

Señores

JUZGADO TREINTA Y CINCO (35) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.

Dra. Deisy Elisabeth Zamora Hurtado

E. S. D.

Referencia: Proceso Declarativo Verbal promovido por MARIANA GUTIÉRREZ MUÑOZ e ISABELLA GUTIÉRREZ MUÑOZ en contra de METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. Rad. No. 2020-00170-00 (11001400303520200017000).

-CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y SU SUBSANACIÓN-

Quien suscribe, **MANUEL ANTONIO GARCÍA GIRALDO**, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la Cédula de Ciudadanía 81.741.388 expedida en Fusagasugá (Cundinamarca), abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional 191.849 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de Apoderado General con Funciones de Representación Judicial y Extrajudicial de **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.** -en adelante ‘METLIFE’-, calidad que acredito con el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá adjunto¹, por medio del presente escrito, encontrándome dentro del término legal correspondiente, **CONTESTO LA DEMANDA** presentada por las señoras **MARIANA GUTIÉRREZ MUÑOZ e ISABELLA GUTIÉRREZ MUÑOZ** en contra de **METLIFE**, así como su **SUBSANACIÓN**, en los siguientes términos:

I. ACLARACIÓN PREVIA EN TORNO A LA PRESENTACIÓN DE ESTE ESCRITO.

¹ En la página 12 se encuentra la anotación concerniente a la inscripción de la escritura pública 1545 de la Notaría 65 del Círculo de Bogotá, contentiva del Poder General otorgado al suscrito para que actúe como Apoderado General con funciones de representación judicial y extrajudicial de **METLIFE**.

Téngase en cuenta que el auto admisorio de la demanda fue notificado a METLIFE en la forma indicada por el Decreto 806 de 2020 el pasado 21 de enero de 2021, razón por la cual, la notificación se entendió surtida una vez transcurrieron dos (2) días hábiles, esto es, el pasado 25 de enero de 2021.

Por consiguiente, el término de traslado de veinte (20) días concedido a mi poderdante comenzó a contabilizarse a partir del 26 de enero de 2021 y fenecería el 22 de febrero de 2021.

Así las cosas, la presentación de este escrito se realiza en forma oportuna, razón por la cual, solicito comedidamente al Despacho impartirle el trámite procesal correspondiente.

II. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.

Me opongo a las súplicas de la demanda, por las razones que serán esbozadas a lo largo del presente escrito.

Adicionalmente, solicito comedidamente al Despacho que condene en costas y agencias en derecho al extremo demandante.

III. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

Seguidamente me pronunciaré en torno a los hechos de la demanda, en la forma y orden allí expuestos:

- 1. Es cierto.** No obstante, **aclaro** que en el Contrato de Seguro Vida Grupo instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314** fungía como

asegurado el señor MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIÉRREZ PRECIADO (Q.E.P.D.)

Los amparos o coberturas del Contrato de Seguro Vida Grupo instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314** y sus correspondientes sumas, a saber, fueron:

COBERTURA	SUMA ASEGURADA
<u>Muerte por cualquier causa</u>	<u>\$50.000.000</u>
Muerte accidental	\$25.000.000
Incapacidad Total y Permanente (ITP) Accidental	\$25.000.000
Auxilio Funerario muerte por muerte accidental	\$5.000.000
Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	\$50.000

El señor MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIÉRREZ PRECIADO (Q.E.P.D.) ingresó como asegurado a la Compañía que representó el día 06 de febrero de 2015.

En virtud del negocio jurídico aseguratorio celebrado entre las partes, el deber indemnizatorio y la producción de efectos finales del referido contrato, se hallaba supeditado al cumplimiento de las cargas, deberes y obligaciones a cargo del Tomador y Asegurado,

incluyendo la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo (concerniente a sus condiciones de salud) de conformidad con el cuestionario propuesto por el Asegurador METLIFE.

Valga anotar que el día 06 de febrero de 2015 en forma previa a la celebración del contrato de seguro y al asentimiento de METLIFE, el asegurado MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIÉRREZ PRECIADO (Q.E.P.D.) diligenció el cuestionario adjunto a la Solicitud de Seguro Campaña Vida, respondiendo en forma negativa a las siguientes preguntas:

Declaración de asegurabilidad:

CUESTIONARIO DE ASEGURABILIDAD (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA)

1. ¿Ha padecido alguna enfermedad crónica, ha recibido tratamiento médico por cualquier enfermedad que genere o haya generado daños irreversibles o ha presentado síntomas de cualquiera de los siguientes padecimientos: Cáncer, Células Anormales, Tumores Malignos, Leucemia, Afecciones Cardíacas, Trombosis, Malfuncionamiento de los Ríñones o Infecciones por VIH o SIDA? NO

2. ¿Más de dos miembros de su familia inmediata (ejemplo: padres o hermanos) antes de llegar a los 60 años de Edad, padecieron, recibieron tratamiento o presentaron síntomas de Cáncer, Células Anormales, Tumores Malignos, Leucemia, Afecciones Cardíacas, Trombosis o Malfuncionamiento de los Ríñones? NO

3. ¿Actualmente o en los últimos 24 meses ha acostumbrado fumar más de 20 cigarrillos al día y/o beber más de 7 vasos de alcohol al día? NO

4. Actualmente usted está buscando tratamiento médico o ha sido incapaz de desarrollar sus actividades normales por más de 5 días consecutivos debido a enfermedad (otra que no sea debido a embarazo) en los últimos 5 años? NO

5. ¿Entiende y acepta que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación? SI

6. ¿Entiende y acepta que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación? SI

Acepto que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro



FIRMA TARJETAHABIENTE



FIRMA ASEGURADO

Sin perjuicio de lo anterior, me atengo a lo que resulte demostrado en el curso de la presente actuación procesal.

2. **Es cierto.** No obstante, reitero lo señalado al dar contestación al hecho que precede. Valga anotar que la Póliza materia del presente litigio se encuentra vigente desde el 06 de febrero de 2015. Valga anotar que el Certificado Individual que corresponde al asegurado MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIÉRREZ PRECIADO (Q.E.P.D.) corresponde al número **3314** y no al señalado en el presente numeral.

3. **Es cierto.** Pese a lo anterior, en el eventual e improbable evento en que se llegase a determinar la exigibilidad de cualquier compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE debe darse estricto cumplimiento a lo previsto por el artículo 1142 del Código de Comercio.

4. **No es cierto** en la forma planteada en este numeral. Al respecto, **aclaro** que resulta **improcedente** derivar cualquier compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE en la medida en que el Contrato de Seguro vertido en la Póliza objeto de este litigio - amén de encontrarse inmerso en causal de nulidad relativa-, las circunstancias en que se produjo el lamentable deceso del asegurado corresponden a la realización de excusiones aplicables a la referida Póliza y, en todo caso, todo eventual derecho indemnizatorio que pudiese surgir a favor de la parte actora se encuentra extinguido por prescripción extintiva [ordinaria] en los términos del artículo 1081 del C. de Co.

Sin perjuicio de lo anterior, me atengo a lo que resulte acreditado en el curso de la presente actuación procesal.

5. Aun cuando **es cierto** que el señor MARIO GONZALO SANTIAGO GUTIÉRREZ PRECIADO (Q.E.P.D.) falleció el 25 de octubre de 2017, debo poner de presente que resulta **improcedente** derivar cualquier compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE en la medida en que el Contrato de Seguro vertido en la Póliza objeto de este litigio -amén de encontrarse inmerso en causal de nulidad relativa-, las

circunstancias en que se produjo el lamentable deceso del asegurado corresponden a la realización de excusiones aplicables a la referida Póliza y, en todo caso, todo eventual derecho indemnizatorio que pudiese surgir a favor de la parte actora se encuentra extinguido por prescripción extintiva [ordinaria] en los términos del artículo 1081 del C. de Co.

Sin perjuicio de lo anterior, me atengo a lo que resulte demostrado en el curso de la presente actuación procesal.

6. **No es cierto.** Al respecto, **aclaro** que la señora MARIANA GUTIÉRREZ MUÑOZ presentó inicialmente ante METLIFE solicitud de indemnización, no obstante, dicha solicitud se encontraba incompleta, razón por la cual, METLIFE en diversas oportunidades requirió a la accionante para que allegara los documentos necesarios para dar trámite al “reclamo” en los términos del artículo 1077 del C. de Co. No obstante, los documentos faltantes para el pago fueron radicados ante METLIFE sólo hasta el día 07 de marzo de 2018.

7. **Es cierto.** METLIFE mediante misiva de fecha 08 de marzo de 2018 objetó el reclamo elevado por la señora MARIANA GUTIÉRREZ MUÑOZ, con base en las siguientes razones:

De acuerdo con apartes de la historia clínica de la Clínica de la Universidad de la Sabana y de la IPS Clinisanitas Ilarco, el señor Gutiérrez Preciado, quien venía en tratamiento por una diabetes mellitus conocida ya en el año 2014, fallece como consecuencia de las complicaciones relacionadas con enfermedad neoplásica mediastinal y pulmonar en estado metastásico.

Según la información suministrada por nuestro Departamento Técnico - Administrativo, el señor Gutiérrez Preciado ingresó a la póliza arriba indicada en calidad de asegurado, el día 06 de febrero de 2015. Sin embargo al diligenciar el cuestionario de estado de salud, omite declarar su condición médica relevante de diabetes mellitus.

Considerando la información anterior, nuestro Departamento Médico manifiesta que puede establecerse que el señor Gutiérrez Preciado, sufría de diabetes mellitus diagnosticada y tratada desde antes del inicio de la vigencia del contrato de seguro, antecedente que, a pesar de no tener relación con la causa del fallecimiento, de haberlo conocido la aseguradora en el momento del estudio del riesgo, se hubiera retraído de celebrar el contrato.

Es claro, por lo tanto, que el asegurado incurrió en reticencia e inexactitud, en los términos descritos por el Código de Comercio, en su artículo 1058, así:

"...El tomador está obligado a declarar 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 contrato..."

Por los argumentos anteriormente expuestos, lamentamos informarle que estamos objetando su reclamación presentada en nuestra compañía, en forma seria, oportuna y fundada.

Lo anterior de ninguna manera perjudicará cualquier otra defensa o derechos válidos para la Compañía.

Las restantes apreciaciones consignadas en el presente numeral **no son ciertas**, como puede apreciarse las razones invocadas por METLIFE al objetar el reclamo fueron serias, legítimas y fundadas, razón por la cual, no es procedente derivar ningún compromiso indemnizatorio a cargo de mi poderdante. Sin perjuicio de lo anterior, me atengo a las razones que serán esbozadas a lo largo del presente escrito y a lo que resulte acreditado en el curso de la presente actuación procesal.

- 8. No es cierto.** Contrario a lo señalado en el presente numeral del acápite de hechos de la demanda, el señor MARIO GONZALO SANTIAGO GUTIÉRREZ PRECIADO (Q.E.P.D.) ya contaba con un diagnóstico de “diabetes mellitus” al menos desde el año 2014. Dicha patología no fue informada a METLIFE al momento de diligenciar el cuestionario de asegurabilidad propuesto a instancia de mi representada, razón por la cual, deviene la nulidad relativa del Contrato de Seguro objeto de la presente controversia. Con todo, aun en el improbable evento en que el Despacho concluyera

que el referido contrato no está inmerso en causal de anulabilidad, pongo de relieve que la Póliza expedida por METLIFE excluyó expresamente toda cobertura frente a enfermedades y/o lesiones preexistentes.

9. Es cierto. Tal como fue explicado con anterioridad, METLIFE objetó el reclamo elevado por las accionantes con fundamento en razones serias, legítimas y fundadas. De esta manera, se torna improcedente la exigibilidad de cualquier compromiso indemnizatorio a cargo de mi representada, razón por la cual, no podría derivarse frente a ella ningún efecto de mora como lo pretende la parte actora. Sin perjuicio de lo anterior, me atengo a las razones que serán esbozadas a lo largo del presente escrito y a lo que resulte acreditado en el curso de la presente actuación procesal.

10. No se trata de un hecho, en estricto rigor, sino del cumplimiento del requisito de procedibilidad de la conciliación extrajudicial en derecho, razón por la cual, me atengo lo consignado en la respectiva constancia.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO CONTRA LA DEMANDA.

1. Ausencia de cobertura: Los hechos que fundamentan el reclamo de las accionantes con ocasión del deceso del señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) son ‘preexistentes’ a la entrada en vigencia de las Póliza objeto de la controversia.

En primer término, no puede perderse de vista que la obligación indemnizatoria que surge a cargo del Asegurador, en caso de producirse la realización del riesgo materia de cobertura, es de carácter *condicional*, en la medida en que la producción del riesgo debe producirse necesaria e indefectiblemente durante la vigencia contractual.

Lo anterior, se explica en la medida en que, el riesgo asegurable (art. 1.054 C.Co.) –por definición- consiste en un hecho futuro e incierto, lo cual se contrapone, desde el punto de vista jurídico conceptual, a los acontecimientos de carácter cierto, frente a los cuales no tienen ningún efecto práctico la cobertura asegurativa.

En este sentido, el profesor J. EFRÉN OSSA al referirse a la noción de riesgo asegurable en el marco de la legislación colombiana, puntualizó:

“(…) Los hechos ya ocurridos, por *ciertos*, escapan también, como es obvio, a la noción de riesgo. La incertidumbre del suceso ha de ser *objetiva*. Refiriéndose, precisamente, al art. 1054 del C. de Co., ha dicho la Corte: ‘Fluye del texto transcrito que el riesgo asegurable debe ser incierto objetivamente y, además, futuro. **Los hechos ya acontecidos, por ser ciertos y, por ende, no ser futuros, ya no entrañan riesgo asegurable de conformidad con la ley.** Como tampoco la incertidumbre cuando es subjetiva.’² (Negrilla fuera de texto).

En refuerzo de lo expuesto con antelación, no puede perderse de vista lo previsto por el artículo 1.073 del Código de Comercio, que a saber prescribe:

“Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consuma 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.”(Negrilla y subrayado fuera de texto).

² OSSA GÓMEZ, J. Efrén. Teoría General del Seguro. El Contrato. Segunda Edición actualizada. Bogotá, 1.991, pp.95

Así las cosas, a METLIFE **NO** le asiste responsabilidad alguna por “hechos desencadenantes” de un potencial reclamo que se hayan originado con anterioridad a la entrada en vigencia del Contrato de Seguro instrumentado en las Póliza objeto de la presente controversia, la cual, como es sabido, inició su vigencia a partir del día 06 de febrero de 2015.

En efecto, el deceso del señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) ocurrido el pasado 25 de octubre de 2017 se produjo con motivo de un cuadro patológico previo o preexistente que amén de no haber sido informado a METLIFE, correspondería, en todo caso, a la realización de una circunstancia expresamente excluida de cobertura.

Traducido lo anterior al caso que nos ocupa, ello quiere decir que el cuadro patológico que sufrió el señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.), que desencadenó su posterior deceso era un **hecho cierto** que se produjeron con anterioridad a su ingreso como asegurado a la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314**, esto es, el pasado 06 de febrero de 2015.

Por lo tanto, las circunstancias, en las que se materializó la incapacidad que sufre el accionante, no corresponden a un **riesgo asegurado** que se haya producido durante la vigencia de la Póliza, razón por la cual, es improcedente derivar cualquier compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE, a la luz de las normas generales que rigen el Contrato de Seguro y sus elementos esenciales.

Así las cosas, la negativa de METLIFE frente al pago reclamado, halla su sustento en las normas que gobiernan el Contrato de Seguro, por consiguiente, no se avizora en este litigio hecho alguno que modifique la postura de mi poderdante en relación con la improcedencia del reclamo elevado por el señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.).

2. Inexigibilidad de obligación alguna a cargo de METLIFE: El marco fáctico del reclamo elevado por las accionantes con motivo del deceso del señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) corresponde a la realización de una EXCLUSIÓN.

Sin perjuicio de las consideraciones esbozadas en el acápite precedente, me veo forzado a señalar que los supuestos fácticos que originan el reclamo elevado por el extremo demandante, corresponden a la materialización de una *exclusión*, prevista en las Condiciones Generales o Clausulados aplicables al amparo de Incapacidad Total y Permanente.

En primer término, no debe perderse de vista lo previsto por el artículo 1.056 del Código de Comercio, que a saber preceptúa: “(...) *Con las restricciones legales, el asegurador podrá a su arbitrio, asumir todo o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado (...)*”.

Así, merced al acuerdo contractual, vertido de ordinario en su totalidad en el cuerpo de la póliza de seguros, es viable delimitar el cúmulo de riesgos que serán asumidos por el Asegurador en virtud del negocio jurídico aseguraticio. En ese sentido, el proceso de estructuración y definición de los riesgos que se asumirán, deben tenerse en cuenta las limitaciones legales que en esta materia existen, razón por la cual la autonomía privada se verá restringida, de manera ciertamente excepcional, por disposiciones legales de rango imperativo que impiden la asunción de riesgos –como ocurre con el dolo, la culpa grave y

los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario en virtud de lo previsto por el artículo 1.055 del Código de Comercio-

Sumado a lo anterior, no puede perderse de vista que el contenido del contrato de seguro es de interpretación restrictiva, conforme lo ha establecido en forma reiterada la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, que al respecto ha señalado:

“(...) En efecto, tomando como punto de forzosa referencia los postulados básicos que acaban de señalarse, la doctrina jurisprudencial (G.J. T. CLXVI pág. 123) tiene definido de vieja data que en orden a impedir las nocivas tendencias, tanto de quienes reclaman con el propósito de procurar conseguir beneficios extraños al seguro contratado, lo que sin duda redundaría en menoscabo para la mutualidad de riesgos homogéneos creada, como de los aseguradores de exonerarse de responder desconociendo razonables expectativas que del contrato emergen para aquellos, este último debe ser interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley (Arts. 1.048 a 1.050 del C de Com), los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria. Dicho en otras palabras, el contrato de seguro es de interpretación restrictiva y por eso en su ámbito operativo, para determinar con exactitud los derechos y las obligaciones de los contratantes, predomina el texto de la que suele denominarse ‘escritura contentiva del contrato’ (...)”³

Sin perder de vista lo anterior, huelga acotar que la obligación indemnizatoria a cargo del Asegurador es de carácter condicional, su exigibilidad se encuentra supeditada a la verificación fáctica del siniestro, concebido éste como “*la realización del riesgo asegurado*”, según las voces del artículo 1.072 del Código de Comercio.

³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 29 de enero de 1998, M.P. Carlos Esteban Jaramillo, expediente 4894. Valga anotar que la tesis jurisprudencial que se cita, ha sido objeto de reiteración en las providencias de fecha 1º de agosto de 2002 M.P. Jorge Santos Ballesteros, expediente 6907; la de 5 de diciembre de 2006 M.P. Carlos Ignacio Jaramillo, expediente No. 00812-01; y la de 19 de diciembre de 2008, M.P. Arturo Solarte Rodríguez.

Acorde con lo expuesto, el detonante de la exigibilidad del compromiso indemnizatorio se enmarca en la realización del riesgo asegurado previamente delimitado temporal y causalmente por el Asegurador, conforme a lo preceptuado por el artículo 1.056 del Código de Comercio.

De ahí que la configuración del siniestro en un caso puntual, demandará del encuadramiento temporal, fáctico y causal dentro de los elementos desencadenantes de la cobertura y cuya realización **NO** encuadre dentro de las circunstancias de *exclusión*.

En efecto, téngase presente que en la Solicitud de Seguro debidamente diligenciada y suscrita por el señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) el pasado 06 de febrero de 2015, se lee, a saber: “(...) **Entiende y acepta que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación? SI. (...)**” De lo anterior, se desprende que el señor PRECIADO GUTIÉRREZ aceptó [desde la etapa precontractual] que la Póliza que pretendía tomar no ofrecía cobertura frente a preexistencias médicas [fueran o no declaradas] ante el asegurador.

Quiere decir lo anterior, que el Asegurador METLIFE -desde el momento en que ofertó los términos que regirían el Contrato de Seguro- informó debidamente al Consumidor Financiero que las coberturas ofrecidas no se hacían extensiva frente a *preexistencias* [de su estado de salud] fueran o no declaradas.

Por tanto, aun si el Despacho concluyera que el Contrato de Seguro materia del presente litigio no está incurso en causal de nulidad relativa en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, en todo caso, los términos contractuales que rigen el Contrato de Seguro instrumentado, el marco fáctico en el cual se encuadra el reclamo elevado por las

accionantes, con miras a hacer efectivo el amparo de “muerte por cualquier causa”, corresponden a la realización de *exclusiones*.

En refuerzo de lo anterior, de conformidad con las Condiciones Generales y Particulares aplicables a la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314**, **no hay lugar a pago alguno**, cuando el siniestro halle su causa, consista en, o sea consecuencia directa o indirecta total o parcial de “(...) *Cualquier anomalía congénita, enfermedad o patología y/o lesiones que se hayan manifestado, diagnosticado y/o tratado antes de la fecha de iniciación de la cobertura individual (...)*.” (Véase Exclusión 3.1.3 del Clausulado General distinguido con el Código 11/05/2015-1413-P-34-VGDM 001).

Así las cosas, los motivos de objeción alegados por METLIFE son serios, legítimos y fundados, en la medida en que los mismos propenden no sólo al estricto cumplimiento de los términos contractuales que gobiernan las relaciones asegurativas documentadas en las Pólizas objeto de la presente contienda jurídico- procesal.

3. La Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314 NO cubre la incertidumbre subjetiva del señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) en torno a su estado de salud previo a la celebración del referido contrato.

En subsidio de lo anterior, aun en el evento en que se demostrase que el señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.), por virtud de sus condiciones síquicas, no conocía a cabalidad sus condiciones previas de salud en forma previa a la celebración de los Contratos de Seguro objeto del presente litigio, resulta oportuno precisar que dicha

circunstancia constituye, si acaso, la realización de un evento que NO constituye riesgo asegurado, de conformidad con lo establecido por el artículo 1.054 del Código de Comercio.

En efecto, no sobra recordar en este punto del debate que la noción de riesgo asegurado se encuentra enmarcada normativamente por lo preceptuado por el artículo 1.054 del Código de Comercio, que a saber enseña: “[d]enominase 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.**” (Negrilla fuera de texto).

De esta manera, la norma antes citada resulta aplicable aun a los seguros de personas –entre ellos el de vida-, razón por la cual, toda condición de salud anterior a la celebración del contrato de seguro conocida o no por el tomador y/o el asegurado o que debió ser conocida por ellos con anterioridad a la contratación de este seguro, entendiéndose por tales, cualquier enfermedad, lesión o defecto que se haya manifestado, diagnosticado o tratando antes de la fecha de la iniciación del presente amparo, **ya que se trata de situaciones y hechos ciertos no asegurables de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 1.054 del Código de Comercio.**

Con fundamento en lo anterior, en todo caso aun en el evento en que el Operador Judicial, desestimara la excepción de nulidad relativa del Contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314**, el presente reclamo carecería de cobertura a la luz de las Condiciones Generales y Particulares aplicables a las referida Póliza y de las normas que disciplinan el régimen normativo del Contrato de Seguro, por cuanto la incapacidad que afecta al asegurado hallaría su causa en una condición de salud anterior a la

celebración del Contrato de Seguro, con independencia que haya sido conocida o no por el señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.).

De esta manera, las pretensiones de la demanda están llamadas al fracaso y así lo deberá declarar el Operador Judicial que avocó el conocimiento de la presente controversia.

4. Nulidad Relativa del Contrato de Seguro celebrado entre el demandante y METLIFE.

6.1 La nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo en legislación nacional.

El régimen de nulidad relativa del contrato de seguro se encuentra contemplado en el artículo 1.058 del Código de Comercio, y tiene como propósito, de una parte, salvaguardar la pureza del consentimiento del Asegurador en su condición de parte contractual, en lo que concierne a la real entidad del riesgo que pretende serle trasladado por el tomador del contrato de seguro, de esa forma garantiza que exista debida proporción entre la prima o precio del seguro y la entidad del riesgo, garantizando así el pilar del equilibrio técnico – económico que constituye el sustrato de la relación aseguraticia.

Así las cosas, el régimen de reticencias e inexactitudes del contrato de seguro y la consecuente declaración de nulidad relativa del contrato tiene una particular proyección en el negocio jurídico asegurativo al propender por el equilibrio entre la remuneración que percibe el asegurador de cara a la entidad verdadera del riesgo asegurado, permitiéndole decidir, en un caso concreto, si asume o no un determinado riesgo, en atención a los patrones técnicos y estadísticos respectivos, y de los criterios actuariales y matemáticos sobre los cuales se cimenta el establecimiento de la correspondiente prima.

La carga de declarar verazmente el estado del riesgo recae en la esfera de la parte asegurada, quien se encuentra en contacto permanente con el interés que se pretende asegurar, conoce con detalle las circunstancias en las que se desenvuelve y, por consiguiente, los riesgos que se ciernen sobre el mismo. En contraste, el Asegurador no se encuentra en capacidad de inspeccionar de manera previa a la celebración de todo contrato de seguro, los riesgos cuya traslación pretende hacerse efectiva, de ahí que la carga en comento tenga una particular proyección en el contrato de seguro, pues en ella la ubérrima buena fe en el campo comercial ocupa un rol preponderante, pues sobre ella se edifica la relación aseguraticia.

Al respecto el profesor Andrés E. Ordóñez, anota:

“Mucho se ha discutido si este régimen del artículo 1.058 C.Co. en torno al error inducido en el contrato de seguro, regula en su integridad el tema de los vicios del consentimiento en este contrato, y debe aplicarse sobre cualquier otra norma general relativa a esta materia dentro de las normas que regulan la nulidad del contrato, las cuales no tendrían aplicación en el caso del contrato de seguro. JOSÉ FERNANDO TORRES, en la ponencia presentada a propósito de este tema en el XXIII Encuentro de la Asociación Colombiana de Derecho de Seguros reunido en Cali en octubre de 2.002, señalaba a este respecto, haciendo una referencian muy útil a la doctrina general sobre la materia y a nuestra propia jurisprudencia:

‘Se discute si el régimen especial establecido en el contrato de seguro le impide o no al asegurador invocar también las reglas del Código Civil, y es éste un aspecto sobre el cual existe división de la doctrina. HALPERIN considera que tales reglas no pueden ser invocadas por el asegurador, en cuanto se trata de un régimen especial, distinto del general de los actos jurídicos. GARRIGUES, por su parte, estima que ‘no podría aplicarse la doctrina de los vicios de la voluntad, porque lo que decide no es posible error motivado por la declaración, sino el hecho de que sean objetivos o verdaderos los datos de la declaración.’ TIRADO SUÁREZ, sin embargo, fue de la opinión, expresada con ocasión de la hipótesis de inexistencia de cuestionario y con anterioridad a las modificaciones efectuadas en 1.990 a la ley española del contrato de seguro de 1980, que este contrato puede ser invalidado si existe error, dolo o falsedad de la causa, con independencia del principio general contenido en la ley del contrato de seguro, pues de lo contrario tal inexistencia constituiría ‘una patente de corso para engañar y defraudar al asegurador que

carecería, en consecuencia, de toda protección ante esta actuación...’ STIGLITZ, por su parte, señala que la disciplina de la reticencia ‘en algunas cuestiones puntuales aparece como específicamente aplicable en sustitución del régimen de vicios de la voluntad que regula los contratos’.

La Corte Suprema de Justicia, en sentencia proferida el 13 de noviembre de 1.970 en vigencia del derogado Código de Comercio Terrestre, había señalado que “Al igual de todo contrato, el seguro es rescindible, si cualquiera de las partes, al celebrarlo ha sufrido un vicio del consentimiento por error, fuerza o dolo (arts. 1.602 y 1.508 C.C.). En el contrato de seguro [...] la ley presume que hay vicio en el consentimiento del asegurador y por ende le otorga la facultad de solicitar la rescisión correspondiente, cuando el declarante ha hecho declaraciones falsas o erróneas o simplemente ha incurrido en reticencias....’ Con lo cual claramente desarrollaba la teoría del Código Civil.

En rigor, el régimen especial contenido en el artículo 1.058 es más exigente o estricto que el régimen general de los vicios del consentimiento y en esa medida se preferirá, naturalmente, al general, en aquellos aspectos en que no exista incompatibilidad, como sucedería en presencia de la fuerza. Pero en punto al error o al dolo, creemos que la reglamentación especial que se refleja en artículo 1.058 citado impide darle curso al régimen general del dolo o del error porque en tal caso ha de entenderse que se está en presencia de una hipótesis reglada que se pone de manifiesto en la reticencia o en la inexactitud. Sería en cualquier caso excesivo pensar que el asegurador pudiese invocar, en sustento de la nulidad relativa, tanto la norma especial como la general, y más aún cuando, como ya se anotó, la primera le brinda una mayor protección.’

A nuestro modo de ver el artículo 1.058 es un desarrollo específico del régimen general de los vicios de la voluntad para el contrato de seguro dirigido a regular el tema del ‘error inducido’ por la conducta de una de las partes, concretamente del tomador, en atención a la carga especial que éste tiene en la etapa previa a la formalización de este contrato, pero la existencia de este régimen especial no descarta la aplicación de las reglas generales sobre vicios del consentimiento cuando se trata de vicios diferentes al error cuando no es inducido por la conducta del tomador. Creo que no es discutible el hecho de que errores en que puedan incurrir tanto el tomador como el asegurado respecto del objeto del contrato, aun no determinados por la conducta de su contraparte, podrían determinar la nulidad relativa del contrato con base en normas generales.

Sin necesidad de hacer un análisis exhaustivo de todas y cada una de las normas del Código Civil que, a partir de su artículo 1508, regulan de manera general los vicios

del consentimiento, puede verificarse fácilmente que ninguna de ellas contradice o se opone sustancialmente al régimen del artículo 1058 C. Co.

No obstante, debe anotarse que una particularidad relevante de la regulación del contrato de seguro en punto al error inducido que analizamos, cuando éste es generado por el dolo del tomador, resulta contrastante con el régimen del Código Civil: ella se refiere al fenómeno del dolo incidental, que sí afecta al contrato de seguro cuando normalmente no afecta al resto de los contratos.

El dolo incidental que se encuentra regulado entre nosotros por el artículo 1.515 C.C., es el dolo que no ha sido determinante del contrato mismo, sino de ciertas condiciones suyas. El artículo 1.515 C.C. dentro del régimen general de las obligaciones y de los contratos, de los negocios jurídicos en general, nos indica que cuando el dolo es incidental, y no ha determinado a parte inocente a contratar, no genera nulidad del negocio sino simplemente reparación de perjuicios o disminución de prestaciones. Sin embargo, como lo acabamos de ver, el dolo incidental de la parte asegurada en la declaración del estado del riesgo, que como tal haya llevado al asegurador a contratar en ciertas condiciones, sí genera la nulidad relativa del contrato de seguro. Si estuviéramos frente a un contrato cualquiera, aplicando el régimen general, ese dolo incidental no tendría la virtualidad de generar una nulidad relativa.

El régimen especial establecido en el artículo 1.058 C.Co. respecto del error inducido, presenta además particularidades especialísimas adicionales frente al régimen general de los vicios del consentimiento en dos aspectos fundamentales: a. La preservación del efecto de la causación de la prima en el contrato de seguro declarado nulo por inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo, b. La desaparición del efecto de la nulidad relativa cuando la inexactitud o reticencia resulta ser debida a error inculpable del tomador. En cuanto al primero, se trata de una excepción al efecto retroactivo que usualmente tiene la declaratoria de nulidad del contrato conforme a la vieja regla consagrada en el artículo 1.746 C.C., con el objeto de preservar el efecto de la causación de la prima a favor del asegurador como sanción económica a cargo del tomador que con su conducta ha determinado indirectamente la nulidad. En cuanto a lo segundo, debe hacerse una análisis más a fondo (...)"⁴

⁴ ORDÓÑEZ ORDÓÑEZ, Andrés E. *Lecciones de derecho de seguros No. 3. Las obligaciones y cargas de las partes en el contrato de seguro y la inoperancia del contrato de seguro*. Ed. Universidad Externado de Colombia. Primera edición, 2004, pp. 24-28

En suma, el régimen de nulidad relativa previsto para el contrato de seguro difiere al previsto por el Código Civil y, por consiguiente, el artículo 1.058 del Código de Comercio es la norma que debe ser aplicada en caso de presentarse inexactitud o reticencia por parte asegurada, eso sí causándose la correspondiente causación de prima a favor de METLIFE, conforme se explicará a lo largo del presente escrito.

6.2 NO es necesario que se predique una relación causal entre la declaración inexacta y/o reticente y el siniestro para que opere la declaración de nulidad del Contrato de Seguro en los términos del artículo 1.058 del Código de Comercio.

No debe perderse de vista que el régimen de nulidad relativa contemplado en el artículo 1.058 del Código de Comercio, orientado como se ha visto a salvaguardar el equilibrio económico del Contrato de Seguro en lo tocante a la proporción que debe existir entre el riesgo y la prima, no demanda la existencia ni mucho menos la demostración de un nexo de causalidad entre la declaración anómala del tomador y el siniestro producido.

Sobre el particular, la Honorable Corte Constitucional mediante sentencia C-232 del 15 de mayo de 1.997 con ponencia del Doctor Jorge Arango Mejía, sostuvo:

“(…) En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia

riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: “Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato.” (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).”

6.3 En virtud de la proyección de la Buena Fe que irradia al Contrato de Seguro en su etapa preliminar o precontractual el Asegurador NO se encuentra obligado a inspeccionar en forma previa el riesgo que le pretende ser trasladado por el futuro tomador.

Valga la pena anotar que en virtud del particular régimen normativo que orienta el desarrollo de la institución de la rescisión del Contrato de Seguro por la declaración inexacta y/o reticente en que incurra el candidato a tomador en la esfera contractual, la Corte Constitucional al examinar la exequibilidad del artículo 1.058 del Código de Comercio, señaló enfáticamente que el Asegurador no se encuentra en la obligación de inspeccionar el estado del riesgo. En efecto, en la Sentencia C-232 del 15 de mayo de 1.997, en los siguientes términos:

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de

consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es *uberrimae bonae fidei contractus*, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.

El régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas: la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos y cada uno de los riesgos contratados, que explica por qué el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y por qué éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe. Finalmente, la justicia conmutativa hace fácil entender que si el asegurador está normalmente obligado a proceder con base en una extrema confianza respecto de la persona y las declaraciones del tomador, es equitativo y razonable que la traición de esa inusual confianza se castigue con sanciones que excedan los niveles ordinarios. (...)”⁵

6.4 En todo caso, aun en el evento en que realice una inspección del estado del riesgo mediante la realización de los correspondientes exámenes médicos, dicha

⁵ Corte Constitucional. Sentencia C-232 del 15 de mayo de 1.997 M.P. Jorge Arango Mejía. Expediente D-1485.

labor no exime al tomador de cumplir con la carga de declarar sincera y verazmente el estado del riesgo ni de los efectos nugatorios del Contrato de Seguro.

En efecto, en tratándose de las circunstancias que rodean el estado del riesgo y, en particular, las condiciones del asegurado, en principio suponen necesaria e indefectiblemente, que el tomador sea la persona adecuada para declarar en forma idónea sobre sus antecedentes de salud.

De esta manera, aun en el evento en que el tomador haya sido sometido a la práctica de exámenes médicos por parte del Asegurador, dicha circunstancia *per se* no exonera a la parte asegurada de no incurrir en declaraciones inexactas y/o reticentes, por cuanto las labores, pesquisas y demás medios de indagación empleados por el Asegurador apenas constituyen un complemento frente a la información obtenida de primera mano por quien se encuentra en proximidad con el riesgo que pesa sobre su salud, vida o bienes.

Sobre el particular, la Honorable Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha señalado:

“Así, admitiendo, sólo como hipótesis, que al asegurado basta atender estrictamente las preguntas de la declaración dirigida, en el caso presente la respuesta del asegurado a los datos inquiridos por el asegurador fue insuficiente, y en materia grave, pues cuando se vio compelido a responder sobre sus antecedentes de úlceras en el estómago, no podía dejar de informar que había sufrido una de ellas en el esófago, sin caer en desatención del principio de la buena fe. Dicho de otro modo, más allá de si el asegurado cumple con el deber de buena fe con sólo responder por aquello que se le indaga y nada más, en el caso que transita por la Corte el asegurado positivamente fue indagado por la enfermedad, el padecimiento de úlceras, sin que sea susceptible de equívocos la ubicación de esa patología, pues lo cierto es que sí la padeció.

No es entonces relevante el lugar de manifestación de la enfermedad, como lo entiende el censor, en particular porque la pregunta por úlceras del estómago concierne razonable y lógicamente la posible presencia de esa dolencia en las partes componentes o adyacentes al mismo. El principio de buena fe que debe presidir al comportamiento del asegurado queda maltrecho en grado sumo, cuando un asegurado pretende no sentirse preguntado en la encuesta acerca de úlceras antecedentes, si es que las ha tenido en el esófago y no en el estómago, como si la exigencia profesional que se le hace al asegurador por el casacionista, la de proveer un cuestionario técnico, pudiera llegar al extremo de tener que detallar minuciosamente la compleja anatomía humana y hacer exhaustiva mención de todas las patologías posibles.

En materia contractual la protección de quienes concurren al negocio jurídico 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 viene a estar asociada a la intimidad del asegurado.

Así las cosas, la reserva que rodea la información sobre los datos precisos de la salud del asegurado, hace que éste sea la fuente principal y privilegiada, circunstancia que incrementa en grado sumo el deber de obrar con buena fe. En síntesis, mientras que razonablemente es de esperar que sobre su salud el asegurado lo sepa todo, o por lo menos la información más relevante, el asegurador todo lo ignora. Y si el asegurador buscara información en otro lugar, operarían mecanismos de bloqueo a los datos, veda justificada por el derecho a la intimidad.

Así las cosas -se insiste-, la fuente privilegiada -aunque no exclusiva- de conocimiento es el propio asegurado, porque autoriza el acceso a la historia clínica, permite el examen de su cuerpo o brinda los datos correspondientes, ya sea llenando una encuesta médica o a través de una entrevista con el galeno.

Esta especie de 'monopolio' del conocimiento que maneja el asegurado sobre el estado de su salud y los antecedentes médicos, viene a justificar aún más la imposición de un especial deber de conducta que le conmina a obrar con absoluta honestidad en la declaración que haga, lo cual le prohíbe callar información relevante que a su disposición se halla y que en condiciones normales no es asequible para el asegurador, pues no se brinda a cualquiera. Por todo ello, es reprochable la conducta del asegurado que se escuda en que calló un dato significativo porque sobre él no le indagaron, aunque, repítase, razonablemente una pregunta sobre úlceras en el estómago comprende razonablemente las del esófago.”⁶

6.5 La declaración del estado del riesgo con arreglo al formulario propuesto por el Asegurador

La legislación mercantil parte del presupuesto, según el cual, la declaración en torno al estado del riesgo se efectúa en torno al cuestionario formulado por el asegurador, por consiguiente, limita el alcance de la inexactitud y/o reticencia a los interrogantes que ha planteado. Adicionalmente, la existencia del cuestionario alivia la carga de la prueba en torno a la modalidad culposa o dolosa de la declaración inexacta y/o reticente.

Traducido lo anterior al caso que nos ocupa, se corrobora con los medios de prueba aportados con el presente escrito que mi representada formuló al asegurado MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.), el correspondiente cuestionario relativo a su estado de salud, según se comprueba con el certificado de seguro – Declaración de asegurabilidad- y el documento denominado “declaración personal de salud”, debidamente suscritos por el asegurado.

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Casación Civil del 19 de diciembre de 2.005. M.P. Edgardo Villamil Portilla.

6.6 Análisis del caso concreto: la configuración de la nulidad relativa del Contrato de Seguro instrumentado en la Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314.

El señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) ingresó como asegurado a la Compañía que representó el día 06 de febrero de 2015.

En virtud del negocio jurídico aseguratorio celebrado entre las partes, el deber indemnizatorio y la producción de efectos finales del referido contrato, se hallaba supeditado al cumplimiento de las cargas, deberes y obligaciones a cargo del Tomador y Asegurado, incluyendo la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo (concerniente a sus condiciones de salud) de conformidad con el cuestionario propuesto por el Asegurador METLIFE.

Valga anotar que el día 06 de febrero de 2015 en forma previa a la celebración del contrato de seguro y al asentimiento de METLIFE, el asegurado MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) diligenció el cuestionario adjunto a la Solicitud de Seguro, respondiendo en forma negativa a las siguientes preguntas:

Declaración de asegurabilidad:

CUESTIONARIO DE ASEGURABILIDAD (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA)

1. ¿Ha padecido alguna enfermedad crónica, ha recibido tratamiento médico por cualquier enfermedad que genere o haya generado daños irreversibles o ha presentado síntomas de cualquiera de los siguientes padecimientos: Cáncer, Células Anormales, Tumores Malignos, Leucemia, Afecciones Cardíacas, Trombosis, Malfuncionamiento de los Riñones o Infecciones por VIH o SIDA? NO

2. ¿Más de dos miembros de su familia inmediata (ejemplo: padres o hermanos) antes de llegar a los 60 años de Edad, padecieron, recibieron tratamiento o presentaron síntomas de Cáncer, Células Anormales, Tumores Malignos, Leucemia, Afecciones Cardíacas, Trombosis o Malfuncionamiento de los Riñones? NO

3. ¿Actualmente o en los últimos 24 meses ha acostumbrado fumar más de 20 cigarrillos al día y/o beber más de 7 vasos de alcohol al día? NO

4. Actualmente usted está buscando tratamiento médico o ha sido incapaz de desarrollar sus actividades normales por más de 5 días consecutivos debido a enfermedad (otra que no sea debido a embarazo) en los últimos 5 años NO

5. ¿Entiende y acepta que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación? SI

6. ¿Entiende y acepta que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación? SI

Acepto que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro


FIRMA TARJETAHABIENTE


FIRMA ASEGURADO

Las demandantes -invocando su presunta calidad de beneficiarias legales del señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.)- presentaron la correspondiente reclamación ante METLIFE con el fin de afectar el amparo básico de “muerte por cualquier causa”, presentando para tal fin el Formulario de Reclamación correspondiente, entre otros documentos. Valga anotar que el presente reclamo fue tramitado por mi representada bajo el número 18601128.

No obstante, METLIFE con amparo en lo previsto en el artículo 1.058 del Código de Comercio y con arreglo a las Condiciones Generales y Particulares de la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314**, objetó el pago indemnizatorio reclamado por el Convocado MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.), a través de misiva de fecha 25 de julio de 2018, toda vez que el asegurado había incurrido en declaraciones inexactas y/o

reticentes al momento de declarar el estado del riesgo que pretendía trasladar a mi representada.

En ese sentido, METLIFE comunicó a las reclamantes -hoy demandantes- los motivos de objeción en los siguientes términos:

De acuerdo con apartes de la historia clínica de la Clínica de la Universidad de la Sabana y de la IPS Clinisanitas Ilarco, el señor Gutiérrez Preciado, quien venía en tratamiento por una diabetes mellitus conocida ya en el año 2014, fallece como consecuencia de las complicaciones relacionadas con enfermedad neoplásica mediastinal y pulmonar en estado metastásico.

Según la información suministrada por nuestro Departamento Técnico - Administrativo, el señor Gutiérrez Preciado ingresó a la póliza arriba indicada en calidad de asegurado, el día 06 de febrero de 2015. Sin embargo al diligenciar el cuestionario de estado de salud, omite declarar su condición médica relevante de diabetes mellitus.

Considerando la información anterior, nuestro Departamento Médico manifiesta que puede establecerse que el señor Gutiérrez Preciado, sufría de diabetes mellitus diagnosticada y tratada desde antes del inicio de la vigencia del contrato de seguro, antecedente que, a pesar de no tener relación con la causa del fallecimiento, de haberlo conocido la aseguradora en el momento del estudio del riesgo, se hubiera retraído de celebrar el contrato.

Es claro, por lo tanto, que el asegurado incurrió en **reticencia e inexactitud**, en los términos descritos por el Código de Comercio, en su artículo 1058, así:

"...El tomador está obligado a declarar 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 contrato..."

Por los argumentos anteriormente expuestos, lamentamos informarle que estamos objetando su reclamación presentada en nuestra compañía, en forma seria, oportuna y fundada.

Lo anterior de ninguna manera perjudicará cualquier otra defensa o derechos válidos para la Compañía.

Así las cosas, el Contrato de Seguro de Vida Grupo instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314** se encuentra incurso en **causal de nulidad relativa** y, por consiguiente, a METLIFE no le asiste obligación indemnizatoria alguna en virtud del reclamo elevado por el asegurado.

Por lo demás, valga anotar, que la nulidad relativa en nuestro ordenamiento jurídico es controvertible tanto por acción como por excepción, razón por la cual, teniendo presente que la nulidad relativa que nos ocupa no ha sido subsanada por las causales contempladas en la

ley encontrándose, en todo caso, mi poderdante METLIFE dentro del término legal para hacer efectiva su declaración por vía de excepción, deberá el Despacho acoger favorablemente el presente medio exceptivo y, en rigor, desestimar la totalidad de las pretensiones de la demanda.

