figuran otras patologías pendientes por calificar en JML. Se corrobora concepto dado por los especialistas. La HC aporta audiometrías tonales en No. de 3 de fecha 20, 27 de febrero y 6 de marzo del 2017, que reportan PTA promedio oído derecho de 22,66 dB y oído izquierdo de 25,33 dB, para un promedio bilateral de 23,99 dB. Aporta Inmunoglobulina E (06-02-2017) reporta 39.9 UI/ml (VN: 1 - 190 UI/ml). Aporta EMG miembros superiores (04-01-2017) conclusión: estudio anormal compatible con neuropatía por atrapamiento en nervio mediano bilateral a través de túnel del carpo de carácter leve; neuropatía por atrapamiento del nervio cubital derecho a través del codo de carácter leve. Aporta Rx de columna cervical (06-02-2017) conclusión: discopatía degenerativa C5-C6, espondilosis cervical incipiente, rectificación de la lordosis cervical fisiológica. Aporta RNM de rodilla izquierda (09-04-2017) opinión: condromalacia rotuliana grado IV, cambios artrosicos patelofemorales y femorotibiales, pequeña lesión osteocondral en la superficie anterolateral del surco troclear, edema de la médula ósea por contusión en la cara medial de la patela en el sitio de inserción del retináculo patelar medial, desgarramiento láminar oblicuo del cuerno posterior del menisco medial y probables fenómenos condromixoides en el cuerpo anterior del menisco externo. Al EF: paciente en buenas condiciones generales, conciente, orientado, alerta, lucido, Peso: 58 Kg, TA: 110/70 mmHg, FC: 76 por minuto, FR: 17 por min, Cabeza: Ojos con pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y a la acomodación, ORL: otoscopia: normal, rinoscopia con tabique nasal central y funcional, oroscopia normal. CUELLO: Móvil, no dolor, contracturas músculos trapecios en forma bilateral, no soplos. TORAX: Cardiopulmonar normal sin agregados. Abdomen: Normal Miembros Superiores: Muñecas: Maniobra de phalen y signo de tinel negativos, adematoglia dedo pulgar izquierdo, codo derecho sin deformidad, sin dolor, arcos de movilidad articular normales sin limitación funcional, manos con buen trofismo muscular, sin alteración en la fuerza, agarre y dinámica de las manos. Miembros Inferiores: Rodilla izquierda: sin deformidad, no edema, buen trofismo muscular, roce articular, arcos de movilidad articular normales sin limitación funcional, no signos de inestabilidad ni meniscales de rodillas, marcha punta talón normal. Columna Vertebral: Arcos de movilidad articular con leve limitación funcional a la flexión del tronco. Neurológico: sin déficit, Examen Mental: conservado. PIEL: lesiones entomatodescamativas en palmas de manos, pliegue nasogeniano y regio retroauricular bilateral. Se revisa Historia Médico laboral suministrada por el Área sin foliar, se revisa historia clínica física sin foliar, historia clínica en el sistema integral de salud de la Policía Nacional (SISAP), SI TIENE TML PREVIO, SI TIENE JML PREVIAS.

DR(A) WILIAM JAVIER VIVES RIVERA

DR(A). JACKELINE ALVAREZ TAMARA
Médico JMLDR(A). WINTON JOSE LORA MENDOZA
Médico JML.

VI. CONCLUSIONES.

A. Antecedentes-Lesiones-Afecciones-Secuelas

- A.1. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL CON PTA PROMEDIO DE 23,99 DB.
 A.2. GONALGIA IZQUIERDA SECUNDARIO A CONDROMALACIA ROTULIANA GRADO IV, OSTEOARTROSIS Y LESIÓN MENISCAL
 A.3. CERVICALGIA CRÓNICA SECUNDARIO A DISCOPATIA DEGENERATIVA C5-C6, ESPONDILOSIS CERVICAL INCIPIENTE Y RECTIFICACIÓN DE LA LORDOSIS CERVICAL FISIOLÓGICA.
 A.4. SÍNDROME DE TÚNEL DEL CARPO DERECHO LEVE
 A.5. SÍNDROME DE TÚNEL DEL CARPO IZQUIERDO LEVE
 A.6. NEUROPATIA POR ATRAPAMIENTO NERVIU UINAR DERECHO EN CANAL DE GULION LEVE
 A.7. DERMATITIS SEBORREICA Y DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO EN TRATAMIENTO
 A.8. AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN 20/20 AMBOS OJOS. DX: PRESBICIA
 A.9. RINITIS CRONICA CON INMUNOGLOBULINA E NORMAL DE 39.9 UI/ML (VN: 1 a 190 UI/ML).
 A.10. HIPERCOLESTEROLEMIA PURA EN TRATAMIENTO CON ESTATINAS

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

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL - NO APTO. Por Artículo POR JML ANTERIOR. REUBICACION LABORAL NO Labores.