5. En virtud de la nulidad relativa del Contrato de Seguro documentado en la Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314, METLIFE se encuentra facultado legal y contractualmente a retener la totalidad de la prima a título de pena.

Con fundamento en lo expresado con anterioridad, los Contratos de Seguro instrumentados en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314** es **nulo** y, por consiguiente, a METLIFE no le asiste obligación indemnizatoria alguna en virtud del reclamo elevado por el demandante MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.).

Ahora bien, como consecuencia de la rescisión del contrato por **nulidad relativa**, mi representada se encuentra facultada para retener la totalidad de la prima pagada a título de pena, según las voces del artículo 1.059 del Código de Comercio, que a saber preceptúa: *“[r]escindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.”*

Por consiguiente, teniendo presente que en el caso *sub examine* se encuentran debidamente acreditados los fundamentos fácticos y jurídicos de la declaratoria de nulidad relativa a instancia del Juez debe declararse que mi representada **NO** se encuentra obligada a devolver las primas pagadas a la demandante, toda vez que por virtud del precepto normativo antes citado METLIFE se encuentra facultada legalmente para retener la totalidad de la prima a título de pena.

6. En el caso *sub examine* no es procedente la “compensación” o “subsanción” del *dolo* del asegurado MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) con la eventual *culpa* a cargo de METLIFE en torno al conocimiento del estado del riesgo.

En subsidio de los medios exceptivos formulados con anterioridad, no puede echarse de menos que a lo largo del escrito introductor del presente litigio, el actor pretende lograr a ultranza la efectividad del compromiso indemnizatorio a cargo de mi poderdante- a sabiendas que el Contrato de Seguro de Vida Individual documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314** se encuentra inmerso en causal de nulidad relativa, razón por la cual, no debe perderse de perspectiva que la carga del tomador de declarar sincera y verazmente el estado del riesgo, se encuentra presente en todo el proceso previo a la formalización del contrato, conforme se deduce del artículo 1.058 del Código de Comercio, ya examinado.

En ese orden de ideas, teniendo en cuenta que se encuentra cabalmente demostrada la existencia de declaraciones reticentes e inexactas conscientes del asegurado, es factible colegir que la omisión del deber de declarar sinceramente el estado del riesgo fue intencional y consecencialmente dolosa, sobre circunstancias que resultaba, dada la naturaleza del seguro de vida, no sólo relevante respecto del estado del riesgo sino que determinaba necesariamente la ocurrencia del siniestro apenas celebrado el contrato.

De esta manera surge el siguiente interrogante, ¿puede excusarse ese dolo evidente del señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) con la culpa del asegurador, incluso en el evento que ésta última exista? Frente a ello, considero la respuesta al presente interrogante es negativa, conforme procedo a explicar en líneas subsiguientes.

Al respecto, resulta oportuno para los fines del presente litigio el alcance delimitar del conocimiento presuntivo a cargo del Asegurador previsto en el artículo 1.058 del Código de Comercio, en torno a las circunstancias que rodean el estado del riesgo que “*deben ser conocidas por el asegurador*”, con el fin de establecer si es procedente o no subsanar los efectos de la declaración judicial de nulidad relativa, en los casos en que el Asegurador pudo conocer el estado del riesgo que le pretendía ser trasladado, de haberse desplegado las labores de inspección previa del riesgo o, inclusive, la realización de los correspondiente exámenes médicos, entre otras.

En este sentido, llamo la atención del Despacho en el sentido que el Contrato de Seguro es de ubérrima buena fe, razón por la cual, como fue explicado en los acápites precedentes, el Asegurador halla en la declaración de asegurabilidad y el consecuente cuestionario diligenciado por el tomador, los insumos fundamentales con base en los cuales adoptará la determinación de celebrar el contrato de seguro o no, y en caso de ser ello así, establecer la consecuente contraprestación a su favor merced a la matiz objetiva del riesgo, máxime si se tiene en cuenta que éste **NO** se encuentra obligado a inspeccionar en forma previa el estado del riesgo.

De esta manera, ubicándonos en un escenario previo al perfeccionamiento del Contrato de Seguro, el Asegurador se encuentra en situación de desconocimiento de todas las circunstancias que afectan el estado del riesgo y que hayan sido omitidas en forma intencional en la declaración de asegurabilidad, impone un análisis mucho más detallado en atención a las particularidades del caso *sub lite*.

En todo caso, reitero que la mera circunstancia que mi representada METLIFE haya sometido al potencial tomador a la práctica de exámenes médicos con el fin de complementar la información vertida en el cuestionario adjunto a la declaración de asegurabilidad, ello **NO**

implica en forma alguna que el tomador se encuentre eximido del deber de informar sincera y verazmente el estado del riesgo que pretendía trasladar al Asegurador.

Al respecto, recalco que la nulidad relativa por inexactitud y/o reticencia se produce aun en los casos en que el tomador aduzca obrar de buena fe o aun en los eventos en que ignore sin negligencia las circunstancias del estado del riesgo.

Por consiguiente, si en estos casos, se produce la nulidad relativa del contrato de seguro, no se explica por qué sería otra la solución en el evento *sub judice*, si se tiene presente que el señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.), no sólo omitió informar verazmente el estado del riesgo sino, incluso, manifestó en forma contraria a la realidad que no tenía ninguna enfermedad [pese a que había sido diagnosticado de diabetes mellitus al menos desde el año 2014] y que no había recibido tratamiento médico o que había sido incapaz de desarrollar sus actividades normales por más de cinco (5) días consecutivos debido a enfermedad durante los últimos cinco (5) años anteriores a la celebración del Contrato de Seguro con METLIFE.

Al amparo del razonamiento antes esbozado, llamo poderosamente la atención del Despacho en el sentido que **NO** es viable aceptar que el beneficiario demandante derive un lucro, a todas luces, ilícito de un contrato de seguro celebrado en las condiciones antes anotadas.

Por consiguiente, al caso de marras resulta aplicable la previsión normativa prevista en el artículo 1.515 del Código Civil, que a saber enseña:

“El dolo no vicia el consentimiento sino cuando es obra de una de las partes, y cuando además aparece claramente que sin él no hubiera contratado.

En los demás casos el dolo da lugar solamente a la acción de perjuicios contra la persona o personas que lo han fraguado o que se han aprovechado

de él; contra las primeras por el total valor de los perjuicios y contra las segundas hasta concurrencia del provecho que han reportado del dolo.” (Negrilla fuera de texto).

Traducido lo anterior al caso que ocupa la atención de la presente *litis*, se concluye que no se produce la invalidez del negocio jurídico en los eventos en que ambos contratantes actúen con dolo. No obstante, dicha solución no es idéntica, frente a los casos en que el tomador actúe con dolo y el Asegurador obre con *culpa*, hipótesis en la cual, el contrato nace a la vida jurídica inmerso en causal de anulabilidad.

Por otra parte, reitero que la esencia de la presente controversia está en la declaración de asegurabilidad, por cuya virtud se hace el asegurador a la información atinente a las circunstancias que afectan el estado del riesgo; la asunción del mismo y el cálculo de la prima se apoyan en la que allí brinde el tomador, quien [sea ésta dirigida o espontánea] tiene en sus hombros una carga de responsabilidad y solvencia que le impone comunicar al asegurador de manera fidedigna, veraz y oportuna de aquellas circunstancias, porque de no ser así nulidad relativa del contrato deviene como sanción del negocio.

En todo caso, aun en el eventual e improbable evento en que el despacho llegase a establecer a cargo de mi poderdante METLIFE un conocimiento presuntivo del estado del riesgo con base en la indagación realizada por éste, ello no comporta, desde luego, que por ese conducto ha de entenderse enterado de aspectos que desbordan los confines de esas indagaciones, sobre los cuales, es natural, no hay lugar a suponer ese conocimiento.

Con arreglo a lo expresado con anterioridad, **NO** es procedente colegir –como erradamente lo pretende el extremo actor- que toda eventual causal de nulidad del Contrato de Seguro documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314** se haya subsanado y, por consiguiente, dicho negocio jurídico se encuentre en la aptitud para alcanzar el cometido indemnizatorio que se predica respecto de la obligación condicional a cargo del Asegurador.

Por consiguiente, las pretensiones del actor se encuentran llamadas al fracaso y así lo deberá declarar el Operador Judicial en la sentencia judicial que ponga término a la presente actuación procesal.

7. Reducción de la prestación del asegurador en el evento en que se demuestre que la reticencia y/o inexactitud halla su origen en un “error inculpable” de la tomadora y asegurada.

En subsidio de los medios exceptivos esbozados, en el lejano e improbable evento en que el Despacho estime que el señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) no incurrió en un error culpable concerniente a sus antecedentes patológicos derivados del diagnóstico de las enfermedades siquiátricas atrás descritas, deberá el Despacho dar aplicación a lo previsto en el inciso 3° del artículo 1.058 del Código de Comercio, que a saber preceptúa: *“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.”* (Negrilla fuera de texto).

Así las cosas, si el Juzgador desestima la excepción de nulidad relativa del Contrato de Seguro documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314** y, bajo ese entendido, pretende derivar el compromiso indemnizatorio asumido por METLIFE se encuentra en la obligación de reducir la suma asegurada en caso de siniestro merced a la prima adecuada al estado del riesgo, en aras de preservar el equilibrio contractual del referido negocio jurídico aseguraticio.

8. Prescripción extintiva de las acciones y derechos emanados del Contrato de Seguro.

En subsidio de los medios exceptivos formulados con antelación, aun en el evento en que el Despacho estimase que existe alguna obligación exigible a favor de la parte demandante y respecto de mi representada METLIFE, la misma estaría **prescrita** en los términos del artículo 1.081 del Código de Comercio.

En efecto, el artículo en comento prescribe, a saber:

“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.”

Tomando en consideración que el deceso del señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) ocurrió el pasado 25 de octubre de 2017; es factible colegir que las accionantes conocieron [o debieron haber tenido conocimiento] de dicho hecho en la fecha en que se produjo su muerte; por consiguiente, dicho conocimiento real o presuntivo del hecho que da base a la acción dará inicio a la contabilización de la prescripción extintiva ordinaria prevista en el inciso segundo del citado artículo 1081 del Código de Comercio.

Bajo este entendido, el término límite de dos (2) con que contaban las accionantes para hacer exigible la obligación indemnizatoria derivada del deceso del señor MARIO SANTIAGO

PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) feneció el pasado 25 de octubre de 2019; pese a lo anterior, la demanda fue presentada cuando el término ya se encontraba superado, razón por la cual, no surtió el efecto de interrumpir el decurso prescriptivo.

Así las cosas, todo derecho indemnizatorio que se pudiere derivar frente a METLIFE se ha extinguido inexorablemente por virtud de la prescripción extintiva, en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

Sin perjuicio de lo anterior, me reservo el derecho de ampliar los fundamentos fácticos y jurídicos que informan el presente medio exceptivo en la oportunidad procesal correspondiente.

9. METLIFE NO ha incurrido en mora frente al reclamo elevado por el demandante tendiente a hacer efectivo el amparo de Incapacidad Total y Permanente previsto en la Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314.

Con arreglo a lo esbozado con antelación, en el caso que nos ocupa **NO** existe incumplimiento culposo alguno atribuible a mi representada METLIFE en la medida en que tal como ha sido explicado con detalle a lo largo del presente escrito, el negocio jurídico instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314** -, amén de estar incurso en nulidad relativa, no ofrece cobertura frente a las circunstancias fácticas y a las causas que originaron el lamentable deceso del señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.).

En todo caso, en gracia de discusión, reitero que las circunstancias fácticas y la *causa* invalidez del asegurado MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) corresponden a la realización de una *exclusión*, razón por la cual, al encontrarse debidamente

acreditada, NO es procedente derivar compromiso indemnizatorio alguno a cargo de METLIFE y favor de la parte actora.

Adicionalmente, huelga señalar que dentro de las causas generadoras de la ITP que aqueja al accionante se remontan a una serie de patologías previas a la asunción de los riesgos asumidos por mi poderdante, por consiguiente, dando aplicación a lo preceptuado por el artículo 1073 del Código de Comercio, NO existiría responsabilidad alguna a cargo de mi poderdante con motivo del fallecimiento de la asegurada, según fue explicado con anterioridad.

Sin perder de vista lo anterior, resulta imperioso destacar que, en tratándose de la obligación condicional que pesa sobre el Asegurador, es imperioso distinguir entre las nociones de *exigibilidad* y *mora*.

En efecto, el compromiso indemnizatorio a cargo del Asegurador se torna *exigible* cuando se realiza el riesgo asegurado, mientras que el fenómeno de la *mora* es posterior a la ocurrencia del siniestro y su configuración demanda la presentación por parte del asegurado o beneficiario del correspondiente reclamo debidamente formalizado que acredite la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida según las voces del artículo 1.077 del Código de Comercio, y que el Asegurador guarde silencio, esto es, no formule objeción alguna frente al reclamo o no pague la suma asegurada, dentro del plazo previsto en el artículo 1.080 *ibidem*.

Ahora bien, contrario a lo señalado por el actor, los motivos de objeción frente al reclamo indemnizatorio elevado por el demandante comunicados a través de la misiva de fecha 25 de octubre de 2016, constituyen razones legítimas y fundadas a la luz del negocio jurídico asegurativo documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314** y del régimen normativo que disciplina el Contrato de Seguro en el ordenamiento mercantil nacional.

En ese sentido, en lo que respecta al requisito del incumplimiento contractual que atribuye el demandante a mi representada, reitero que conforme a las razones que fueron esbozadas en el acápite precedente, la obligación indemnizatoria **no se ha hecho exigible**, toda vez que no se realizó la condición positiva, esto es, la realización del siniestro, por las razones esbozadas a lo largo del presente escrito.

Por otra parte, resulta pertinente aclarar que METLIFE **NO** ha incurrido en *mora debitoris* en la medida en que la objeción al reclamo presentado por el demandante, además de efectuarse dentro del término legal, no corresponde a inejecución de la prestación imputable a *dolo o culpa*.

Ahora bien, al amparo de estas circunstancias, la ausencia de satisfacción de la parte actora en forma alguna se equipara a un evento de mora, en la medida en que el Contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314 NO** tiene la vocación de producir efectos finales, según ha sido explicado con suficiente detalle en los acápites precedentes. En consecuencia, no es aplicable al caso de marras lo previsto por el artículo 1608 del Código Civil ni mucho menos la previsión normativa contemplada por el artículo 1080 del Código de Comercio.

En efecto, no puede perderse de vista que la responsabilidad contractual se encuentra fundada en la culpa, razón por la cual, es de índole subjetiva. Con base en lo anterior, la responsabilidad contractual presupone, indefectiblemente, la *mora* derivada de la inejecución o la ejecución inexacta o culposa de la prestación. Lo anterior quiere decir, que existe responsabilidad a cargo del deudor demandado, única y exclusivamente en la medida en que el deudor no haya obrado conforme a la diligencia debida. En contraste con lo anterior, en el caso que nos ocupa, mi representada no se ha constituido en mora respecto de la obligación indemnizatoria reclamada, por las razones esbozadas con anterioridad.

Por otro lado, no puede echarse de menos que el proceder de mi representada **NO** ha irrogado *perjuicio* alguno al reclamante MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.). En este sentido, el proceder de METLIFE es consecuente con el propósito de salvaguardar el equilibrio técnico, económico y jurídico del Contrato de Seguro. Por tanto, si mi poderdante ha obrado conforme a derecho **NO** ha irrogado daño a la esfera ajena.

Por lo demás, tal como se ha explicado con suficiente detalle en los acápites precedentes, el marco fáctico en el que se circunscribe el reclamo del accionante CÉSAR ALFONSO DURÁN no reúnen los requisitos contractuales establecidos en la Póliza materia de la controversia, toda vez que las causas que generaron la ITP se gestaron con anterioridad al momento en que ingresó como asegurado a METLIFE. Así mismo, la fecha de estructuración de la invalidez data de fecha anterior al momento de ingreso del asegurado a la Póliza.

Así las cosas, las pretensiones de la demanda han de ser desestimadas en su totalidad, en la medida en que no tienen vocación alguna de prosperidad.

10. Improcedencia de la causación de intereses moratorios.

Al no ser procedente el pago de la suma asegurada contemplada respecto del amparo de “Incapacidad Total y Permanente” previsto en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314**, reclamados por el demandante en el libelo introductor de la *litis*, es procedente concluir que no es viable el reclamo de intereses moratorios, pues téngase presente que los mismos tienen un claro matiz sancionatorio derivado del incumplimiento contractual a título de culpa.

Bajo este entendido, es imperioso colocar al Despacho de presente que mi representada no ha incumplido las obligaciones contractuales que le corresponden en virtud del Contrato de Seguro objeto de la presente controversia. En contraste, debe reiterarse al Despacho que en

el presente escrito se han esbozado con saciedad las razones por las cuales, las sumas pretendidas por las demandantes **NO** son exigibles ni muchos menos se encuentra el Asegurador en mora.

En consecuencia, no es procedente aplicar lo preceptuado por el artículo 1.080 del Código de Comercio, modificado por el artículo 111 de la Ley 510 de 1999.

11. La responsabilidad de METLIFE se encuentra circunscrita en los términos previstos en las Condiciones Generales y Particulares aplicables a la Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314.

Sin perder de vista las consideraciones efectuadas en los acápites precedentes, el contrato de seguro es un contrato por virtud del cual, el Asegurador asume el riesgo que le trasfiere el Tomador, en virtud del pago de la respectiva prima por parte de este último, conforme las condiciones del contrato.

Es así como, las condiciones del contrato de seguro delimitan claramente el riesgo y margen de la responsabilidad que asume el Asegurador con ocasión del contrato.

Así lo establece el artículo 1.047 del C. de Co. al señalar:

“La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:

(...)

5. La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a la cual se contrata el seguro.

(...)

7. La suma asegurada o el monto de precísalas.

(...)

9. Los riesgos que el asegurador toma a su cargo.

(...)

11. Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes.”

Así las cosas, en el evento improbable que el Despacho establezca responsabilidad a cargo de mi representada y decida con fundamento en ello, proferir condena contra mi representada con base en las coberturas otorgadas por la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314**, habrá de tenerse en cuenta el monto y extensión de la responsabilidad asumida por la Aseguradora con fundamento en el referido contrato de seguro, en virtud de las condiciones estipuladas al respecto, en la correspondiente Póliza.

12. El compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE se encuentra limitado a la suma asegurada correspondiente al amparo de “muerte por cualquier causa” previsto en la Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314.

Sin perjuicio de las razones esbozadas con antelación, teniendo presente que el derecho de crédito cuya satisfacción pretende la parte actora se encuentra **prescrito**, y sin que ello implique renuncia a la prescripción, en el improbable evento que el Despacho decida proferir condena en contra de mi representada con fundamento en la condena proferida en contra de la demandada para el pago de los perjuicios reclamados por la actora, habrá de tenerse presente que la responsabilidad de la Aseguradora se encuentra limitada al valor de la suma asegurada establecida en la Póliza.

En efecto, establece el artículo 1079 del C. de Co: *“El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo inciso del artículo 1074.”*

Así las cosas, es un hecho que la responsabilidad del Asegurador se encuentra siempre limitada a la suma asegurada que se pacte en el contrato, sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo inciso del artículo 1079 del C. de Co., lo cual hace referencia al reconocimiento por

parte del Asegurador de los gastos incurridos por el Asegurado para evitar la extensión y propagación del siniestro, salvedad que sobra aclarar, no resulta aplicable al presente caso.

En sentido, sin que ello implique el reconocimiento de ningún derecho crediticio a favor de los accionantes, el eventual compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE a favor del demandante por concepto del amparo de “muerte por cualquier causa” corresponde a la suma de **\$50.000.000**.

No obstante, en el evento en que el Despacho reconozca a las demandantes MARIANA GUTIÉRREZ MUÑOZ e ISABELLA GUTIÉRREZ MUÑOZ como beneficiarias legales del asegurado MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.) debe darse cumplimiento a lo preceptuado por el artículo 1142 del Código de Comercio que, a saber, prescribe:

“Artículo 1142. *Designación de beneficiarios*. Cuando no se designe beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad.

Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del asegurado.”

De esta manera, la cuota de cada una de las demandantes MARIANA GUTIÉRREZ MUÑOZ e ISABELLA GUTIÉRREZ MUÑOZ correspondería a la suma de \$12.500.000 y no a la cantidad que se pretende en la demanda. Lo anterior, bajo la premisa que el eventual derecho indemnizatorio que llegase a ser reconocido a las demandantes [en su presunta calidad de herederas del beneficiario] corresponde al 50% de la suma asegurada, esto es, \$25.000.000. De ahí que a cada una le correspondería la mitad sobre dicha proporción.

Sin perjuicio de lo anterior, reitero que en el caso que nos ocupa no es procedente derivar ningún tipo de compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE por las razones explicadas en los acápites que preceden.

13. La genérica.

Solicito al señor Juez decretar de oficio la configuración de cualquier medio exceptivo diferente a los esbozados en el presente escrito, cuya configuración sea debidamente establecida a la luz de las pruebas decretadas y practicadas en el curso del proceso.

V. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO.

De conformidad con lo preceptuado por el artículo 206 del Código General del Proceso, objeto la cuantía de los perjuicios cuya indemnización reclama la parte actora, por las razones que a continuación se esbozarán.

De conformidad con lo señalado en los acápites de pretensiones y del juramento estimatorio del libelo introductor de la presente *litis*, la parte actora pretende el resarcimiento de los siguientes rubros:

- La suma de \$33'333.333,33 por concepto del amparo de “muerte por cualquier causa” correspondiendo a cada una de las convocantes la suma de \$16'666.666,66.
- Los intereses de mora a la tasa prevista en el artículo 1080 del Código de Comercio, contabilizados a partir del 04 de enero de 2018 y hasta la fecha en que se verifique el pago total de las obligaciones reclamadas por esta vía judicial frente a METLIFE.

Al respecto, valga señalar que los perjuicios reclamados son inexistentes en la medida en que el Contrato de Seguro Vida Grupo documentado en la **Póliza Vida Grupo 2005605**

Certificado 3314 se encuentra inmerso en causal de nulidad relativa y, en todo caso, las circunstancias fácticas en que se enmarca el reclamo [judicial] elevado por las demandantes ante METLIFE carecen de cobertura por virtud de las normas que regulan el contrato de seguro y, en todo, caso corresponden a la realización de una *exclusión* aplicable al referido negocio jurídico asegurativo.

Adicionalmente, todo eventual compromiso indemnizatorio que hubiese podido surgir frente a METLIFE se encuentra extinguido por prescripción ordinaria de las acciones y derechos emanados del Contrato de Seguro, según lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio.

Sin perjuicio de lo expuesto, valga señalar que las sumas reclamadas por las accionantes -en su presunta calidad de beneficiarias- distan de la proporción que les llegaría a corresponder en el evento en que el Despacho determinara la exigibilidad del amparo de “muerte por cualquier causa” contemplado en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314**.

En sentido, sin que ello implique el reconocimiento de ningún derecho crediticio a favor de los accionantes, el eventual compromiso indemnizatorio a cargo de METLIFE a favor del demandante por concepto del amparo de “muerte por cualquier causa” corresponde a la suma de **\$50.000.000**.

No obstante, en el evento en que el Despacho reconozca a las demandantes MARIANA GUTIÉRREZ MUÑOZ e ISABELLA GUTIÉRREZ MUÑOZ como beneficiarias legales del asegurado MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.) debe darse cumplimiento a lo preceptuado por el artículo 1142 del Código de Comercio que, a saber, prescribe:

“Artículo 1142. *Designación de beneficiarios.* Cuando no se designe beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad.

Igual regla se aplicará en el evento de que se designe genéricamente como beneficiarios a los herederos del asegurado.”

De esta manera, la cuota de cada una de las demandantes MARIANA GUTIÉRREZ MUÑOZ e ISABELLA GUTIÉRREZ MUÑOZ correspondería a la suma de \$12.500.000 y no a la cantidad que se pretende en la demanda. Lo anterior, bajo la premisa que el eventual derecho indemnizatorio que llegase a ser reconocido a las demandantes [en su presunta calidad de herederas del beneficiario] corresponde al 50% de la suma asegurada, esto es, \$25.000.000. De ahí que a cada una le correspondería la mitad sobre dicha proporción.

Por último, téngase presente que METLIFE objetó oportunamente -en sede extrajudicial- el reclamo elevado por el accionante, razón por la cual, no es procedente imponer a mi representada el pago de intereses moratorios en la forma pretendida en la demanda, máxime si se tiene presente que los motivos de objeción aducidos por la Compañía que represento son serios, legítimos y fundados, razón por la cual, no es viable predicar una mora contractual imputable a METLIFE.

VI. PRUEBAS.

A. DOCUMENTALES.

1. Certificado de Existencia y Representación Legal de METLIFE expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá en el cual se constata la inscripción en el registro

mercantil del Poder General conferido al suscrito para representar judicial y extrajudicialmente a METLIFE.

2. Antecedentes del reclamo:

- Apartes de la Historia Clínica del señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.)
- Comunicación de fecha 12 de diciembre de 2017 dirigida por METLIFE a la señora MARIANA GUTIÉRREZ MUÑOZ mediante la cual se le requiere que allegue documentos adicionales para poder dar trámite al reclamo.
- Carta de fecha 11 de enero de 2018 dirigida por METLIFE a la señora MARIANA GUTIÉRREZ MUÑOZ mediante la cual se le requiere que allegue documentos adicionales para poder dar trámite al reclamo.
- Misiva de fecha 05 de febrero de 2018 dirigida por METLIFE a la señora MARIANA GUTIÉRREZ MUÑOZ mediante la cual se le requiere que allegue documentos adicionales para poder dar trámite al reclamo.
- Comunicación de fecha 22 de febrero de 2018 dirigida por METLIFE a la señora MARIANA GUTIÉRREZ MUÑOZ mediante la cual se le requiere que allegue documentos adicionales para poder dar trámite al reclamo.
- Carta de objeción de fecha 08 de marzo de 2018 dirigida por METLIFE a la señora MARIANA GUTIÉRREZ.

- Comunicación de fecha 25 de julio de 2018 dirigida por METLFE a la señora MARIANA GUTIÉRREZ mediante la cual se atiende la petición de poner en su conocimiento la declaración de asegurabilidad debidamente diligenciada y suscrita por el señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.)

- 3. Solicitud de Seguro, Condiciones Particulares de la Póliza y declaración de asegurabilidad debidamente diligenciada y suscrita por el señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.)

- 4. Condiciones Generales aplicables a la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314.**

- 5. Demás documentos que obran ya en el plenario.

B. INTERROGATORIO DE PARTE.

Solicito comedidamente al Despacho que señale fecha y hora para que concurran las demandantes MARIANA GUTIÉRREZ MUÑOZ e ISABELLA GUTIÉRREZ MUÑOZ y rindan interrogatorio de parte sobre los hechos materia de la presente controversia, de conformidad con el cuestionario que formularé en su oportunidad. Con tal fin, las citadas demandantes recibirán notificaciones en las direcciones físicas y electrónicas suministradas en la demanda y, en todo caso, por intermedio de su apoderado judicial.

C. TESTIMONIAL.

Solicito comedidamente al Despacho que señale fecha y hora para recibir el testimonio del Dr. JORGE RINCÓN PUERTA, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C, identificado con la Cédula de Ciudadanía 79.151.716, en su calidad de Asesor Médico de METLIFE, quien depondrá sobre los hechos materia del presente proceso y, en especial, lo concerniente al estudio de asesoría médica de METLIFE realizado en sede de los trámites de reclamación y reconsideración elevados por las demandantes, y del estudio efectuado en relación con la información documentada en la Historia Clínica del asegurado MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.)

El citado testigo podrá ser citado en la dirección en que METLIFE recibe notificaciones judiciales y, en todo caso, por intermedio del suscrito apoderado.

D. EXHIBICIÓN DOCUMENTAL.

1. Solicito comedidamente al Despacho que señale fecha y hora para que las demandantes exhiban los siguientes documentos, que reposan en su poder la totalidad de las piezas que conforman la Historia Clínica del señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.) y, en especial, todos los antecedentes médicos y diagnósticos [y tratamientos] concernientes a la patología de “diabetes mellitus”. Dichos documentos reposan en custodia de las demandantes.

El propósito de la presente exhibición consiste en demostrar que el señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.) incurrió en declaraciones inexactas y reticentes al momento de declarar el estado del riesgo en forma previa a celebrar el Contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314**. Adicionalmente, se pretende probar que, en todo caso, los antecedentes patológicos, amén de ser conocidos por el asegurado y no haber sido comunicados a METLIFE, son previos o preexistentes al ingreso del señor

MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.) a la Póliza expedida por METLIFE. Adicionalmente, se pretende demostrar que el reclamo elevado por las accionantes tendiente a hacer efectivo el amparo de “muerte por cualquier causa” contemplado en la citada Póliza, no cumple los requisitos contractuales que determinan su exigibilidad.

2. Solicito comedidamente al Despacho que señale fecha y hora para que la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. exhiban los siguientes documentos, que reposan en su poder la totalidad de las piezas que conforman la Historia Clínica del señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.) y, en especial, todos los antecedentes médicos y diagnósticos [y tratamientos] concernientes a la patología de “diabetes mellitus”. Dichos documentos reposan en custodia de las demandantes.

El propósito de la presente exhibición consiste en demostrar que el señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.) incurrió en declaraciones inexactas y reticentes al momento de declarar el estado del riesgo en forma previa a celebrar el Contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314**. Adicionalmente, se pretende probar que, en todo caso, los antecedentes patológicos, amén de ser conocidos por el asegurado y no haber sido comunicados a METLIFE, son previos o preexistentes al ingreso del señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.) a la Póliza expedida por METLIFE. Adicionalmente, se pretende demostrar que el reclamo elevado por las accionantes tendiente a hacer efectivo el amparo de “muerte por cualquier causa” contemplado en la citada Póliza, no cumple los requisitos contractuales que determinan su exigibilidad.

E. DICTAMEN PERICIAL DE PARTE.

De conformidad con lo preceptuado por el artículo 277 del Código General del Proceso, solicito comedidamente al Despacho que conceda a METLIFE un término no inferior a diez (10) días con el fin que aporte Dictamen Pericial elaborado por un Profesional o Entidad Especializada, a fin de establecer con claridad y precisión las patologías y/o enfermedades diagnosticadas al señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.) con anterioridad a su ingreso como asegurado a METLIFE, las fechas de su diagnóstico, su incidencia en su lamentable deceso, entre otros puntos materia de la presente controversia.

El propósito del referido Dictamen Pericial consiste en demostrar que el señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.) incurrió en declaraciones inexactas y reticentes al momento de declarar el estado del riesgo en forma previa a celebrar el Contrato de Seguro instrumentado en la **Póliza Vida Grupo 2005605 Certificado 3314**. Adicionalmente, se pretende probar que, en todo caso, los antecedentes patológicos, amén de ser conocidos por el asegurado y no haber sido comunicados a METLIFE, son previos o preexistentes al ingreso del señor MARIO SANTIAGO PRECIADO GUTIÉRREZ (Q.E.P.D.) (Q.E.P.D.) a la Póliza expedida por METLIFE. Adicionalmente, se pretende demostrar que el reclamo elevado por el accionante tendiente a hacer efectivo el amparo de ITP contemplado en la citada Póliza, no cumple los requisitos contractuales que determinan su exigibilidad.

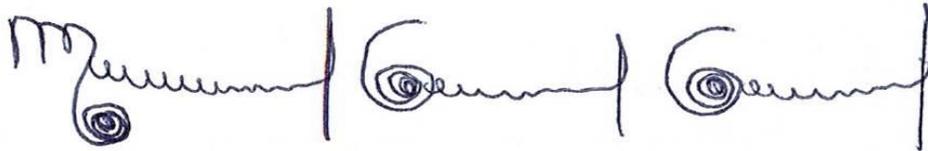
VII. ANEXOS.

Documentos enlistados en el acápite de pruebas.

VIII. NOTIFICACIONES.

1. La parte demandante recibirá notificaciones en la dirección indicada en la demanda.
2. Mi representada **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.** recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 99-53 Piso 17 de la ciudad de Bogotá D.C. y en el correo electrónico secretaria.general@metlife.com.co
3. Por mi parte, recibiré notificaciones en la Carrera 7 No. 74 B-56, piso 14 de la Ciudad de Bogotá D.C., y en el correo electrónico: mgarcia@velezgutierrez.com.

Del Señor Juez, respetuosamente,



MANUEL ANTONIO GARCÍA GIRALDO
C.C. 81.741.388 de Fusagasugá (Cundinamarca)
T.P. 191.849 del C. S. de la J.

NIÑO

039540



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
SERVICIO NACIONAL DE INSCRIPCION

2

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION NO.
590508 00098-

NOTARIA REGISTRADURIA MUNICIPAL ALCALDIA CORREGIDURIA ETC MUNICIPIO BOGOTÁ. CODIGO 1013

SECCION GENERICA SECCION ESPECIFICA

PRIMER APELLIDO GUTIERREZ-	SEGUNDO APELLIDO PRECIADO.	NOMBRES MARIO SANTIAGO GONZALO.
SEXO MASCULINO.	MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO DIA 8 MES MAYO. AÑO 1.959
LUGAR DE NACIMIENTO COLOMBIA.	CODIGO DEPARTAMENTO CUNDINAMARCA.	CODIGO MUNICIPIO BOGOTÁ.

CLINICA HOSPITAL DIRECCION DE LA CASA VEREDA CORREGIMIENTO, DONDE OCURRIO EL NACIMIENTO
SECCION ESPECIFICA

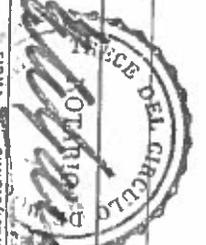
CLASE DE CERTIFICACION PRESENTADA PARTIDA DE BAUTISMO.	NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICO EL NACIMIENTO PRECIADO CUBILLOS.	EDAD AÑOS CUMPLIDOS 29 años	HORA -1 A.M.
---	--	--------------------------------	-----------------

IDENTIFICACION cc#20.314369 de Btd-	NACIONALIDAD COLOMBIANA.	PROFESION U OFICIO HOGAR.	EDAD AÑOS CUMPLIDOS 19 años
--	-----------------------------	------------------------------	--------------------------------

IDENTIFICACION cc#20.139488 de Btd-	NACIONALIDAD COLOMBIANA.	PROFESION U OFICIO ALBONCADO.	EDAD AÑOS CUMPLIDOS 19 años
--	-----------------------------	----------------------------------	--------------------------------

FIRMA: *Sylvia Garcia de Gutierrez*
 NOMBRE: SYLVIA GARCIA DE GUTIERREZ.

FIRMA: *[Handwritten Signature]*
 NOMBRE: *[Handwritten Name]*



IMPRESO EN COLOMBIA POR DAMARISIO

NOTARIA TRECE DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C.

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 115, DECRETOS 1269 DE 1970 Y 2, DECRETO 2189 DE 1983.

A SOLICITUD de *Nelybe Silva* TRAMITE *cebula* 236080 *fecha* 2007 OCT. 2007

JAIQUE ALBERTO RODRIGUEZ CUESTAS NOTARIO TRECE



100.

RECONOCIMIENTO DE HIJO NATURAL

PARA EFECTO DEL ARTICULO SEGUNDO (2o) DE LA LEY 45 DE 1.936. RECONOZCO AL NIÑO

A QUE SE REFIERE ESTA ACTA COMO MI HIJO NATURAL EN CUYA CONSTANCIA FIRMO

FIRMA DEL PADRE QUE HACE EL RECONOCIMIENTO

FIRMA DEL FUNCIONARIO ANTE CUIEN SE HACE EL RECONOCIMIENTO

NOTAS: *Mediante Sentencias de primera y segunda instancia de fechas 29 de Octubre de 2010 y 8 de Noviembre de 2011 se declaro que entre los señores Lena Zulmina Torres Portilla y Manó Santiago Gutierrez Peciado existio una union marital de hecho desde el dia 30 de Noviembre de 2001 al 27 de Febrero de 2006. y declarar que entre los citados compañeros se constituyo una Sociedad Patrimonial desde el dia 30 de Noviembre de 2001 al 27 de Febrero de 2006. L.V. T: 179*

*Liliana Patricia Ossa Colina
Notaria Trece T.
23 JUL 2014.*



NOTARIA TRECE
ESPACIO EN BLANCO
NOTARIO TRECE DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

NOTARIA TRECE
DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 115, DECRETO 1260 DE 1970 Y 110, DEL DECRETO 278 DE 1972. ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO, ARTICULO 2. DECRETO 2189 DE 1983.

A SOLICITUD DE Yayibe Silve TRAMITE
PARENTESCO — CEDULA



JAI ME ALBERIO RODRIGUEZ CUÉSTAS
NOTARIO TRECE



DANE
Departamento Administrativo Nacional de Estadística

República de Colombia
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



MINSALUD

Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales, están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 73 de 1993, Artículo 5.

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

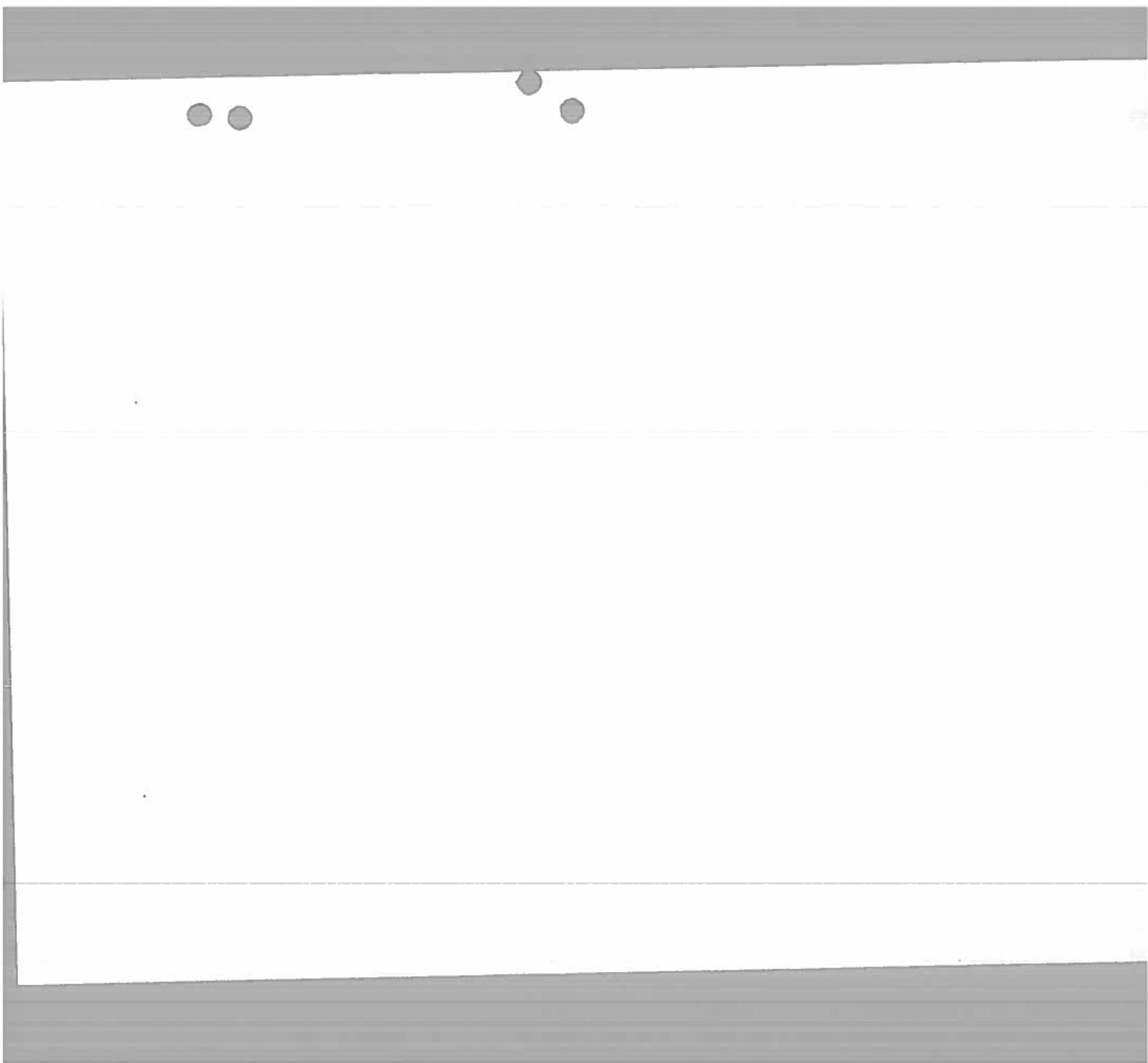
71553044 - 9

CONFIDENCIAL

(Consulte instrucciones al respaldo)

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		Municipio	
Departamento		Chia	
Cundinamarca			
AREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		TIPO DE DEFUNCIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/> Cabeecera municipal <input type="checkbox"/> Centro poblado <input type="checkbox"/> Rural disperso		<input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> No fetal	
SEXO DEL FALLECIDO		FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado		Año: 2011 Mes: 10 Día: 25	
APellidos y nombre(s) del fallecido		HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN	
Primer apellido: Gutierrez Segundo apellido: Preciado Primer nombre: Mario Segundo nombre: Santiago		Hora: 09 Minutos: 10 <input type="checkbox"/> Sin establecer	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO		NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)	
<input type="checkbox"/> Registro civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Sin información		19.360.065	
DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN			
APellidos y nombre(s) tal como figuran en el documento de identidad		PROBABLE MANERA DE MUERTE	
Primer apellido: Garay Segundo apellido: Vargas Primer nombre: Diana Segundo nombre: Alexandra		<input checked="" type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Violenta <input type="checkbox"/> En estudio	
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		REGISTRO PROFESIONAL	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería		52082955	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)		PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN	
52082955		<input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Promotor(a) de salud	
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO			
Departamento: Cundinamarca			
Municipio: Chia			
FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN			
Diana Garay Vargas M.D. Diana A. Garay Vargas Medicina Interna R.M. 52082955			



REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 09486384



Datos de la oficina de registro

Clase de oficina:	Registraduría	Noaria	44	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código	47
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía								
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ								

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos
GUTIERREZ PRECIADO MARIO SANTIAGO GONZALO

Documento de identificación (Clase y número)
C.C. 19.350.065 DE BOGOTÁ

Sexo (en letras)
MASCULINO

Datos de la defunción

Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - CHIA

Fecha de la defunción
Año: 2017 Mes: OCT Da: 25 Hora: 09:10
Número de certificado de defunción: 71553044-9

Presunción de muerte
Luzado que profiere la sentencia

Documento presentado
Autorización judicial Certificado Médico

Nombre y cargo del funcionario
GARAY VARGAS DIANA ALEXANDRA

Datos del denunciante

Apellidos y nombres completos
TORRES CAICEBO CARLOS ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)
C.C. 79.564.635 DE BOGOTÁ

Firma

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año: 2017 Mes: OCT Da: 25

Luz MARI GARCIA VELEZ ANDIA

Funcionario que autoriza

ESPACIO PARA NOTAS



PROCESADO
2017 OCT 25

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

LUZ MARY CARDENAS VELANDIA
NOTARIA CUARENTA Y CUATRO (44)
DEL CIRCULO DE BOGOTA

NIT. 41.630.799-8
Tel. 6917948-6217606

La presente fotocopia fue tomada de su original que reposa en los archivos de esta Notaria se expide conforme en lo estipulado en los Art. 115 decreto Ley 1260 y 1970 y primer articulo del decreto 278 de 1972 hoy para acreditar parentesco.

NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO ARTICULO 2 DECRETO 115 DE 1993 DADA HOY

01 NOV 2017



JOHAN LIZBARRI VELANDIA CARDENAS

NOTARIA CUARENTA Y CUATRO (44) ENCARGADA DEL CIRCULO DE BOGOTA

NOTA: CUALQUIER CAMBIO O MODIFICACION QUE SE REALICE SOBRE ESTAS COPIAS ES ILEGAL Y UTILIZARLAS ASI ES UN DELITO QUE CAUSA SANCION PENAL.

N.U.C.T.
Notaría Única del Circuito de Tenjo

DECLARACIÓN JURAMENTADA ANTE EL NOTARIO ÚNICO DEL CIRCULO DE TENJO, CONFORME AL DECRETO 1557 DE 1989 Y AL ARTICULO 299 DEL CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL, MODIFICADO POR EL LITERAL C DEL ARTICULO 626 DEL CODIGO GENERAL DE PROCESO, PARA FINES EXTRA PROCESALES, ADVIRTIENDO PREVIAMENTE AL DECLARANTE, EL CONTENIDO DEL ARTICULO 25 DE LA LEY 962 DE 2005, PARA EL CASO DE LAS DECLARACIONES RENDIDAS ANTE ENTIDADES PUBLICAS.

Comparecío: **MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.075.874.832 expedida en Sopo, residente en la ciudad de Bogotá D.C., de tránsito por este municipio, de estado civil casada, de ocupación piloto, quien en su criterio y cabal juicio, manifestó:

PRIMERO: Que la declaración que presta la rinde bajo la gravedad del juramento a sabiendas de las implicaciones legales que acarrea jurar en falso.

SEGUNDO: Que no tiene ningún impedimento para rendir esta declaración juramentada, la cual presta bajo su entera responsabilidad.

TERCERO: Que esta declaración es rendida en forma espontánea y versa sobre hechos que conoce y le consta personalmente.

CUARTO: Manifestó que:

Declaro que el señor **MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO** quien en vida se identificaba con la cedula de ciudadanía numero 19.360.065 expedida en Bogotá D.C., quien se encontraba soltero sin unión marital de hecho, tuvo tres hijos de nombres **MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ** identificada con cedula de ciudadanía número 1.075.874.832 de Sopo, de veintitrés (23) años de edad de género femenino, **ISABELLA GUTIERREZ MUÑOZ** identificada con cedula de ciudadanía numero 1.019.138.404 expedida en Bogotá D.C., de diecinueve (19) años de edad de género femenino y el menor **MARIO GUTIERREZ TORRES** identificado con la tarjeta de identidad número 1.193.599.214 de quince (15) años de edad de género masculino, representado por la señora **LENA ZULMINA TORRES PORTILLA** identificada con cedula de ciudadanía número 52.201.179. Todos residentes en la ciudad de Bogotá D.C. Los anteriormente mencionados son los únicos herederos legítimos del señor **MARIO SANTIAGO GUTIERREZ**, y solicitantes de la suma de la póliza de seguro con Metlife por valor de cincuenta millones de pesos M/cte. (\$50.000.000). **QUINTO:** Esta declaración se hace a solicitud del interesado para ser presentada al **METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.**, previa advertencia de lo establecido en el Artículo 7 del Decreto 019 del 10 de enero de 2.012.

LECTURA, ADVERTENCIA, OTORGAMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL ACTA

Leída esta acta por el (la, los, las) compareciente(s), la encontró (aron) correcta y de acuerdo con sus manifestaciones, la aprobó(aron) y en consecuencia la firma ante mí y conmigo el Notario Único que la autoriza y certifica que el (la, los, las) declarante(s) es (son) persona(s) hábil(es) para declarar en proceso y fuera de él.

TENJO, CUATRO (04) DE ENERO DEL AÑO DOS MIL DIECISIENCO (2018).

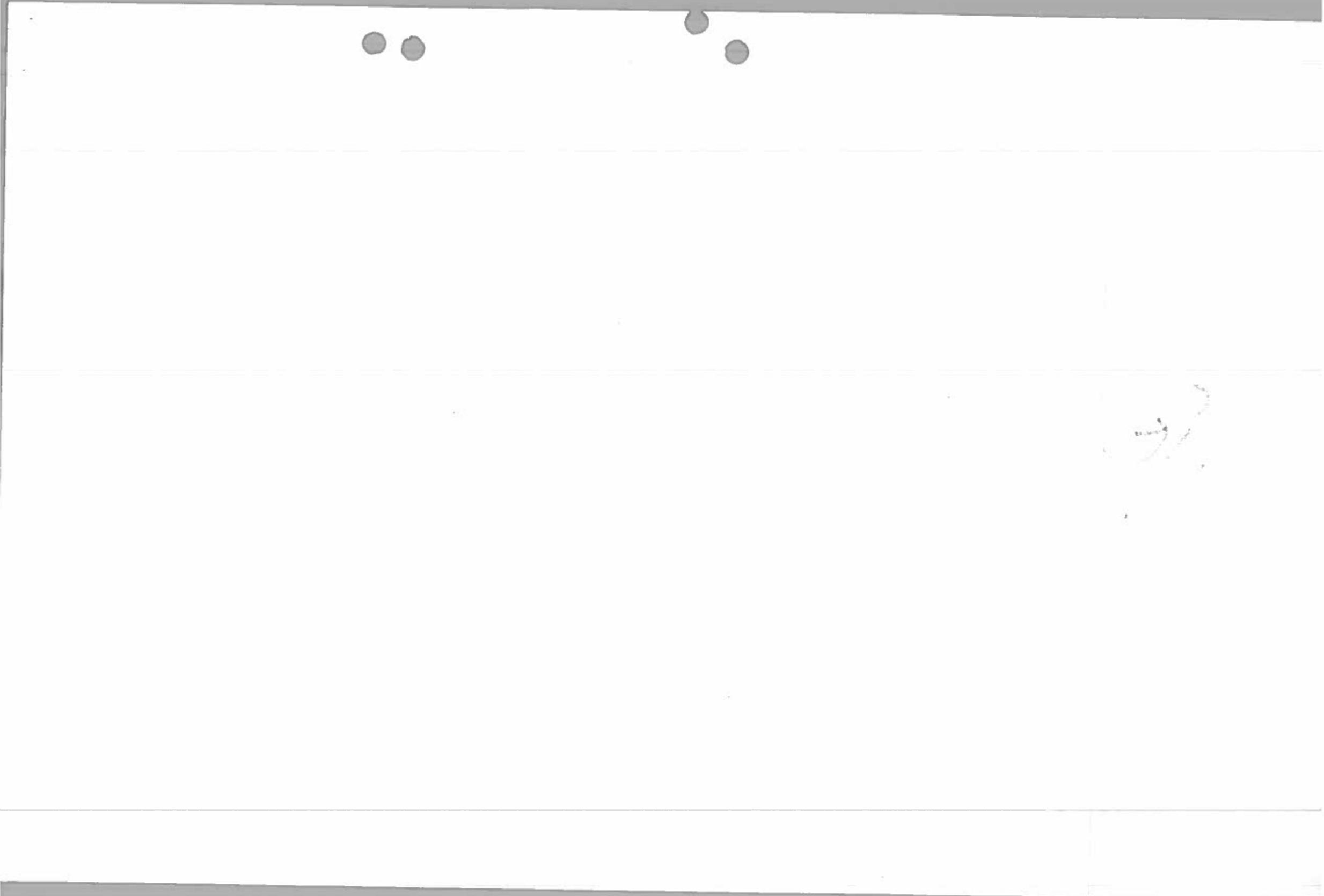
IMPORTANTE: LEA BIEN SU DECLARACION, retirada de la Notaría no se aceptan cambios ni reclamos. Valor de la declaración \$12.200,00 (Res. 0451/2017), más IVA \$2.185,00.

LA DECLARANTE


MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ
C.C. 1075 874 832.




YAZMIN SORAYA FRANCA GARCIA
Notario Único del Circuito de Tenjo



MetLife®

Formulario de Reclamación por Siniestro

1. LUGAR Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO			
día 24	mes Noviembre	año 2017	ciudad Bogotá
2. COBERTURAS A RECLAMAR			
MARQUE CON UNA X EL OBJETO DE LA RECLAMACIÓN:			
<input checked="" type="checkbox"/> MUERTE NATURAL	<input type="checkbox"/> RICKENIDAD PERMANENTE PARCIAL	<input type="checkbox"/> RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL	<input type="checkbox"/> RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
<input type="checkbox"/> MUERTE ACCIDENTAL	<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD GRAVE	<input type="checkbox"/> GASTOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/> QUEJADOURAS
<input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	<input type="checkbox"/> DESHABILITACIÓN	<input type="checkbox"/> RENTAS	<input type="checkbox"/> OTRAS - CUALES
<input type="checkbox"/> DESEMPEÑO	<input type="checkbox"/> RENTAS	<input type="checkbox"/> RENTAS	<input type="checkbox"/> OTRAS - CUALES
<input type="checkbox"/> AUXILIO DE MATERNIDAD / PATERNIDAD	<input type="checkbox"/> OTRAS - CUALES	<input type="checkbox"/> OTRAS - CUALES	<input type="checkbox"/> OTRAS - CUALES

Nota: Si su reclamación presentada corresponde a la póliza de GAS NATURAL, incluir el Número de Cuenta Interna:

3. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y/O TOMADOR			
NOMBRES Y APELLIDOS MARIO SANTIAGO GUTIERREZ PARRIADO PARENTESCO CON EL RECLAMANTE HIZO	C.C. 10360065	NÚMERO DE LAS NOTAS 1	

4. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE			
NOMBRES Y APELLIDOS MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Km 33 VIA SOPO PARCELAACION ASESINOS E-MAIL Mariana.gutierrez49@hotmail.com	C.C. 1075874832	TELÉFONO 4592206	CIUDAD Bogotá

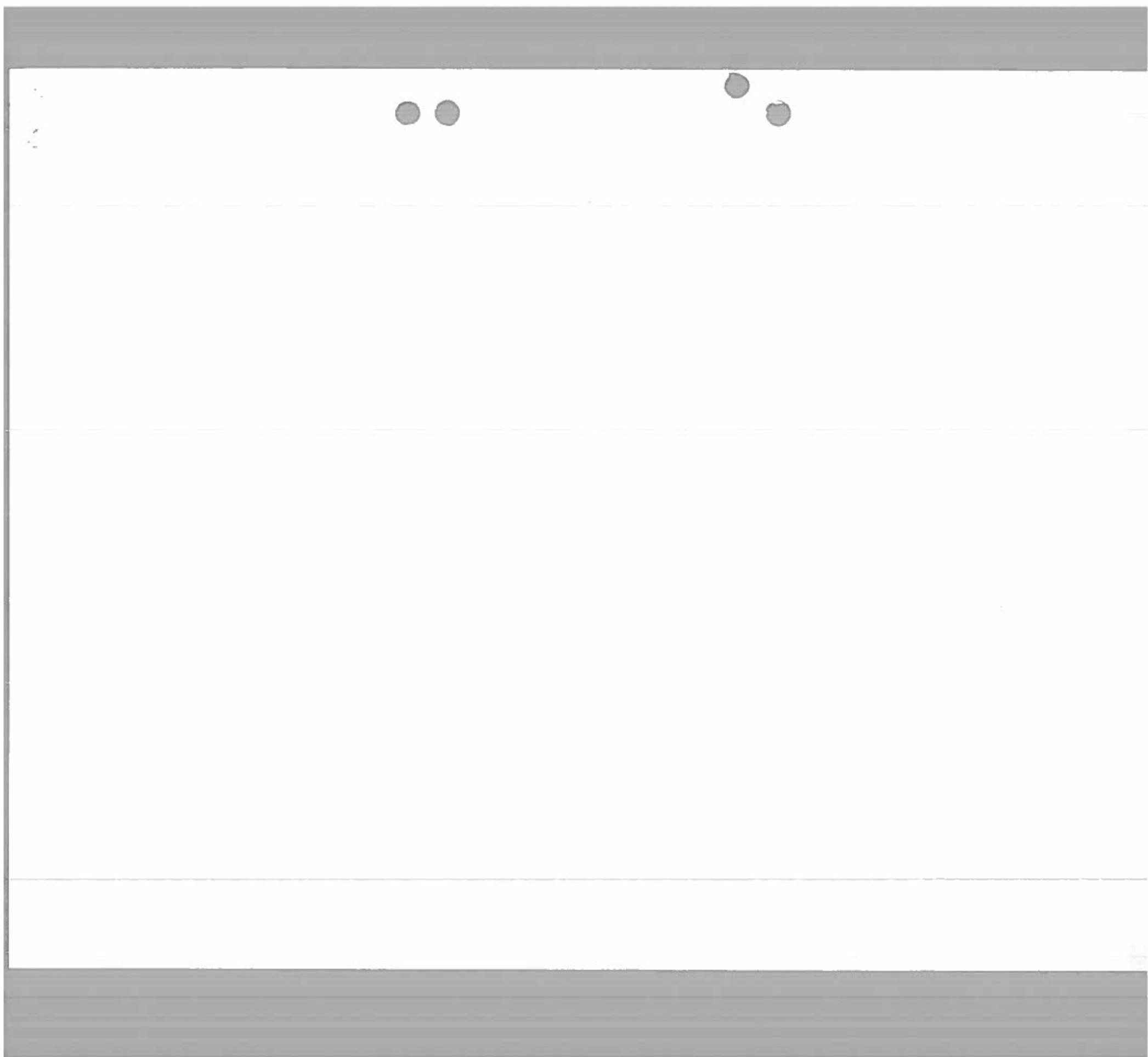
5. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO AFECTADO			
NOMBRES Y APELLIDOS MARIO SANTIAGO CONTRA GUTIERREZ PARRIADO DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Km 33 VIA SOPO PARCELAACION ASESINOS 223 E-MAIL mtorione_10@hotmail.com	C.C. 10360065	TELÉFONO 4592206	CIUDAD Bogotá

INDIQUE TODOS LOS BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA (SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL USAR EL RESPALDO)

NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	EDAD	PAESE
MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ	1035834832	23 años	HIZO
ISABELLA GUTIERREZ MUÑOZ	1019138404	10 años	HIZO
MARIO GUTIERREZ TORRES	TI: 10359924	15 años	HIZO

6. INFORMACIÓN PARA EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN			
¿QUÉ MEDIO DE PAGO PREFERE PARA EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN? (MARQUE CON UNA X)	<input type="checkbox"/> CHEQUE	<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA	
<p><small>(El cheque deberá recibirse en la sucursal más cercana a la ciudad que indica en este formulario. El pago se realizará en el momento de la presentación del cheque. Por razones de seguridad, si el monto de la reclamación es superior a \$2.000.000 el cheque SOLO se podrá considerar en la cuenta bancaria del reclamante y no podrá ser cobrado por ventanilla.)</small></p>			
ENTIDAD FINANCIERA BANCOLOMBIA	NÚMERO DE CUENTA 17385359429	TIPO DE CUENTA AHORROS	CORRIENTE

7. VINCULOS CON OTRAS ASEGURADORAS			
PRODUCTO	COMPANHIA	VALOR ASEGURADO	FECHA DE VINCULACIÓN



8. INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

LUGAR DEL SINIESTRO: **CHIA** FECHA DEL SINIESTRO: **25 / 10 / 2012** HORA DEL SINIESTRO: **9:10 am**

CAUSAS DEL SINIESTRO: **Tromboembolismo pulmonar**

DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO:

OCUPACIÓN A LA FECHA DEL SINIESTRO: **INDEPENDIENTE**

¿CUANDO FUDO EL ASEGURADO AFECTADO POR UTILIZAR VEZ A SU TRABAJO? **Septiembre 20 / 2012**

¿EL ASEGURADO ESTUVO INTERNADO O BAJO TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL, SANAATORIO, ASILO Y OTRA INSTITUCIÓN DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS? **Reina Sofía**

¿EL OBJETO DE LA RECLAMACIÓN ES POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, INDIQUE FECHA DE ESTRUCCIONACIÓN DE TERMINADA POR LA JUNTA DE INVALIDEZ:

SI EL OBJETO DE LA RECLAMACIÓN ES POR ACCIDENTE, INDIQUE ¿EL ASEGURADO SE ENCONTRABA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ AL MOMENTO DEL ACCIDENTE? SI NO

DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN EL ACCIDENTE:

DETALLE DEL ACCIDENTE

SI EL OBJETO DE LA RECLAMACIÓN ES POR GASTOS MÉDICOS, INDIQUE VALOR DEL REEMBOLSO DE DÍAS Y MÉDICOS 3

SI EL OBJETO DE LA RECLAMACIÓN ES POR INCAPACIDAD TEMPORAL, INDIQUE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN:

SI EL OBJETO DE LA RECLAMACIÓN ES POR INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, INDIQUE FECHA DE INICIO DE INCAPACIDAD FECHA DE REINICIACIÓN DE INCAPACIDAD FECHA DE SALIDA

SI ES POR DESMEMBRACIÓN O FRACTURAS FAVOR ABEZAR, A ESTE TITULO AJUAN LAS RADIOGRAFIAS Y LA LECTURA DE LAS MISMAS

9. ANTECEDENTES MÉDICOS DEL ASEGURADO

MÉDICOS QUE NO ATRIBUYERON DURANTE SU ÚLTIMA ENFERMEDAD Y DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS

ENFERMEDAD	FECHA DE ATENCIÓN			NOMBRE DEL MÉDICO	DIRECCIÓN Y TELÉFONO
	DÍA	MES	AÑO		
Possible Cáncer pulmonar	27	07	2012	Enriete Palomera	Clinica Reina Sofía cel: 315 331 1114
Cirujanos Medicos	01	02	2002	Susana Salamanca Llano Calsonites	cel: 310 550 8534

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES A NIVEL NACIONAL

MÉDICO COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. (en adelante LA ASEGURADORA)

me ha informado de manera expresa:

1. FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Mis datos serán tratados por LA ASEGURADORA, para las siguientes finalidades: I) El trámite de emisión sobre un caso susceptible como contingencia siniestro, deudas, contingencia contractual por prestación; II) El proceso de reposición de contratos con LA ASEGURADORA, incluyendo la determinación de primas y el cobro de seguros; III) La gestión y el cumplimiento de los contratos que celebre; IV) El control y la prestación del servicio; V) La fijación y pago de sueldos; VI) Todo lo que implique la gestión integral del seguro; VII) Control y cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; VIII) La elaboración de estudios actuariales, estadísticos, evaluaciones, análisis de tendencias del riesgo y otros; IX) Estudios de información de seguros, así como de otros contratos; X) Análisis de satisfacción de clientes y otras actividades de seguros, así como de otros contratos; XI) Análisis de asegurados; XII) Realización de consultas sobre actividades en los servicios prestados por LA ASEGURADORA; XIII) Envío de información de posibles sujetos de tributación en los Estados Unidos de América al Internal Revenue Service (IRS) y/o a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales de Colombia (DIAN), en los términos del Feajo Acción Bar Compliance Act (FACBA) o las normas que lo modifiquen y los reglamentaciones aplicables; XIV) Intercambio o emisión de información en virtud de laudos y acuerdos negociados entre el asegurador, miembros jurados por Colombia, XIII) La realización y control del proceso de activos y la liquidación del patrimonio; XV) Gestión administrativa, administración, transferencia, poder, interés y por ende de vinculación a las empresas de información o bases de datos debidamente construidas referentes al procesamiento de datos, transacciones comerciales;

El tratamiento podrá ser realizado únicamente por las ciudades sede de sede y a par las escogidos del tratamiento que ellas conlleven sus datos.

2. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser comparados, transmitidos, entregados, transferidos o analizados por las finalidades mencionadas y por los operadores necesarios para el cumplimiento de los fines y actividades derivadas de los contratos celebrados con LA ASEGURADORA, tales como: administradores, call centers y intermediarios, compañías de seguros, asegurados, terceros, entre otros; III) LA ASEGURADORA, PULCRITAS S.A. y el IRLD, prestador de servicios, para el análisis de datos para efectos de prevención y control de fraude; la dirección de riesgo y control de fraude para el análisis de sus actividades de prevención y control de fraude; la dirección de estudios, estadística, actuariales;

3. DEBERES DEL TITULAR DE LA INFORMACIÓN: Que como titular de la información, se garantiza los derechos previstos en el Ley 1581 del 2012. En especial, el derecho a conocer, actualizar, rectificar, acceder, cancelar o eliminar los datos personales.

4. RESPONSABILIDADES Y ENCARGADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN: Que el responsable del tratamiento de la información es LA ASEGURADORA, cuyos datos son los siguientes: Nombre de Organización: Tiburciana (HIT) - 860.002.3398-5. Dirección: Electrónica: www.medicos.com.co, Correo: Electrico.servicio@tiberica.com.co y Teléfono: 3581238 de Bogotá, en todo caso, los encargados del tratamiento de los datos que se comparan, transfieren, transmiten, entreguen o divulguen, en desarrollo de lo previsto en el artículo 9 del numeral 3 anterior, serán:

- a) ASOCIADA cuya dirección es Carrera 7 No. 36 - 20 Piso 13 y 2, e-mail: larceda@tiberica.com, Tel: 3443988 de la ciudad de Bogotá D.C.
- b) INVERAS S.A. cuya dirección es Carrera 7 No. 36 - 20 Piso 11, e-mail: inveras@tiberica.com, Tel: 4443090 de la ciudad de Bogotá D.C.
- c) INF - Instituto Nacional de Investigación y Prevención del Fraude al Seguro cuya dirección es Cra. 13 No. 37 - 43, piso 8, e-mail: dirccolop@inf.com.co, Tel: 2320105 de la ciudad de Bogotá D.C.

NOTA: LA INFORMACIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO SERÁ UTILIZADA PARA LA NOTIFICACIÓN DE PAGOS Y LA REALIZACIÓN DE ENCUESTAS DE SERVICIO.

AUTORIZACIÓN: De manera expresa, previa, informada y voluntaria AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales, la transferencia nacional e los mismos, para las finalidades y en los términos antes mencionados en este documento.

En constancia, firma: **MARINNA GUTIERREZ**

el 01 del mes de **Diciembre** del año 20**12**

[Firma]

II. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES A NIVEL INTERNACIONAL

ME HA INFORMADO DE MANERA EXPRESA:

1. TRANSFERENCIAS INTERNACIONALES DE INFORMACIÓN A TERCEROS PAÍSES: Que en ciertas situaciones es necesario realizar transferencias internacionales de los datos para cumplir con las obligaciones del tratamiento.

2. USUARIOS DE LA INFORMACIÓN: Que los datos podrán ser comparados, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados por las finalidades mencionadas, a) Los países, jurisdicciones o individuos que tienen la calidad de filiales, subsidiarias o vinculadas, o de matriz de LA ASEGURADORA.

AUTORIZACIÓN: De manera expresa, previa, informada y voluntaria AUTORIZO el tratamiento de mis datos personales, la transferencia internacional de los mismos, para las finalidades y en los términos mencionados en este documento.

En constancia, firma: **MARINNA GUTIERREZ**

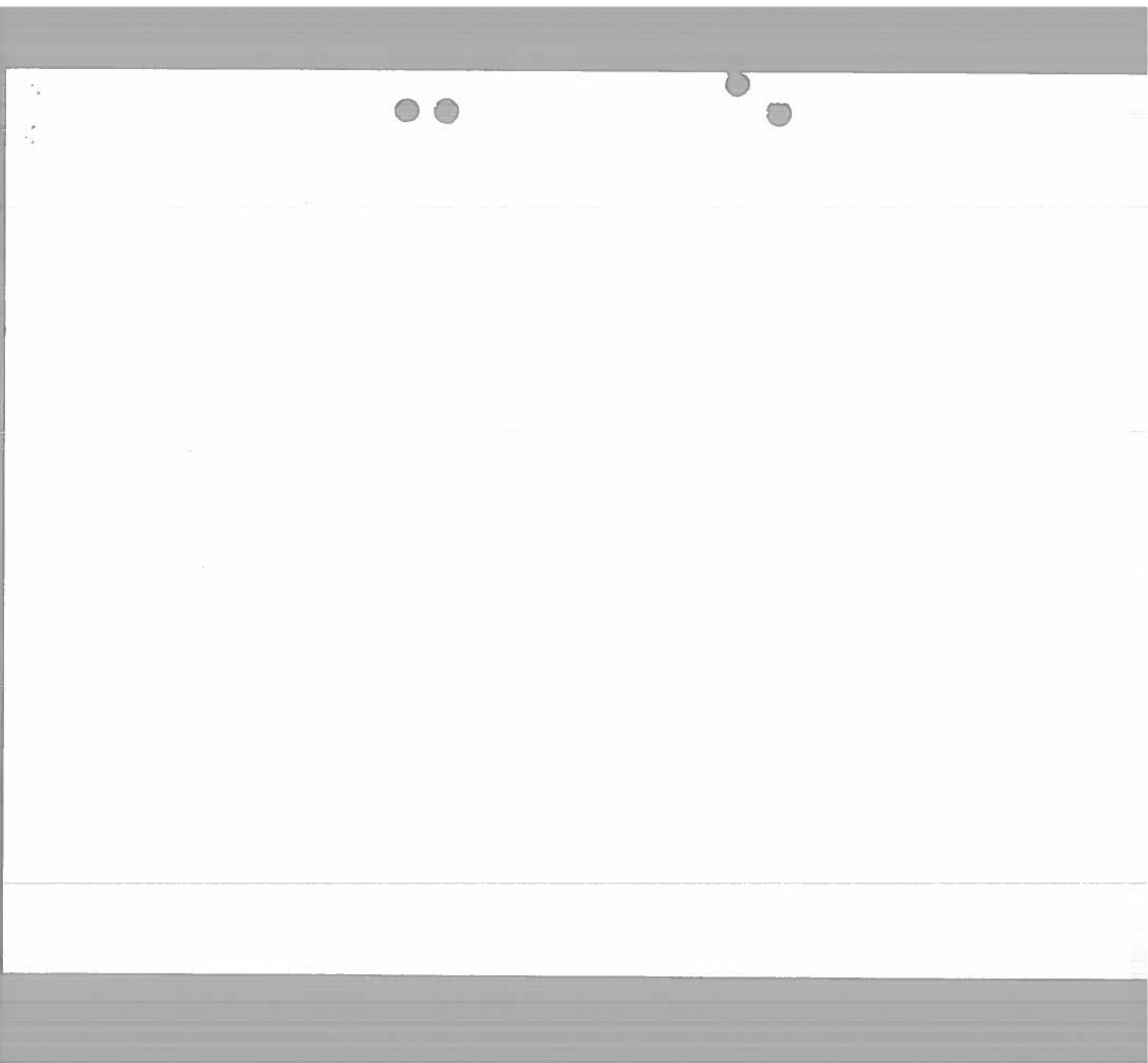
el 01 del mes de **Diciembre** del año 201**2**

[Firma]

CC No: **1035 874 832**

[Firma]

HIJELA





AGENCIA DE
Seguros



624175

Redamo 18-601128
Falabella Archiver

Detalle Envíos de Documentos

Fecha: 07-02-2015
Número Envío: 624175
Punto de Venta: SEGUROS HC CLL 170 BOGOTA
Ejecutivo: LAURA XIMENA JEREZ GUIROGA
Tipo Documento: PROPUESTA
Total Documentos: 1

Por medio de la presente, adjunto listado con el detalle de los documentos enviados al area de operaciones

Propuesta	Tipo Documento	Subproducto	Número Solicitud
7228396	PROPUESTA	VMECTA	0


Firma Ejecutivo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.360.065
GUTIERREZ PRECIADO

APELLIDOS MARIO SANTIAGO GONZALO
NOMBRES



Mario S. Gonzalo
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-MAY-1959

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO 1.74 O+ M

ESTATURA G S. RH SEXO

31-AGO-1977 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *Carlos Amel Gutierrez*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AMEL GUTIERREZ



A-1500150-00071402-M-0019360065-20080916 0003358534A 1 1480011144

MetLife

SOLICITUD DE SEGURO CAMPAÑA VIDA



Pag 1 de 3

RAZÓN SOCIAL DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA:	METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A	NT:	860002398				
FECHA DE EXPEDICION:	06-02-2015	Nº PROPUESTA:	7228396	SubProducto:	VMECTA	CERTIFICADO DE:	0
INTERMEDIARIO:	AGENCIA DE SEGUROS FALABELLA LTDA	NT:	9000745898				
DIRECCION:	Av. 19 # 120 - 71 Piso 2	TELEFONO 1:	5878787	CIUDAD:	Bogota		
TOMADOR:	BANCO FALABELLA S.A	NT:	9000479818				
DIRECCION:	Av. 19 # 120 - 71 Piso 3	TELEFONO 1:	5878787	CIUDAD:	Bogota		
VIGENCIA							
DESDE:	DIA 06	MES 06	AÑO 2015	HORA 00:00			
HASTA:	DIA 06	MES 02	AÑO 2017	HORA 00:00			

DATOS DEL ASEGURADO	MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO	TIPO DE DOCUMENTO:	Cédula Ciudadania	NUMERO:	19360085
SEXO:	MASCULINO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO		
DIRECCION:	KILOMETRO KL. 33 AUT NT CAS 223 TELEFONO 1: 01-8853499				
CIUDAD:	SOPO				
FECHA DE NACIMIENTO:	08-05-1959	NACIONALIDAD:	Colombiano		
E-MAIL:	MARIONE-TO@HOTMAIL.COM				
PROFESION:	INGENIERIA AERONAUTICA				
OCCUPACION/OFCIO:	INDEPENDIENTE				

DATOS DEL BENEFICIARIO	BENEFICIARIOS DE LEY				
MATERIA ASEGURADA: ASEGURADO					
ESTADO CIVIL	:SOLTERO	PLAN VNETA	:PLAN UNICO		
PROFESION	:INGENIERIA AERONAUTICA	OCCUPACION	:INDEPENDIENTE		
FORMA DE PAGO:	TARJETA CMR - NO PRESC.	AUTORIZO A CARGAR A MI TARJETA	TARJETA CMR		
TIPO DE TARJETA:	CREDITO	EL COSTO MENSUAL	\$27.980	12 cuotas	DEL SEGURO, CONFORME AL PLAN CONTRATADO CORRESPONDIENTE A LA PÓLIZA DE VIDA O NUEVAS CONTRATACIONES CON EL SIGUIENTE PLAN DE PAGOS.
FRANQUICIA:	TARJETA CMR	PRIMA MENSUAL (ANTES DE IVA)	\$27.990	PRIMA ANUAL (ANTES DE IVA)	\$335.880
PRIMA MENSUAL (ANTES DE IVA)	\$27.990	PRIMA ANUAL (IVA INCLUIDO):	\$335.880		
PRIMA BIENAL (ANTES DE IVA)	\$671.760	PRIMA BIENAL (IVA INCLUIDO):	\$671.760		
NUMERO DE TARJETA:	XXXXXXXXXXXX1145	TITULAR DE LA TARJETA:	MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO		
COBERTURAS					
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	\$50.000.000	MUERTE ACCIDENTAL	\$25.000.000		
ITP ACCIDENTAL	\$25.000.000	AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL	\$5.000.000		
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE	\$50.000	ASISTENCIA NUTRICIONAL			:INCLUIDO



Declaración de asegurabilidad:

CUESTIONARIO DE ASEGURABILIDAD (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA)

1. ¿Ha padecido alguna enfermedad crónica, ha recibido tratamiento médico por cualquier enfermedad que genere o haya generado daños irreversibles o ha presentado síntomas de cualquiera de los siguientes padecimientos: Cáncer, Células Anormales, Tumores Malignos, Leucemia, Afecciones Cardíacas, Trombosis, Malfuncionamiento de los Riñones o Infecciones por VIH o SIDA? NO
2. ¿Más de dos miembros de su familia inmediata (ejemplo: padres o hermanos) antes de llegar a los 60 años de Edad, padecieron, recibieron tratamiento o presentaron síntomas de Cáncer, Células Anormales, Tumores Malignos, Leucemia, Afecciones Cardíacas, Trombosis o Malfuncionamiento de los Riñones? NO
3. ¿Actualmente o en los últimos 24 meses ha acostumbraado fumar más de 20 cigarrillos al día y/o beber más de 7 vasos de alcohol al día? NO
4. Actualmente usted está buscando tratamiento médico o ha sido incapaz de desarrollar sus actividades normales por más de 5 días consecutivos debido a enfermedad (otra que no sea debido a embarazo) en los últimos 5 años. NO
5. ¿Entiende y acepta que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación? SI
6. ¿Entiende y acepta que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación? SI

Acepto que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro

_____ FIRMA TARJETAHABIENTE

_____ FIRMA ASEGURADO

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 autorizo a la compañía de seguros designada, para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para tener copia certificada de mi historia clínica.

REVOCACION UNILATERAL DEL CONTRATO:

La revocación de derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada; la liquidación del importe de la prima no devengada se calculará a prorrata del tiempo no comido del seguro, cuando sea por voluntad de MetLife; cuando sea por voluntad del asegurado, se calculará la prima no devengada teniendo en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. Parágrafo: La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia cortada, más un recargo del 25% sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la bienal.

INFORMACION CONFIDENCIAL Y DE DATOS PERSONALES

PRIMERA:

SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN INCLUIDO EL DATO PERSONAL.

Para los fines del presente Contrato las definiciones de las palabras aquí utilizadas en materia de datos personales serán las establecidas por la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. EL CLIENTE se obliga con LA AGENCIA a entregar información veraz, completa, exacta, actualizada y verificable y a actualizar su información personal, comercial y financiera cada vez que así lo solicite LA AGENCIA, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. Esto último exime a LA AGENCIA de cualquier responsabilidad que se derive de la incorrección, falsedad o inexactitud de tal información. EL CLIENTE notificará a LA AGENCIA oportunamente sobre cualquier cambio de su dirección física y electrónica.

SEGUNDA:

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DE LA AGENCIA

La información relacionada con los productos y servicios a que se refiere este Contrato es confidencial así como la información personal relacionada con EL CLIENTE. EL CLIENTE, a título personal autoriza de manera libre, previa, expresa e informada y hasta donde la ley lo permita, irrevocablemente, a LA AGENCIA y/o terceros que tengan vínculos comerciales con ella, a conservar, mantener, usar, compartir, suministrar, remitir e intercambiar entre sí toda información personal del o relacionada con EL CLIENTE, incluido el dato biométrico, la videograbación, y cualquier otra información sensible del CLIENTE, comerciales, y comportamiento crediticio, o información personal que LA AGENCIA hubiere recolectado con anterioridad a este Contrato o que recolecta en cumplimiento al presente Contrato, y realizar las gestiones relativas a la administración del presente Contrato, así como que le sean ofrecidos a éste los productos y/o servicios propios del objeto LA AGENCIA y/o terceros que tengan vínculos comerciales con LA AGENCIA o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, tramitar la solicitud como consumidor financiero, deudor, contraparte contractual y/o proveedor adelantar el control y prevención de fraudes y lavado de activos, la elaboración de encuestas (comerciales, académicas, actuariales o de cualquier otra clase), la creación de bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de información personal, el envío de información de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o de normas de similar naturaleza de terceros países o en virtud de tratados internacionales y la prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. En el mismo sentido, EL CLIENTE autoriza en forma previa, expresa, informada e irrevocable hasta donde la ley lo permita, a LA AGENCIA a compartir su información personal, comercial y financiera con terceros ubicados en Colombia o en el exterior, para efectos del procesamiento, conservación o alojamiento de dicha información. LA AGENCIA se obliga a pactar con tales terceros, el mantenimiento de la confidencialidad sobre la información de propiedad de EL CLIENTE.

Siempre que la ley así lo permita, EL CLIENTE autoriza expresa e irrevocablemente a LA AGENCIA para que éste pueda transferir o subcontratar la prestación de cualquier parte de los productos y/o servicios suministrados a EL CLIENTE, con un tercero, incluido una entidad vinculada o con nexos comerciales, sea que ese tercero opere o no en otra jurisdicción o territorio, ya sea entre otros servicios relacionados con el procesamiento de datos de los productos contratados, transmisión y almacenamiento de órdenes o información de las cuentas o productos contratados y/o de EL CLIENTE para su utilización a escala nacional o internacional incluyendo, servicios computarizados, servicios de atención telefónica, cobranzas u otros de naturaleza similar. EL CLIENTE acepta que ese proceso pudiera implicar la recolección, archivo, procesamiento y transmisión de dicha información por parte de terceros que tengan vínculos comerciales con LA AGENCIA, localizados dentro o fuera de Colombia y sus respectivos empleados y/o contratistas; todos estos deberán guardar la misma confidencialidad a la que está sujeto LA AGENCIA, con las limitaciones impuestas por las leyes aplicables sobre la materia, en la jurisdicción donde ésta se recolecte, archive, procese o transmita. LA AGENCIA podrá dar tratamiento y conservar la información personal de EL CLIENTE mientras se encuentre obligado legalmente para ello, sea necesario para el cumplimiento de las obligaciones contractuales de EL CLIENTE o las obligaciones contractuales de LA AGENCIA o entidades relacionadas, sea necesario para formular peticiones, quejas o reclamos y éstas sean atendidas adecuadamente por LA AGENCIA y sea necesario para garantizar el ejercicio del derecho de defensa o el debido proceso o el de LA AGENCIA ante las autoridades administrativas o judiciales, aun después de terminadas las relaciones contractuales con LA AGENCIA.

TERCERA:

BASES DE DATOS.

EL CLIENTE, autoriza de manera previa, expresa e informada para que LA AGENCIA comparta y suministre su información, incluida su información personal,

MetLife

SOLICITUD DE SEGURO CAMPAÑA VIDA



10722808

Pág 3 de 3

con terceros que tengan vínculo comerciales con LA AGENCIA dentro y/o fuera del país. Inclusive para eventuales vinculaciones de EL CLIENTE con terceros que tengan vínculos comerciales con LA AGENCIA quienes deberán cumplir las normas y políticas internas de LA AGENCIA en lo relacionado con la exclusividad y propiedad de la información, y las normas de seguridad y confidencialidad de la información personal. EL CLIENTE autoriza de manera expresa, previa e informada a LA AGENCIA y a sus empresas vinculadas o entidades con quienes tengan vínculos comerciales, para que use su información personal y le envíe periódicamente publicidad comercial, por medios impresos o electrónicos, de productos y servicios propios y de terceros.

OTRAS DISPOSICIONES

1. La renovación del presente certificado se hará de forma automática
2. En ningún caso, la renovación que se haga a la presente póliza podrá desmejorar las coberturas y asistencias que se registran en el presente certificado. En cada renovación el monto de las primas podrá ser reajustado.
3. La renovación automática operara salvo que la compañía, el asegurado o el tomador manifiesten con Diez (10) días de antelación y por escrito su intención de no renovarlo.
4. De acuerdo con el artículo 1043 del Código de comercio, el tomador y la aseguradora acuerdan que el asegurado será el responsable del pago de la prima, y la aseguradora renuncia a cobrar dicha prima al tomador.
5. La mora en el pago de la prima de este certificado producirá la terminación automática del amparo que consta en este certificado y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición de este certificado.
6. La presente póliza ampara el riesgo descrito en los siguientes condicionados generales (01092013-1413-P-34-VGABMCCCON 002), (CODIGO 03092013-1413-P-31-APABMAMD 002), (CODIGO 03092013-1413-A-31-APANITP 004), (CODIGO 01032011-1413-A-31-APAVAGFMA 032) Y (01032011-1413-A-31-APANRDHCA 007). "Para esta póliza rigen todas las cláusulas y garantías expresadas en el interior".
7. Declaro conocer que la presente póliza tiene una vigencia bienal, esto es, una periodicidad de dos (2) años, conforme lo indica la solicitud de seguro al momento de suscribir la póliza, con una prima por cada año de \$335,880 es decir una prima bienal de \$671,760 por la vigencia total de la póliza.

Código del vendedor:

15468

Nombre del vendedor:

LAURA XIMENA JEREZ GUIROGA

Hortaly

[Handwritten signature]



FIRMA COMPAÑIA

FIRMA TOMADOR

FIRMA REPRESENTANTE

FIRMA ASEGURADO

HUELLA ASEGURADO



RAZÓN SOCIAL DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA:		METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.		NIT:	860002398
FECHA DE EXPEDICIÓN:	06-02-2015	N° PROPUESTA:	7228396	SubProducto:	VMECTA
INTERMEDIARIO:	AGENCIA DE SEGUROS FALABELLA LTDA.		NIT:	9000745898	CERTIFICADO DE:
DIRECCIÓN:	Av. 19 # 120 - 71 Piso 2		TELÉFONO 1:	5878787	0
		CIUDAD:	Bogotá		
TOMADOR:	BANCO FALABELLA S.A.		NIT:	9000479818	
DIRECCIÓN:	Av. 19 # 120 - 71 Piso 3		TELÉFONO 1:	5878787	
		CIUDAD:	Bogotá		
VIGENCIA					
DESDE:	DIA	06	MES	02	AÑO
HASTA:	DIA	06	MES	02	AÑO
					HORA
					HORA
					00:00
					00:00
DATOS DEL ASEGURADO					
ASEGURADO 1:	MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO		TIPO DE DOCUMENTO:	Cédula	NUMERO:
SEXO:	MASCULINO		ESTADO CIVIL:	Ciudadania	19360065
DIRECCION:	KILOMETRO KL 33 AUT NT CAS 223		TELÉFONO 1:	SOLTERO	
CIUDAD:	SOPO			01-8853499	
FECHA DE NACIMIENTO:	08-05-1959				
E-MAIL:	MARIONE-TO@HOTMAIL.COM				
PROFESION:	INGENIERIA AERONAUTICA				NACIONALIDAD:
OCUPACION/OFICIO:	INDEPENDIENTE				Colombiano
DATOS DEL BENEFICIARIO					
BENEFICIARIO: 1	BENEFICIARIOS DE LEY				
MATERIA ASEGURADA: ASEGURADO					
ESTADO CIVIL	:SOLTERO		PLAN VMECTA	:PLAN UNICO	
PROFESION	:INGENIERIA AERONAUTICA		OCUPACION	:INDEPENDIENTE	
FORMA DE PAGO:	TARJETA CMR - NO PRESC.	AUTORIZO A CARGAR A MI TARJETA	TARJETA CMR		
TIPO DE TARJETA:	CREDITO	EL COSTO MENSUAL	\$27.990	12 cuotas	DEL SEGURO, CONFORME
FRANQUICIA:	TARJETA CMR	AL PLAN CONTRATADO CORRESPONDIENTE A LA PÓLIZA DE VIDA O NUEVAS CONTRATACIONES CON EL SIGUIENTE PLAN DE PAGOS.			
PRIMA MENSUAL (ANTES DE IVA)	\$27.990	PRIMA ANUAL (ANTES DE IVA)	\$335.880		
PRIMA MENSUAL (IVA INCLUIDO):	\$27.990	PRIMA ANUAL (IVA INCLUIDO):	\$335.880		
PRIMA BIENAL (ANTES DE IVA)	\$671.760	PRIMA BIENAL (IVA INCLUIDO):	\$671.760		
NÚMERO DE TARJETA:	XXXXXXXXXXXXX1145		TITULAR DE LA TARJETA:	MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO	
COBERTURAS					
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	\$50.000.000	MUERTE ACCIDENTAL	\$25.000.000		
ITP ACCIDENTAL	\$25.000.000	AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL	\$5.000.000		
RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE	\$50.000	ASISTENCIA NUTRICIONAL	:INCLUIDO		



10722398

Declaración de asegurabilidad:

CUESTIONARIO DE ASEGURABILIDAD (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA)

1. ¿Ha padecido alguna enfermedad crónica, ha recibido tratamiento médico por cualquier enfermedad que genere o haya generado daños irreversibles o ha presentado síntomas de cualquiera de los siguientes padecimientos: Cáncer, Células Anormales, Tumores Malignos, Leucemia, Aficciones Cardíacas, Trombosis, Malfuncionamiento de los Riñones o Infecciones por VIH o SIDA? NO
2. ¿Más de dos miembros de su familia inmediata (ejemplo: padres o hermanos) antes de llegar a los 60 años de Edad, padecieron, recibieron tratamiento o presentaron síntomas de Cáncer, Células Anormales, Tumores Malignos, Leucemia, Aficciones Cardíacas, Trombosis o Malfuncionamiento de los Riñones? NO
3. ¿Actualmente o en los últimos 24 meses ha acostumbrado fumar más de 20 cigarrillos al día y/o beber más de 7 vasos de alcohol al día? NO
4. Actualmente usted está buscando tratamiento médico o ha sido incapaz de desarrollar sus actividades normales por más de 5 días consecutivos debido a enfermedad (otra que no sea debido a embarazo) en los últimos 5 años NO
5. ¿Entiende y acepta que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación? SI
6. ¿Entiende y acepta que el beneficio del seguro no cubre pre-existencias declaradas o no declaradas de cualquier índole anteriores a la fecha de contratación? SI

Acepto que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro

FIRMA TALENTAHABIENTE

FIRMA ASEGURADO

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITUD DE HISTORIA CLÍNICA

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 34 de la ley 23 de 1981 autorizo a la compañía de seguros designada, para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria incluyendo la historia clínica respectiva. Esta autorización comprende igualmente la facultad para tener copia digitalizada de mi historia clínica.

REVOCACION UNILATERAL DEL CONTRATO:

La revocación da derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada; la liquidación del importe de la prima no devengada se calculará a prorrata del tiempo no corrido del seguro, cuando sea por voluntad de seguro, cuando sea por voluntad de MetLife ; cuando sea por voluntad del asegurado, se calculará la prima no devengada tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Parágrafo: La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del 28% sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la bienal.

INFORMACION CONFIDENCIAL Y DE DATOS PERSONALES

PRIMERA.

SUMINISTRO Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN INCLUIDO EL DATO PERSONAL.

Para los fines del presente Contrato las definiciones de las palabras aquí utilizadas en materia de datos personales serán las establecidas por la Ley 1266 de 2008 y 1581 de 2012. EL CLIENTE se obliga con LA AGENCIA a entregar información veraz, completa, actualizada y verificable y a actuar con diligencia en la información personal, comercial y financiera cada vez que así lo solicite LA AGENCIA, suministrando la totalidad de los soportes documentales exigidos. Este último exime a LA AGENCIA de cualquier responsabilidad que se derive de la incorrección, falsedad o inexactitud de tal información. EL CLIENTE notificará a LA AGENCIA oportunamente sobre cualquier cambio de su dirección física y electrónica.