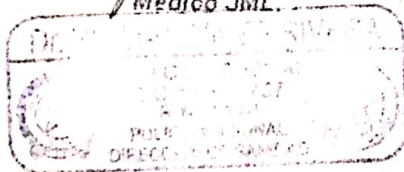
C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.

Presenta una disminución de la capacidad laboral de:

Actual: TREINTA Y CUATRO	PUNTO	VEINTIDOS	PORCIENTO	34.22 %
Total: SESENTA Y OCHO	PUNTO	SETENTA Y NUEVE	PORCIENTO	68.79 %

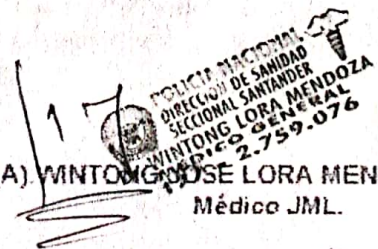
DR(A) DR(A) WILLIAM JAVIER VIVES RIVERA

Médico JML.



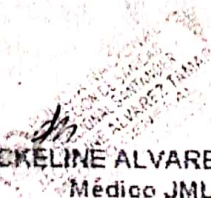
DR(A) WINTONG JOSE LORA MENDOZA

Médico JML.



DR(A) JACKELINE ALVAREZ TAMARA

Médico JML.

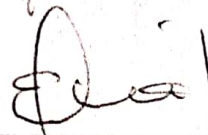


En BUCARAMANGA, a los 13. Abril 2018, se notificó personalmente al señor(a) IJ ANGUITA IBARRA LUZ ESTELLA, identificado con Cédula de Ciudadanía Nro. 60347520 CUCUTA-NORTE DE SANTANDER de las conclusiones del acta de Junta Médico Laboral No. 3249 del 02 de Abril de 2018, registrada en la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, y se le hizo saber del derecho que tiene para reclamar por escrito ante la Secretaría General del Ministerio de Defensa Nacional, elevando una solicitud de Convocatoria a Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía con un plazo de cuatro (4) meses a partir de la fecha de la presente notificación, de acuerdo a los Decretos 94 de 1989 y 1796 de 2.000.

NOTIFICADOR:


Secretario (a) Notificador

NOTIFICADO:


IJ. ANGUITA IBARRA LUZ ESTELLA
CC N°. 60.347 520

FECHA :

13-04-2018

DIRECCION :

Amillo vial N: 21-462 T-1 - Apto 12-01
Caminos de Providencia

CIUDAD :

Floridablanca (SS)

TELEFONO :

3123225989



**CENTRO DE ATENCIÓN DE CONCILIACIÓN EN EQUIDAD
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
PROGRAMA NACIONAL DE JUSTICIA EN EQUIDAD
CARRERA 20 No. 70-55 -BUCARAMANGA
Barrio Nueva Granada**



**Lugar: ESCUELA DE SEGURIDAD, TOLERANCIA Y CONVIVENCIA
FUNDAMENTO DE LEY ART. 116 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA
LEY 23 DE 1991, LEY 446 DE 1998
DECRETO 1818 DE 1998, LEY 1395 ART. 35 DE 2010, ART.35 LEY 640-2001**

Bucaramanga, Noviembre 24 del 2020

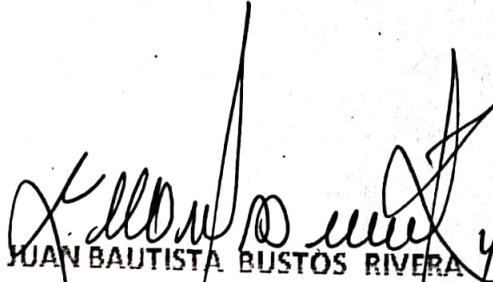
Señores.

**ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
CARRERA 36 No.44- 35
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.**

Convocatoria Audiencia de Conciliación Tramite Ley 640 del 2001

Con toda atención me permito convocar audiencia de conciliación, el día 27 NOVIEMBRE del 2020. Hora. 11.AM Con el fin resolver un asunto de la Jurisdicción CIVIL , convocatoria verbal y presencial de conformidad con los art. 86,87 ley 446 de 1998. Convocante. Señora LUZ STELLA ANGUITA IBARRA. LUGAR: CENTRO DE ATENCION DE CONCILIACION EN EQUIDAD MUNICIPIO DE BUCARAMANGA. Carrera 20 No. 70-55. BARRIO NUEVA GRANADA BUCARAMANGA.

Atentamente,


JUAN BAUTISTA BUSTOS RIVERA
CONCILIADOR CERTIFICADO POR EL TRIBUNAL
SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL ART, 82 LEY 23 DE 1991





**CENTRO DE ATENCIÓN DE CONCILIACIÓN EN EQUIDAD
MUNICIPIO DE BUCARAMANGA
PROGRAMA NACIONAL DE JUSTICIA EN EQUIDAD
CARRERA 20 No. 70-55 -BUCARAMANGA
Barrio Nueva Granada**



**Lugar: ESCUELA DE SEGURIDAD, TOLERANCIA Y CONVIVENCIA
FUNDAMENTO DE LEY ART. 116 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA
LEY 23 DE 1991, LEY 446 DE 1998
DECRETO 1818 DE 1998, LEY 1395 ART. 35 DE 2010, ART.35 LEY 640-2001**

CONSTANCIA DE NO ACUERDO CONCILIATORIO

Bucaramanga a los Veinte días del mes de Noviembre año dos mil Veinte hora. 11.30 AM.

CONCILIADOR: JUAN BAUTISTA BUSTOS RIVERA, certificado como conciliador en Equidad para el Municipio de Bucaramanga, Mediante acuerdo No. 05 de fecha 14 de Febrero de 1994 Por la SALA Plena del TRIBUNAL SUPERIOR DISTRITO JUDICIAL DE BUCARAMANGA. ARTICULO 82 LEY 23 DE 1991.

En Desarrollo del Artículo 116 de la Constitución Política del 91, ley 23 de 1991, decreto 1818 de 1998, Ley 446 de 1998, Artículo 35 de la ley 640 del 2001. Artículo 35 de la ley 1395 del 2010.

CONFLICTO. Civil- (x) Familia (x). Delitos- Conciliables- Desistibles- Transigibles

CONVOCANTE: LUZ STELLA ANGUITA IBARRA, Cedula No. 60.347.520. Expedida en la ciudad de Cúcuta. Asistida Por el Dr. JHON HAMER GOMEZ RANGEL, cedula No. 91.489.737. De Bucaramanga. T.P. 146433- CSJ. Carrera 11 No. 17- 18 Barrio Los Rosales Floridablanca Santander. Teléfono 3168712139.

CONVOCADO. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NIT-860524654.6 APODERADO CON REPRESENTACION LEGAL EL DR. CARLOS HUMBERTO PLATA SEPULVEDA .CC. 91.289.166. DE Bucaramanga .T.P. 99086. Csj. calle 35 No. 17- 77. Bucaramanga. Oficina 1107. Teléfono 3204918117.

HECHOS. La parte convocante manifiesta: Adquirió con el FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA NACIONAL UN CREDITO DE consumo, el cual fue amparado con la policía No. 980-16-994000000015. Expedida por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA La convocante a CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS MEDICOS ES CALIFICADA EL 2 DE ABRIL DEL 2018, CON UN PCL del 68.79 %, en virtud de ello eleva reclamación a la ASEGURADORA, para que esta cancele el saldo insoluto del crédito a ese momento, solicitud que fue rechazada o objeta. Valor del crédito la suma de \$40.000.000.00. Consecuencia de la objeción, la convocante tuvo que asumir de su bolsillo el pago total de la obligación.

PRETESIONES. SE SOLICITA A ASEGURADA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DEL 100% DEL VALOR DEL CREDITO GARANTIZADO CON LA POLIZA No. 980-16-994000000015 POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DE LA ASEGURADA. A SI MISMO EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS INTERESES MORATORIOS CAUSADOS DESDE EL MOMENTO DE LA EXTRUCTURACION DEL PCL Y HASTA CUANDO SE VERIFIQUE EL PAGO TOTAL, A IGUAL QUE TODOS LOS GASTOS QUE GENERA EL PRESENTE TRAMITE.