SEGUNDA.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DE LA AGENCIA.

La información relacionada con los productos y servicios a que se refiere este Contrato es confidencial así como la información personal relacionada con EL CLIENTE. EL CLIENTE, a título personal autoriza de manera libre, previa, expresa e informada y hasta donde la ley lo permita, irrevocablemente, a LA AGENCIA y/o terceros que tengan vínculos comerciales con ella, a conservar, mantener, usar, compartir, suministrar, remitir e intercambiar entre sí toda información personal del o relacionada con EL CLIENTE, incluido el dato biométrico, la videograbación, y cualquier otra información sensible del CLIENTE, comerciales, y comportamiento crediticio, o información contratada, incluida pero sin limitarse a la información sobre sus condiciones personales, económicas y/o adelanta, con el fin de prestar los servicios contratados por EL CLIENTE, realizar y cumplir los protocolos de seguridad establecidos por LA AGENCIA, dar cumplimiento al presente Contrato y realizar las gestiones relativas a la administración del presente Contrato, así como que le sean ofrecidos a este los productos y/o servicios propios del objeto LA AGENCIA y/o terceros que tengan vínculos comerciales con LA AGENCIA o comunicaciones comerciales de cualquier clase relacionadas con los mismos, a través de cualquier medio de comunicación, tramitar la solicitud como consumidor financiero, deudor, contratante contractual y/o proveedor, adelantar el control y prevención de fraudes y lavado de activos, la elaboración de encuestas (comerciales, académicas, actuariales o de cualquier otra clase), la creación de bases de datos de acuerdo a las características y perfiles de los titulares de información personal, el envío de información de sujetos de tributación en los Estados Unidos al Internal Revenue Service (IRS) o a otras autoridades de Estados Unidos u otros países, en los términos del Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) o de normas de similar naturaleza de terceros países o en virtud de tratados internacionales y la prevención y control del lavado de activos y la financiación del terrorismo. En el mismo sentido, EL CLIENTE autoriza en forma previa, expresa, informada e irrevocable hasta donde la ley lo permita, a LA AGENCIA, a compartir su información personal, comercial y financiera con terceros ubicados en Colombia o en el exterior, para efectos del procesamiento, conservación o alojamiento de propiedad de EL CLIENTE. LA AGENCIA se obliga a pactar con tales terceros, el mantenimiento de la confidencialidad sobre la información de propiedad de EL CLIENTE.

Siempre que la ley así lo permita, EL CLIENTE autoriza expresa e irrevocablemente a LA AGENCIA para que éste pueda transferir o subcontratar la prestación de cualquier parte de los productos y/o servicios suministrados a EL CLIENTE con un tercero, incluido una entidad vinculada o con nexos comerciales, sea que ese tercero opere o no en otra jurisdicción o territorio, ya sea entre otros servicios relacionados con el procesamiento de datos de los productos contratados, transmisión y almacenamiento de ordenes o información de las cuentas o productos contratados y/o de EL CLIENTE para su utilización a escala nacional o internacional incluyendo, servicios computarizados, servicios de atención telefónica, cobranzas u otros de naturaleza similar. EL CLIENTE acepta que ese proceso pudiera implicar la recolección, archivo, procesamiento y transmisión de dicha información por parte de terceros que tengan vínculos comerciales con LA AGENCIA, localizados dentro o fuera de Colombia y sus respectivos empleados y/o contratistas; todos estos deberán guardar la misma confidencialidad a la que está sujeto LA AGENCIA, con las limitaciones impuestas por las leyes aplicables sobre la materia, en la jurisdicción donde ésta se recolecta, archive, procese o transmita. LA AGENCIA podrá dar tratamiento y conservar la información personal de EL CLIENTE mientras se encuentre obligado legalmente para ello, sea necesario para el cumplimiento de las obligaciones contractuales de EL CLIENTE o las obligaciones contractuales de LA AGENCIA o entidades relacionadas, sea necesario para formular peticiones, quejas o reclamos y éstas sean atendidas adecuadamente por LA AGENCIA y sea necesario para garantizar el ejercicio del derecho de defensa o al debido proceso o si de LA AGENCIA, ante las autoridades administrativas o judiciales, aún después de terminadas las relaciones contractuales con LA AGENCIA.

BASES DE DATOS.

EL CLIENTE, autoriza de manera previa, expresa e informada para que LA AGENCIA compare y suministre su información, incluida su información personal,



con terceros que tengan vínculo comerciales con LA AGENCIA dentro y/o fuera del país, inclusive para eventuales vinculaciones de EL CLIENTE con terceros que tengan vínculos comerciales con LA AGENCIA quienes deberán cumplir las normas y políticas internas de LA AGENCIA en lo relacionado con la exclusividad y propiedad de la información, y las normas de seguridad y confidencialidad de la información personal. EL CLIENTE autoriza de manera expresa, previa e informada a LA AGENCIA y a sus empresas vinculadas o entidades con quienes tengan vínculos comerciales, para que use su información personal y le envíe periódicamente publicidad comercial, por medios impresos o electrónicos, de productos y servicios propios y de terceros.

OTRAS DISPOSICIONES

1. La renovación del presente certificado se hará de forma automática
2. En ningún caso, la renovación que se haga a la presente póliza podrá desmejorar las coberturas y asistencias que se registran en el presente certificado. En cada renovación el monto de las primas podrá ser reajustado.
3. La renovación automática operara salvo que la compañía, el asegurado o el tomador manifiesten con Diez (10) días de antelación y por escrito su intención de no renovarlo.
4. De acuerdo con el artículo 1043 del Código de comercio, el tomador y la aseguradora acuerdan que el asegurado será el responsable del pago de la prima, y la aseguradora renuncia a cobrar dicha prima al tomador.
5. La mora en el pago de la prima de este certificado producirá la terminación automática del amparo que consta en este certificado y dará derecho al asegurador a exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición de este certificado.
6. La presente póliza ampara el riesgo descrito en los siguientes condicionaciones generales (01092013-1413-P-34-VGABMCCCON 002), (CODIGO 03092013-1413-P-31-APBNAMD 002), (CODIGO 03092013-1413-A-31-APANITP 004), (CODIGO 01032011-1413-A-31-APANAGFMA 032) y (01032011-13-A-31-APANRDHCA 007). "Para esta póliza rigen todas las cláusulas y garantías expresadas en el interior".
7. Declaro conocer que la presente póliza tiene una vigencia bienal, esto es, una periodicidad de dos (2) años, conforme lo indica la solicitud de seguro al momento de suscribir la póliza, con una prima por cada año de \$335.880 es decir una prima bienal de \$671.760 por la vigencia total de la póliza.

Código del vendedor: 15468

Nombre del vendedor: LAURA XIMENA JEREZ GUIROGA

*Handwritten signature**Handwritten signature*

FIRMA COMPAÑIA

FIRMA TOMADOR

FIRMA TARJETAHABIENTE

FIRMA ASEGURADO

HUELLA A

CURADO

MetLife

POLIZA DE SEGURO CAMPAÑA VIDA



Pag 1 de 4

RAZÓN SOCIAL DE LA COMPAÑIA ASEGURADORA:		METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A		NIT: 860002398	
FECHA DE EXPEDICION:	06-02-2015	Nº PROPUESTA:	7228396	SubProducto:	VMECTA
INTERMEDIARIO:	AGENCIA DE SEGUROS FALABELLA LTDA.		NIT:	9000745898	
DIRECCION:	Av. 19 # 120 - 71 Piso 2		TELEFONO 1:	5878787	
			CIUDAD:	Bogota	
TOMADOR:	BANCO FALABELLA S.A.		NIT:	9000479818	
DIRECCION:	Av. 19 # 120 - 71 Piso 3		TELEFONO 1:	5878787	
			CIUDAD:	Bogota	
VIGENCIA					
DESDE:	DIA	06	MES	02	AÑO
HASTA:	DIA	06	MES	02	AÑO
				2015	2017
				HORA	HORA
				00:00	00:00

DATOS DEL ASEGURADO

ASEGURADO 1: MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO TIPO DE DOCUMENTO: Cédula Ciudadania NUMERO: 19360065

SEXO: MASCULINO ESTADO CIVIL: SOLTERO

DIRECCION: KILOMETRO KL 33 AUT NT CAS 223 TELEFONO 1: 01-8853489

CIUDAD: Sopo NACIONALIDAD: Colombiano

FECHA DE NACIMIENTO: 08-05-1959

E-MAIL: MARIONE-TO@HOTMAIL.COM

PROFESION: INGENIERIA AERONAUTICA

OCCUPACION/OFCIO: INDEPENDIENTE

DATOS DEL BENEFICIARIO

BENEFICIARIO: 1 BENEFICIARIOS DE LEY

MATERIA ASEGURADA: ASEGURADO

ESTADO CIVIL: SOLTERO PLAN VMECTA : PLAN UNICO

PROFESION: INGENIERIA AERONAUTICA OCUPACION: INDEPENDIENTE

FORMA DE PAGO: TARJETA CMR - NO AUTORIZO A CARGAR A MI TARJETA TARJETA CMR

TIPO DE TARJETA: CREDITO EL COSTO MENSUAL \$27.990 12 cuotas DEL SEGURO, CONFORME AL PLAN CONTRATADO CORRESPONDIENTE A LA POLIZA DE VIDA Y DE SUS RENOVACIONES O NUEVAS CONTRATACIONES CON EL SIGUIENTE PLAN DE PAGOS.

FRANQUICIA: TARJETA CMR

IVA PRIMA MENSUAL	\$0	IVA PRIMA ANUAL	\$0
PRIMA MENSUAL (IVA INCLUIDO):	\$27.990	PRIMA ANUAL (IVA INCLUIDO):	\$335.880
PRIMA BIENAL (ANTES DE IVA)	\$671.760	PRIMA BIENAL (IVA INCLUIDO):	\$671.760
NÚMERO DE TARJETA:	XXXXXXXXXXXXX1145	TTULAR DE LA TARJETA:	MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO
COBERTURAS			
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	\$50.000.000	MUERTE ACCIDENTAL	\$25.000.000
TIP ACCIDENTAL	\$25.000.000	AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL	\$5.000.000
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE	\$50.000	ASISTENCIA NUTRICIONAL	: INCLUIDO

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO



COBERTURAS:

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA. LA COMPAÑIA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S), EL VALOR ASEGURADO INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, EN CASO DE QUE OCURRA LA MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

MUERTE ACCIDENTAL. LA COMPAÑIA SE COMPROMETE A PAGAR AL (LOS) BENEFICIARIO(S) LAS PRESTACIONES PROPIAS DE CADA UNO DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE SEÑALADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE SE EMITA PARA CADA ASEGURADO, EN CASO DE QUE LA PERSONA DESIGNADA COMO ASEGURADO SUFRA UN ACCIDENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CAUSANDO SU MUERTE ACCIDENTAL O MUERTE POR DESAPARECIMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA Y HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA MISMA.

PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE CONSIDERA ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO, REPENTINO, FORTUITO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE DE MANERA VIOLENTA, AFECTEN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, GENERANDO LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) O SU MUERTE.

TAMBIÉN SE CONSIDERAN ACCIDENTES LA INTOXICACIÓN O ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL, LAS PELEAS O RIÑAS NO OCASIONADAS POR EL ASEGURADO, LA ASFIXIA POR VAPORES O GASES AJENA A LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, LA MORDEDURA Y PICADURA DE ANIMALES, EL TERREMOTO, TEMBLOR Y DEMÁS FENÓMENOS NATURALES. LA PRACTICA NO PROFESIONAL DE DEPORTES, LOS ACCIDENTES EN MOTO, EL AHOGAMIENTO O ASFIXIA POR INMERSIÓN U OBSTRUCCIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO QUE NO PROVENGA DE ENFERMEDAD. EL VALOR ASEGURADO SE PAGARÁ EN UN (1) SOLO CONTADO, EN PAGOS PERIÓDICOS O EN AMBOS, TAL COMO SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO.

1.1. MUERTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

LA COMPAÑIA, SE OBLIGA A PAGAR A LOS BENEFICIARIO(S) EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SI EL EVENTO ES CUBIERTO POR LA PÓLIZA DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES INDICADAS, Y EL AMPARO ESTÁ INDICADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

1.1.2. DENTRO DE LOS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DÍAS CALENDARIO, CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE EN QUE EL ASEGURADO HA SUFRIDO LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS), ÉSTAS HAN DADO LUGAR A SU MUERTE.

EL PRESENTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO SUS VIAJES TERRESTRES, FLUVIALES, MARÍTIMOS Y AEREOS, DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.

1.2. MUERTE POR DESAPARECIMIENTO DEL ASEGURADO EN ACCIDENTE.

LA COMPAÑIA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS LA SUMA ASEGURADA PRINCIPAL, SI COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE NO SE ENCONTRASE EL CUERPO DEL ASEGURADO Y ÉSTA AUSENCIA HAYA SIDO DECLARADA JUDICIALMENTE COMO MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO DEL ASEGURADO, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.2.1. LA DERIVADA EN UN HECHO ACCIDENTAL QUE HAYA GENERADO SU HUNDIMIENTO, CAÍDA O NAUFRAGIO, MIENTRAS SE ENCONTRABA HACIENDO USO DE CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE AMPARADO POR ÉSTA PÓLIZA, O

1.2.2. CUANDO FUERA VÍCTIMA DE UN HECHO CATASTRÓFICO NATURAL COMO TERREMOTO, INUNDACIÓN Ó MAREMOTO

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ACCIDENTAL

LA COMPAÑIA SE COMPROMETE A PAGAR AL ASEGURADO LAS PRESTACIONES PROPIAS DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE EXPRESAMENTE SEÑALADO EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO QUE SE EMITA PARA CADA ASEGURADO, EN CASO DE QUE LA PERSONA DESIGNADA COMO ASEGURADO SUFRA UN ACCIDENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, CAUSANDO UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EN LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES PREVISTOS EN LA PRESENTE PÓLIZA Y HASTA EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA MISMA.

PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE CONSIDERA ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO, REPENTINO, FORTUITO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, CAUSADO POR MEDIOS EXTERNOS, QUE DE MANERA VIOLENTA, AFECTEN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO, GENERANDO LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS) O SU MUERTE.

TAMBIÉN SE CONSIDERAN ACCIDENTES, LAS PELEAS O RIÑAS NO OCASIONADAS POR EL ASEGURADO, EL TERREMOTO, TEMBLOR Y DEMÁS FENÓMENOS NATURALES. LA PRACTICA NO PROFESIONAL DE DEPORTES, LOS ACCIDENTES EN MOTO,

EL VALOR ASEGURADO SE PAGARÁ EN UN (1) SOLO CONTADO, EN PAGOS PERIÓDICOS O EN AMBOS, TAL COMO SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO.

1.1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE UN ACCIDENTE.

LA COMPAÑIA SE OBLIGA A PAGAR AL ASEGURADO, EL VALOR ASEGURADO SEÑALADO, SI SE CUMPLEN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

1. EL EVENTO ESTÁ CUBIERTO E INDICADO EXPRESAMENTE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

2. ÉSTA ACORDE CON LAS DEFINICIONES QUE ADELANTE SE INDICAN.

3. SI DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE EN QUE EL ASEGURADO HA SUFRIDO LESIONES CORPORALES (INTERNAS O EXTERNAS), ÉSTAS DAN LUGAR A UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

4. QUE LA INCAPACIDAD SE HAYA MANTENIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR A CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA FECHA EN QUE FUE DETERMINADA POR PARTE DE UN MÉDICO, EL PRIMER DÍA DE INCAPACIDAD.

5. QUE LAS LESIONES DEL ACCIDENTE GENEREN UNA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL SUPERIOR AL CINCUENTA POR CIENTO (50%), CERTIFICADA POR UNA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ NACIONAL, REGIONAL O EPS, QUIEN DETERMINA LO ANTERIOR CON BASE EN MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SOPORTADOS MEDICAMENTE. LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD DEBE ENCONTRARSE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO.

ESTE AMPARO CUBRE AL ASEGURADO LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, INCLUYENDO SUS VIAJES TERRESTRES, FLUVIALES, MARÍTIMOS Y AEREOS COMERCIALES, DENTRO Y FUERA DEL PAÍS.

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

LA COMPAÑIA PAGARÁ AL ASEGURADO O A SU(S) BENEFICIARIO(S), EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO DURANTE EL TRÁMITE DE LA RECLAMACIÓN, UNA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE ACCIDENTE, CUYO VALOR SE INDICA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, EN LA FORMA Y CONDICIONES QUE MÁS ADELANTE SE ESTIPULAN.

AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL SIN HOMICIDIO

LA COMPAÑIA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS UN AUXILIO FUNERARIO CUANDO SE PRODUZCA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO A CAUSA DE UN ACCIDENTE CUYO VALOR SERÁ ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SIEMPRE QUE SE PAGUE EL MONTO DE LA PRIMA ADICIONAL POR LA PRESENTE COBERTURA.

Edad mínima de ingreso 18 años

Edad máxima de ingreso Renta Diaria por Hospitalización 64 años y 364 días

Edad máxima de permanencia Renta Diaria por Hospitalización 64 años 364 días.

Edad máxima de ingreso demás coberturas 64 años 364 días

Edad máxima de permanencia demás coberturas 64 años 364 días.



13722888

Descripción de las Asistencias:

ASISTENCIA NUTRICIONAL
LA ASISTENCIA NUTRICIONAL ONLINE ESTÁ BASADA EN EL CONTEO Y CONTROL RESPECTO DEL CONSUMO DE CALORÍAS DIARIAS. EL CUAL ESTA ASISTENCIA SE DESARROLLA DE LA SIGUIENTE MANERA:

A. EL BENEFICIARIO INGRESA AL PORTAL DE INTERNET WWW.GUATVVIDA.COM.COMETURE Y EL SISTEMA LE PERMITIRÁ CREAR SU CUENTA DE USUARIO Y REGISTRAR SU CONTRASEÑA CON LA CUAL PODRÁ POSTERIORMENTE ACCEDER AL PROGRAMA.
B. UNA VEZ QUE EL NUEVO USUARIO INGRESA AL PROGRAMA, SE LE REALIZA UNA EVALUACION GENERAL, PARA DETERMINAR LA CANTIDAD DE CALORÍAS QUE DEBE CONSUMIR DIARIAMENTE, SEGUN LOS DATOS INGRESADOS.
C. POSTERIORMENTE, EL PROGRAMA CONTROLA EL INGRESO DE COMIDAS SEGUN TIPO DE ALIMENTO Y PORCIÓN CONSUMIDA EN LAS DIFERENTES ETAPAS DEL DÍA, REQUIRIENDO AL USUARIO, PERIODICAMENTE EL INGRESO DEL PESO.
D. FINALMENTE, EL PROGRAMA ENTREGA INFORMES NUTRICIONALES DIARIOS, SEMANALES Y RESUMENES DEL ESTADO DEL PESO DEL USUARIO, ASI COMO TAMBIEN RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LOS HABITOS ALIMENTICIOS, SALUD, RECETAS, DIETAS, EJERCICIOS, ETC.
E. EL PROGRAMA CUENTA, ADEMÁS, CON LA POSIBILIDAD DE HACER CONSULTAS VIA MAIL A UN NUTRICIONISTA, QUIEN RESPONDERÁ EN UN PLAZO NO SUPERIOR A 48 HORAS HÁBILES VIA CORREO ELECTRÓNICO.

EXCLUSIONES:

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

No hay lugar a pago alguno por concepto de cualquiera de los amparos de este seguro, cuando la muerte del asegurado, tenga su causa, consista en, o sea consecuencia directa o indirecta, total o parcial de:

el suicidio durante el primer año de vigencia de la presente póliza. Después de dicho término el suicidio queda amparado - la muerte del asegurado que tenga como causa o sea consecuencia de cualquier enfermedad o patología y/o lesiones que se hayan manifestado, la muerte del asegurado cuya causa sea o esté relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o el virus de inmunodeficiencia humana (vih). -

MUERTE ACCIDENTAL.

lesión intencionalmente infringida a sí mismo, suicidio o intento de suicidio.

- actos del(los) asegurado(s) calificados como delito, contravención o infracción.
- infecciones bacterianas, virus o enfermedades, incluyendo cualquier trastorno mental o nervioso.
- participación los asegurados en peleas o riñas, salvo en los casos en que se trate de legítima defensa.
- participación activa del(los) asegurado(s) en motín, conmoción civil, asonada, sedición, rebelión o actos malintencionados.
- guerra, molin, invasión de enemigos extranjeros, etc., o que el asegurado esté prestando servicios en las fuerzas armadas en servicio activo o en retiro.
- cirugía cosmética o plástica, salvo como resultado de una lesión.
- cobertura amplia de vuelo o vuelo en aerolíneas privadas o helicóptero.
- actos en los que el asegurado(s) se encuentre bajo el efecto de una sustancia psicoactiva
- terrorismo y actos malintencionados de terceros

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ACCIDENTAL

aplican las mismas definidas para la cobertura de muerte accidental.

RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

cirugía plástica o cosmética así como los tratamientos y/o procedimientos con fines estéticos. esta exclusión no se aplicará cuando la cirugía o el procedimiento se practique como consecuencia de un accidente amparado.-

- síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o cualquier enfermedad relacionada.-
- alcoholismo, drogadicción, uso de narcóticos o estupefacientes y tratamientos para los mismos.

AUXILIO FUNERARIO POR MUERTE ACCIDENTAL SIN HOMICIDIO

No hay lugar a pago alguno por concepto de cualquiera de los amparos de este seguro, cuando la muerte del asegurado, tenga su causa, consista en, o sea consecuencia directa o indirecta, total o parcial de:

el suicidio durante el primer año de vigencia de la presente póliza. Después de dicho término el suicidio queda amparado.- la muerte del asegurado que tenga como causa o sea consecuencia de cualquier enfermedad o patología y/o lesiones que se hayan manifestado, la muerte del asegurado cuya causa sea o esté relacionada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) o el virus de inmunodeficiencia humana (vih). -

la muerte del asegurado por otra persona de manera dolosa (homicidio), acaecido dentro de los seis (6) primeros meses de cobertura individual en el seguro

RIESGOS NO ASEGURABLES:

No podrán ser parte del grupo asegurable, las personas que realicen las siguientes ocupaciones, profesiones u oficios habituales: ganaderos y administradores de fincas, bomberos, policías o militares activos y en retiro, guarda espaldas, miembros de organismos de seguridad o inteligencia públicos o privados, pilotos y auxiliares de vuelo, taxistas y conductores de servicio público, camioneros o moteros, personas que manejen maquinaria explosivos, políticos, mineros, periodistas vinculados a medios de comunicación, personal vinculado a la rama judicial u organismos de control del poder público y personas que conformen grupos religiosos de manera activa y en general, aquellas personas que desempeñen actividades de alto riesgo.

REVOCAACION UNILATERAL DEL CONTRATO:

La revocación de derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada; la liquidación del importe de la prima no devengada se calculará a prorrata del tiempo no corrido del seguro, cuando sea por voluntad de MetLife ; cuando sea por voluntad del asegurado, se calculará la prima no devengada tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Parágrafo: La prima a corto plazo será equivalente a la prima a prorrata de la vigencia corrida, más un recargo del 28% sobre la diferencia entre dicha prima a prorrata y la bienal.

OTRAS DISPOSICIONES

1. La renovación del presente certificado se hará de forma automática
2. En ningún caso, la renovación que se haga a la presente póliza podrá mejorar las coberturas y asistencias que se registran en el presente certificado. En cada renovación el monto de las primas podrá ser reajustado.
3. La renovación automática operará salvo que la compañía, el asegurado o el tomador manifiesten con Diez (10) días de antelación y por escrito su intención de no renovarla.
4. De acuerdo con el artículo 1043 del Código de comercio, el tomador y la aseguradora acuerdan que el asegurado será el responsable del pago de la prima, y la aseguradora renuncia a cobrar dicha prima al tomador.
5. La mora en el pago de la prima de este certificado producirá la terminación automática del amparo que consta en este certificado y dará derecho al

Seguros

CUPÓN DE BENEFICIO ÚNICO

Copía : Corredora
Metlife

Nº PROPUESTA

: 7228396

ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

NOMBRE :MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO
Nº DOCUMENTO :19360065
TELÉFONO :01-8853499
DIRECCION : KL 33 AUT NT CAS 223
BARRIO :CUNDINAMARCA-SOPO
MUNICIPIO :SOPO
DEPARTAMENTO :CUNDINAMARCA
E-MAIL :MARIONE-TO@HOTMAIL.COM
PUNTO VENTA :288 SEGUROS HC CLL 170 BOGOTA

DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO ÚNICO: **TABLET HP SLATE 7 PLUS 4200LA**

CONDICIONES PARA OBTENER EL BENEFICIO ÚNICO:

1. El Beneficio Único lo entrega la Agencia de Seguros Falabella Ltda. al cliente por la suscripción de la póliza de Seguro de Vida bienal ofrecida por ASEGURADORA METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A
2. La entrega del beneficio se hará por una única vez, al inicio de la vigencia de la propuesta señalada en el presente documento.
3. El beneficio único solo estará disponible para entrega al cliente durante el primer año de la vigencia de la póliza, al cumplirse este periodo caducará la oportunidad para reclamarlo.
4. Aplican requisitos de asegurabilidad establecidos por la compañía.
5. Esta promoción es válida desde el 06 de Noviembre de 2014 hasta el 28 de Febrero de 2015 o hasta agotar existencias, lo que ocurra primero.
6. Unidades disponibles de Beneficio Único: 2.0025 unidades a nivel nacional. Una vez recibido a satisfacción del cliente, no se aceptan devoluciones.
7. El beneficio será entregado directamente al cliente en el lugar de expedición de la póliza.
8. El cliente tendrá que desembalar y revisar el producto al momento de ser entregado por el asesor. Si no está conforme, el cliente deberá rechazar la entrega del beneficio único. De lo contrario, se entenderá que acepta a satisfacción el beneficio entregado.
9. Serial del equipo No: CNU4389JJ1

COMPROMISO IRREVOCABLE:

Yo, MARIO GUTIERREZ, mayor de edad, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 19360065, expedida en BOGOTÁ, en mi condición de titular de la tarjeta de crédito CMR Falabella y/o CMR Falabella MasterCard No. 7125, parte del asegurado del contrato de seguro de vida identificado con el número de propuesta anteriormente relacionado, cargo a mi tarjeta de crédito CMR FALABELLA y/o CMR FALABELLA MASTER CARD el valor del importe calculado por la aseguradora, según lo establecido en el parágrafo de la cláusula "REVOCACION UNILATERAL DEL CONTRATO", y este valor sea girado directamente a la compañía aseguradora METLIFE S.A.

Como titular de la cuenta señalada, declaro que conozco y acepto que el cargo autorizado se podrá hacer ordinariamente durante el tiempo y la oportunidad indicada, siempre que la tarjeta de crédito tenga cupo de crédito disponible. No obstante, si en esa oportunidad no hay cupo disponible, el cargo podrá hacerse cuando exista disponibilidad en el cupo de crédito. BANCO FALABELLA S.A. podrá abstenerse de hacer el cargo si no existe cupo suficiente o si se presenta alguna causal que lo impida, caso en el cual me obligo mediante este documento a asumir el pago dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que me fuere informada esta circunstancia, efecto para el cual este documento prestará mérito ejecutivo.

Al dar la presente autorización soy consciente que pueden surgir conflictos que impliquen la necesidad de revelar la documentación e información aquí contenida, por lo cual autorizo desde ahora la correspondiente divulgación a METLIFE, BANCO FALABELLA S.A. y la AGENCIA DE SEGUROS FALABELLA LTDA. Nit: Metlife S.A.:860002398-5.


Firma Tarjeta Habiente
Nº Documento : 19360065

Fecha Cupón : 06-02-2015


Firma Asegurado
Nº Documento : 19360065



MetLife®

Cuidamos
lo que más amas
en la vida

Bogotá, D. C., 12 de diciembre de 2017

Señor(a)

MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ

Kilómetro 33 Vía Sopó Parcelación Aposentos

Teléfono 3102174134 - 4594206

Bogotá - Cundinamarca

Apreciado (a) cliente

Reciba un cordial saludo de MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

¿Por qué lo estamos contactando?

Nos referimos a la reclamación 18601128 sobre la póliza 2005605, donde registra como asegurado (a) el (la) señor (a) Mario Santiago Gutiérrez Preciado Gutiérrez identificado (a) con CC 19360065.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A., se permite certificar que el 04 de diciembre de 2017 se recibió aviso de reclamación por el fallecimiento del asegurado presentado el pasado 25 de octubre de 2017.

Con el objetivo de llevar a cabo el estudio de la reclamación, le solicitamos el favor de remitirnos los siguientes documentos:

Por parte del Asegurado:

- Historia clínica completa que soporta el fallecimiento del asegurado.
- Historia clínica completa de cuando se establece por primera vez el diagnóstico tratado.
- Copia del documento de identificación.
- Copia autenticada del Registro Civil de Defunción.
- Declaración extrajudicial realizada por alguno de los beneficiarios (no por terceros), donde se indique quienes son los herederos del asegurado, donde se informe que no se conocen más interesados sobre la suma asegurada que se reclama. Por favor indicar en el extrajudicio, la cantidad, descripción de conyugue e hijos que tuvo el asegurado.
- Diligenciamiento del formulario de conocimiento del cliente (adjunto) de cada beneficiario registrado en el extrajudicio anterior.
- Copia autenticada del documento de identificación de cada beneficiario registrado en el extrajudicio anterior.
- Certificación bancaria de cada beneficiario registrado en el extrajudicio anterior.
- Copia autenticada el registro civil de nacimiento de cada beneficiario registrado en el extrajudicio anterior.

Tenga en cuenta que...

Nuestro interés es brindarle una respuesta en el menor tiempo posible, para ello agradecemos que los documentos solicitados en esta comunicación, sean remitidos en su totalidad, en un sobre marcado con el número del reclamo en referencia, dirigido al Departamento de Beneficios de la Sucursal Bogotá, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm o remitidos a nuestro correo corporativo beneficios@metlife.com.co.

En el momento de la entrega, sugerimos hacer sellar una relación detallada de los documentos remitidos. La presente comunicación no implica que la reclamación haya sido presentada ante la aseguradora en la debida forma o que, a quien se expide esta solicitud, haya probado el derecho que pudiera tener frente a la aseguradora por el pago de la indemnización, de acuerdo con el Artículo 1077 del Código de Comercio.

Estamos para ayudarle

En caso de requerir información adicional, no dude en comunicarse con nuestra compañía a través de la línea de atención al cliente 01 8000 91 22 00 desde cualquier ciudad del país, o en Bogotá al 312 58.

DEPARTAMENTO DE BENEFICIOS

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

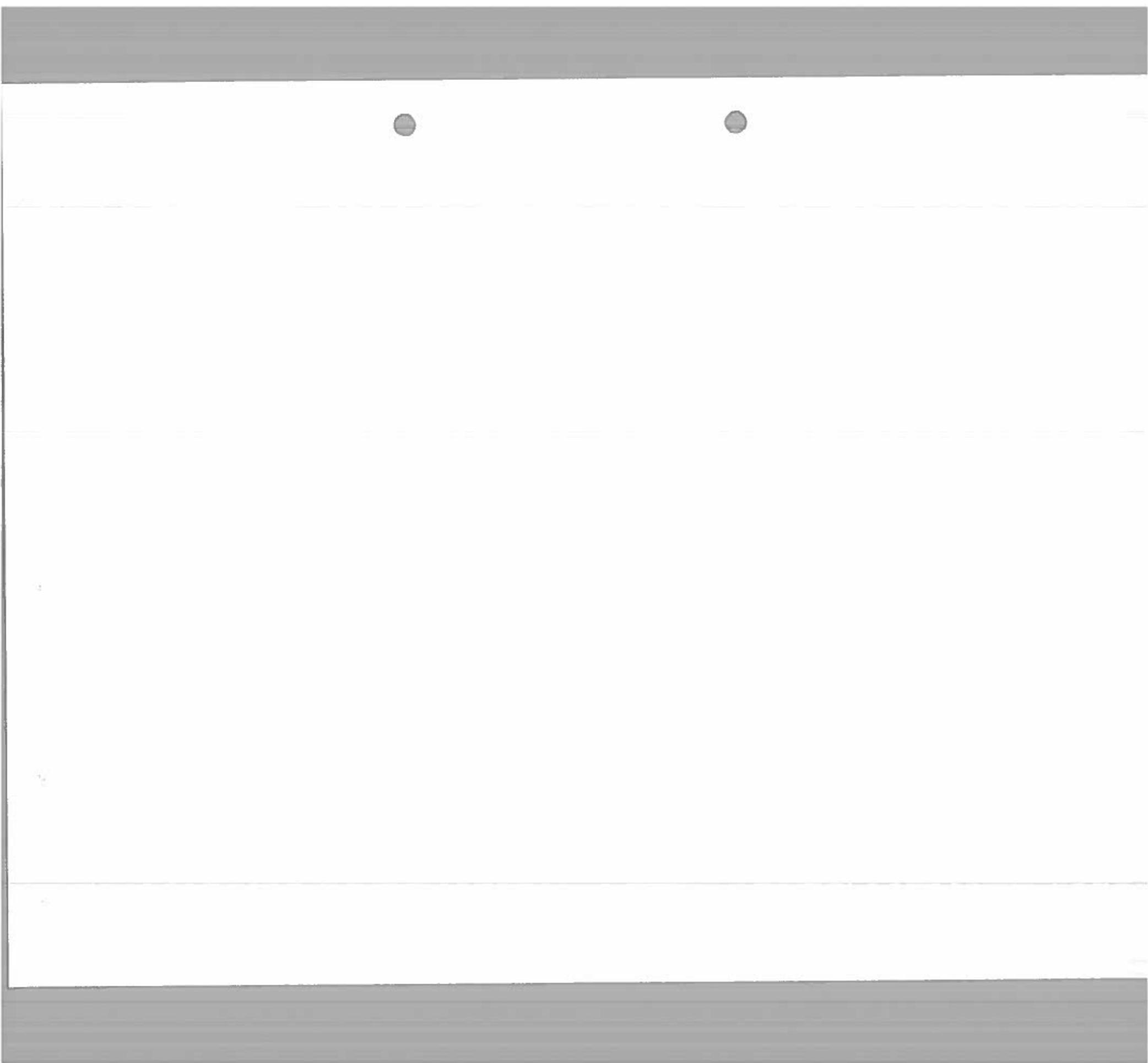
MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros

Bogotá D.C. Carrera 7 No. 99 - 53 Piso 17 (Of. Principal) - Línea Atención al cliente: 01 8000 9 12200 - servicio_cliente@metlife.com.co
www.metlife.com.co

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MLNMECGGEN0693-COL-ED11/2016





Angel, Richard

De: Angel, Richard
Enviado el: lunes, 11 de diciembre de 2017 03:06 p.m.
Para: Rojas, Mariana
CC: Manuel Alejandro Herrera Piñeros (manuel.herrera@metlife.com.co)
Asunto: 18601128 - Falabella
Importancia: Alta

Buenas tardes Mariana

Te reportamos el fallecimiento del asegurado en referencia.

Cordial saludo

Richard Alberto Angel Bonilla | Analista de Mesa de Control | Departamento de Reclamos
Carrera 7 N° 99 – 53 Piso 5, Bogotá | 6388240 Ext. 5071 | richard.angel@metlife.com.co

De: Angel, Richard
Enviado el: lunes, 11 de diciembre de 2017 03:03 p.m.
Para: Andrea Toledo; andtoledo@falabella.com.co
CC: Herrera, Manuel
Asunto: 18601128 - Falabella
Importancia: Alta

Buen día Andrea

Nos puedes por favor colaborar con el envío de la declaración de asegurabilidad del siguiente asegurado para atender una reclamación por MUJERTE:

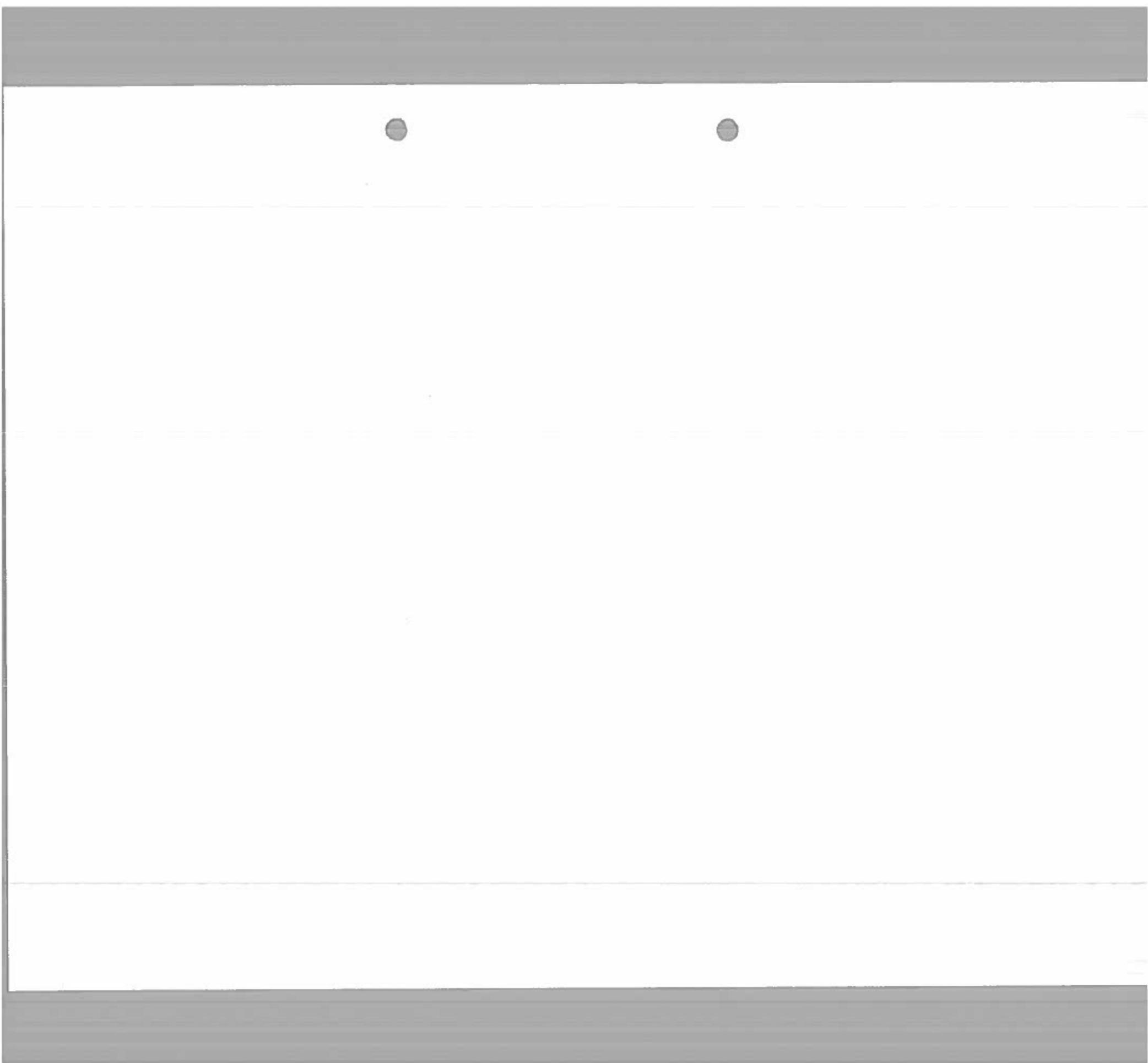
Nombre	MARIO SANTIAGO GUTIERREZ PRECIADO
Cédula	193600065
Póliza	2005605
Certificado	3314

Muchas gracias

Cordial saludo

Richard Alberto Angel Bonilla | Analista de Mesa de Control | Departamento de Reclamos
Carrera 7 N° 99 – 53 Piso 5, Bogotá | 6388240 Ext. 5071 | richard.angel@metlife.com.co

The information contained in this message may be **CONFIDENTIAL** and is for the intended addressee only. Any unauthorized use, dissemination of the information, or copying of this message is prohibited. If you are not the intended addressee, please notify the sender immediately and delete this message.



MetLife

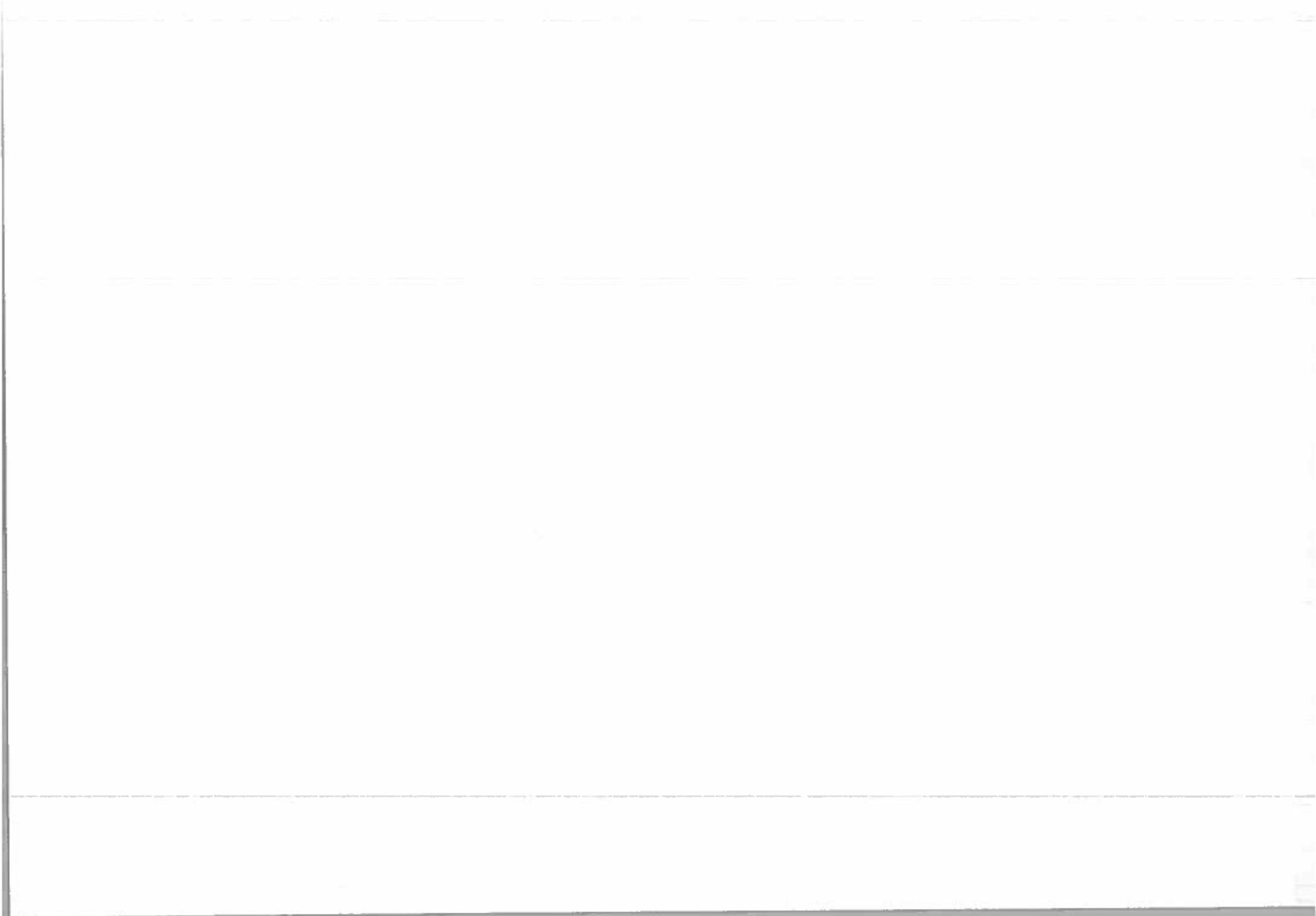
Poliza 2005605 Certificado 3314

Información Certificado

Poliza Certificado Asegurado Beneficiarios Info Financiera Datos Tomador

SINIESTRALIDAD POLIZA 1

Estado	VIGENTE	Fecha Inicio	06/02/2015
Facturado Hasta	01/12/2017	Fecha Fin	/ /
Moneda	PESOS COLOMBIANOS	Factor Conversión	1,0000
Fecha de Inicio Compañía Anterior	0	Fecha Factor	20171205
Frecuencia Pago	MENSUAL SIN RECARGO	Referencia externa (GN = Cuenta Interna)	7228396
Cuotas Pendientes en Cartera	1	Valor a Recaudar a la Fecha	\$ 32.039
Valor Asegurado	\$ 52.874.241,00	(unidades) 0,00	
Prima Frecuencia	\$ 32.039,00	(unidades) 0,00	
Prima Anual	\$ 384.468,00	(unidades) 0,00	
Prima Ahorro	\$ 0,00	Frecuencia Ahorro	No Aplica
COBERTURAS - AMPAROS			
	Amparo	Valor Asegurado	Estado
	VIDA	52874241,00	VIGENTE
	INCAPACIDAD	26437121,00	VIGENTE
	DOBLE INDEMNIZACION	26437121,00	VIGENTE
	GASTOS FUNERARIOS POLIZA VIDA	52874,00	VIGENTE
	ASISTENCIA NUTRICIONAL	0,00	VIGENTE
	RENTA HOSPITALARIA	50000,00	VIGENTE



Mesa, Evelyn

De: COL - Beneficios Solicitudes
Enviado el: Lunes, 04 de diciembre de 2017 09:05 a.m.
Para: Mariana Gutierrez Muñoz
CC: Mesa, Evelyn; Angel, Richard
Asunto: 19360065 - RECLAMACIÓN SEGURO DE VIDA MARIO GUTIÉRREZ PRECIADO
Datos adjuntos: Doc Dec 1, 2017 at 5-40 PM.PDF

Buen día estimado usuario

Procederemos con la radicación y asignación de ésta nueva reclamación por MUERTE.

Para posterior información de su reclamación, por favor comunicarse con el correo electrónico o los números de atención al usuario que a continuación se relacionan.

Agradecemos no responder éste email. Es únicamente para la recepción de nuevas reclamaciones por siniestro.

Cordial saludo

Departamento de Reclamos servicio.cliente@metlife.com.co
Carrera 7 N° 99 – 53 Piso 17, Bogotá | 091 3581258 | Línea Nacional 018000 912200

De: Mariana Gutierrez Muñoz [mailto:mariana.gutierrez94@hotmail.com]
Enviado el: viernes, 01 de diciembre de 2017 06:00 p.m.
Para: COL - Beneficios Solicitudes <beneficiosolicitudes@metlife.com.co>
Asunto: [EXT] RECLAMACIÓN SEGURO DE VIDA MARIO GUTIÉRREZ PRECIADO

Muy Buenas Tardes,

Por medio de la presente Yo MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ identificada con cédula de ciudadanía número 1075874832 hija del señor MARIO SANTIAGO GUTIERREZ PRECIADO quien en vida se identificara con número de Cedula 19.360.065 de bogota, quien falleció el pasado 25 de octubre del 2017, me permito solicitar el seguro de vida de la persona anteriormente mencionada. Adjunto Formulario diligenciado y espero una pronta respuesta

Atentamente

MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ
C.c 1075874832
Cel : 3102174134
Mariana.gutierrez94@hotmail.com

The information contained in this message may be CONFIDENTIAL and is for the intended addressee only. Any unauthorized use, dissemination of the information, or copying of this message is prohibited. If you are not the intended addressee, please notify the sender immediately and delete this message.

MetLife®

Formulario de Reclamación por Siniestro

FECHA DE EMISIÓN Y FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

04 de Noviembre de 2013 Ciudad Bogotá

NUMERO Y APELLIDOS DEL SEGURO RECLAMADO

MANQUE CON UNA X EL OBJETO DE LA RECLAMACION:

MUERTE NATURAL PACIFICACION PRESUMIDA FALLECIDA RETIEN DAÑA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

MUERTE ACCIDENTAL FALLECIDO GRABE RETIEN DAÑA POR HOSPITALIZACION

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR DETERMINADO ACCIDENTE DESMEMBRACION GASTOS MEDICOS

DESMIEMBRO FRACTURAS QUIRURGIAS

AUXILIO DE MANTENIMIENTO / PATERNIDAD OTROS - CUALES _____

Nota: Si su reclamacion presenta correspondencia a la póliza de CAS NATURAL, incluir el Número de Cuenta Interna

INFORMACION DEL SEGURO PRINCIPAL Y/O TOMADOR

NUMERO Y APELLIDOS: **MARIO SANTIAGO GUTIERREZ PECCADO** CC: **19360065**

PARALELO CON EL RECLAMANTE: **Hija** NUMERO DE LAS POLIZAS: **1**

INFORMACION DE LOS BENEFICIARIOS

NUMERO Y APELLIDOS: **MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ** CC: **1075874832**

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: **Km 33 VIA SOPO Parcelacion Asentamientos** CIUDAD: **BOGOTÁ**

E-MAIL: **mariana.gutierrez49@hotmail.com** CELULAR: **3107124174** LACTIA EN NOMBR. DE TODOS LOS BENEFICIARIOS? SI NO

INFORMACION DE ASEGURADO AFECTADO

NUMERO Y APELLIDOS: **MARIO SANTIAGO GUTIERREZ PECCADO** CC: **19360065**

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA: **Km 33 VIA SOPO Parcelacion Asentamientos 213** CASO: **459A206** TELEFONO: **459A206** CIUDAD: **BOGOTÁ**

E-MAIL: **marione_lo@hotmail.com** CELULAR: **3102134134** LACTIA EN NOMBR. DE TODOS LOS BENEFICIARIOS? SI NO

INDIQUE TODOS LOS BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA (SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL USAR EL RESPALDO)

NUMERO Y APELLIDOS	CC	TELÉFONO	CIUDAD	LACTIA EN NOMBR. DE TODOS LOS BENEFICIARIOS?
MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ	1075874832		BOGOTÁ	<input checked="" type="checkbox"/>
ISABELLA GUTIERREZ MUÑOZ	1019138404		BOGOTÁ	<input checked="" type="checkbox"/>
MARIO GUTIERREZ PECCADO	19359924		BOGOTÁ	<input checked="" type="checkbox"/>

INFORMACION PARA EL PAGO DE LA RECLAMACION

¿QUÉ MEDIO DE PAGO PREFERE PARA EL PAGO DE LA RECLAMACION? CHEQUE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA

MANQUE CON UNA X

El cheque deberá registrarse en la sucursal más cercana a la ciudad que indique en este formulario. El pago se otorgará a la orden de la sucursal de destino. El cheque debe ser depositado en el banco de destino dentro de los 10 días hábiles siguientes a la emisión del cheque. El cheque debe ser depositado en el banco de destino dentro de los 10 días hábiles siguientes a la emisión del cheque.

ENTIDAD FINANCIERA: **BANCOLOMBIA** TIPO DE CUENTA: **AHORROS** CORRIENTE

NÚMERO DE CUENTA: **17345359A2A**

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

LA MATRÍCULA MERCANTIL PROPORCIONA SEGURIDAD Y CONFIANZA EN LOS NEGOCIOS.

CON FUNDAMENTO EN LA MATRÍCULA E INSCRIPCIONES EFECTUADAS EN EL REGISTRO MERCANTIL, LA CÁMARA DE COMERCIO CERTIFICA:

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA SA PERO TAMBIEN
PODRA ACTUAR CON LAS SIGLAS METLIFE COLOMBIA SA
Sigla: METLIFE COLOMBIA SA
Nit: 860.002.398-5
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00207246
Fecha de matrícula: 22 de marzo de 1984
Último año renovado: 2020
Fecha de renovación: 18 de marzo de 2020
Grupo NIIF: GRUPO II

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cr 7 No. 99 - 53 P 17
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: secretaria.general@metlife.com.co
Teléfono comercial 1: 6388240
Teléfono comercial 2: 6388257
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cr 7 No. 99 - 53 P 17
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación: secretaria.general@metlife.com.co
Teléfono para notificación 1: 6388240
Teléfono para notificación 2: 6388257
Teléfono para notificación 3: No reportó.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CONSTITUCIÓN

Que por Escritura 1465 del 28 de septiembre de 1.983, otorgada en la Notaría 25 de Bogotá, inscrita en esta Cámara de Comercio el 16 de marzo de 1.984, bajo el No. 148.858 del libro IX, se decretó la apertura de una sucursal de la sociedad en la ciudad de Pereira.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública No. 764 otorgada en la Notaría 25 de Bogotá el 1 de junio de 1.983, inscrita en esta Cámara de Comercio el 22 de marzo de 1.984 bajo el No. 2427 del libro VI, se decretó la apertura de unas sucursales de la sociedad en las ciudades de: Medellín, Cali.

CERTIFICA:

Que por Acta No. 305 de la Junta de Socios, inscrita en esta Cámara de Comercio el 02 de octubre de 2008 bajo el No. 169915 del libro VI, se decretó la apertura de una sucursal de la sociedad, en la ciudad de: Barranquilla.

CERTIFICA:

Que por Acta No. 335 de la Junta Directiva, del 13 de diciembre de 2010, inscrita el 17 de diciembre de 2010 bajo el número 00193670 del libro VI, la sociedad de la referencia decretó la apertura de una sucursal en la ciudad de: Manizales.

REFORMAS ESPECIALES

Que por E.P. Notaría 52 Notaría 24 de Santafé de Bogotá del 12 de enero de 1.996, inscrita parcialmente el 22 de enero de 1. 996 bajo el Notaría 524.008 del libro IX, la sociedad cambió su nombre de: LA INTERAMERICANA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., por el de: COLMENA AIG COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A., pero también podrá actuar con las siglas COLMENA AIG S.A.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública Notaría 9393 de la Notaría 29 de Bogotá del 14 de noviembre de 2000, inscrita el 20 de noviembre de 2000 bajo el Notaría 753111 del libro IX, la sociedad cambió su nombre de: COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA AIG S. A. o COLMENA AIG SEGUROS

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

DE VIDA S.A., pero también podrá actuar con las siglas COLMENA AIG S.A., POR EL DE: AIG COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., pero también podrá actuar con las siglas AIG VIDA S.A.

CERTIFICA:

Que por E.P. Notaría 5.091 de la Notaría 29 de Santafé de Bogotá D.C., del 13 de mayo de 1.998, inscrita el 08 de junio de 1. 998 bajo el Notaría 637.358 del libro IX, la sociedad cambió su nombre de: COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA AIG S.A. pero también podrá actuar con las siglas COLMENA AIG S.A., por el de: COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA AIG S.A. o COLMENA AIG SEGUROS DE VIDA S.A., pero también podrá actuar con la siglas COLMENA AIG S.A.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública Notaría 0495 de la Notaría 15 de Bogotá D.C. Del 01 de abril de 2009, inscrita el 17 de abril de 2009 bajo el número 01290442 del libro IX, la sociedad de la referencia cambió su nombre de: AIG COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. pero también podrá actuar con las SIGLAS AIG VIDA SA, por el de: ALICO COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. Pero también podrá actuar con la sigla ALICO COLOMBIA S.A.

CERTIFICA:

Que por Escritura Pública Notaría 181 de la Notaría 65 de Bogotá D.C. Del 14 de febrero de 2011, inscrita el 24 de febrero de 2011 bajo el número 01455959 del libro IX, la sociedad de la referencia cambio su nombre de: ALICO COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. Pero también podrá actuar con la sigla ALICO COLOMBIA S.A. Por el de: METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. Pero también podrá actuar con las siglas METLIFE COLOMBIA S.A.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 24 de enero de 2061.

OBJETO SOCIAL

El objeto de la sociedad consistirá en la celebración de contratos de seguros de vida, renta vitalicia, pensiones, seguro de grupo, accidentes personales, colectivo de vida, accidentes de trabajo, incapacidad y enfermedades y seguros previsionales, asumiendo como

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

aseguradora o reaseguradora, todos los riesgos que de acuerdo con la ley puedan ser objeto de tal contrato, así como desarrollar cualquier otro ramo que de acuerdo con la ley pueda realizar una compañía de seguros de vida, previo cumplimiento de las autorizaciones a que haya lugar. Dentro del giro propio de sus negocios, la sociedad podrá ejecutar los contratos que tiendan a la realización del objeto social y a la inversión y administración de su capital y reservas. En desarrollo de su objeto social, la sociedad está facultada para: A) Invertir su capital y reservas con arreglo a las normas legales. B) Suscribir, enajenar o adquirir participaciones de cualquier naturaleza, siempre y cuando sean inversiones autorizadas. C) Tomar dinero en préstamo y otorgar crédito observando los requerimientos (SIC) De ley. D) Adquirir o hacer toda clase de instalaciones comerciales relacionadas con su objeto social. E) Enajenar, arrendar, gravar y administrar en general los bienes que componen el patrimonio social. F) Girar, endosar, aceptar, cobrar, protestar o negociar toda clase de título (SIC) Valores. G) Abrir y manejar cuentas bancarias, de ahorro, depósitos a término y, en general, realizar operaciones con instituciones financieras. H) Realizar operaciones de fusión, escisión, adquisición y cesión de activos, pasivos y contratos, de conformidad con las normas del estatuto orgánico del sistema financiero. I) Transigir, desistir y someter a decisiones arbitrales las cuestiones que tengan interés frente a terceros. J) Celebrar y ejecutar en su propio nombre o por cuenta de terceros o en participación con ellos, actos, contratos y operaciones comerciales. K) Invertir en bienes inmuebles; y L) Realizar todas aquellas operaciones y actos que se relacionen con el objeto social y que estén autorizados por las disposiciones legales vigentes.

CAPITAL*** CAPITAL AUTORIZADO ***

Valor : \$2.000.000.000,00
No. de acciones : 200.000.000,00
Valor nominal : \$10,00

*** CAPITAL SUSCRITO ***

Valor : \$1.114.139.780,00
No. de acciones : 111.413.978,00

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Valor nominal : \$10,00

* CAPITAL PAGADO *

Valor : \$1.114.139.780,00

No. de acciones : 111.413.978,00

Valor nominal : \$10,00

NOMBRAMIENTOS**ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN**

JUNTA DIRECTIVA

Mediante Acta No. 139 del 31 de marzo de 2020, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 23 de junio de 2020 con el No. 02579899 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Pesqueira Villegas Pedro	P.P. No. 000000G34424839
Segundo Renglon	Rivera Ada Karina	P.P. No. 000000567593869
Tercer Renglon	Godinho De Carvalho Raphael Afonso	P.P. No. 0000000FX607803
Cuarto Renglon	Concha Mendoza Fernando Jesus	C.C. No. 000000079782647
Quinto Renglon	Flotta Maximiliano Ezequiel	C.E. No. 00000000904094

SUPLENTE

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Ameri Reinaldo Miguel	P.P. No. 000000AAG069487

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Segundo Renglon	Salles Vasques Julio Cesar	P.P. No. 0000000FU683822
Tercer Renglon	Monteiro Clayton Martins	C.E. No. 000000001087616
Cuarto Renglon	Botero Campuzano Yolanda	C.C. No. 000000038252504
Quinto Renglon	Albarran Trujillo Oscar Javier	C.E. No. 000000000726641

REVISORES FISCALES

Mediante Acta No. 114 del 29 de marzo de 2012, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de septiembre de 2012 con el No. 01665185 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	DELOITTE & TOUCHE LTDA	N.I.T. No. 000008600058134

Mediante Documento Privado No. sin num del 3 de junio de 2014, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 6 de agosto de 2014 con el No. 01857741 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Hernandez Orduz Jorge Alfredo	C.C. No. 000000009526516 T.P. No. 21995-T

Mediante Documento Privado No. sin num del 3 de junio de 2014, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 6 de agosto de 2014 con el No. 01857745 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Galvis Guzman William Alexander	C.C. No. 000000079719639 T.P. No. 74138-T

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01**

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

PODERES

Que por Escritura Pública No. 0617 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 2 de mayo de 2014, inscrita el 7 de mayo de 2014, bajo el No. 00027942 del libro V, compareció Consuelo Gonzalez Barreto identificado con cédula de ciudadanía No. 52.252.961 de Bogotá D.C., Quien manifestó que en este acto obra en su calidad de suplente del presidente y por ende como representante legal de la sociedad METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. -METLIFE COLOMBIA S.A.-, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Gustavo Alberto Herrera Ávila identificado con cédula ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C. Y con la tarjeta profesional No. 39.116 del C.S. DE la J., para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos: A) Representar a la sociedad ante todas las autoridades judiciales y en toda clase de procesos de carácter civil, comercial, penal, laboral, contencioso administrativo, bien sea que la sociedad sea demandante, demandada, llamada en garantía, litis consorte o tercero interviniente. B) Representar igualmente a la compañía ante todas las autoridades administrativas de carácter nacional, departamental, distrital o superintendencia financiera, ministerio de hacienda y crédito público, banco de la república o cualquiera de los organismos de control, quedando facultado para firmar toda clase de documentos, recibir notificaciones, interponer recursos y realizar todos los actos para agotamiento de la vía gubernativa. C) Representar a la sociedad ante las autoridades judiciales y administrativas en la solicitud y práctica de pruebas anticipadas, exhibición de documentos, constitución de parte civil en procesos penales, para notificarse de toda clase de providencias incluyendo autos admisorios de demanda, de cualquier autoridad administrativa judicial sea civil, laboral penal, contencioso administrativa, etc., absuelva interrogatorios de parte confiese, comparezca a declarar y asista a las demás diligencias judiciales, procesales o extraprocesales, sean ellos de naturaleza civil, laboral comercial, administrativa, penal, contencioso administrativa, etc. Quedando autorizado para recibir las notificaciones y citaciones ordenadas por los juzgados o autoridades administrativas que así lo requieran quedando entendido que en estos casos de notificación, citación y comparecencia personal de representante legal de la sociedad quedará válida y legalmente hecha a través del apoderado general designado doctor Gustavo Alberto Herrera Ávila, así mismo el

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01**

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

apoderado queda facultado para confesar. D) Constituir apoderados especiales para fines judiciales en los procesos el que intervenga la sociedad, bien sea como demandante o demandada, como tercero, otorgando facultades a los respectivos mandatarios especiales para iniciar, adelantar y llevar a término los respectivos procesos o asuntos jurídicos, así como para recibir, desistir, transigir, sustituir, conciliar, cancelar, cobrar, etc. E) Que el presente poder general se extiende para que el doctor Gustavo Alberto Herrera Ávila represente a la compañía ante los jueces civiles de todo el país, en las audiencias de conciliación prejudicial y judicial de que trata el art. 101 del Código General del Proceso, quedando entendido que el apoderado general puede comprometer a la sociedad, facultad que se extiende a las audiencias de conciliación que realicen ante cualquier autoridad jurisdiccional, centros de conciliación o procuradores judiciales como lo tiene previsto la Ley 1437 de 2011, el código general del proceso, la Ley 1395 de 2010, la Ley 23 de 1991, la Ley 446 de 1998, la Ley 1564 de 2012, la Ley 640 de 2001 y demás normas que regulen la materia. Que el poder general que por esta escritura se otorga se extiende para que el doctor Gustavo Alberto Herrera Ávila represente a la compañía METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. En toda clase de procesos que cursen ante cualquier autoridad jurisdiccional.

Que por Escritura Publica No. 0618 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 2 de mayo de 2014, inscrita el 7 de mayo de 2014, bajo el No. 00027943 del libro V, compareció Consuelo Gonzalez Barreto identificado con cédula de ciudadanía No. 52.252.961 de Bogotá D.C. Quien manifestó que en este acto obra en su calidad de suplente del presidente y por ende como representante legal de la sociedad METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. -METLIFE COLOMBIA S.A.-, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Eidelman Javier Gonzalez Sanchez identificado con cédula ciudadanía No. 7.170.035 de Tunja y con la tarjeta profesional No. 108.916 del C.S. DE la J., para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos: A) Representar a la sociedad ante todas las autoridades judiciales y en toda clase de procesos de carácter civil, comercial, penal, laboral, contencioso administrativo, bien sea que la sociedad sea demandante, demandada, llamada en garantía, litis consorte o tercero interviniente. B) Representar igualmente a la compañía ante todas las autoridades administrativas de carácter nacional, departamental, distrital o superintendencia financiera, ministerio de hacienda y crédito público, banco de la república o

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01**

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

cualquiera de los organismos de control, quedando facultado para firmar toda clase de documentos, recibir notificaciones, interponer recursos y realizar todos los actos para agotamiento de la vía gubernativa. C) Representar a la sociedad ante las autoridades judiciales y administrativas en la solicitud y práctica de pruebas anticipadas, exhibición de documentos, constitución de parte civil en procesos penales, para notificarse de toda clase de providencias incluyendo autos admisorios de demanda, de cualquier autoridad administrativa judicial sea civil, laboral penal, contencioso administrativa, etc., absuelva interrogatorios de parte confiese, comparezca a declarar y asista a las demás diligencias judiciales, procesales o extraprocesales, sean ellos de naturaleza civil, laboral comercial, administrativa, penal, contencioso administrativa, etc. Quedando autorizado para recibir las notificaciones y citaciones ordenadas por los juzgados o autoridades administrativas que así lo requieran quedando entendido que en estos casos de notificación, citación y comparecencia personal de representante legal de la sociedad quedará válida y legalmente hecha a través del apoderado general designado doctor Eidelman Javier Gonzalez Sanchez, así mismo el apoderado queda facultado para confesar. D) Constituir apoderados especiales para fines judiciales en los procesos el que intervenga la sociedad, bien sea como demandante o demandada, como tercero, otorgando facultades a los respectivos mandatarios especiales para iniciar, adelantar y llevar a término los respectivos procesos o asuntos jurídicos, así como para recibir, desistir, transigir, sustituir, conciliar, cancelar, cobrar, etc. E) Que el presente poder general se extiende para que el doctor Eidelman Javier Gonzalez Sanchez represente a la compañía ante los jueces civiles de todo el país, en las audiencias de conciliación prejudicial y judicial de que trata el art. 101 del Código General del Proceso, quedando entendido que el apoderado general puede comprometer a la sociedad, facultad que se extiende a las audiencias de conciliación que realicen ante cualquier autoridad jurisdiccional, centros de conciliación o procuradores judiciales como lo tiene previsto la Ley 1437 de 2011, el código general del proceso, la Ley 1395 de 2010, la Ley 23 de 1991, la Ley 446 de 1998, la Ley 1564 de 2012, la Ley 640 de 2001 y demás normas que regulen la materia. Que el poder general que por esta escritura se otorga se extiende para que el doctor Eidelman Javier Gonzalez Sanchez represente a la compañía METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. En toda clase de procesos que cursen ante cualquier autoridad jurisdiccional.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01**

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Que por Escritura Pública No. 0619 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 2 de mayo de 2014, inscrita el 7 de mayo de 2014, bajo el No. 00027944 del libro V, compareció Consuelo Gonzalez Barreto identificado con cédula de ciudadanía No. 52.252.961 de Bogotá D.C. Quien manifestó que en este acto obra en su calidad de suplente del presidente y por ende como representante legal de la sociedad METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. -METLIFE COLOMBIA S.A.-, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general a Andres Orion Álvarez Pérez identificado con cédula ciudadanía No. 98.542.134 de envigado y con la tarjeta profesional No. 68.354 del C.S. de la J., para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos: A) Representar a la sociedad ante todas las autoridades judiciales y en toda clase de procesos de carácter civil, comercial, penal, laboral, contencioso administrativo, bien sea que la sociedad sea demandante, demandada, llamada en garantía, litis consorte o tercero interviniente. B) Representar igualmente a la compañía ante todas las autoridades administrativas de carácter nacional, departamental, distrital o superintendencia financiera, ministerio de hacienda y crédito público, banco de la república o cualquiera de los organismos de control, quedando facultado para firmar toda clase de documentos, recibir notificaciones, interponer recursos y realizar todos los actos para agotamiento de la vía gubernativa. C) Representar a la sociedad ante las autoridades judiciales y administrativas en la solicitud y práctica de pruebas anticipadas, exhibición de documentos, constitución de parte civil en procesos penales, para notificarse de toda clase de providencias incluyendo autos admisorios de demanda, de cualquier autoridad administrativa judicial sea civil, laboral penal, contencioso administrativa, etc., absuelva interrogatorios de parte confiese, comparezca a declarar y asista a las demás diligencias judiciales, procesales o extraprocesales, sean ellos de naturaleza civil, laboral comercial, administrativa, penal, contencioso administrativa, etc. Quedando autorizado para recibir las notificaciones y citaciones ordenadas por los juzgados o autoridades administrativas que así lo requieran quedando entendido que en estos casos de notificación, citación y comparecencia personal de representante legal de la sociedad quedará válida y legalmente hecha a través del apoderado general designado doctor Andres Orión Álvarez Pérez, así mismo el apoderado queda facultado para confesar. D) Constituir apoderados especiales para fines judiciales en los procesos el que intervenga la sociedad, bien sea como demandante o demandada, como tercero, otorgando facultades a los respectivos mandatarios especiales para

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01**

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

iniciar, adelantar y llevar a término los respectivos procesos o asuntos jurídicos, así como para recibir, desistir, transigir, sustituir, conciliar, cancelar, cobrar, etc. E) Que el presente poder general se extiende para que el doctor Andres Orión Álvarez Pérez represente a la compañía ante los jueces civiles de todo el país, en las audiencias de conciliación prejudicial y judicial de que trata el art. 101 del Código General del Proceso, quedando entendido que el apoderado general puede comprometer a la sociedad, facultad que se extiende a las audiencias de conciliación que realicen ante cualquier autoridad jurisdiccional, centros de conciliación o procuradores judiciales como lo tiene previsto la Ley 1437 de 2011, el Código General del Proceso, la Ley 1395 de 2010, la Ley 23 de 1991, la Ley 446 de 1998, la Ley 1564 de 2012, la Ley 640 de 2001 y demás normas que regulen la materia. Que el poder general que por esta escritura se otorga se extiende para que el doctor Andres Orión Álvarez Pérez represente a la compañía METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. En toda clase de procesos que cursen ante cualquier autoridad jurisdiccional.

Que por Escritura pública No. 1548 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 9 de septiembre de 2016 inscrita el 30 de septiembre de 2016 bajo el No. 00035725 del libro V, compareció con minuta enviada por e-mail Gustavo Adolfo Sáchica identificado con cédula de ciudadanía No. 1.010.170.152 de Bogotá D.C. En su calidad de suplente del presidente y por ende representante legal de la sociedad METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A O METLIFE COLOMBIA S.A por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a María Patricia Ríos Correa identificada con cédula de ciudadanía No. 43.723.666 de Envigado y con la tarjeta profesional No. 80.347 del Consejo Superior de la Judicatura: Para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos: A) Representar a la sociedad en toda clase de actuaciones y procesos judiciales ante inspecciones de policía, juzgados, fiscalías de todo nivel, bien sea como demandante, demandada, llamada en garantía, litisconsorte, coadyuvante o tercero interviniente; B) Representar a la sociedad ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal o distrital y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental, municipal o distrital; C) Atender los requerimientos y notificaciones provenientes de entidades administrativas y judiciales; D) Notificarse de toda clase de providencias judiciales o administrativas, recibir notificaciones o citaciones ordenadas por juzgados o autoridades administrativas,

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01**

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

asistir y representara la compañía en todo tipo de audiencias de conciliación judicial o extrajudicial, renunciar a términos; E) Representar a la sociedad en la solicitud y practica de pruebas anticipadas, así como en diligencias de exhibición de documentos, absolver interrogatorios de parte, comparecer a asistir y declarar en todo tipo de diligencias y audiencias judiciales y administrativas de carácter procesal o extraprocesal; F) Actuar conjunta o separadamente, para: interponer cualquier recurso establecido en la Ley contra decisiones judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o distrital, y entidades descentralizadas de los mismos órdenes; G) Desistir, conciliar, recibir, transigir. H) Otorgar poderes especiales a apoderados judiciales.

Que por Escritura Pública No. 1545 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 9 de septiembre de 2016 inscrita el 30 de septiembre de 2016 bajo el No. 00035726 del libro V, compareció con minuta enviada por e-mail Gustavo Adolfo Sáchica identificado con cédula de ciudadanía No. 1.010.170.152 de Bogotá D.C. En su calidad de suplente del presidente y por ende representante legal de la sociedad METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A O METLIFE COLOMBIA S.A POR medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Manuel Antonio García Giraldo identificado con cédula ciudadanía No. 81.741.388 de Fusagasugá y con la tarjeta profesional No. 191.849 del consejo superior de la judicatura, para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos: A) Representar a la sociedad en toda clase de actuaciones y procesos judiciales ante inspecciones de policía, juzgados, fiscalías de todo nivel, bien sea como demandante, demandada, llamada en garantía, litisconsorte, coadyuvante o tercero: interviniente; B) Representar a la sociedad ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal distrital y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental, municipal o distrital; C) Atender los requerimientos y notificaciones provenientes de entidades administrativas y judiciales; D) Notificarse de toda clase de providencias judiciales o administrativas. Recibir notificaciones o citaciones ordenadas por juzgados o autoridades administrativas, asistir y representar a la compañía en todo tipo de audiencias de conciliación judicial o extrajudicial, renunciar a términos; E) Representar a la sociedad en la solicitud y práctica de pruebas anticipadas, así como en diligencias de exhibición de documentos, absolver interrogatorios de

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01**

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

parte, comparecer a asistir y declarar en todo tipo de diligencias y audiencias judiciales y administrativas de carácter procesal o; extraprocesal; F) Actuar conjunta o separadamente, para interponer cualquier recurso establecido en la Ley contra decisiones judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o distrital, y entidades descentralizadas de los mismos órdenes; G) Desistir, conciliar, recibir, transigir. H) Otorgar poderes especiales a apoderados judiciales.

Que por Escritura Pública No. 1547 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 9 de septiembre de 2016 inscrita el 30 de septiembre de 2016 bajo el No. 00035727 del libro V, compareció con minuta enviada por e-mail Gustavo Adolfo Sáchica identificado con cédula de ciudadanía No. 1.010.170.152 de Bogotá D.C. En su calidad de suplente del presidente y por ende representante legal de la sociedad METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A O METLIFE COLOMBIA S.A por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Sergio Alejandro Villegas Agudelo identificado con cédula de ciudadanía No. 71.750.136 de Medellín y con la tarjeta profesional No. 80.282 del consejo superior de la judicatura, para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos: A) Representar a la sociedad en toda clase de actuaciones y procesos judiciales ante inspecciones de policía, juzgados, fiscalías de todo nivel, bien sea como demandante, demandada, llamada en garantía, litisconsorte, coadyuvante tercero interviniente; B) Representar a la sociedad ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal o distrital y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental, municipal o distrital; C) Atender los requerimientos y notificaciones provenientes de entidades administrativas y judiciales; D) Notificarse de toda clase de providencias judiciales o administrativas, recibir notificaciones o citaciones ordenadas por juzgados o autoridades administrativas, asistir y representar a la compañía en todo tipo de audiencias de conciliación judicial o extrajudicial, renunciar a términos; E) Representar a la sociedad en la solicitud y práctica de pruebas anticipadas, así como en diligencias de exhibición de documentos, absolver interrogatorios de parte, comparecer a asistir y delegar en todo tipo de diligencias y audiencias judiciales y administrativas de carácter procesal o extraprocesal; F) Actuar conjunta o separadamente, para interponer cualquier recurso establecido en la Ley contra decisiones judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01**

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

distrital, y entidades descentralizadas de los mismos órdenes; G) Desistir, conciliar, recibir, transigir. H) Otorgar poderes especiales a apoderados judiciales.

Que por Escritura Pública No. 1546 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 9 de septiembre de 2016 inscrita el 30 de septiembre de 2016 bajo el No. 00035728 del libro V, COMPARECIO CON MINUTA ENVIADA POR E-MAIL GUSTAVO ADOLFO SACHICA identificado con cédula de ciudadanía No. 1.010.170.152 de Bogotá D.C. En su calidad de suplente del presidente y por ende representante legal de la sociedad METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A O METLIFE COLOMBIA S.A Por medio de la presente escritura pública, confiere poder general a Héctor Mauricio Medina que por medio de la presente escritura pública confiere poder general a Héctor Mauricio Medina Casas identificado con cédula de ciudadanía No. 79.795.035 de Bogotá y con la tarjeta profesional No. 108.945 del consejo superior de la judicatura, para que en nombre y representación de la sociedad realice los siguientes actos: A) Representar a la sociedad en tecla clase de actuaciones y procesos judiciales ante inspecciones de policía, juzgados, fiscalías de todo nivel, bien sea como demandante, demandada, llamada en garantía, litisconsorte, coadyuvante o tercero interviniente; B) Representar a la sociedad ante las autoridades administrativas del orden nacional, departamental, municipal o distrital y ante cualquier organismo descentralizado de derecho público del orden nacional, departamental, municipal o distrital; C) Atender los requerimientos y notificaciones pertinentes de entidades administrativas y judiciales; D) Notificarse de toda clase de providencias judiciales o administrativas, recibir notificaciones o citaciones ordenadas por juzgados o autoridades administrativas, asistir y representar a la compañía en todo tipo de audiencias de conciliación judicial o extrajudicial, renunciar a términos; E) Representar a la sociedad en la solicitud y práctica de pruebas anticipadas, así como en diligencias de exhibición de documentos, absolver interrogatorios de parte, comparecer a asistir y declarar en todo tipo de diligencias y audiencias judiciales y administrativas de carácter procesal o extraprocesal; F) Actuar conjunta o separadamente, para interponer cualquier recurso establecido en la Ley contra decisiones judiciales o emanadas de funcionarios administrativos del orden nacional, departamental, municipal o distrital, y entidades descentralizadas de los mismos órdenes; G) Desistir, conciliar, recibir, transigir. H) Otorgar poderes especiales a apoderados judiciales.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL**Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01**

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Que por Escritura Pública No. 1034 de la Notaría 30 de Bogotá D.C., del 11 de mayo de 2018, inscrita el 1 de Agosto de 2019 bajo el registro No 00041943 del libro V, compareció Laura Robledo Vallejo identificada con cédula de ciudadanía No. 1.019.037.661 de Bogotá D.C, en su calidad de Representante Legal para asuntos judiciales, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder general, amplio y suficiente a Manuel Alejandro Plazas Rodriguez, identificado con cédula ciudadanía No. 79.918.270 de Bogotá D.C., y portador de la tarjeta profesional de abogado número 226.708 del Consejo Superior de la Judicatura, para que represente a la compañía en calidad de Representante Legal, ante cualquier autoridad jurisdiccional o administrativa, en especial ante el Ministerio del Trabajo y todos y cada uno de los Juzgados Laborales de Colombia, en lo concerniente a la representación legal de la compañía METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., quedando expresamente facultado para conciliar dentro y fuera de las audiencias establecidas en los artículos 77 el Código de Procedimiento Laboral y 372 del Código General del Proceso en cualquier proceso judicial que se adelante en su contra, confesar, transigir, recibir, desistir, tachar documentos de falsos, rendir interrogatorio de parte, otorgar y revocar poderes especiales, y en general participar en todas las audiencias en las que sea convocado el representante legal de METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., contando con todas y cada una de las facultades implícitas en dicha representación legal. El apoderado queda expresamente facultado para que, en todos los asuntos arriba determinados, puedan sustituir y reasumir este poder general.

Que por Escritura Pública No. 01336 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 22 de agosto de 2019, inscrita el 3 de Septiembre de 2019 bajo el registro No. 00042148 del libro V, compareció Ana Cecilia Caicedo Pulido, identificada con la cédula de ciudadanía número 52.999.238 de Bogotá, en su calidad de representante legal suplente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder especial a Paula Alejandra Garcia Guacaneme identificada con cédula de ciudadanía número 52.314.906 de Bogotá, para que en su condición de apoderada especial y en nombre y representación de METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. emita y firme las cartas de objeciones que METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA SA. deba proferir en el marco de las solicitudes de reclamación que sean recibidas respecto de aquellas pólizas de seguro que expida.

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Que por Escritura Pública No. 00015 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 09 de enero de 2020, inscrita el 15 de Enero de 2020 bajo el registro No. 00042920 del libro V, compareció Ana Cecilia Caicedo Pulido identificada con cédula de ciudadanía No. 52.999.238 de Bogotá D.C. en su calidad de representante legal suplente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial a Sebastián Facundo Reynoso identificado con cédula extranjería No. 894.222, para que en su condición de apoderado especial y en nombre y representación de METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. firme los contratos con los intermediarios independientes y los corredores de seguros.

Que por Escritura Pública No. 0748 de la Notaría 65 de Bogotá D.C., del 28 de julio de 2020, inscrita el 12 de Agosto de 2020 bajo el registro No. 00043791 del libro V, compareció Ana Cecilia Caicedo Pulido, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.999.238 de Bogotá, en su calidad de Representante Legal Suplente de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial a Natacha Martínez Contreras, identificada con cedula ciudadanía No. 32.937.521 de Cartagena, para que en su condición de apoderada especial y en nombre y representación de METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. firme los contratos de trabajo y otrosí a éstos, que METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. deba suscribir en su calidad de empleador. Igualmente, NATACHA MARTÍNEZ CONTRERAS, en su calidad de apoderada especial, se encuentra facultada para representar a METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., en todos los trámites migratorios que se adelanten ante las autoridades Migratorias de la República de Colombia respecto de los actuales y/o futuros trabajadores de METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.

REFORMAS DE ESTATUTOS

ESTATUTOS

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
114	24-I-1.961	9 BOGOTA	28-III-1962-30464
2683	17-X-1973	11.BOGOTA	12-XI-1973 NO.13158
59	9-IX-1980	24.BOGOTA	22-XII-1980 NO.94294
763	1-VI-1983	25.BOGOTA	16-III-1980 NO.148859
ACTA NO. 5	14-VI-1988	JUNTA DIRECTIVA	14- X-1988 NO.248057
2479	31- X-1989	24.BOGOTA	2-XI -1989 NO.279005

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

1955	20-IX-1990	24.BOGOTA	23-X	-1990	NO.308323
52	12- I- 1996	24 STAFE BTA	22- I-	1996	NO.524.008

PARCIALMENTE.

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0001134 del 10 de junio de 1997 de la Notaría 24 de Bogotá D.C.	00589294 del 17 de junio de 1997 del Libro IX
E. P. No. 0005091 del 13 de mayo de 1998 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00637358 del 8 de junio de 1998 del Libro IX
E. P. No. 0003181 del 26 de mayo de 2000 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00731666 del 6 de junio de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0009393 del 14 de noviembre de 2000 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00753111 del 20 de noviembre de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0005031 del 6 de mayo de 2003 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00881098 del 23 de mayo de 2003 del Libro IX
Cert. Cap. No. 0000000 del 12 de noviembre de 2004 de la Revisor Fiscal	00962183 del 16 de noviembre de 2004 del Libro IX
E. P. No. 0007059 del 12 de julio de 2005 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	01001564 del 18 de julio de 2005 del Libro IX
Certificación No. 0000001 del 18 de julio de 2005 de la Revisor Fiscal	01004304 del 3 de agosto de 2005 del Libro IX
Cert. Cap. No. 0000001 del 22 de noviembre de 2005 de la Revisor Fiscal	01024766 del 5 de diciembre de 2005 del Libro IX
Acta No. 0000275 del 31 de marzo de 2006 de la Junta Directiva	01053961 del 8 de mayo de 2006 del Libro IX
Cert. Cap. No. 0000001 del 27 de diciembre de 2007 de la Revisor Fiscal	01185382 del 23 de enero de 2008 del Libro IX
Cert. Cap. No. 0000001 del 28 de enero de 2008 de la Revisor Fiscal	01189207 del 7 de febrero de 2008 del Libro IX

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Cert. Cap. No. 0000001 del 27 de marzo de 2008 de la Revisor Fiscal	01204740 del 10 de abril de 2008 del Libro IX
E. P. No. 0002189 del 15 de octubre de 2008 de la Notaría 15 de Bogotá D.C.	01250116 del 17 de octubre de 2008 del Libro IX
Cert. Cap. No. 0000001 del 4 de noviembre de 2008 de la Revisor Fiscal	01258027 del 25 de noviembre de 2008 del Libro IX
E. P. No. 0495 del 1 de abril de 2009 de la Notaría 15 de Bogotá D.C.	01290442 del 17 de abril de 2009 del Libro IX
E. P. No. 181 del 14 de febrero de 2011 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	01455959 del 24 de febrero de 2011 del Libro IX
E. P. No. 671 del 30 de abril de 2012 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	01637492 del 28 de mayo de 2012 del Libro IX
E. P. No. 1796 del 24 de octubre de 2012 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	01676454 del 27 de octubre de 2012 del Libro IX
E. P. No. 819 del 31 de mayo de 2013 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	01738687 del 13 de junio de 2013 del Libro IX
E. P. No. 930 del 19 de junio de 2013 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	01741550 del 21 de junio de 2013 del Libro IX
E. P. No. 757 del 23 de mayo de 2014 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	01841119 del 4 de junio de 2014 del Libro IX
E. P. No. 0565 del 9 de abril de 2015 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	01930618 del 16 de abril de 2015 del Libro IX
E. P. No. 0440 del 5 de abril de 2017 de la Notaría 65 de Bogotá D.C.	02216329 del 18 de abril de 2017 del Libro IX

SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL

Que por Documento Privado de Representante Legal del 21 de julio de 2011, inscrito el 11 de agosto de 2011 bajo el número 01503474 del libro IX, comunicó la sociedad matriz:

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

- METLIFE INC

Domicilio: (Fuera Del País)

Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio

Que se ha configurado una situación de control con la sociedad de la referencia.

Fecha de configuración de la situación de control : 2010-11-01

**** Aclaración Situación de Control ****

Que la situación de Control configurada sobre la sociedad de la referencia inscrito el 11 de agosto de 2011 bajo el número 01503474 del libro IX, se ejerce de manera indirecta a través de la sociedad AMERICAN LIFE INSURENCE COMPANY (ALICO.)

**** Aclaración Situación de Control ****

Que por Documento Privado sin núm. del representante legal, del 7 de octubre de 2015, inscrito el 11 de diciembre de 2015, bajo el No. 02043727 del libro IX, se modifica la situación de control inscrita bajo el número 01503474 del libro IX, en el sentido de indicar que AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY, ALICO (filial) ejerce situación de control sobre la sociedad de la referencia a través de sus filiales METLIFE GLOBAL HOLDING COMPANY I GMBH (MGHC I), METLIFE GLOBAL HOLDING COMPANY II GMBH (MGHC II), BORDERLAND INVESTMENTS LIMITED (BORDERLAND), TECHNICAL AND ADVISORY SERVICES LIMITED (ITAS), METLIFE INTERNATIONAL HOLDINGS, LLC (MIH) Y NATILOPORTEM HOLDINGS, LLC, (NATILOPORTEM).

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6512

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

A nombre de la persona jurídica figura(n) matriculado(s) en esta Cámara de Comercio de Bogotá el(los) siguiente(s) establecimiento(s) de comercio/sucursal(es) o agencia(s):

Nombre: METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.
Matrícula No.: 01945490
Fecha de matrícula: 13 de noviembre de 2009
Último año renovado: 2020

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Cl 97 No. 23 - 60
Municipio:	Bogotá D.C.
Nombre:	METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A.
Matrícula No.:	02289387
Fecha de matrícula:	30 de enero de 2013
Último año renovado:	2020
Categoría:	Establecimiento de comercio
Dirección:	Cr 7 No. 99 - 10 Lc 104
Municipio:	Bogotá D.C.

SI DESEA OBTENER INFORMACIÓN DETALLADA DE LOS ANTERIORES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO O DE AQUELLOS MATRICULADOS EN UNA JURISDICCIÓN DIFERENTE A LA DEL PROPIETARIO, DEBERÁ SOLICITAR EL CERTIFICADO DE MATRÍCULA MERCANTIL DEL RESPECTIVO ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Bogotá, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certificado, NO se encuentra en curso ningún recurso.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación Distrital son

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

informativos:

Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección Distrital de Impuestos, fecha de inscripción : 25 de mayo de 2017.
Fecha de envío de información a Planeación Distrital : 12 de agosto de 2020.

Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

TAMAÑO EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es Grande

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria \$ 424.497.372.000,00

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el período - CIIU : 6512

El presente certificado no constituye permiso de funcionamiento en ningún caso.

Este certificado refleja la situación jurídica registral de la sociedad, a la fecha y hora de su expedición.

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL

Fecha Expedición: 1 de febrero de 2021 Hora: 10:46:01

Recibo No. 0921005067

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN 921005067A5179

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccb.org.co/certificadoselectronicos y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de su expedición.