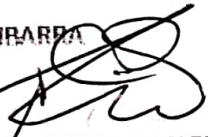
TRANSFERENCIA DE LAS PRETESIONES: Al Dr. CARLOS HUMBERTO PLATA, la compañía se ratifica en la objeción que su mentó le ofreciera a la Señora convocante, por lo tanto no asiste animo conciliatorio.

CONSTANCIA. El Suscrito Conciliador dejó la Respectiva constancia que después de oír a las partes no hubo acuerdo conciliatorio.

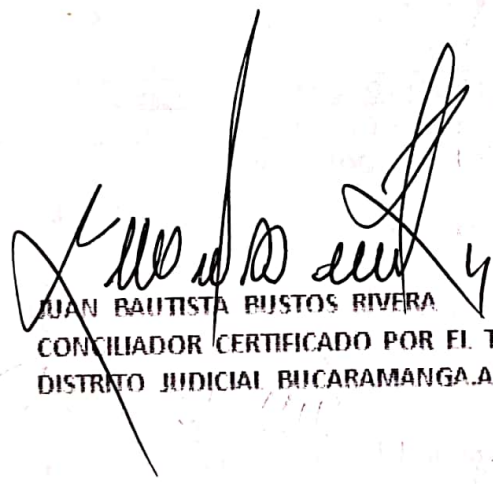
Se expide la presente certificación con el fin de dar cumplimiento al artículo 35 ley 640 del 2001.

Las partes.


LUZ STELLA ANGUITA IBARRA


ABOGADO JHON HAMIR GOMEZ RANGEL


ABOGADO. HUMBERTO PLATA SEPULVEDA


JUAN BAUTISTA BUSTOS RIVERA

CONCILIADOR CERTIFICADO POR EL TRIBUNAL SUPERIOR
DISTRITO JUDICIAL BUCARAMANGA. ARTICULO 82 LEY 23 DE 1998.

Bogotá D.C, 08 de junio de 2018
OBSP-18 - 1.174-RUI - 7831

Señores
FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA - FORPO
Carrera 66A No. 43 - 18
Tel: 2207100
credito.cartera@forpo.gov.co
Bogotá

POLIZA:	994.000.000.015
TOMADOR:	FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA - FORPO
ASEGURADO:	LUZ ESTELLA ANGUITA IBARRA
RECLAMACION:	No. 980 - 16 - 2018 - 30018

Respetados señores:

Cordialmente nos permitimos informarle que hemos recibido los documentos mediante los cuales se pretende afectar el amparo de Incapacidad Total y Permanente de la póliza citada en la referencia, con ocasión de la calificación de pérdida de capacidad laboral de la señora Anguita Ibarra emitida por la Junta Medico Laboral No 3249 de fecha 02 de abril de 2018.

Sobre el particular nos permitimos manifestarle lo siguiente:

La póliza 994000000015 inicio vigencia con Aseguradora Solidaria de Colombia el 30 de diciembre de 2017 y anterior a esta fecha (25/08/2017), existe una calificación de invalidez que le había otorgado el 34.57% de pérdida de capacidad laboral, NO apto para el servicio, observando que el evento por el cual se reclama en esta oportunidad ocurrió fuera de la vigencia de la póliza.

Al respecto, el código de comercio enuncia en su artículo 1054 la definición del riesgo en los siguientes términos:

"(...) Denomínese riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento. (...)"

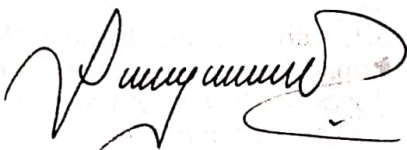
OBSP-18 - 1.174-RUI - 7831

De otra parte, el artículo 1073 del código de comercio establece sobre la responsabilidad del asegurador según el inicio del siniestro lo siguiente:

"(...) Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consume la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro. (...)" (Subrayado fuera de Texto)

En consecuencia, Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, le informa que *objeta* la reclamación presentada y *declina* el pago de la indemnización solicitada, por cuanto el estado de invalidez de la Sra. Anguita Ibarra, fue calificada y conocida por ella con anterioridad al inicio de la vigencia de la póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000015, es decir que para su ingreso el riesgo de Incapacidad Total y Permanente, se consideraba un hecho cierto.

Con toda atención,



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

Copia: GESTIÓN Y EFICACIA EN SEGUROS GES CIA LT / jsanabria@solidaria.com.co
Intermediario: JARGU S.A. CORREDORES DE SEGUROS / siniestro@jargu.com

Reviso: ACALVO
Elaboro: JSANCHEZ