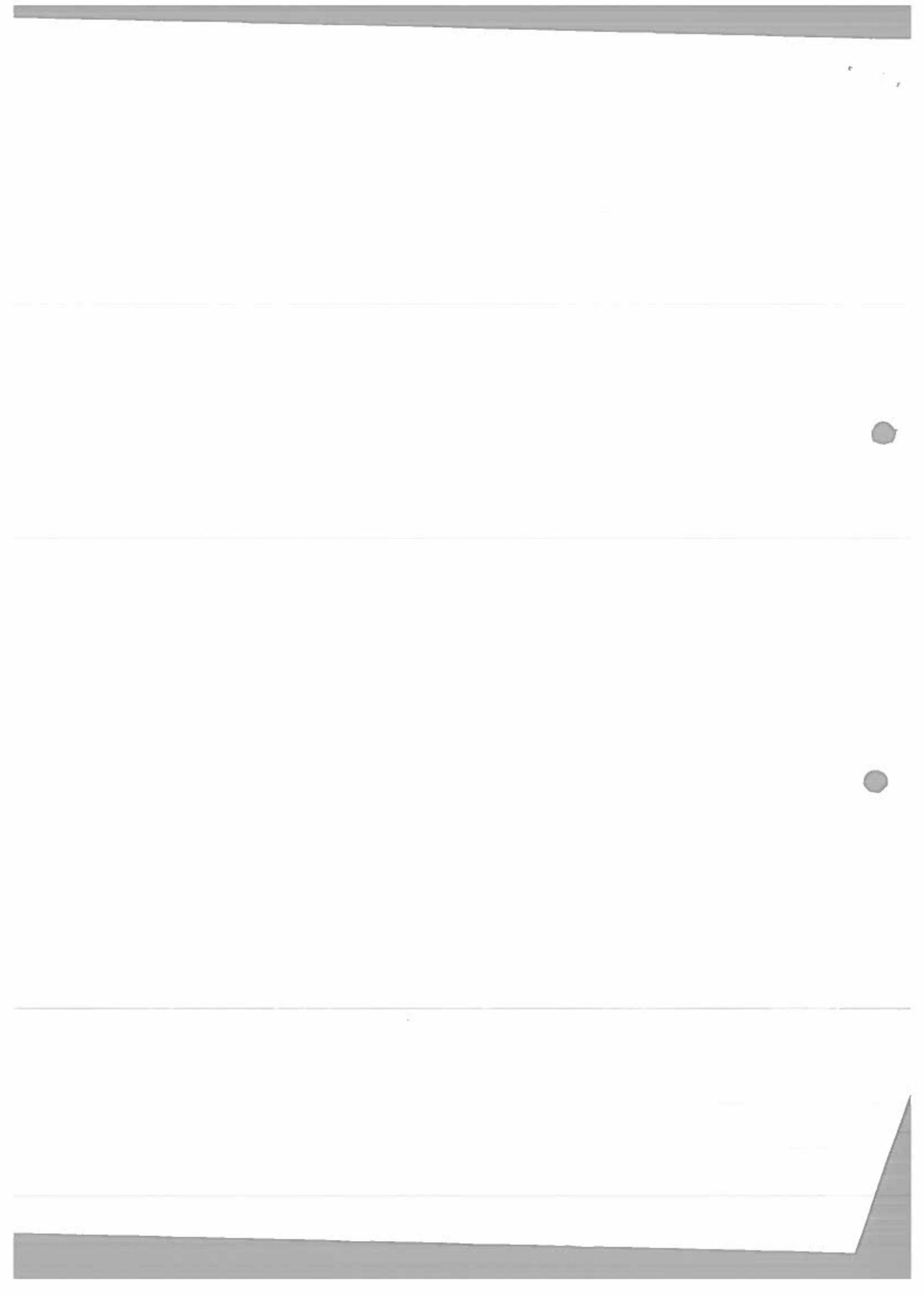
cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

Firma mecánica de conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la autorización impartida por la Superintendencia de Industria y Comercio, mediante el oficio del 18 de noviembre de 1996.



TOMADOR	FALABELLA 2005605-3314	RECLAMO N°	
INFORMACION DEL SINIESTRO			
FECHA DE AVISO	2017/12/04		
FECHA DE RECIBIDO	2017/12/04		
FECHA DE VIGENCIA	2015/02/06		
FECHA DE GASTO	2017/10/25		
AMPARO	Muerte		
VALOR ASEGURADO	52'874.241		
DIAGNOSTICO	Tromboembolismo pulmonar		
CAUSA	Natural Enfermedad		
OBSERVACIONES DE LA RECLAMACIÓN (ANALISTA - ASESOR MÉDICO - DIRECTOR BENEFICIOS)			
FECHA	OBSERVACIONES		
2017/12/04	Primero reclamación Se solicitó hc - cc. reclamación - doc. benef. de ley Se solicitó a Falabella - solicitud de Seguro / Declaración de responsabilidad Se solicitó a Operaciones cancelación póliza y muerte		
2018/01/09	Documentos adicionales		
	> Muerte Natural > Tumor Broncopulmonar metastásico > Antec de Sarcoma en uelb a los 13 años > Cáncer de foides a los 33 años - Desconocido > Anteced de Diabetes Mellitus > solicitar historia de cuando por primera vez le diagnostican su antecedente de Diabetes mellitus		
2018/02/07	Llegó CO con hc. U 281 70 118 > Solicitó b solicitudes > que envíe su historia personal de todo el año 2014.		
	U Feb 12 118		
2018/02/19	Documentos adicionales - Por favor ver CO's > No allegó información del 2014.		
	Feb 12 118		

↳ Ver siguiente hoja



Bogotá, D.C., 08 de marzo de 2018

Señor(a)
MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ
Kilómetro 33 Vía Sopó Parcelación Aposentos
Teléfono 3102174134 - 4594206
Bogotá - Cundinamarca

Estimado (a) señor (a).

Reciba un cordial saludo de MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

¿Por qué lo estamos contactando?

Nos referimos a la reclamación **18601128** sobre la póliza **2005605**, donde registra como asegurado **Mario Santiago Gonzalo Gutiérrez Preciado (qepd)** identificado con CC **19360065** y cuya reclamación es por el pago del amparo de Vida.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. lamenta la situación inesperada por la que atraviesa en este momento y le informa que su reclamación ha sido objetada.

De acuerdo con apartes de la historia clínica de la Clínica de la Universidad de la Sabana y de la IPS Clinisanitas Ilarco, el señor Gutiérrez Preciado, quien venía en tratamiento por una diabetes mellitus conocida ya en el año 2014, fallece como consecuencia de las complicaciones relacionadas con enfermedad neoplásica mediastinal y pulmonar en estado metastásico.

Según la información suministrada por nuestro Departamento Técnico - Administrativo, el señor Gutiérrez Preciado ingresó a la póliza arriba indicada en calidad de asegurado, el día 06 de febrero de 2015. Sin embargo al diligenciar el cuestionario de estado de salud, omite declarar su condición médica relevante de diabetes mellitus.

Considerando la información anterior, nuestro Departamento Médico manifiesta que puede establecerse que el señor Gutiérrez Preciado, sufría de diabetes mellitus diagnosticada y tratada desde antes del inicio de la vigencia del contrato de seguro, antecedente que, a pesar de no tener relación con la causa del fallecimiento, de haberlo conocido la aseguradora en el momento del estudio del riesgo, se hubiera retraído de celebrar el contrato.

Es claro, por lo tanto, que el asegurado incurrió en **reticencia e inexactitud**, en los términos descritos por el Código de Comercio, en su artículo 1058, así:

"...El tomador está obligado a declarar 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 contrato..."

Por los argumentos anteriormente expuestos, lamentamos informarle que estamos objetando su reclamación presentada en nuestra compañía, en forma seria, oportuna y fundada.

Lo anterior de ninguna manera perjudicará cualquier otra defensa o derechos válidos para la Compañía.

Estamos para ayudarle

En caso de requerir información adicional, no dude en comunicarse con nuestra compañía a través de la línea de atención al cliente 01 8000 91 22 00 desde cualquier ciudad del país, o en Bogotá al 3581258.

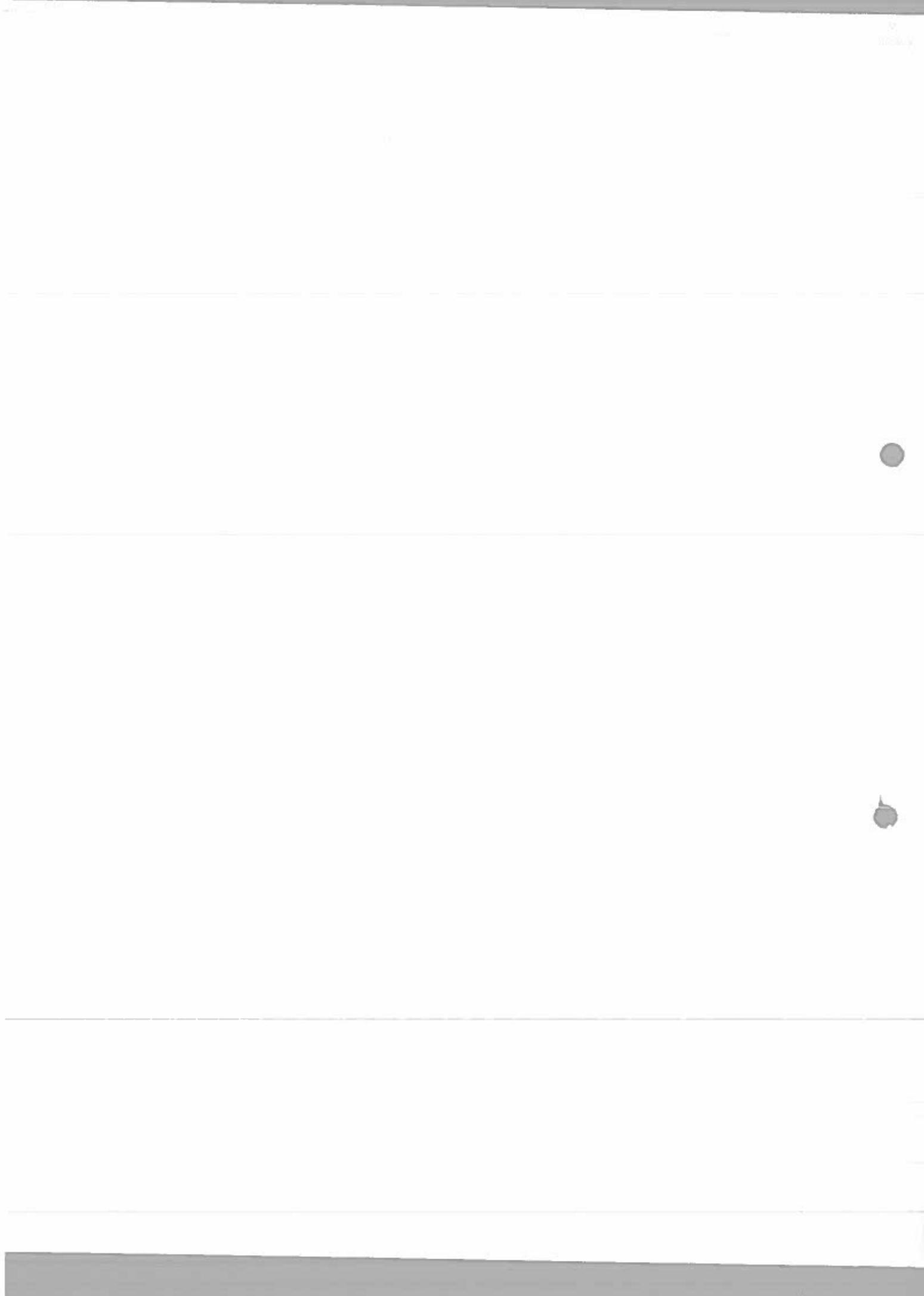
Cordial saludo,


HUBERT ALVAREZ SANCHEZ
Representante Legal Suplente
MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
RA

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros

Bogotá D.C. Carrera 7 No. 99 - 53 Piso 17 (Of. Principal) - Línea Atención al cliente: 01 8000 9 12200 - servicio.cliente@metlife.com.co
www.metlife.com.co

MUNMECGGEN069/D-COL-ED11/2016



FECHA	OBSERVACIONES
2018/03/02	Llegan documentos adicionales
	→ Firma de Diabetea Rollitus, desde carter del nicho de la vivienda, según abpater p.1 (perante) reforcica-
	D III 8 10

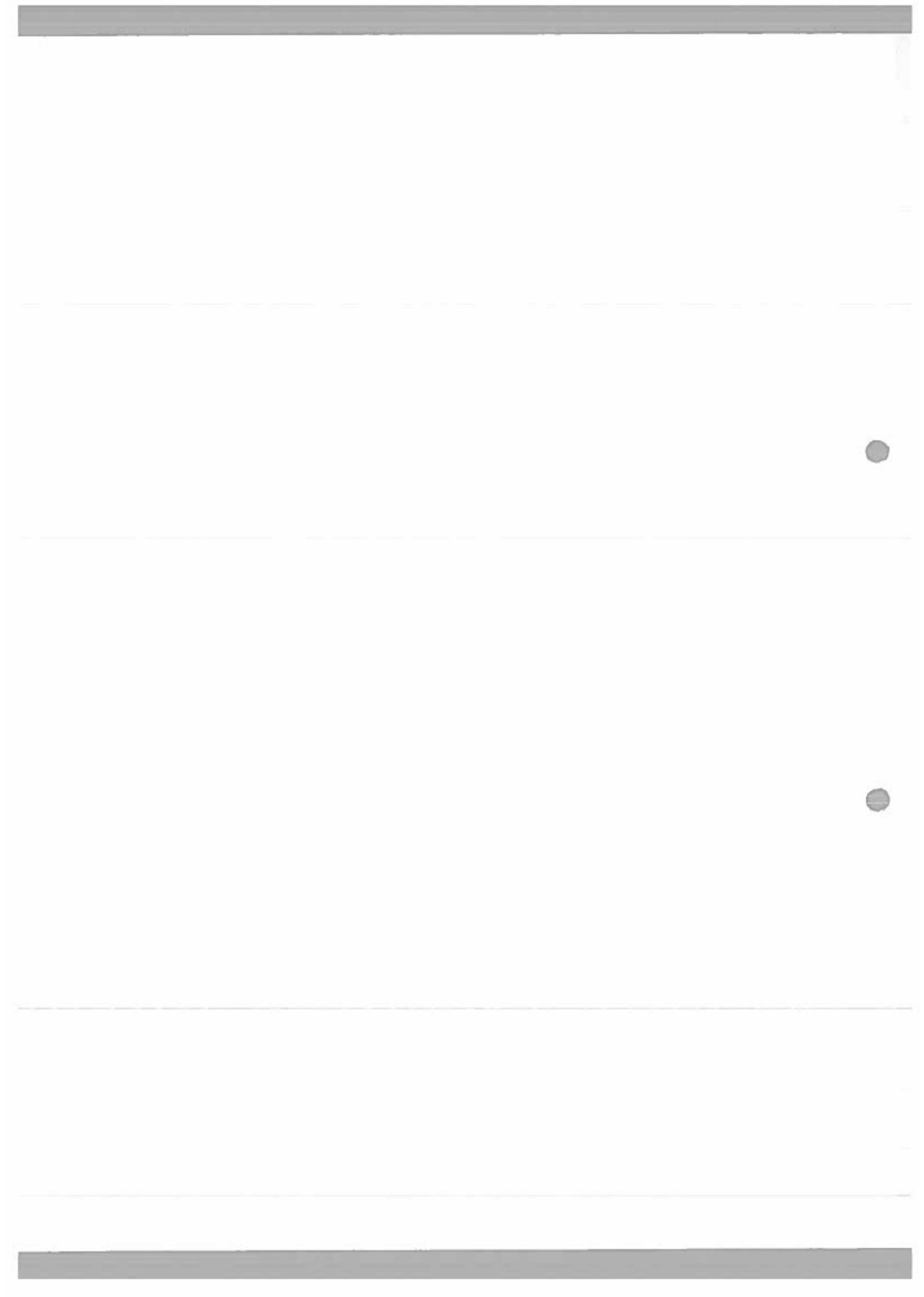
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros

Bogotá D.C. Carrera 7 No. 99-95 Piso 17 (Of. Principal) - Línea Atención al Cliente: 01 8000 9 12200 - servicio_cliente@metlife.com.co
www.metlife.com.co

MLNMECGGEN069/0-COL-ED11/2016





Nro. RECLAMO 18601128 DIAGNOSTICO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR
RES. 52,874,241 PAG. PEN.
FEC. INGRESO 11/12/2017 FEC. LIQUIDACION 7/03/2018 FEC. GASTO 25/10/2017 STATUS RECHAZADO
VALOR GASTO 52,874,241 RECHAZO O PENDIENTE F. RECEP. 4/12/2017 F. DOCUM. 025
REEMBOLSO DEDUCIBLE COASEGURO TOTAL CHEQUE

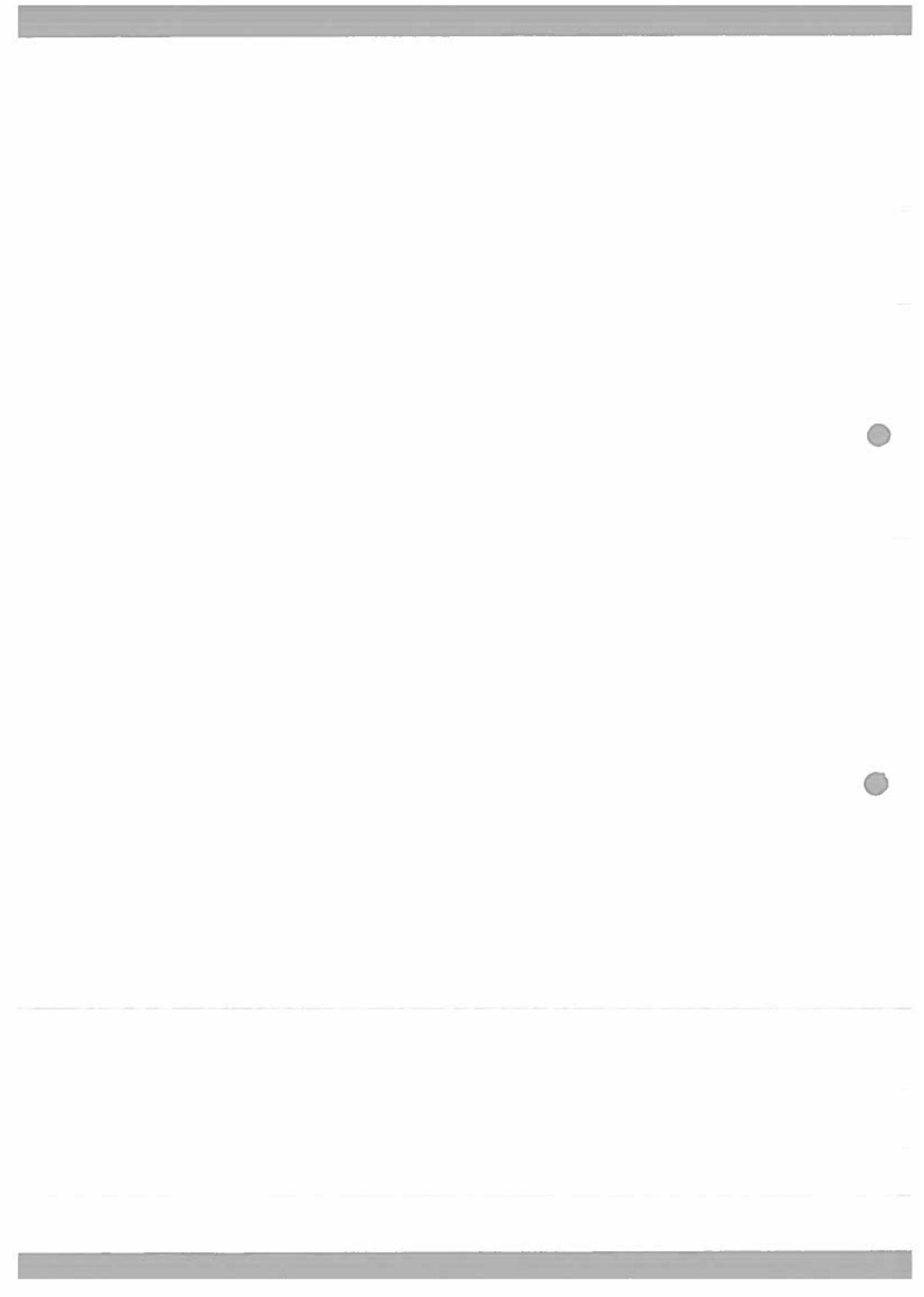
USUARIO ING. VGRBONIL USUARIO EVA. VGRBONIL USUARIO LIQ.
OBSERVACIONES OBJ - DIABETES MELLITUS PREEXISTENTE Y RETICENTE

USER VGRBONIL HORA 14:15:44 FECHA 7/03/2018 AJUSTADOR 077
SEC. P. ORDEN TIPO DESCRIPCION BENEFICIARIO MONTO
00 001
00 002

Bottc

F1=Pant. Anterior

F6=Beneficios





SISTEMA DE REGISTRO CLÍNICO AVICENA
Historia Clínica No. 19360065

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

- (15/09/2015) Amlodipino besilato + Valsartan tab (5+160) mg; Lo consume actualmente, Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s)
- (15/09/2015) Levotiroxina sodica 150mcg tab; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s), Observación registrada el 15/09/2015: PTE TOMA 250MG.
- (15/09/2015) Sitagliptina + Metformina tab 50/850 mg; Lo consume actualmente, Dosis y frecuencia: 1 tableta/12 hora(s).

ATENCIÓNES DEL PACIENTE

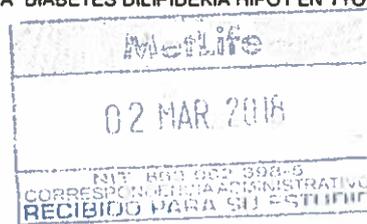
2014

24/01/2014 09:04:28. Colsanitas S.A - CLINISANITAS ILARCO, BOGOTA D.C.

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 3960452. No. de afiliación: COLSANITAS S.A - 000-0000100000-0000-00.
Edad del paciente: 54 años. Acompañante: HIJO.
Datos del profesional de la salud: Susana Ines Salamanca Acosta. Reg. Médico. 35498207. Medicina General.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO.
Acompañante: HIJO. Motivo de consulta: CONTROL PTE HTA DIABETES DILIPIDEKIA HIPOT EN TTO.
Enfermedad Actual: ASINTOMÁTICO
PESO DIFÍCIL CONTROL...



EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 140 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 90 mmHg
Tensión Arterial Media: 106.7 mmHg
Pulsoximetría (SO2): 90 %
Temperatura: 36 °C
Peso: 108 Kg
Talla: 1.73 m
Índice de Masa Corporal: 36.09 (kg/m2)
Circunferencia de la cintura: 114 cm
Superficie corporal: 2.33 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Organos de los Sentidos: Conjuntivas y escleras normocrómicas.
Cuello. No se auscultan soplos carotídeos. No ingurgitación yugular.
Mama: NSE.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados.
Abdomen y pelvis: No dolor a la palpación, no masas ni visceromegalias. Ruidos intestinales presentes.
Genitales: NSE.
Extremidades Superiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Extremidades Inferiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Mental: ADECUADO.
Examen Neurológico: Sin déficit aparente..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PTE 54 A HTA NO CONTROLADA SS HOLLTER TA 24 H LAB RUTINA CONTROL RESULTADOS

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Hiperlipidemia mixta (E782), HTA HIPOT HIPERRURCEMIA DIABETES ANTECA TIROIDED . LINFOMA SS LAB HOLLTER TA 24 H . CONTROL . Impresión diagnóstica, Causa Externa Enfermedad general.

MetLife Colombia S.A
R110010074290

Remitente:
MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ
Tel:
DR. MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ
BOGOTA
Destinatario:
BENEFICIOS

00009 BENEFICIOS

BOGOTA
SOBRE DE MANILA

02/03/2018
14:07:27
NLP/LL/DM
InterService S.A

Firmado Electrónicamente



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(15/09/2015) Amlodipino besilato + Valsartan tab (5+160) mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s).
(15/09/2015) Levotiroxina sodica 150mcg tab; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s). Observación registrada el 15/09/2015: PTE TOMA 250MG.
(15/09/2015) Sitagliptina + Metformina tab 50/850 mg. Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/12 hora(s).

ATENCIÓNES DEL PACIENTE

2014 10/07/2014 08:58:06. Colsanitas S.A - CLINISANITAS ILARCO, BOGOTA D.C.

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 5025192. No. de afiliación: COLSANITAS S.A - 000-0000100000-0000-00.
Edad del paciente: 55 años. Acompañante: no trae.
Datos del profesional de la salud: Susana Ines Salamanca Acosta. Reg. Médico. 35498207. Medicina General.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO.
Acompañante no trae. Motivo de consulta: CONTROL PTE DX HIPOTIROIDISMO POST QX DISLIPIDEIA DIABETES EN TTO CONTROL RUTINA.
Enfermedad Actual: ASINTOMÁTICO . .

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 84 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Pulsoximetría (SO₂): 94 %
Temperatura: 36 °C
Peso: 105 Kg
Talla: 1.73 m
Índice de Masa Corporal: 35.08 (kg/m²)
Superficie corporal: 2.3 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: NEG.
Organos de los Sentidos: Conjuntivas y escleras normocrómicas.
Cuello: No se auscultan soplos carotídeos. No ingurgitación yugular. MASA CERVICAL POST DE APROX 5 CM DIAMETRO NO DOLOROSO.
Mama: NSE.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados.
Abdomen y pelvis: No dolor a la palpación, no masas ni visceromegalias. Ruidos intestinales presentes.
Genitales: NEG.
Extremidades Superiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Extremidades Inferiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Examen Neurológico: Sin déficit aparente.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PTE HTA EN TTO DIABETES EN TTO DISLIPIDEIA CONTROL.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Hipertension esencial (primaria) (I10X), MEDACION IGUAO SS LAB EKG VAL QX CUELLO CONTROL. Confirmado repetido.
Causa Externa: Enfermedad general.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

IDENTIFICACIÓN: CC 19360065

SEXO: Masculino

RAZA: Otros



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(15/09/2015) Amlodipino besilato + Valsartan tab (5+160) mg. Lo consume actualmente. Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s).
(15/09/2015) Levotiroxina sodica 150mcg tab; Lo consume actualmente. Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s); Observación registrada el 15/09/2015 PTE TOMA 250MG.
(15/09/2015) Sitagliptina + Melformina tab 50/850 mg. Lo consume actualmente. Dosis y frecuencia: 1 tableta/12 hora(s).

ATENCIONES DEL PACIENTE

06/11/2012 09:36:54. Colsanitas S.A - CLINISANITAS ILARCO, BOGOTA D.C.

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 1880977. No. de afiliación: COLSANITAS S.A - 000-0000100000-0000-00.
Edad del paciente: 53 años. Acompañante: no trae.
Datos del profesional de la salud: Susana Ines Salamanca Acosta. Reg. Médico. 35498207. Medicina General.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO.

Acompañante: no trae. Motivo de consulta: dolor hombro izq.

Enfermedad Actual: evolucion 40 dias agudizacion 4 dias limitacion funcional. dolor severo tto diclofenaco no mejoría.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 87 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 125 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Pulsoximetría (SO2): 93 %
Temperatura: 36 °C
Peso: 101 Kg
Talla: 1.73 m
Índice de Masa Corporal: 33.75 (kg/m2)
Circunferencia de la cintura: 112 cm
Superficie corporal: 2.25 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: neg.
Organos de los Sentidos: Conjuntivas y escleras normocrómicas.
Cuello: No se auscultan soplos carotídeos. No ingurgitación yugular.
Mama: nse.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados.
Abdomen y pelvis: No dolor a la palpación, no masas ni visceromegalias. Ruidos intestinales presentes.
Genitales: nse.
Extremidades Superiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Extremidades Inferiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Osteomusculoarticular: dolor severo limitacion funcional hombro izq. imposibilidad para la elevacion del hombro dolor a nivel de manguito rotador.
Examen Neurológico: Sin déficit aparente.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

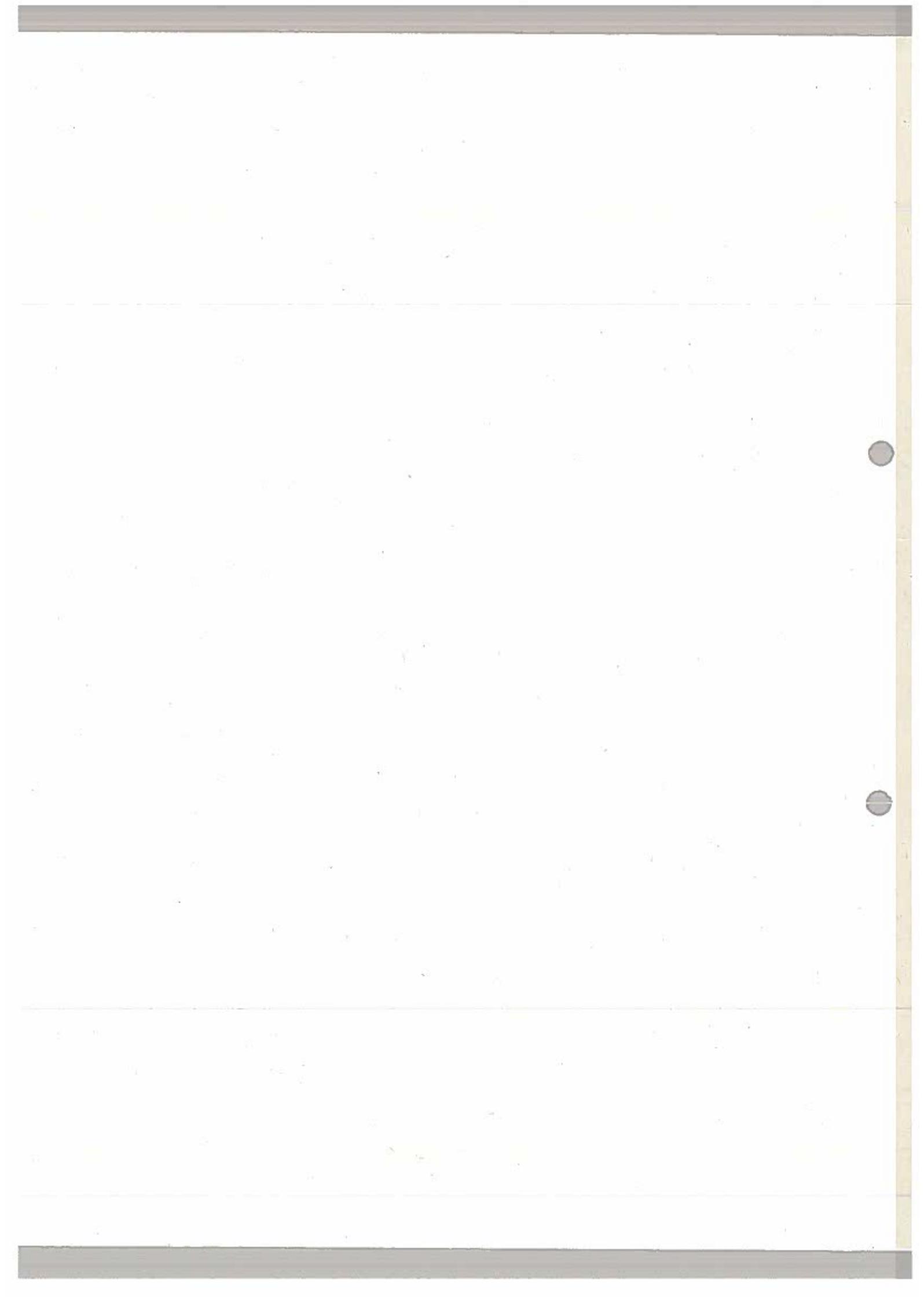
PTE 53A HTA DAIBETES DISLIPIDEIA CONTROL LSS LAB RX HOMBROS CONTROL

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Hipertension esencial (primaria) (I10X), SS LAB RX HOMBROS COMPARATIVOS CONTROL. Impresión diagnóstica. Causa Externa Enfermedad general.

Firmado Electrónicamente

NO. Hay Mas Historias



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(15/09/2015) Amlodipino besilato + Valsartan tab (5+160) mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s).
(15/09/2015) Levotiroxina sodica 150mcg tab; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s); Observación registrada el 15/09/2015: PTE TOMA 250MG.
(15/09/2015) Sitagliptina + Metformina tab 50/850 mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/12 hora(s).

ATENCIÓNES DEL PACIENTE**15/08/2013 08:43:38. Colsanitas S.A - CLINISANITAS ILARCO, BOGOTA D.C.**

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 3082842. No. de afiliación: COLSANITAS S.A - 000-0000100000-0000-00.
Edad del paciente: 54 años. Acompañante: No trae.
Datos del profesional de la salud: Susana Ines Salamanca Acosta. Reg. Médico. 35498207. Medicina General.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO.
Acompañante: No trae. Motivo de consulta: CONTROL GENERAL.
Enfermedad Actual:

PTE DX HTA DIABETES DISLIPIDEMIA CONTROL ASINTOMATICO . . .

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 80 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 140 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 100 mmHg
Pulsioximetría (SO2): 91 %
Temperatura: 36 °C
Peso: 102 Kg
Talla: 1,73 m
Índice de Masa Corporal: 34.08 (kg/m²)
Superficie corporal: 2.26 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: NEG.
Organos de los Sentidos: Conjuntivas y escleras normocrómicas.
Cuello: No se auscultan soplos carotídeos. No ingurgitación yugular. SE PAPANADENOMEGALIAS ANTEC DE CA TIROIDEO TTO QX HACE 20A.
Mama: NSE.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados.
Abdomen y pelvis: No dolor a la palpación, no masas ni visceromegalias. Ruidos intestinales presentes.
Genitales: NSE.
Extremidades Superiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Extremidades Inferiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Osteomusculoarticular: NEG.
Mental: ADECUADO.
Examen Neurológico: Sin déficit aparente.
Piel y Faneras: NEG.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PTE 54A HTA DIABETES DISLIPIDEMIA HTA ANTEC CA TIROIDEO EF SE PALPAN ADENOMEGLIAS SS ECO CUELLO LAB GENERALES CONTROL.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Hipertension esencial (primaria) (I10X), SS LAB ECO CUELLO EKG, Impresión diagnóstica, Causa Externa: Enfermedad general.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(15/09/2015) Amlodipino besilato + Valsartan tab (5+160) mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s).
(15/09/2015) Levotiroxina sodica 150mcg tab; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s), Observación registrada el 15/09/2015: PTE TOMA 250MG.
(15/09/2015) Sitagliptina + Metformina tab 50/850 mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/12 hora(s).

ATENCIÓNES DEL PACIENTE

2015

05/06/2015 08:37:52. Colsanitas S.A - CLINISANITAS ILARCO, BOGOTA D.C.

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 7526334. No. de afiliación: COLSANITAS S.A - 000-0000100000-0000-00.
Edad del paciente: 56 años. Acompañante: NO TRaE.
Datos del profesional de la salud: Susana Ines Salamanca Acosta. Reg. Médico. 35498207. Medicina General.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO.
Acompañante: NO TRaE. Motivo de consulta: MC CONTROL
PTE DX HTA DIABETES HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO A TORIDECROMIA TOTAL POR CA TIROIDEO LINFOMA TRATADO SD METABOLICO
HIPERRUCEMIA OBESIDAD ACTUAL SINTOMATICO
Enfermedad Actual: ANTECEDETES FARMACOLOGICOS - JANUMET 50 -1000 X 2 EXFORGE LT 200 ALOPURINOL 300 OMEGA 3 ASA 81
MGR DE FORMA IRREGUAL NO DIETA NI EJERCICIO

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 84 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 130 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 96.7 mmHg
Pulsoximetría (SO₂): 94 %
Temperatura: 36 °C
Peso: 105 Kg
Talla: 1.72 m
Índice de Masa Corporal: 35.49
Perímetro Abdominal: 115 cm
Superficie corporal: 2.29 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: NEG
Organos de los Sentidos: Conjuntivas y escleras normocrómicas.
Cuello: No se auscultan soplos carotídeos. No ingurgitación yugular.
Mama: NSE
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados.
Abdomen y pelvis: No dolor a la palpación, no masas ni visceromegalias. Ruidos intestinales presentes. ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO.
Genitales: NSE.
Extremidades Superiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Extremidades Inferiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Osteomusculoarticular: NEG.
Mental: ADECUADO.
Examen Neurológico: Sin déficit aparente..

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PTE DE 56A CON OBESIDAD G II SD METABOLICO TA CONTROLADA SS LAB GEMRALES VAL CARDIO ENDCRINO NUTRICION CONTROL CON RESULTADOS



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Hipertension esencial (primaria) (I10X), SS LAB CONTROL, Confirmado repetido, Causa Externa Enfermedad general.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Colesterol de alta densidad [HDL], No. 1.
2. Se solicita Colesterol total, No. 1.
3. Se solicita Hemoglobina glicosilada por anticuerpos monoclonales, No. 1.
4. Se solicita Triglicéridos, No. 1.
5. Se solicita Acido urico, No. 1.
6. Se solicita Hemograma IV [hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma] método automático (233), No. 1.
7. Se solicita Hormona estimulante del tiroides [TSH], No. 1.
8. Se solicita Microalbuminuria automatizada en orina de 24 horas, No. 1.
9. Se solicita Transaminasa glutámico piruvica o alanino amino transferasa [TGP-ALT], No. 1.
10. Se solicita Glucosa pre y post prandial, No. 1.
11. Se solicita Colesterol de baja densidad [LDL] enzimático, No. 1.
12. Se solicita Proteína C reactiva, prueba semicuantitativa, No. 1.
13. Se solicita Eritrosedimentación [velocidad sedimentación globular VSG], No. 1, PTE DE 56A OBESIDAD GII SD METABOLICO DIABETES TIPO II HTA CONTROLADA HIPERURCEMIA HIPOTIROIDISMO 2DARIA CA TIROIDEO TRATADO
14. Se solicita Creatinina en suero, orina u otros, No. 1.
15. Se solicita Transaminasa glutámico oxalacetica o aspartato amino transferasa [TGOAST], No. 1.
16. Se solicita Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria, No. 1.
17. Se solicita Fosfatasa alcalina, No. 1.
18. Se solicita Nitrogeno ureico [BUN], No. 1.
19. Se solicita Ultrasonografía de abdomen superior: hígado, páncreas, vías biliares, riñones, bazo y grandes vasos, No. 1.
20. Se solicita Antígeno específico de próstata [PSA], No. 1.
21. Se solicita Electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD, No. 1.

ATENCIONES DEL PACIENTE

22/01/2015 08:49:56. Colsanitas S.A - CLINISANITAS ILARCO, BOGOTA D.C.

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 7526334, No. de afiliación: COLSANITAS S.A - 000-0000100000-0000-00.
Edad del paciente: 56 años. Acompañante: NO TRAE.
Datos del profesional de la salud: Susana Ines Salamanca Acosta, Reg. Médico, 35498207, Medicina General.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO.
Acompañante: NO TRAE. Motivo de consulta: MC CONTROL PTE DX HTA DIABETES TIPO 2 DISLIPIDEMIA HIPERURCEMIA HIPOTIROIDISMO EN EXAMNE PARA SECRETARIA DE KOVIDAD SE ENCUENTRA SOPLO POR LO QUE SE REALIZA ECO CARDIOGRAMA QUE REPORTA VENTRICULO IZQ HIPERTROFIA LEVE FE 55-60% VD NORMAL A IZQ DILATADA SIN ECO ANORMALES DERECHA NORMAL VALVULA AORTICA ESCLEROSIS Y CALCIFICACIONES TURBULENCIA POR ENCIMA DE LA VALVULA SI LA CLINICA LO AMERICA SE SUGIERE MITRAL TRICUSPIDE Y PULMONAR. FC 90 MIN
DX ESTENOSIS AOERTICA LEVE.
MC IRA EVOLUCION 5 DAIS EVOLUCION TTO BERUDUAL FLUIMUCIL ACETAMINFEN EXPECTORACION VERDOSA. SUDORACION...
Enfermedad Actual: ANTECEDETES HTA TRATADA DIABETES TIPO 2 DISLIPIDEMIA EN TTO HIPOT EN TTO. HIPERURICEMIA SD METABOLICO.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Algico
Frecuencia Cardíaca: 89 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 130 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 85 mmHg
Tensión Arterial Media: 100 mmHg
Pulsioximetría (SO2): 90 %



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

Peso: 104 Kg
Talla: 1.73 m
Índice de Masa Corporal: 34.75
Perímetro Abdominal: 117 cm
Superficie corporal: 2.29 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

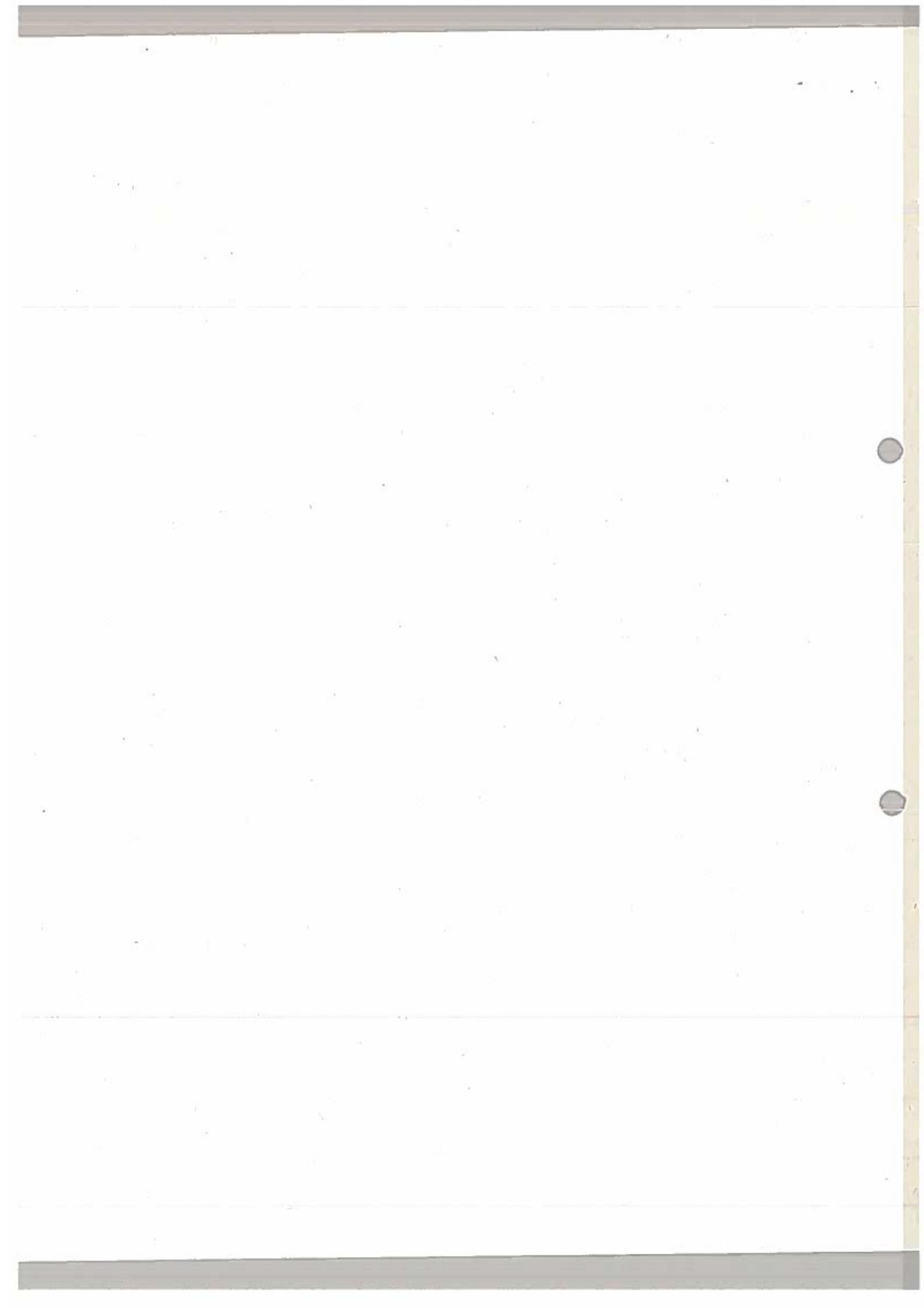
Cabeza: Observaciones: NEG.
Organos de los Sentidos: Observaciones: Conjuntivas y escleras normocrómicas. FARINGE CONGESTIVA ESCURRIMTO POST VERDOSO.
Cuello: Observaciones: No se auscultan soplos carotídeos. No ingurgitación yugular. ADENOMEGLIAS.
Mama: Observaciones: NSE.
Cardiovascular: Observaciones: Ruidos cardíacos rítmicos, SOPLO MESISISTOLICO GII-VI FOCO AORTICO.
Pulmonar: Observaciones: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados. ESPIRACION PROLOGADA ESTERTORES BASALES BIALT MOVILIZACION DE SECRECIONES.
Abdomen y pelvis: Observaciones: No dolor a la palpación, no masas ni visceromegalias. Ruidos intestinales presentes. PANICULO ADIPOSO.
Genitales: Observaciones: NSE.
Extremidades Superiores: Observaciones: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Extremidades Inferiores: Observaciones: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Osteomusculoarticular: Observaciones: NEG.
Mental: Observaciones: ADECUADO.
Examen Neurológico: Observaciones: Sin déficit aparente.
Piel y Faneras: Observaciones: NEG.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PTE 55A HTA DIABETES TIPO 2 SD METABOLNICO OBESIDAD HIPERURUCEMIA HIPOTI ALTO RIESGO CV SE ENVIA CARDIOLGOA
OFT UROLOGIA SS ALB RX TORAX CONTROL. INCAPACIDAD 3 TRES DIA 22-23-24 ENERO 2015 - SE ADICOOPNA TTO ATB SULBACTAM
AMPICILINA BECLOMTAASNA 250 MCGR CONTROL RESUATLADOS VAL CARDIO OFT

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Hipertension esencial (primaria) (I10X), SS RX TORAX LAB INCPACIDAD 3 DAIS CONTROL. Confirmado repetido. Enfermedad general.





DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE

- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS

(15/09/2015) Amlodipino besilato + Valsartan tab (5+160) mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s).
(15/09/2015) Levotiroxina sodica 150mcg tab; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s); Observación registrada el 15/09/2015: PTE TOMA 250MG.
(15/09/2015) Sitagliptina + Metformina tab 50/850 mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/12 hora(s).

ATENCIONES DEL PACIENTE

2015

17/09/2015 15:41:38. Colsanitas S.A - CLINISANITAS ILARCO, BOGOTA D.C.

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 8387305. No. de afiliación: COLSANITAS S.A - 000-0000100000-0000-00.
Edad del paciente: 56 años. Acompañante: NO TRAE.
Datos del profesional de la salud: Susana Ines Salamanca Acosta. Reg. Médico. 35498207. Medicina General.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO.
Acompañante: NO TRAE. Motivo de consulta: MC CONTROL GENERAL.
Enfermedad Actual: ANTECEDENTES PAT HTA DIABETES DISLIPIDEMIA SD METABOLICO HIPERURCEMIA CA TIROIDEO Y LINFOMA TRATADOS .
VALVULOPATIA EN TTO CARDIOLGIA.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 93 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Pulsoximetría (SO2): 93 %
Peso: 104 Kg
Talla: 1.72 m
Índice de Masa Corporal: 35.15
Perímetro Abdominal: 115 cm
Superficie corporal: 2.28 m2

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Organos de los Sentidos: Conjuntivas y escleras normocrómicas.
Cuello: No se auscultan soplos carotídeos. No ingurgitación yugular.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados.
Abdomen y pelvis: No dolor a la palpación, no masas ni visceromegalias. Ruidos intestinales presentes.
Extremidades Superiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Extremidades Inferiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Examen Neurológico: Sin déficit aparente.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PTE DE 56A HTA DIABETES SD METABOLOCO CONTROLADOS SS LAB GENERALES ETS POR POR MULTIPLES PAREJAS EKG CONTROL.

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Hipertension esencial (primaria) (I10X), EKG LAB CONTROL, Confirmado repetido, Causa Externa Enfermedad general.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(15/09/2015) Amlodipino besilato + Valsartan tab (5+160) mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s)
(15/09/2015) Levotiroxina sodica 150mcg tab; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s); Observación registrada el 15/09/2015: PTE TOMA 250MG.
(15/09/2015) Sitagliptina + Metformina tab 50/850 mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/12 hora(s).

ATENCIONES DEL PACIENTE**2016**
22/01/2016 09:05:25. Colsanitas S.A - CLINISANITAS ILARCO, BOGOTA D.C.

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 9503894. No. de afiliación: COLSANITAS S.A - 000-0000100000-0000-00.
Edad del paciente: 56 años. Acompañante: NO TRAE.
Datos del profesional de la salud: Susana Ines Salamanca Acosta. Reg. Médico. 35498207. Medicina General.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO.
Acompañante: NO TRAE. Motivo de consulta: MC CONTROL.
Enfermedad Actual: PAT HTA HIPOT DISLIPIDEIA DIABETES SD METABOLICO.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 79 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Pulsioximetría (SO₂): 94 %
Temperatura: 36 °C
Peso: 102 Kg
Talla: 1.72 m
Índice de Masa Corporal: 34.48
Perímetro Abdominal: 118 cm
Superficie corporal: 2.26 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: NEG.
Organos de los Sentidos: Conjuntivas y escleras normocrómicas. DENTADURTA REGUAR ESTADO.
Cuello: No se auscultan soplos carotídeos. No ingurgitación yugular.
Mama: NSE.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, SOPLO SISTOLICO MITRAL G IV - VI.
Abdomen y pelvis: No dolor a la palpación, no masas ni visceromegalias. Ruidos intestinales presentes.
Genitales: NSE.
Extremidades Superiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Extremidades Inferiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos.
Osteomusculoarticular: NEG.
Mental: ADECAUDO.
Examen Neurológico: Sin déficit aparente.
Piel y Faneras: NEG.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PET DE 56A HTA DIABETES HIPOT SD METABOLICO OBESIDAD SS ALB SEGUIMIENTO TTO CONTROL.

DIAGNOSTICO



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

Diagnóstico Principal: Hipertension esencial (primaria) (I10X), SS LAB CONTROL VLA CARDIOLOGIA NUTRICIO EJERCICIO, Confirmado repetido.
Causa Externa. Enfermedad general.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Colesterol de alta densidad [HDL], No. 1
2. Se solicita Colesterol total, No. 1.
3. Se solicita Hemoglobina glicosilada por anticuerpos monoclonales, No. 1.
4. Se solicita Triglicéridos, No. 1.
5. Se solicita Acido urico, No. 1.
6. Se solicita Hormona estimulante del tiroides [TSH], No. 1.
7. Se solicita Transaminasa glutámico piruvica o alanino amino transferasa [TGP-ALT], No. 1.
8. Se solicita Osteodensitometria periferica por absorcion dual de rayos X [DEXA], No. 1, PTE DIABETICO OBESO SEDENTARIO TOMADOR
DESCARTAR OP
9. Se solicita Vitamina D 25 dihidroxi, No. 1, PTE DE 56A SD METABOLICO HTA DIABETES DISLIPDEMIA POLIMEDICADO .
10. Se solicita Glucosa pre y post prandial, No. 1.
11. Se solicita Colesterol de baja densidad [LDL] enzimatico, No. 1.
12. Se solicita Ultrasonografia diagnostica de tiroides con transductor de 7 mhz o mas, No. 1.
13. Se solicita Eritrosedimentacion [velocidad sedimentacion globular VSG], No. 1.
14. Se solicita Transaminasa glutamico oxalacetica o aspartato amino transferasa [TGOAST], No. 1.
15. Se solicita Calcio ionico, No. 1.
16. Se solicita Fosfatasa alcalina, No. 1.
17. Se solicita Nitrogeno ureico [BUN], No. 1.
18. Se solicita Microalbuminuna por nefelometria, No. 1.
19. Se solicita Tiroxina libre [T4I], No. 1.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(15/09/2015) Amlodipino besilato + Valsartan tab (5+160) mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s).
(15/09/2015) Levotiroxina sodica 150mcg tab; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s). Observación registrada el 15/09/2015: PTE TOMA 250MG.
(15/09/2015) Sitagliptina + Metformina tab 50/850 mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/12 hora(s).

ATENCIONES DEL PACIENTE**2016** 19/08/2016 09:07:27. Colsanitas S.A - CLINISANITAS ILARCO, BOGOTA D.C.

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 11782205. No. de afiliación: COLSANITAS S.A - 000-0000100000-0000-00.
Edad del paciente: 57 años. Acompañante: NO TRAE.
Datos del profesional de la salud: Susana Ines Salamanca Acosta. Reg. Médico. 35498207. Medicina General.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO.
Acompañante: NO TRAE. Motivo de consulta: MC - CONTROL HTA DIABETES HIPOTIROIDISMO HIPERCUCEMIA ANTEC CA TIRODEO LINFOMNA ..
Enfermedad Actual: ASINTOMATICO LAB ANTERIORTES GLIC PRE Y POST AKTARADAS AU ELEVADO T4L ELEVADA VIT D INSUFUCICNECIA

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Buen estado general
Frecuencia Cardíaca: 88 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Pulsoximetría (SO₂): 93 %
Temperatura: 36 °C
Peso: 105 Kg
Talla: 1.72 m
Índice de Masa Corporal: 35.49
Perímetro Abdominal: 120 cm
Superficie corporal: 2.29 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: NEG.
Organos de los Sentidos: Conjuntivas y escleras nomocrómicas. FAROGE CONGESTIVA RESPIRACION ORLA.
Cuello: No se auscultan soplos carotídeos. No ingurgitación yugular. AEDNOMEGLIAS.
Mama: NEG.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados. SOPLO SISTOLICO G IV .
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: No dolor a la palpación, no masas ni visceromegalias. Ruidos intestinales presentes. PANICULO ADIPSOS .
Genitales: NSE.
Extremidades Superiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos..
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Sin edema, pulsos periféricos simétricos..
Osteomusculoarticular: NEG.
Mental: ADECUADO.
Examen Neurológico: Sin déficit aparente..
Piel y Faneras: NEG.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PTE DE 57A HTA CONTROLADA SS LAB EKG LAB CONTROL. VIT D INSUFICIENCIA DMO



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Hipertension esencial (primaria) (I10X), SS LAB EKG DMO CONTROL SE INICIA VIT SEMANAL 7.000UI, Confirmado repetido, Causa Externa Enfermedad general.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Tiroxina libre [T4I], No. 1, HIPOT TTO CA TIROIDEO T4L ELEVADA .
2. Se solicita Colesterol de alta densidad [HDL], No. 1.
3. Se solicita Hemoglobina glicosilada por anticuerpos monoclonales, No. 1.
4. Se solicita Triglicéridos, No. 1.
5. Se solicita Acido urico, No. 1.
6. Se solicita Hormona estimulante del tiroides [TSH], No. 1.
7. Se solicita Sangre oculta en materia fecal [guayaco o equivalente], No. 1.
8. Se solicita Transaminasa glutamico piruvica o alanino amino transferasa [TGP-ALT], No. 1.
9. Se solicita Glucosa pre y post prandial, No. 1.
10. Se solicita Colesterol de baja densidad [LDL] enzimatico, No. 1.
11. Se solicita Tiroglobulina, No. 1.
12. Se solicita Triyodotironina libre [T3I], No. 1.
13. Se solicita Transaminasa glutamico oxalacetica o aspartato amino transferasa [TGOAST], No. 1.
14. Se solicita Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria, No. 1.
15. Se solicita Osteodensitometria periferica por absorcion dual de rayos X [DEXA], No. 1, VIT D INSUFICIENCIA.
16. Se solicita Calcio ionico, No. 1.
17. Se solicita Fosfatasa alcalina, No. 1.
18. Se solicita Microalbuminuria por nefelometria, No. 1.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(15/09/2015) Amlodipino besilato + Valsartan tab (5+160) mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s).
(15/09/2015) Levotiroxina sodica 150mcg tab; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s). Observación registrada el 15/09/2015. PTE TOMA 250MG.
(15/09/2015) Sitagliptina + Metformina tab 50/850 mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/12 hora(s).

ATENCIONES DEL PACIENTE**2017** 24/04/2017 10:24:21. Colsanitas S.A - CLINISANITAS ILARCO, BOGOTA D.C.

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 15156077. No. de afiliación: COLSANITAS S.A - 000-0000100000-0000-00.
Edad del paciente: 58 años. Acompañante: NO TRAE.
Datos del profesional de la salud: Susana Ines Salamanca Acosta. Reg. Médico. 35498207. Medicina General.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO.
Acompañante: NO TRAE. Motivo de consulta: MC CONTROL.
Enfermedad Actual: PTE DX HTA DIABETES CA TIROIDEO TTO QX LINFOAM TOT QX SEGUIMIENTO HIPERURUCEMIA SD DIABETICO CONTROL GENERAL.

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Afebril
Frecuencia Cardíaca: 90 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 130 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 100 mmHg
Tensión Arterial Media: 110 mmHg
Pulsoximetría (SO₂): 91 %
Temperatura: 36 °C
Peso: 105 Kg
Talla: 1.72 m
Índice de Masa Corporal: 35.49
Perímetro Abdominal: 119 cm
Superficie corporal: 2.29 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: NEG.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: No se auscultan soplos carotídeos. No ingurgitación yugular.
Mama: NSE.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados.
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados.
Abdomen y pelvis: No dolor a la palpación, sin masas ni visceromegalias. Ruidos intestinales presentes.
Genitales: NSE.
Extremidades Superiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos, sin frialdad distal, no déficit motor ni sensitivo.
Extremidades Inferiores: ¿Presenta edemas? (No), Observaciones: Sin edema, pulsos periféricos simétricos, sin frialdad distal, no déficit motor ni sensitivo.
Osteomusculoarticular: NEG.
Mental: ADECUADO.
Examen Neurológico: Sin déficit aparente.
Piel y Faneras: NEG.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PTE DE 58A CON DX HIPOTIROIDISMO ULTIMO TSH 31 SS ECO TIRODIEA ACTUAL LAB ACTUALES VAL ENDOCRINO URG.
PTE DX DISLIPIDEMIA DIABETES HIPERURUCEMIA HTA NO CONTROLADOS SEGMIEOTO CONTROL VAL CARDIOLGIA. OFTALMOLOGIA.



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Hipotiroidismo consecutivo a procedimientos (E890), SS LAB CONTROL VAL ENDOCRINO CARDIO -, Confirmado repetido, Causa Externa Enfermedad general.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Colesterol de alta densidad [HDL], No. 1.
2. Se solicita Colesterol total, No. 1.
3. Se solicita Hemoglobina glicosilada por anticuerpos monoclonales, No. 1.
4. Se solicita Triglicéridos, No. 1.
5. Se solicita Electrocardiograma de ritmo o de superficie SOD, No. 1, HTA NO CONTROLADA . DIABETES DUALIPIDEMIA ..
6. Se solicita Acido urico, No. 1.
7. Se solicita Hemograma IV [hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma] método automático (233), No. 1.
8. Se solicita Hormona estimulante del tiroides [TSH], No. 1.
9. Se solicita Transaminasa glutámico piruvica o alanino amino transferasa [TGP-ALT], No. 1.
10. Se solicita Glucosa pre y post prandial, No. 1.
11. Se solicita Colesterol de baja densidad [LDL] enzimático, No. 1.
12. Se solicita Ultrasonografía diagnóstica de tiroides con transductor de 7 mhz o mas, No. 1.
13. Se solicita Eritrosedimentación [velocidad sedimentación globular VSG], No. 1.
14. Se solicita Radiografía de torax (PAO AP y lateral, decubito lateral, oblicuas o lateral con bario), No. 1.
15. Se solicita Tiroides peroxidasa, anticuerpos por EIA, No. 1.
16. Se solicita Transaminasa glutámico oxalacética o aspartato amino transferasa [TGOAST], No. 1.
17. Se solicita Osteodensitometría periférica por absorción dual de rayos X [DEXA], No. 1, OSTEOPOROSIS.
18. Se solicita Calcio ionico, No. 1.
19. Se solicita Fosfatasa alcalina, No. 1.
20. Se solicita Nitrogeno ureico [BUN], No. 1.
21. Se solicita Vitamina D 25 dihidroxi, No. 1, OSTEOPOROSIS.
22. Se solicita Tiroglobulina, No. 1, HIPOTIROIDISMO POST CA TIRODIEO TT QX HACE 28A ACTUAL TSH SEPT - 31 .
23. Se solicita Antígeno específico de prostata [PSA], No. 1.
24. Se solicita Tiroxina libre [T4I], No. 1.

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE**ANTECEDENTES REGISTRADOS PREVIAMENTE****- ANTECEDENTES FARMACOLÓGICOS**

(15/09/2015) Amlodipino besilato + Valsartan tab (5+160) mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s).
(15/09/2015) Levotiroxina sodica 150mcg tab; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/1 día(s). Observación registrada el 15/09/2015: PTE TOMA 250MG.
(15/09/2015) Sitagliptina + Metformina tab 50/850 mg; Lo consume actualmente; Dosis y frecuencia: 1 tableta/12 hora(s).

ATENCIÓNES DEL PACIENTE**2017** 18/09/2017 09:06:53. Colsanitas S.A - CLINISANITAS ILARCO, BOGOTA D.C.

Historia Clínica Única Básica. Admisión No. 17474745. No. de afiliación: COLSANITAS S.A - 000-0000100000-0000-00.
Edad del paciente: 58 años. Acompañante: HIJA.
Datos del profesional de la salud: Susana Ines Salamanca Acosta. Reg. Médico. 35498207. Medicina General.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO.
Acompañante: HIJA. Motivo de consulta: MC SS LAB .
CONTROL PTE EN ESTUDIO DECSARTAR PATOLOGIA PULMON .
LUMBLAGIA SEVERA HOY BLOQUEO .
ESTADO GRIAPL .
Enfermedad Actual: CONTROL..

EXAMEN FÍSICO - SIGNOS VITALES

Estado general: Afebril
Frecuencia Cardíaca: 94 Latidos/min
Frecuencia Respiratoria: 20 Respiraciones/min
Tensión Arterial Sistólica: 120 mmHg
Tensión Arterial Diastólica: 80 mmHg
Tensión Arterial Media: 93.3 mmHg
Pulsoximetría (SO₂): 93 %
Temperatura: 36 °C
Peso: 97 Kg
Talla: 1.72 m
Índice de Masa Corporal: 32.79
Superficie corporal: 2.2 m²

EXAMEN FÍSICO - HALLAZGOS

Cabeza: TOS DURANTE EF FASCEIS ABOTAGADA.
Organos de los Sentidos: Mucosa oral húmeda y rosada, orofaringe no congestiva, sin placas ni exudados, ojo derecho e izquierdo sin alteraciones, otoscopia derecha e izquierda sin alteraciones.
Cuello: No se auscultan soplos carotídeos. No ingurgitación yugular..
Mama: NSE.
Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados..
Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes en ambos campos pulmonares, sin agregados..
Abdomen y pelvis: No dolor a la palpación, sin masas ni visceromegalias. Ruidos intestinales presentes..
Genitales: NSR.
Extremidades Superiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos, sin frialdad distal, no déficit motor ni sensitivo..
Extremidades Inferiores: Sin edema, pulsos periféricos simétricos, sin frialdad distal, no déficit motor ni sensitivo..
Osteomusculoarticular: LUMBLAGIA LIMITACION PARA LOS MOVIMIENTOS DE FLEXION DE LA COLUMNA.
Mental: ADECUADO.
Examen Neurológico: Sin déficit aparente..
Piel y Faneras: NEG.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

PTE DE 58A PEND BRONCSCOPIA BX SS LAB SS POR NEUMOLOGIA T3 -T4 TSH PT IMR CH



DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS: MARIO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO IDENTIFICACIÓN: CC 19360065 SEXO: Masculino RAZA: Otros

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: Hipotiroidismo consecutivo a procedimientos (E890), SS LAB CONTORL., Confirmado repetido, Causa Externa Enfermedad general.

PLAN DE MANEJO - ORDENES DE PROCEDIMIENTOS
ORDENES DE PROCEDIMIENTOS

1. Se solicita Tiempo de tromboplastina parcial (PTT), No. 1.
2. Se solicita Hemograma IV [hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índices eritrocitarios, leucograma, recuento de plaquetas, índices plaquetarios y morfología electrónica e histograma] método automático (233), No. 1.
3. Se solicita Hormona estimulante del tiroides [TSH], No. 1.
4. Se solicita Triyodotironina libre [T3I], No. 1, HIPOTIROIDISMO.
5. Se solicita Eritrosedimentación [velocidad sedimentación globular VSG], No. 1.
6. Se solicita Tiempo de protrombina [PT], No. 1.

Bogotá, D. C., 22 de febrero de 2018

Señor(a)
MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ
Kilómetro 33 Vía Sopó Parcelación Aposentos
Teléfono 3102174134 - 4594206
Bogotá - Cundinamarca

Apreciado (a) cliente

Reciba un cordial saludo de MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

¿Por qué lo estamos contactando?

Nos referimos a la reclamación **18601128** sobre la póliza 2005605, donde registra como asegurado (a) el (la) señor (a) Mario Santiago Gutiérrez Preciado Gutiérrez identificado (a) con CC 19360065.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A., se permite certificar que el 19 de febrero se recibieron documentos adicionales de la reclamación por el fallecimiento del asegurado presentado el pasado 25 de octubre de 2017.

Con el objetivo de llevar a cabo el estudio de la reclamación, le solicitamos el favor de remitirnos los siguientes documentos:

Por parte del Asegurado:

- Historia personal clínica completa de todo el año 2014.

Nuestro Departamento Médico refiere que los documentos aportados recientemente no contienen la información solicitada.

Tenga en cuenta que...

Nuestro interés es brindarle una respuesta en el menor tiempo posible, para ello agradecemos que los documentos solicitados en esta comunicación, sean remitidos en su totalidad, en un sobre marcado con el número del reclamo en referencia, dirigido al Departamento de Beneficios de la Sucursal Bogotá, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm o remitidos a nuestro correo corporativo beneficiosolicitudes@metlife.com.co.

En el momento de la entrega, sugerimos hacer sellar una relación detallada de los documentos remitidos. La presente comunicación no implica que la reclamación haya sido presentada ante la aseguradora en la debida forma o que, a quien se expide esta solicitud, haya probado el derecho que pudiera tener frente a la aseguradora por el pago de la indemnización, de acuerdo con el Artículo 1077 del Código de Comercio.

Estamos para ayudarle

En caso de requerir información adicional, no dude en comunicarse con nuestra compañía a través de la línea de atención al cliente 01 8000 91 22 00 desde cualquier ciudad del país, o en Bogotá al 3581258.


DEPARTAMENTO DE BENEFICIOS
MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
RA

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros

Bogotá D.C. Carrera. 7 No. 99 - 53 Piso 17 (Of. Principal) - Línea Atención al cliente: 01 8000 9 1220 - servicio.cliente@metlife.com.co
www.metlife.com.co

MLNMECGGEN069/0-COL-ED11/2016





Bogotá, D. C., 05 de febrero de 2018

Señor(a)
MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ
Kilómetro 33 Vía Sopó Parcelación Aposentos
Teléfono 3102174134 - 4594206
Bogotá - Cundinamarca

Apreciado (a) cliente

Reciba un cordial saludo de MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

¿Por qué lo estamos contactando?

Nos referimos a la reclamación **18601128** sobre la póliza **2005605**, donde registra como asegurado (a) el (la) señor (a) Mario Santiago Gutiérrez Preciado Gutiérrez identificado (a) con CC 19360065.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A., se permite certificar que el 04 de diciembre de 2017 se recibió aviso de reclamación por el fallecimiento del asegurado presentado el pasado 25 de octubre de 2017.

Con el objetivo de llevar a cabo el estudio de la reclamación, le solicitamos el favor de remitirnos los siguientes documentos:

Por parte del Asegurado:

- Historia clínica completa de cuando se establece por primera vez el diagnóstico de Diabetes Mellitus.

Nuestro Departamento Médico refiere que los documentos aportados el 02 de febrero, no corresponden a lo solicitado.

Tenga en cuenta que...

Nuestro interés es brindarle una respuesta en el menor tiempo posible, para ello agradecemos que los documentos solicitados en esta comunicación, sean remitidos en su totalidad, en un sobre marcado con el número del reclamo en referencia, dirigido al Departamento de Beneficios de la Sucursal Bogotá, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm o remitidos a nuestro correo corporativo beneficiossolicitudes@metlife.com.co.

En el momento de la entrega, sugerimos hacer sellar una relación detallada de los documentos remitidos. La presente comunicación no implica que la reclamación haya sido presentada ante la aseguradora en la debida forma o que, a quien se expide esta solicitud, haya probado el derecho que pudiera tener frente a la aseguradora por el pago de la indemnización, de acuerdo con el Artículo 1077 del Código de Comercio.

Estamos para ayudarle

En caso de requerir información adicional, no dude en comunicarse con nuestra compañía a través de la línea de atención al cliente 01 8000 91 22 00 desde cualquier ciudad del país, o en Bogotá al 3581258.

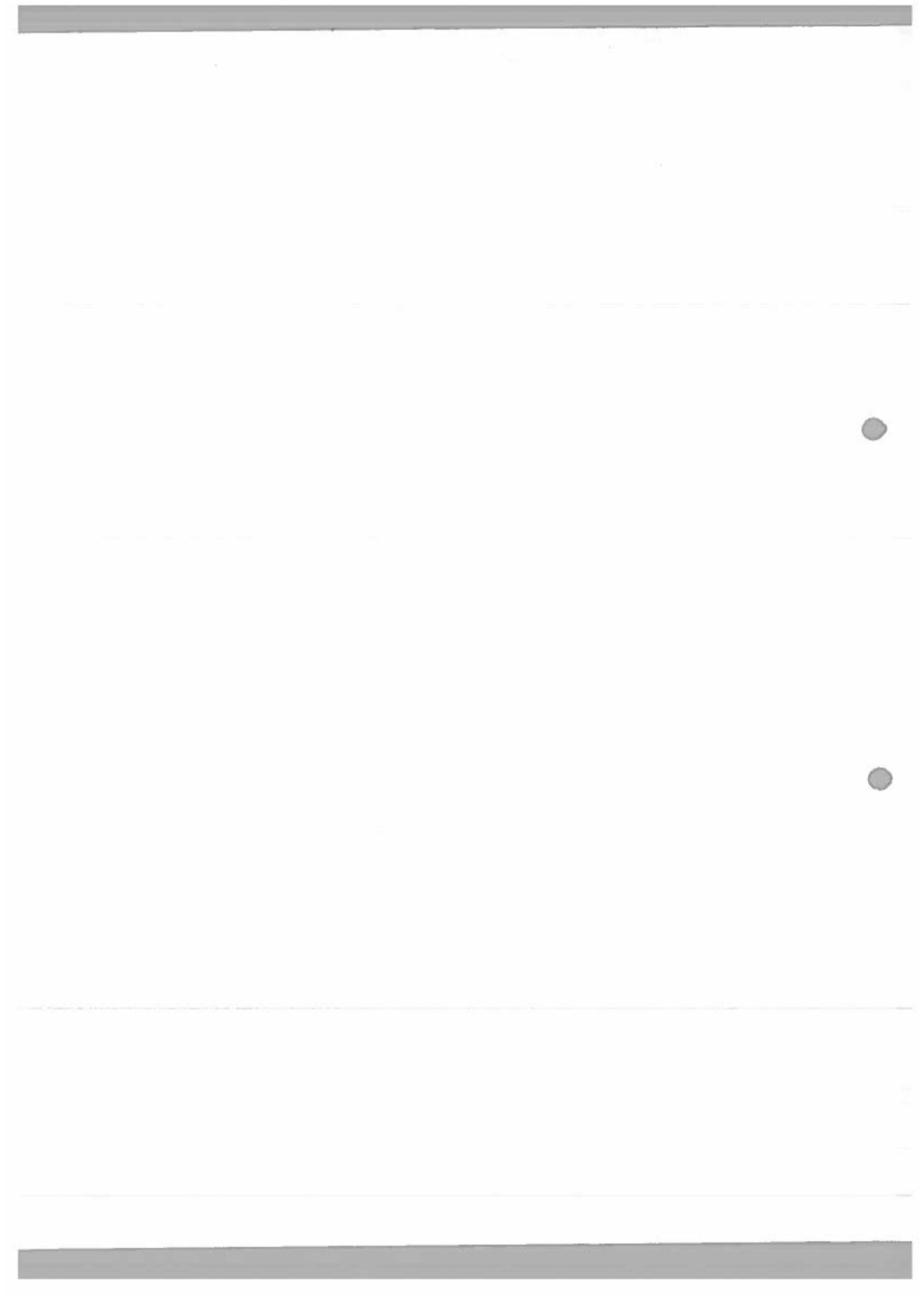

DEPARTAMENTO DE BENEFICIOS
MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
RA

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros

Bogotá D.C. Carrera 7 No. 99 - 53 Piso 17 (Of. Principal) - Línea Atención al cliente: 01 8000 9 12200 - servicio.cliente@metlife.com.co
www.metlife.com.co

MLNMECGGEN069/0-COL ED1 1/2016





Bogotá, D. C., 11 de enero de 2018

Señor(a)
MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ
Kilómetro 33 Vía Sopó Parcelación Aposentos
Teléfono 3102174134 - 4594206
Bogotá - Cundinamarca

Apreciado (a) cliente

Reciba un cordial saludo de MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

¿Por qué lo estamos contactando?

Nos referimos a la reclamación **18601128** sobre la póliza 2005605, donde registra como asegurado (a) el (la) señor (a) Mario Santiago Gutiérrez Preciado Gutiérrez identificado (a) con CC 19360065.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A., se permite certificar que el 04 de diciembre de 2017 se recibió aviso de reclamación por el fallecimiento del asegurado presentado el pasado 25 de octubre de 2017.

Con el objetivo de llevar a cabo el estudio de la reclamación, le solicitamos el favor de remitirnos los siguientes documentos:

Por parte del Asegurado:

- Historia clínica completa de cuando se establece por primera vez el diagnóstico de Diabetes Mellitus

Tenga en cuenta que...

Nuestro interés es brindarle una respuesta en el menor tiempo posible, para ello agradecemos que los documentos solicitados en esta comunicación, sean remitidos en su totalidad, en un sobre marcado con el número del reclamo en referencia, dirigido al Departamento de Beneficios de la Sucursal Bogotá, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm o remitidos a nuestro correo corporativo beneficiossolicitudes@metlife.com.co.

En el momento de la entrega, sugerimos hacer sellar una relación detallada de los documentos remitidos. La presente comunicación no implica que la reclamación haya sido presentada ante la aseguradora en la debida forma o que, a quien se expide esta solicitud, haya probado el derecho que pudiera tener frente a la aseguradora por el pago de la indemnización, de acuerdo con el Artículo 1077 del Código de Comercio.

Estamos para ayudarle

En caso de requerir información adicional, no dude en comunicarse con nuestra compañía a través de la línea de atención al cliente 01 8000 91 22 00 desde cualquier ciudad del país, o en Bogotá al 3581258.


DEPARTAMENTO DE BENEFICIOS
MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
RA

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros

Bogotá D.C. Carrera 7 No. 99 - 53 Piso 17 (Of. Principal) - Línea Atención al cliente: 01 8000 9 12200 - servicio.cliente@metlife.com.co
www.metlife.com.co

MLNMECGGEN069/D-COL-ED11/2016



Conformado por 22 16 1



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.019.138.404**

GUTIERREZ MUÑOZ

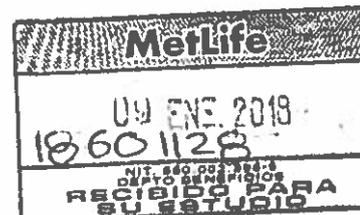
APELLIDOS

ISABELLA

NOMBRES

Isabella Gutiérrez U

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-MAR-1998**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 **O+** **F**
ESTATURA G S RH SEXO
15-MAR-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA



A 1500150 00866448 F 1019138404-20161116

0052206132A 1

46795156



Faint, illegible text or markings on the left side of the page.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

IDENTIFICACION: 1.075.874.832
GUTIERREZ MUNOZ

APELLIDOS:
MARIANA

Mariana Gutierrez



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1994

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58
ESTATURA

O+
G S RH

F
SEXO

20-JUN-2012 SOPO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION: *Sopo*

BOCET DE REG-10

REGISTRADOR NACIONAL
CALLE 1000, GARCERAN 1000



P-152500-00361222 F 1075874832-20120801 0000712102A 1 38781070



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO: **52.201.179**
TORRES PORTILLA

APELLIDOS: **LENA ZULMINA**

NOMBRES: *[Signature]*

FIRMAS: *[Signature]*

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO: **03-ENE-1981**
PASTO (NARIÑO)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
 ESTATURA

A+ G B RH
F SEXO

08-ENE-1989 BOGOTA D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ANTONIO MACHETA TORRES




A 1500150-00204815 F-0052201179-20001220 0019231525A 2 1460113033

8

9

ORDINALS CODIGOS DE LOS MESES	ENTRO MARZO SEPT	01 05 09	FEBRERO JUNIO OCTUBRE	02 06 10	MARZO JULIO NOV	03 07 11	ABRIL AGOSTO DIC	04 08 12
-------------------------------------	------------------------	----------------	-----------------------------	----------------	-----------------------	----------------	------------------------	----------------



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro **REGISTRO DE NACIMIENTO**

19921717

IDENTIFICACION No
1 Parte básica 2 Parte común
940617 02290

OFICINA REGISTRO CIVIL	3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregimiento, etc.) NOTARÍA CUARENTA Y UNO (41)	4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría SANTA FE DE BOGOTÁ CUNDINAMARCA	5 Código 1039
------------------------	--	---	-------------------------

SECCION GENERAL			
INSCRITO	6 Primer apellido GUTIERREZ	7 Segundo apellido MUÑOZ	8 Nombres MARIANA
SEXO	9 Masculino o Femenino FEMENINO	10 Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO 11 Día 12 Mes 13 Año 17 JUNIO 1994
LUGAR DE NACIMIENTO	14 País COLOMBIA	15 Departamento, Int. o Com. CUNDINAMARCA	16 Municipio SANTA FE DE BOGOTÁ

SECCION ESPECIFICA			
17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vivienda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento FUNDACION SANTA FE DE BOGOTÁ			18 Hora 10:35 PM
19 Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta parroq, etc.) CERTIFICADO DE NACIMIENTO		20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento GUILLERMO PAEZ REY	21 No. licencia
22 Apellidos (de soltera) MUÑOZ FORERO		23 Nombres CLAUDIA CAROLINA	24 Edad actual 31
25 Identificación (clase y número) C.C.NO. 35.500.858 DE SUBA		26 Nacionalidad COLOMBIANA	27 Profesión u oficio MEDICO
28 Apellidos GUTIERREZ PRECIADO		29 Nombres MARIO SANTIAGO GONZALO	30 Edad actual 35
31 Identificación (clase y número) C.C. 19.360.065 DE BOGOTÁ		32 Nacionalidad COLOMBIANA	33 Profesión u oficio BILOGO

34 Identificación (clase y número) C.C.NO. 19.360.065 DE BOGOTÁ		35 Firma (autógrafa)	
36 Dirección postal y municipio TRANSVERSAL 6 NO. 89-02		37 Nombre MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ	
38 Identificación (clase y número)		39 Firma (autógrafa)	
40 Domicilio (Municipio)		41 Nombre	
42 Identificación (clase y número)		43 Firma (autógrafa)	
44 Domicilio (Municipio)		45 Nombre	
FECHA DE INSCRIPCIÓN (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)			
46 Día 22	47 Mes JUNIO	48 Año 1994	49 Firma (autógrafa) y sello del funcionario autorizado para el registro



notaria 41 del círculo de Bogotá, D.C. No. 75-09 Bogotá, D.C. PBX: 212 5720 - Teléfono: 321 8774
 notaria41avc@gmail.com - notaria41avc@yahoo.com notaria41@notaria41bogota.com



su trazabilidad. Ingrese por su computadora o smartphone (teléfono-inteligente) a un aplicativo lector de código QR

Nº 12490

RECONOCIMIENTO DE HIJO NATURAL

Para efecto del artículo primero (1o.) de la Ley 75 de 1968, reconozco al niño a que se refiere esta acta como mi hijo natural, en cuya constancia firmo.

59

Firma del padre que hace el reconocimiento

60

Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

61 NOTAS

NOTARIA 41 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
REPUBLICA DE COLOMBIA
COPIA AUTENTICADA DE REGISTRO CIVIL
**SIN ANOTACIONES
POR ESTA CARA**

Funcionario Responsable: (Nombre, Cargo y Firma)

Nurian Beltran Murcia
C.C. 1.012.413.798

Va. Bo.

NOTARÍA CUARENTA Y UNA (41) DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
REPÚBLICA DE COLOMBIA

COPIA AUTENTICADA DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO VÁLIDA PARA ACREDITAR PARENTESCO
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EXTENDIDA EN PAPEL COMÚN, DE CONFORMIDAD CON EL
ARTÍCULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970.
EXPEDIDA EN BOGOTÁ, A SOLICITUD DE: ISABELLA GUTIERREZ MUÑOZ

192932

A LOS: 05 DE ENERO 2018 FACTURA FES N°

Funcionario responsable.

Nurian Beltran Murcia
C.C. 1.012.413.798

Va. Bo.



BERENICE TARQUINIO GARRILLO
Notaria 41 Encargada

Resolución 13608 del 12-12-2017 de la Supernotariado
Acta de posesión 519 2017



Para corroborar el contenido de esta copia auténtica puede digitar este PIN en el siguiente enlace (link) www.notaria41bogota.com/pinonline. Este PIN estará vigente para verificación hasta por cuatro (4) meses a partir de la fecha de expedición de este documento o por (4) intentos exitosos de consulta, los que se cumplan primero. La consulta (online) del PIN es un servicio de cortesía de la Notaría 41 del círculo de Bogotá, la cual no conlleva deber u obligación legal o contractual para la Notaría.



27421106

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION N°

1 Parte básica 2 Parte compl
98 03 14

OFICINA REGISTRO CIVIL 3) Clase (Notaria, Consulado, Registraduría Estado Civil, Inspección, etc.) 4) Municipio y Departamento 5) Código
NOTARIA SESENTA Y TRES----- SANTAFE DE BOGOTA CUNDINAMARCA----- 1073

SECCION GENERICA

INSCRITO 6) Primer apellido 7) Segundo apellido 8) Nombres
GUTIERREZ----- MUÑOZ----- ISABELLA-----
SEXO 9) ESCRIBA MASCULINO O FEMENINO 10) Día 11) Mes 12) Año
FEMENINO----- 14----- MARZO----- 1998
LUGAR DE NACIMIENTO 13) País 14) Departamento 15) Municipio
COLOMBIA----- CUNDINAMARCA----- SANTAFE DE BOGOTA-----

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO 16) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento 17) Hora
CLINICA COLSANITAS----- 7 40 AM
18) Documento presentado - Antecedente (Cert. médico, Acta parroquial, etc.) 19) Nombre del profesional que certificó el nacimiento 20) N° licencia
TESTIGOS-----
MADRE 21) Apellidos (de soltera) 22) Nombres 23) Fecha de nacimiento
MUÑOZ FORERO----- CLAUDIA CAROLINA----- 35
24) Identificación (clase y número) 25) Nacionalidad 26) Profesión u oficio
C.C 35.500.858 SUBA----- COLOMBIANA----- MEDICO-----
PADRE 27) Apellidos 28) Nombres 29) Fecha de nacimiento
GUTIERREZ PRECIADO----- MARIO SANTIAGO GONZALO----- 39
30) Identificación (clase y número) 31) Nacionalidad 32) Profesión u oficio
C.C 19.360.065 BOGOTA----- COLOMBIANO----- PILOTO-----

33) Identificación (clase y número) 34) Dirección postal
C.C 19.360.065 BOGOTA-----
Calle 137 No. 58 A 71-----
TESTIGO 37) Identificación (clase y número) 38) Domicilio (Municipio)
C.C 64.892.659 OVEJAS-----
Calle 137 No. 58 A 71-----
TESTIGO 41) Identificación (clase y número) 42) Domicilio (Municipio)
C.C 17.156.611 BOGOTA-----
Tr. 57 No. 125 17-----
FECHA DE INSCRIPCIÓN (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO) 45) Día 46) Mes 47) Año
15----- DICIEMBRE----- 1998

39) Firma (autógrafa) +
MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO
40) Nombre 41) Firma (autógrafa)
Belkis Oviedo
BELQUIS DEL SOCORRO OVIEDO S.
42) Nombre 43) Firma (autógrafa)
HECTOR MARIO GUTIERREZ GARCIA
44) Nombre 45) Firma (autógrafa) de funcionario ante el cual se hizo el registro
VICTORIA CONSUELO SAAVEDRA S.
Nombre del funcionario ante el cual se hizo el registro
Firma DAHE IP14 0 VI 77

NOTARIA SESENTA Y TRES DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C

NOTARIA 63 BOGOTA

REGISTRO CIVIL

El presente registro es fotocopia auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil.

Bogotá D.C.:

18 DIC. 2017



RECONOCIMIENTO DE HIJO EXTRAMATRIMONIAL

59) Para efectos del artículo primero de la Ley 75 de 1968 reconozco a la persona a quien se refiere esta acta como hijo extramatrimonial, en cuya constancia firmo. A los _____ días del mes de _____ de _____

Firma del Padre
Nro. Documento de Identidad

Firma de la Madre
Nro. Documento de Identidad

2011587

Nombre Completo del Padre

Nombre Completo de la Madre

Dirección Residencial

Dirección Residencia

Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

(60) Firma del Funcionario ante quien se hace el reconocimiento

NOTAS

NOTARÍA SESENTA Y TRES DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.

NOTARÍA 63 BOGOTÁ

REGISTRO CIVIL

El presente registro es fotocopia auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil. Bogotá D.C.:

18 DIC. 2017

NOTARÍA SESENTA Y TRES DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.

NOTARÍA 63 BOGOTÁ

ESPACIO EN BLANCO

NUIP **J7M-0250642**

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **34784719**

34784719

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina									
Registrador	Notaría	Número	Creado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2877			
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía COLOMBIA * CUNDINAMARCA * GIRARDOT									
Datos del inscrito									
Primer Apellido					Segundo Apellido				
GUTIERREZ					TORRES				
Nombre(s)									
MARIO									
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)			Grupo sanguíneo		Factor Rh		
Año	2002	Mes	007	Día	06	MASOULINO	0	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección) COLOMBIA * CUNDINAMARCA * GIRARDOT									
Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos					Número certificado de nacimiento				
CERTIFICADO MEDICO					A3750653				
Datos de la madre									
Apellidos y nombres completos									
TORRES PORTILLA LENA ZUIMINA									
Documento de identificación (Clase y número)					Nacionalidad				
C.C. 52.201.179 DE BOGOTA					COLOMBIANA				
Datos del padre									
Apellidos y nombres completos									
GUTIERREZ PRECIADO MARIO SANTIAGO GONZALO									
Documento de identificación (Clase y número)					Nacionalidad				
C.C. 19.360.065 DE BOGOTA					COLOMBIANA				
Datos del declarante									
Apellidos y nombres completos									
GUTIERREZ PRECIADO MARIO SANTIAGO GONZALO									
Documento de identificación (Clase y número)					Firma				
C.C. 19.360.065 DE BOGOTA									
Datos primer testigo									
Apellidos y nombres completos									

Documento de identificación (Clase y número)					Firma				
*****					*****				
Datos segundo testigo									
Apellidos y nombres completos									

Documento de identificación (Clase y número)					Firma				
*****					*****				
Fecha de inscripción					Nombre y firma del funcionario que autoriza				
Año	2002	Mes	007	Día	11				
Reconocimiento paterno					Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento				
					MARIA EDELMIRA RIVERA LOZANO				
Firma					Nombre y firma				
ESPACIO PARA NOTAS _____ _____ _____									

EL SUSCRITO NOTARIO SEGUNDO DEL CÍRCULO DE
GIRARDOT - CUNDINAMARCA
CERTIFICA

Que es fiel copia tomada de su original que reposa en el protocolo de este despacho.
Dada en el Municipio de Girardot, Departamento de Cundinamarca, a los: **2 de NOV 2017**
presente copia se exhibe para acreditar PARENTESCOS.
Conforme a lo establecido en el decreto 1760 de 1970 artículo 115.

JAIRO JAVIER GÜETE NEIRA
NOTARIO



NOTARÍA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE GIRARDOT - CUNDINAMARCA

ESPACIO EN BLANCO

NOTARÍA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE GIRARDOT - CUNDINAMARCA

ESPACIO EN BLANCO

Referencia Bancaria

Viernes, 5 de Enero de 2018

Señores
METLIFE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ identificado(a) con CC 1075874832, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	17785359429	2012/07/10	ACTIVA

* **Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

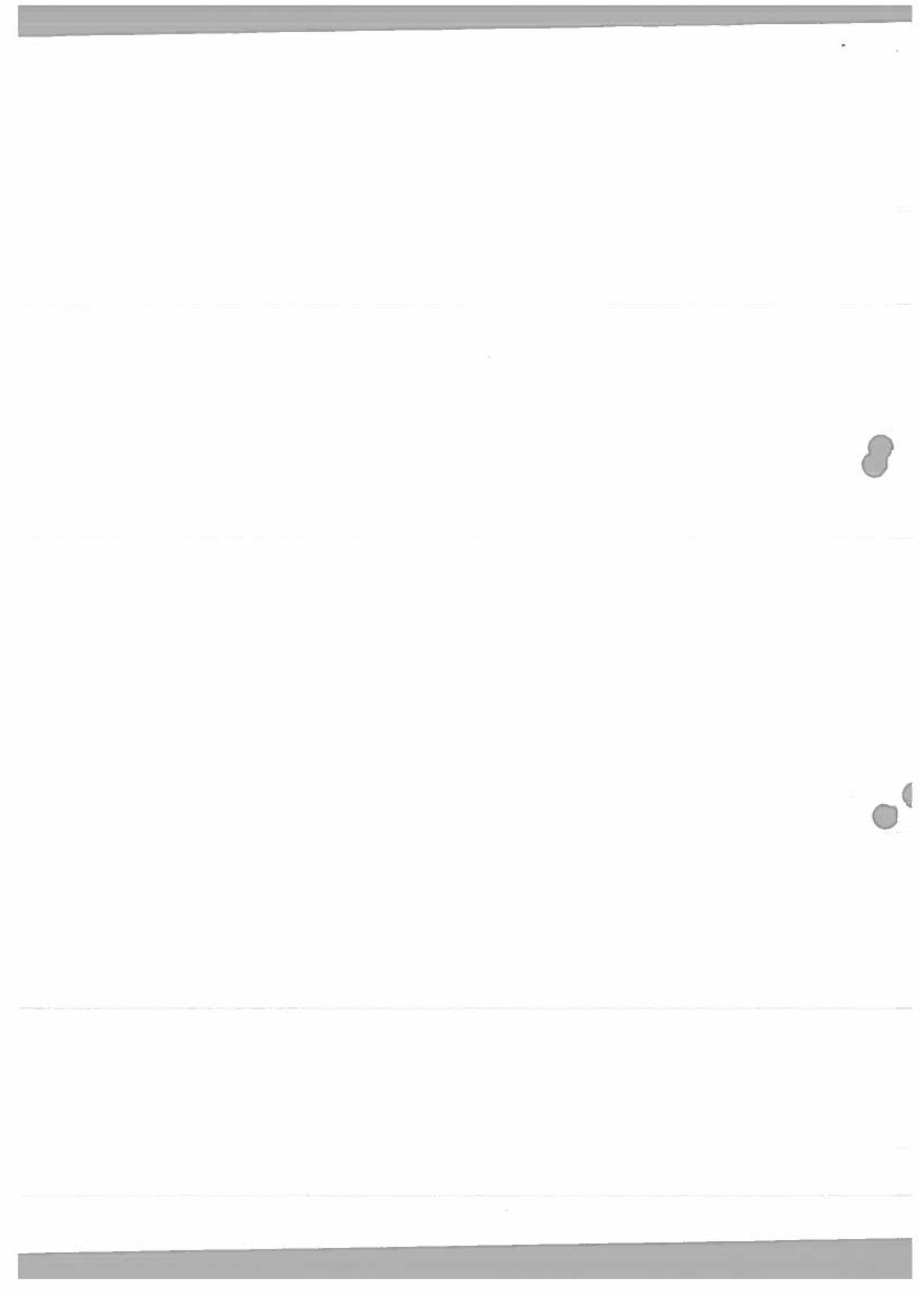
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

le estamos poniendo el alma

Bancolombia



Referencia Bancaria

Viernes, 5 de Enero de 2018

Señores
METLIFE

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que ISABELLA GUTIERREZ MUÑOZ identificado(a) con CC 1019138404, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	20217241821	2013/12/17	ACTIVA

* **Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

le estamos poniendo el alma

Bancolombia



Referencia Bancaria

Viernes, 5 de Enero de 2018

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que LENA ZULMINA TORRES PORTILLA identificado(a) con CC 52201179, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA CORRIENTE	17117148612	2004/03/29	ACTIVA

* **Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

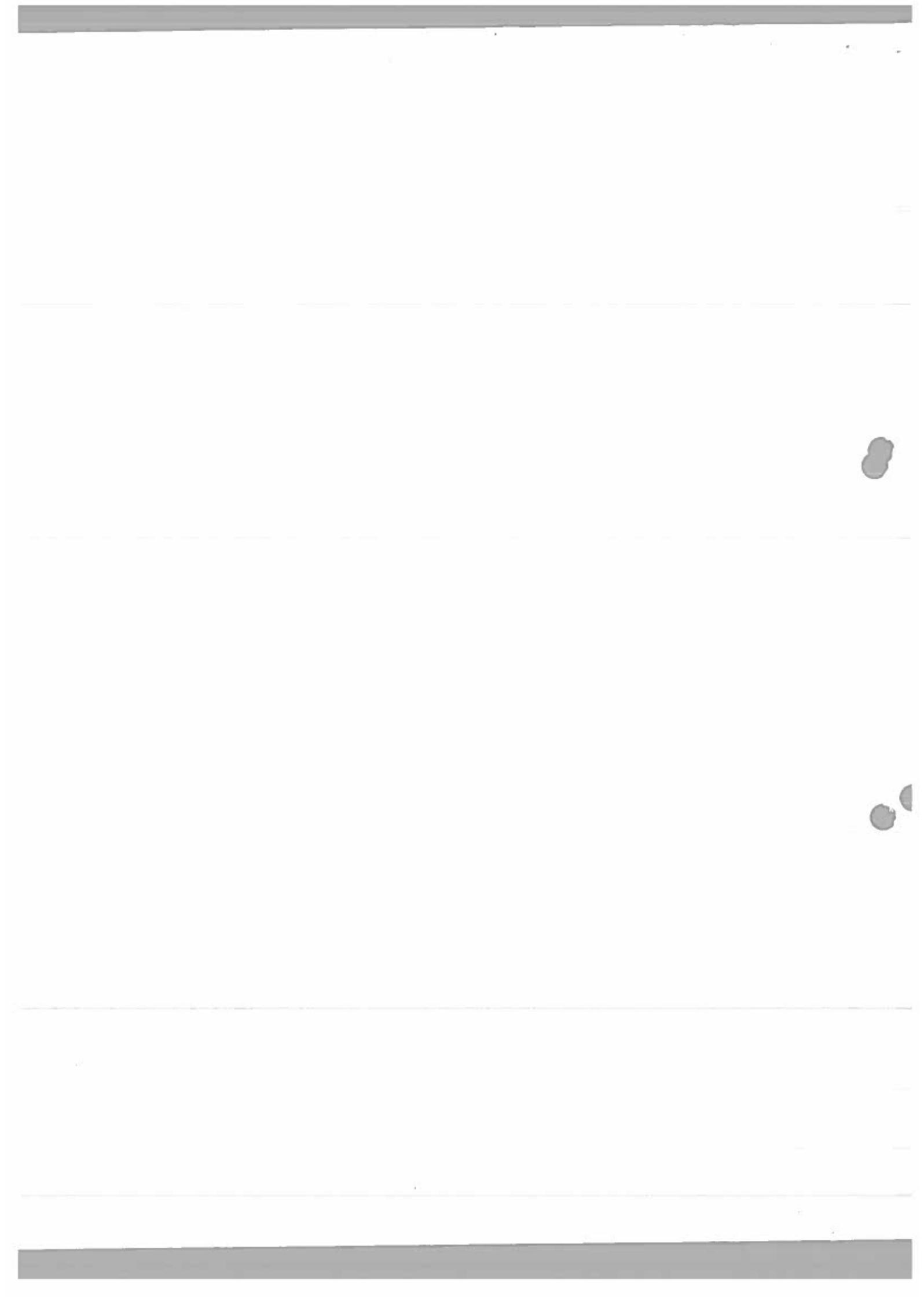
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

le estamos poniendo el alma

Bancolombia



Bogotá, D. C., 12 de diciembre de 2017

Señor(a)
MARIANA GUTIERREZ MUÑOZ
Kilómetro 33 Vía Sopó Parcelación Aposentos
Teléfono 3102174134 - 4594206
Bogotá - Cundinamarca

Apreciado (a) cliente

Reciba un cordial saludo de MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

¿Por qué lo estamos contactando?

Nos referimos a la reclamación **18601128** sobre la póliza **2005605**, donde registra como asegurado (a) el (la) señor (a) **Mario Santiago Gutiérrez Preciado Gutiérrez** identificado (a) con CC **19360065**.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A., se permite certificar que el **04** de diciembre de 2017 se recibió aviso de reclamación por el fallecimiento del asegurado presentado el pasado **25** de octubre de 2017.

Con el objetivo de llevar a cabo el estudio de la reclamación, le solicitamos el favor de remitirnos los siguientes documentos:

Por parte del Asegurado:

- Historia clínica completa que soporta el fallecimiento del asegurado.
- Historia clínica completa de cuando se establece por primera vez el diagnóstico tratado.
- Copia del documento de identificación.
- Copia autenticada del Registro Civil de Defunción.
- Declaración extrajuicio realizada por alguno de los beneficiarios (no por terceros), donde se indique quienes son los herederos del asegurado, donde se informe que no se conocen más interesados sobre la suma asegurada que se reclama. Por favor indicar en el extrajuicio, la cantidad, descripción de conyugue e hijos que tuvo el asegurado.
- Diligenciamiento del formulario de conocimiento del cliente (adjunto) de cada beneficiario registrado en el extrajuicio anterior.
- Copia autenticada del documento de identificación de cada beneficiario registrado en el extrajuicio anterior.
- Certificación bancaria de cada beneficiario registrado en el extrajuicio anterior.
- Copia autenticada el registro civil de nacimiento de cada beneficiario registrado en el extrajuicio anterior.

Tenga en cuenta que...

Nuestro interés es brindarle una respuesta en el menor tiempo posible, para ello agradecemos que los documentos solicitados en esta comunicación, sean remitidos en su totalidad, en un sobre marcado con el número del reclamo en referencia, dirigido al Departamento de Beneficios de la Sucursal Bogotá, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm o remitidos a nuestro correo corporativo beneficiosolicitudes@metlife.com.co.

En el momento de la entrega, sugerimos hacer sellar una relación detallada de los documentos remitidos. La presente comunicación no implica que la reclamación haya sido presentada ante la aseguradora en la debida forma o que, a quien se expide esta solicitud, haya probado el derecho que pudiera tener frente a la aseguradora por el pago de la indemnización, de acuerdo con el Artículo 1077 del Código de Comercio.

Estamos para ayudarle

En caso de requerir información adicional, no dude en comunicarse con nuestra compañía a través de la línea de atención al cliente **01 8000 91 22 00** desde cualquier ciudad del país, o en Bogotá al **358 12 58**.

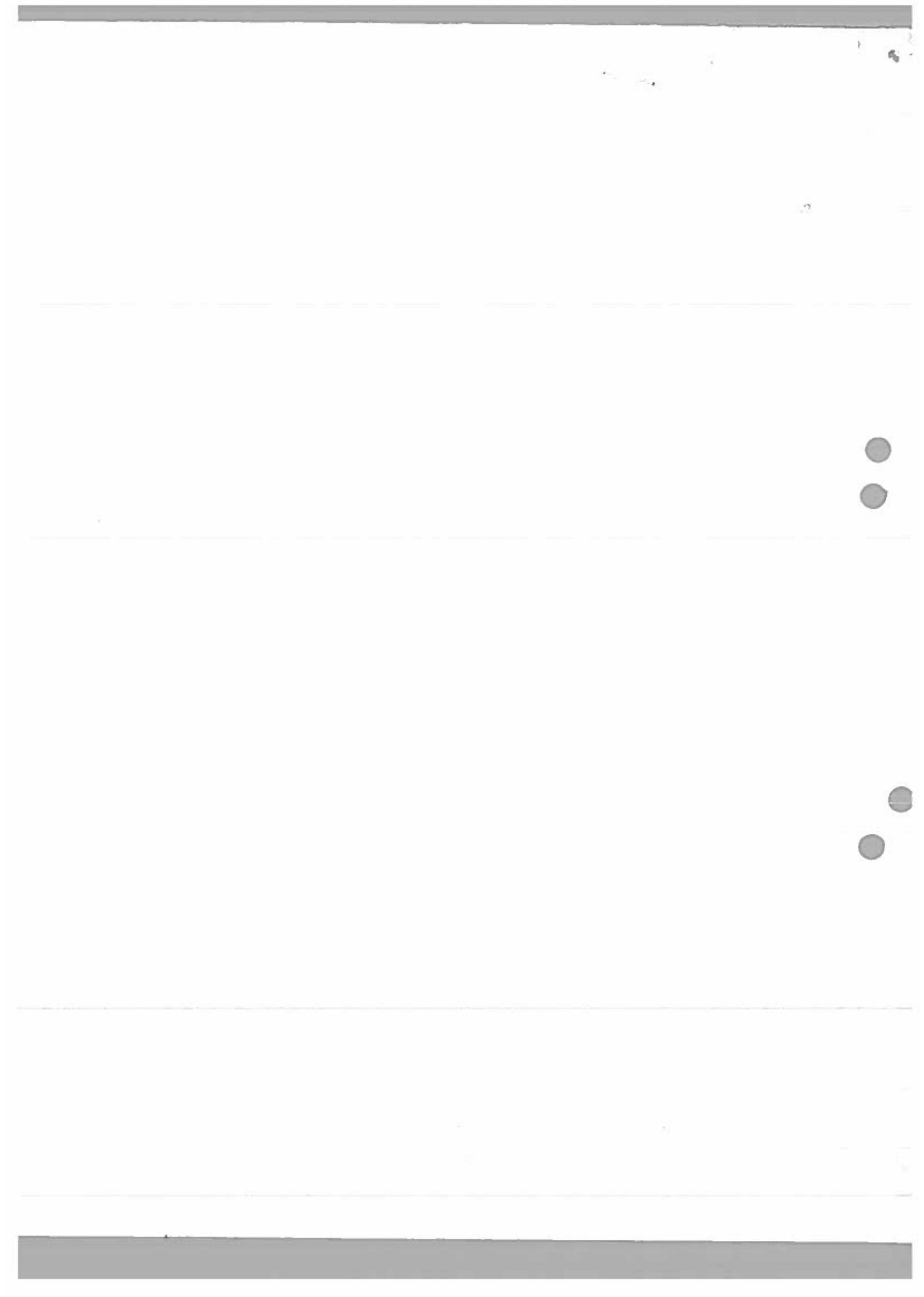
DEPARTAMENTO DE BENEFICIOS
MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros

Bogotá D.C. Carrera 7 No. 99 - 53 Piso 17 (Of. Principal) - Línea Atención al cliente: 01 8000 9 12200 - servicio.cliente@metlife.com.co
www.metlife.com.co

MI:NMCEGGEN069/0-COL-ED11/2016







CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

832003167 - 3

RHsClxFch
Pag: 27 de 46
Fecha: 07/11/17
G.etareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS Afiliado: PREPAGADA
Fecha Nacimiento: 08/05/1959 Edad actual : 58 AÑOS Sexo: Masculino Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS Barrio: BRICEÑO
Departamento: CUNDINAMARCA Municipio: SOPO
Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO Teléfono: 3174008563 Parentesco: Hijo
Acompañante: ISABELA GUTIERREZ Teléfono: 3213118119

1 MEDICION DE GASES EN SANGRE VENOSA MIXTA SOD En proceso

CATALINA DEL PILAR PINZON REY
Reg. 250722
MEDICINA INTERNA

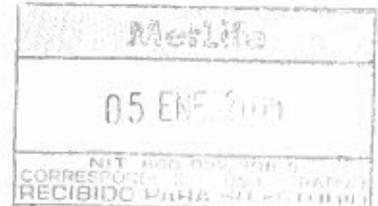
SEDE DE ATENCIÓN:	001	PRINCIPAL	Edad : 58 AÑOS	
FOLIO	34	FECHA 24/10/2017 22:23:51	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE CONTINUA EN LA UNIDAD, EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SOPORTE VASOPRESOR EN DOS ALTAS, PUPILAS FIJAS EN 1 MM, NOMROCARDICO, NORMOTENSO, CON SATURACIONES MAYORES A 90 %, AFEBRIL, SE REEALIZA CAMBIO DE POSICION, LUBRICACION DE LA PIEL, ARREGLO DE LA UNIDAD, SE TOMA GLUCOMETRIAA REPORTE DE 250 MG/DL SE INFORMA A JEFE DE TURNO, ANURICO, CONTINUAR MANEJO MEDICO.

Nota realizada por: INGRID MILENA OSPINA NIETO Fecha: 24/10/17 22:29:51

INGRID MILENA OSPINA NIETO
Reg. 1070014648
AUXILIAR DE ENFERMERIA



SEDE DE ATENCIÓN:	001	PRINCIPAL	Edad : 58 AÑOS	
FOLIO	36	FECHA 24/10/2017 23:21:50	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION

INGRID MILENA OSPINA NIETO
Reg. 1070014648
AUXILIAR DE ENFERMERIA



CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
832003167 - 3

RHsClxFch
Pag: 28 de 46
Fecha: 07/11/17
G.etaero: 13


HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS **Afiliado:** PREPAGADA
Fecha Nacimiento: 08/05/1959 **Edad actual:** 58 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS **Barrio:** BRICEÑO
Departamento: CUNDINAMARCA **Municipio:** SOPO
Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO **Teléfono:** 3174008563 **Parentesco:** Hijo
Acompañante: ISABELA GUTIERREZ **Teléfono:** 3213118119

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL **Edad:** 58 AÑOS

FOLIO	37	FECHA	24/10/2017 23:35:21	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
-------	----	-------	---------------------	------------------	-----------------

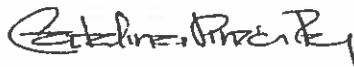
ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción
3	GLUCOMETRIA

Fecha y Hora de Aplicación: 24/10/2017 23:46:43
Resultados:
RESULTADO: 217 MG/DL TOMADO EL 24.10.17 17 HORAS
Realizado Por: 1075873082 JHENNY VIVIANA RODRIGUEZ OSPINA

Fecha y Hora de Aplicación: 24/10/2017 23:47:16
Resultados:
RESULTADO: 250 MG/DL TOMADO EL 24.10.17 22 HORAS
Realizado Por: 1075873082 JHENNY VIVIANA RODRIGUEZ OSPINA

Fecha y Hora de Aplicación: 25/10/2017 06:00:00
Resultados:
RESULTADO 141 MG/DL
Realizado Por: 1075873082 JHENNY VIVIANA RODRIGUEZ OSPINA



CATALINA DEL PILAR PINZON REY
Reg. 250722
MEDICINA INTERNA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL **Edad:** 58 AÑOS

FOLIO	38	FECHA	24/10/2017 23:38:29	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION
-------	----	-------	---------------------	------------------	-----------------

NOTAS ENFERMERIA

***** ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS *****

22:00 SE ADMINISTRA ENOXAPARINA 80 MG SC PREVIA VERIFICACION DE 10 CORRECTOS
Nota realizada por: LILIANA ANDREA MURCIA GARCIA Fecha: 24/10/17 23:38:30



CLÍNICA
UNIVERSIDAD DE
LA SABANA

CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

832003167 - 3

RHsClxFch

Pag: 29 de 46

Fecha: 07/11/17

G. etareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS

Afiliado: PREPAGADA

Fecha Nacimiento: 08/05/1959 Edad actual : 58 AÑOS Sexo: Masculino Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Soltero(a)

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS

Barrio: BRICEÑO

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: SOPO

Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO

Teléfono: 3174008563

Parentesco: Hijo

Acompañante: ISABELA GUTIERREZ

Teléfono: 3213118119

Liliana Andrea Murcia Garcia

LILIANA ANDREA MURCIA GARCIA

Reg. 1076621324

ENFERMERIA EN HOSPITALIZACION

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL

Edad : 58 AÑOS

FOLIO 39 FECHA 24/10/2017 23:48:05 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICO

Cantidad	Descripción
4	GLUCOMETRIA

Catalina del Pilar Pinzon Rey

CATALINA DEL PILAR PINZON REY

Reg. 250722

MEDICINA INTERNA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL

Edad : 58 AÑOS

FOLIO 40 FECHA 25/10/2017 00:27:01 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

Aida Esperanza Rendon Poveda

AIDA ESPERANZA RENDON POVEDA

Reg. 35416064

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL

Edad : 58 AÑOS

FOLIO 41 FECHA 25/10/2017 00:45:30 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

00+00 JEFE DE TURNO REALIZA TOMA DE PARACLINICOS DE CONTROL, SE ENTREGAN MUESTRAS AL LABORATORIO, PENDIENTE RESULTADOS SE TOMA GLUCOMETRIA REPORTE DE 242 MG/DL.

PACIENTE CONTINUA EN LA UNIDAD, PRESENTA EPISODIO DE HIPOTENSION A PESAR DE SOPORTE CON NORADRENALINA A 0.8 MCG/KG/MIN Y VASOPRESINA A 4 UNIDADES/HORA, PACIENTE FEBRIL, CONTINUAR MANEJO MEDICO.

Nota realizada por: INGRID MILENA OSPINA NIETO Fecha: 25/10/17 00:46:58

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 1075670944



CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
832003167 - 3

RHsClxFch
Pag: 30 de 46
Fecha: 07/11/17
Getareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS Afiliado: PREPAGADA Estado Civil: Soltero(a)
Fecha Nacimiento: 08/05/1959 Edad actual : 58 AÑOS Sexo: Masculino Grupo Sanguíneo:
Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS Barrio: BRICEÑO
Departamento: CUNDINAMARCA Municipio: SOPO
Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO Teléfono: 3174008563 Parentesco: Hijo
Acompañante: ISABELA GUTIERREZ Teléfono: 3213118119

INGRID MILENA OSPINA NIETO
Reg. 1070014648
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL Edad : 58 AÑOS

FOLIO 42 FECHA 25/10/2017 01:17:41 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

MONICA ANDREA BASTO GORDILLO
Reg. 35427600
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL Edad : 58 AÑOS

FOLIO 43 FECHA 25/10/2017 02:08:13 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

MONICA ANDREA BASTO GORDILLO
Reg. 35427600
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL Edad : 58 AÑOS

FOLIO 46 FECHA 25/10/2017 02:45:36 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

EVOLUCIÓN NOCHE
TERAPIA RESPIRATORIA
OCTUBRE 24 DE 2017

PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICOS MEDICOS:

ESTADO POST REANIMACIÓN
CHOQUE A ESTABLECER
7J 0 *HOSVITAL*

Usuario: 1075670944



CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

832003167 - 3

RHsClxFch

Pag: 31 de 46

Fecha: 07/11/17

G.etaeo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS

Afiliado: PREPAGADA

Fecha Nacimiento: 08/05/1959 Edad actual : 58 AÑOS Sexo: Masculino Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Soltero(a)

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS

Barrio: BRICEÑO

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: SOPO

Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO

Teléfono: 3174008563

Parentesco: Hijo

Acompañante: ISABELA GUTIERREZ

Teléfono: 3213118119

CHOQUE OBSTRUCTIVO

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR WELLS 7 PUNTOS (ALTA PROBABILIDAD)

ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA DE ETIOLOGÍA A ESTABLECER.

ENFERMEDAD NEOPLASICA EN ESTUDIO ESTADIO IV (METÁSTASIS SUPRARRENAL, HEPATICA Y POLIOSTOTICAS)

HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.

DIABETES MELLITUS TIPO 2

HIPOTIROIDISMO

ARTRITIS GOTOSA.

PACIENTE EN MANEJO CON SEDACIÓN FENTANYL Y MIDAZOLAN, HEMODINÁMICAMENTE INESTABLE, CON SOPORTE INOTRÓPICO CON NORADRENALINA, EN MANEJO MÉDICO CON ENOXAPARINA, OMEPRAZOL, VASOPRESINA Y CLORURO DE SODIO, PACIENTE CONECTADO A VENTILACIÓN MECÁNICA EN MODO VCRP CON VT 530, FR 19, PEEP 10, RI:E 1.2, FIO2 0.98, MECÁNICA VENTILATORIA V.MIN 10.5, P.PICO 28, P.MEDIA 14, D.DINÁMICA 26, SV: FC 109 LPM, FR 20 RPM, T/A 102/47 MMHG, SATO2 89%.

AL EXAMEN FÍSICO DEL TÓRAX CON PATRÓN RESPIRATORIO COSTODIAFRAGMÁTICO, RITMO REGULAR, EXPANSIÓN SIMÉTRICA, AMPLITUD SUPERFICIAL, A LA AUSCULTACIÓN PULMONAR PRESENTA DISMINUCIÓN DE RUIDOS RESPIRATORIOS EN CAMPOS PULMONARES CON MODER MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES EN BASES PULMONARES.

SE REALIZA POSICIONAMIENTO SE INSTILA SSN POR TUBO DONDE SE OBTIENEN SECRECIONES MUCOIDES EN MODERADA CANTIDAD Y POR BOCA SE REALIZA ENJUAGUE BUCAL CON LISTERINE SE OBTIENEN SECRECIONES MUCO BLANQUECINAS EN MODERADA CANTIDAD. TOLER MANEJO QUEDA PACIENTE CON BARANDAS ELEVADAS. PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO, SIN COMPLICACIONES, QUEDA PACIENTE EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS Y CABECERA A 30°.

PENDIENTE TOMA DE LABORATORIOS EN LA MADRUGADA.

PLAN:

- PERMEABILIDAD DE VÍA AÉREA
- VIGILANCIA Y MONITOREO
- MONITOREO VENTILATORIO
- CONTROL GASIMETRICO

Evolución realizada por: MARÍA PATRICIA SALAZAR SALCEDO-Fecha: 25/10/17 02:45:49

Maria P. Salazar

MARIA PATRICIA SALAZAR SALCEDO

Reg. 1002236575

TERAPIA RESPIRATORIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	PRINCIPAL	Edad : 58 AÑOS
FOLIO	47	FECHA 25/10/2017 03:10:57	TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION



CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
832003167 - 3

RHsClxFch
Pag: 32 de 46
Fecha: 07/11/17
G. etareo: 13


HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS **Afiliado:** PREPAGADA
Fecha Nacimiento: 08/05/1959 **Edad actual:** 58 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS **Barrio:** BRICEÑO
Departamento: CUNDINAMARCA **Municipio:** SOPO
Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO **Teléfono:** 3174008563 **Parentesco:** Hijo
Acompañante: ISABELA GUTIERREZ **Teléfono:** 3213118119

Mónica Basto

MONICA ANDREA BASTO GORDILLO
Reg. 35427600
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL

Edad : 58 AÑOS

FOLIO 48 FECHA 25/10/2017 03:21:52 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

EVOLUCIÓN MADRUGADA

TERAPIA RESPIRATORIA

OCTUBRE 25 DE 2017 HORA: 02+00

PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICOS MEDICOS:

- ESTADO POST REANIMACIÓN
- CHOQUE A ESTABLECER
- CHOQUE OBSTRUCTIVO
- TROMBOEMBOLISMO PULMONAR WELLS 7 PUNTOS (ALTA PROBABILIDAD)
- ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA DE ETIOLOGÍA A ESTABLECER.
- ENFERMEDAD NEOPLASICA EN ESTUDIO ESTADIO IV (METÁSTASIS SUPRARRENAL, HEPATICA Y POLIOSTOTICAS)
- HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.
- DIABETES MELLITUS TIPO 2
- HIPOTIROIDISMO
- ARTRITIS GOTOSA

PACIENTE BAJO EFECTOS DE SEDACIÓN CON FENTANYL Y MIDAZOLAN, CON SOPORTE VASOPRESOR CON NORADRENALINA Y VASOPRESINA, LÍQUIDOS DE BASE, EN MANEJO MÉDICO CON ENOXAPARINA, OMEPRAZOL, CONECTADO A VENTILACIÓN MECÁNICA EN MODO VCRP CON VT 5 FR 19, PEEP 8, RI:E 1:2, FIO2 0.80, MECÁNICA VENTILATORIA V.MIN 10.2, P.PICO 27, P.MEDIA 17, D.DINÁMICA 27, SV: FC 98 LPM, FR 19 RPM, T/A 96/46 MMHG, SATO2 90%.

SE ATIENDE ALARMA DEL VENTILADOR, EVIDENCIANDO UN RUIDO EXTRAÑO Y NO CORRESPONDENCIA ENTRE LA FIO2 PROGRAMADA Y LA ENTREGADA POR EL VENTILADOR, EL PACIENTE EMPIEZA A DESATURARSE HASTA 65%, POR LO QUE SE ASISTE CON AMBÚ HASTA RECUPERA SATURACIONES ADECUADAS POR ENCIMA DE 95%, SE REvisa VENTILADOR Y ANTE PERSISTENCIA DE LA FALLA SE REALIZA CAMBIO DE EQUIPO, EL PACIENTE PRESENTA ABUNDANTE MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES, SE REALIZA SUCCIÓN POR TOT OBTIENIENDO SECRECIONES MUCCOAMARILLAS CON PINTAS SANGUINOLENTAS EN MODERADA CANTIDAD, DURANTE EL EVENTO LOS FAMILIARES SE ENCUENTRAN PRESEN

PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO, QUEDA PACIENTE EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS Y CABECERA A 30°.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 1075670944



CLÍNICA
UNIVERSIDAD DE
LA SABANA

CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

832003167 - 3

RHsClxFch

Pag: 33 de 46

Fecha: 07/11/17

G. etareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS

Afiliado: PREPAGADA

Fecha Nacimiento: 08/05/1959 Edad actual : 58 AÑOS Sexo: Masculino Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Soltero(a)

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS

Barrio: BRICEÑO

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: SOPO

Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO

Teléfono: 3174008563

Parentesco: Hijo

Acompañante: ISABELA GUTIERREZ

Teléfono: 3213118119

11

PLAN:

- PERMEABILIDAD DE VÍA AÉREA
- VIGILANCIA Y MONITOREO
- MONITOREO VENTILATORIO
- CONTROL GASIMETRICO
- CABECERA 30°
- VIGILAR PRESIÓN DEL NEUMOTAPONADOR
- CONTROL RADIOLÓGICO PARA VERIFICAR POSICIÓN DEL TOT
- REVISIÓN DE PARACLÍNICOS Y RX

Evolución realizada por: CLAUDIA PATRICIA CARRILLO ENCISO-Fecha: 25/10/17 03:22:01

CLAUDIA PATRICIA CARRILLO ENCISO

Reg. 35418737

TERAPIA RESPIRATORIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	PRINCIPAL	Edad : 58 AÑOS
FOLIO	49	FECHA 25/10/2017 03:25:03	TIPO DE ATENCIÓN
			HOSPITALIZACION

ORDENES DE LABORATORIO

Cantidad	Descripción	
1	CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	En proceso

CATALINA DEL PILAR PINZON REY

Reg. 250722

MEDICINA INTERNA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	PRINCIPAL	Edad : 58 AÑOS
FOLIO	50	FECHA 25/10/2017 03:25:49	TIPO DE ATENCIÓN
			HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

TECNICO DE RADIOLOGIA SE DIRIGE A LA UNIDAD CON EQUIPO PORTATIL Y REALIZA TOMA DE PLACA DE TORAX DE CONTROL, PENDIENTE REPORTE.

PACIENTE CONTINUA EN LA UNIDAD, EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS, PUPILAS FIJAS EN 1 MM, NORMOCARDICO, HIPOTENSO A PESAR DE SOPORTE CON NORADRENALINA Y VASOPRESINA, FEBRIL, CON SATURACIONES MAYORES A 90 %, SE REALIZA LUBRICACION DE EXTREMIDADES, SE LIBERA PRESION DE PROTUBERANCIAS OSEAS, ANURICO, SE PASA BOLO DE SSN AL 0.9 5 DE 500 CC POR CATETER CENTRAL. CONTINUAR MANEJO MEDICO.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 1075670944



CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
832003167 - 3

RHsClxFch
Pag: 34 de 46
Fecha: 07/11/17
G.etareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS Afiliado: PREPAGADA
Fecha Nacimiento: 08/05/1959 Edad actual : 58 AÑOS Sexo: Masculino Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS Barrio: BRICEÑO
Departamento: CUNDINAMARCA Municipio: SOPO
Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO Teléfono: 3174008563 Parentesco: Hijo
Acompañante: ISABELA GUTIERREZ Teléfono: 3213118119

Nota realizada por: INGRID MILENA OSPINA NIETO Fecha: 25/10/17 03:25:56

INGRID MILENA OSPINA NIETO
Reg. 1070014648
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	PRINCIPAL	Edad : 58 AÑOS
FOLIO	51	FECHA 25/10/2017 03:27:58	TIPO DE ATENCIÓN
		HOSPITALIZACION	

NOTAS ENFERMERIA

**** NOTA ENFERMERIA INGRESO (TARDE-NOCHE) ****

PACIENTE DE 58 AÑOS QUIEN INGRESA A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (17+20) PROVENIENTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN COMPAÑIA DE MEDICO DE TURNO Y ENFERMA DE TURNO, EN MONITORIZACION A TRES DEVIRACIONES, SE DEJA EN CUBICULO NUMERO 19 CON MEDIAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCION PARA UNA ATENCION SEGURA: BARANDAS ELEVADAS, CABECERA A 30°, CAMA FRENADA, MANILLA Y LETRERO DE IDENTIFICACION DILIGENCIADOS SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL, CON LA VALORACION DE LA ESCALA DE MORSE DE 50 PUNTOS QUE LO IDENTIFICA CON RIESGO BAJO DE CAIDA. RIESGO ALTO DE LESION EN PIEL 7 PUNTOS EN SEGUIMIENTO POR TURNO, HIDRATACION Y LUBRICACION DE PIEL.

PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS MEDICOS DE:

1. ESTADO POST REANIMACIÓN
 - 1.1 CHOQUE A ESTABLECER
 - 1.1.1 CHOQUE OBSTRUCTIVO
 - 1.1.2 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR WELLS 7 PUNTOS (ALTA PROBABILIDAD)
2. ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA DE ETIOLOGÍA A ESTABLECER.
3. ENFERMEDAD NEOPLASICA EN ESTUDIO ESTADIO IV (METÁSTASIS SUPRARRENAL, HEPATICA Y POLIOSTOTICAS)
4. HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.
5. DIABETES MELLITUS TIPO 2
6. HIPOTIROIDISMO
7. ARTRITIS GOTOSA.

A LA VALORACION SEGÚN EL MODELO DE CALIXTA ROY EN EL MODO FISIOLÓGICO POR FUNCIONES Y NECESIDADES DE LA SIGUIENTE MANERA:

1. NECESIDAD DE NUTRICION: PACIENTE SIN SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL, CON SONDA OROGASTRICA A DRENAJE DE CONTENIDO ALIMENTARIO FETIDO, A LA VALORACION ADBOMINAL CON ADBOMEN GLOBOSO, DEPRESIBLE A LA PALPACION, NO SINOS DE IRRITACION PERITONEAL.

2. NECESIDA DE ELIMINACION: PACIENTE CON SONDA VESICAL A CYSTOFLO, DESDE EL INGRESO DE URGENCIAS ANURICO, SE REALIZA REPOSICION DE CRISTALOIDES PERO SIN RESPUESTA LOS MISMOS.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 1075670944



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS

Afiliado: PREPAGADA

Fecha Nacimiento: 08/05/1959 **Edad actual :** 58 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS

Barrio: BRICEÑO

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: SOPO

Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO

Teléfono: 3174008563

Parentesco: Hijo

Acompañante: ISABELA GUTIERREZ

Teléfono: 3213118119

3. FUNCION DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS: PACIENTE CON ACCESO VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO SIN SIGNOS DE INFECCION NI SANGRADO PASANDO: CLORURO DE SODIO 0.9% A 200 CC/H FENTANYL A 2 MCG/K/H, MIDAZOLAM A 50 MCG/K/H, SOPORTE VASOPRESOR DUAL CON NORADRENALINA A 0.8 MCG/K/M Y VASOPRESINA A 4 UNI/H, SE DECIDE PASO DE BOLO DE CRISTALOIDES DE 500 ML, PACIENTE PERSISTE ANURICO Y HIPOTENSO, SE INFROMA A MEDICO DE TURNO DRA PINZON QUIEN CONSIDERA CONTINUA MANEJO MEDICO ACTUAL. (12+35 AM)

4. NECESIDAD DE OXIGENACION Y CIRCULACION: PACIENTE CON SOPORTE VENTILATORIO CONECTADO A TOT EN MODO VCRP, FIO2 80%, PEEP 8, FR 17X MIN, SATURACIONES MAYORES A 90%, PACIENTE CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE VASOPRESOR DUAL CON NORADRENALINA Y VASOPRESINA A DOSIS MAXIMAS, A PESAR DE SOPORTE VASOPRESOR CON TENSIONES ARTERIALES MEDIAS LIMITROFES BAJAS DE 58 MMHG. PACIENTE EN PESIMAS CONDICIONES GENERALES, SOPORTES A DOSIS MAXIMAS, FAMILIARES INFROMADOS DE SITUACION CLINICA ACTUAL, PACIENTE SIN RESPUESTA OPTIMA A MANEJO CON CRISTALOIDES.

5. NECESIDAD DE PROTECCION: PACIENTE PIEL INTEGRAL, SITIO DE INSERCCION DE ACCESO VASCULAR SIN SIGNOS DE INFECCION. EN MANEJO CON MEDIDAS ANTIESCARAS POR SU POSTRACION.

6. NECESIDAD DE ACTIVIDAD Y DESCANSO: EN EL MOMENTO CON LIMITACION PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA POR SU PATOLOGIA DE BASE.

7. FUNCION NEUROLOGICA: PACIENTE QUIEN INGRESA DEL SERVICIO DE URGENCIAS CON INFUSION DE FENTANYL COMO MANEJO ANAGESIC GLASGOW 3/15 PUPILAS FIJAS EN 1 MM ISOCORICAS, NO RESPUESTA A ESTIMULOS DOLOROSOS, PERO PACIENTE CON REFLEJOS DE TALLO, SE EVIDENCIA PACIENTE EN ESTADO POR REANIMACION CON MOVIMIENTOS MIOCLONICOS Y DISAUTONOMIAS, POR LO CUAL MEDICO DE TUR DRA GARZON DICIDE INICIO DE SEDACION CON MIDAZOLAM.

SE OBSERVA PACIENTE BAJO EFECTOS DE SEDOANALGESIA, SIN CAMBIOS NEUROLOGICOS HASTA EL MOMENTO. SE EVIDENCIA PACIENTE EN PESIMAS CONDICIONES GENERALES, CON POBRE RESPUESTA A MANEJO MEDICO ACTUAL, FAMILIARES INFORMADOS DE SITUACION CLINICA. (2+30 AM)

****DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA****

RIESGO DE MUERTE RELACIONADO CON HIPOPERFUSION CEREBRAL
HIPOTENSION REFRACTARIA RELACIONADO CON ESTADO POS REANIMACION
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA R/C ESTANCIA EN LA UNIDAD Y PATOLOGIA.

****PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA****

- CONTROL NEUROLOGICO
- CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES
 - TITULACION DE SOPORTE VASOPRESOR
 - CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS
- CUIDADOS DE LA VENTILACION MECANICA
- CUIDADOS DE CATETER VENOSO CENTRAL
- TOMA DE RUTINA DE LABORATORIOS
- CUIDADOS DE PIEL (VALORACION DE ESCALA DE BRADEN, RIESGO ALTO DE LESION EN PIEL, CAMBIOS DE POSICION CADA DOS HORAS, 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 1075670944



CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
832003167 - 3

RHsClxFch
Pag: 38 de 46
Fecha: 07/11/17
G. etareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS Afiliado: PREPAGADA
Fecha Nacimiento: 08/05/1959 Edad actual : 58 AÑOS Sexo: Masculino Grupo Sanguineo: Estado Civil: Soltero(a)
Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS Barrio: BRICEÑO
Departamento: CUNDINAMARCA Municipio: SOPO
Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO Teléfono: 3174008563 Parentesco: Hijo
Acompañante: ISABELA GUTIERREZ Teléfono: 3213118119

- LIBERACION DE PRESION, EVITAR EXCESO DE HUMEDAD, LUBRICACION DE PIEL)
• MEDIDAS DE SEGURIDAD INSTAURADAS (SEMAFORIZACION DE ACUERDO A ESCALA DE MORSE, RIESGO MEDIO, BARANDAS ELEVADAS)
• VIGILAR ESTADO NUTRICIONAL
Nota realizada por: LILIANA ANDREA MURCIA GARCIA Fecha: 25/10/17 03:27:59

Liliana Andrea Murcia Garcia
LILIANA ANDREA MURCIA GARCIA
Reg. 1076621324
ENFERMERIA EN HOSPITALIZACION

SEDE DE ATENCIÓN:	001	PRINCIPAL	Edad : 58 AÑOS
FOLIO	52	FECHA 25/10/2017 06:03:21	TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

***** ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS *****

06.00 SE ADMINISTRA OMEPRAZOL 40 MG IV PREVIA VERIFICACION DE 10 CORRECTOS
Nota realizada por: LILIANA ANDREA MURCIA GARCIA Fecha: 25/10/17 06:03:22

Liliana Andrea Murcia Garcia
LILIANA ANDREA MURCIA GARCIA
Reg. 1076621324
ENFERMERIA EN HOSPITALIZACION

SEDE DE ATENCIÓN:	001	PRINCIPAL	Edad : 58 AÑOS
FOLIO	53	FECHA 25/10/2017 06:23:13	TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

05+30 SE REALIZA LUBRICACION DE LA PIEL, SE LIBERA PRESION DE PROMINENCIAS OSEAS, PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES, CON DESACOPLO A CAMBIOS DE POSICION, NORMOCARDICO, FEBRIL, CON SATURACIONES LIMITROFES, NORMOTENSO CON SOPORTE DE NORADRENALINA Y VASOPRESINA, SE TOMA GLUCOMETRIA REPORTE DE 141 MG/DL SE INFORMA A JEFE DE TURNO, ANURICO, S OBTIENE POR Sonda OROGASTRICA 25 CC.

ENTREGO PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS BAJO PARAMETROS DE SEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION, EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS, CON MANILLA Y TABLERO DE IDENTIFICACION, ESCALA DE MORSE Y BRADEN IDENTIFICADAS, PUPILAS FIJAS EN 1 MM, TUBO ORTRAQUEAL ACOPLADO A LA VENTILACION MECANICA MODO VCRP CON FIO2 DEL 80 % BAJO PARAMETROS DE TERAPIA RESPIRATORIA, SONDA OROGASTRICA A DRENAJE, CATETER CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO PASANDO VASOPRESINA A 20 CC/HORA, NORADRENALINA A 54 CC/HORA, FENTANILO A 7 CC/HORA, CLORURO DE SODIO AL 0.9 % A 200 CC/HORA, MIDAZOLAM A 6.7 CC/HORA,

7J.O *HOSVITAL*

Usuario: 1075670944



CLÍNICA
UNIVERSIDAD DE
LA SABANA

CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

832003167 - 3

RHsClxFch

Pag: 37 de 46

Fecha: 07/11/17

Getareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS

Afiliado: PREPAGADA

Fecha Nacimiento: 08/05/1959 **Edad actual :** 58 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS

Barrio: BRICEÑO

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: SOPO

Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO

Teléfono: 3174008563

Parentesco: Hijo

Acompañante: ISABELA GUTIERREZ

Teléfono: 3213118119

ACCESO VENOSO PERIFERICO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO EN VENA CEFALICA SUPERIOR MAS CATETER SALINIZADO PUNTO DE INSERCIÓN SIN SIGNOS DE INFECCIÓN NI FLEBITIS, ENROJECIMIENTO EN REGION SACRA, SONDA VESICAL A CYSTOFLO, CONTINUAR MANEJO MEDICO.

Nota realizada por: INGRID MILENA OSPINA NIETO **Fecha:** 25/10/17 06:25:58

INGRID MILENA OSPINA NIETO

Reg. 1070014648

AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL **Edad :** 58 AÑOS

FOLIO 54 **FECHA** 25/10/2017 06:53:51 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

EVOLUCIÓN MÉDICO

SE ABRE FOLIO PARA FORMULAR

Evolución realizada por: HUGO RAMIREZ CHAPARRO-**Fecha:** 25/10/17 06:53:57

FORMULA MÉDICA

Cantidad	Dosis	Descripción	Vía	Frecuencia	Acción
1,00	40,00 MILIGRAMOS	OMEPRAZOL FRASCO VIAL 40 MG 40 mg	INTRAVENOSO	24 Horas	CONTINUAR
2,00	80,00 MILIGRAMOS	@ ENOXAPARINA X 80 MG JERINGA PRELLENA 80 mg	SUBCUTANEA	12 Horas	SUSPENDIDO
12,00	1.500,00 UI	@ HEPARINA SÓDICA 5.000 UI/ML SOLUCIÓN INYECTA	INTRAVENOSO	1 Hora	NUEVO
PREVIO BOLO DE 6400 UNIDADES					
1,00	50,00 MILILITROS	CLORURO DE SODIO 0.9% X 1000 ML 0.9% X 1000 ML	INTRAVENOSO	Inf. Continu	CONTINUAR
20,00	0,70 MCG/KL/MINUTO	@ NOREPINEFRINA SLN INYECTABLE 4MG/4ML 4 mg	INTRAVENOSO	Inf. Continu	CONTINUAR
4,00	4,00 UI	VASOPRESINA 20 UI ML 20 UI	INTRAVENOSO	1 Hora	CONTINUAR
4 UNIDADES HORA					
12,00	1,00 MCG/KG/H	FENTANILO CITRATO 0.05 MG/ML X 10 ML SOLUCIÓN I	INTRAVENOSO	Inf. Continu	CONTINUAR
12,00	100,00 MCG/KG/H	@ MIDAZOLAM AMPOLLA 15MG/3ML 15 mg	INTRAVENOSO	Inf. Continu	CONTINUAR

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 1075670944



CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA
832003167 - 3

RHsClxFch
Pag: 38 de 46
Fecha: 07/11/17
G. etareo: 13


HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS **Afiliado:** PREPAGADA
Fecha Nacimiento: 08/05/1959 **Edad actual:** 58 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguineo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS **Barrio:** BRICEÑO
Departamento: CUNDINAMARCA **Municipio:** SOPO
Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO **Teléfono:** 3174008563 **Parentesco:** Hijo
Acompañante: ISABELA GUTIERREZ **Teléfono:** 3213118119

HUGO RAMIREZ CHAPARRO
Reg.
CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL Edad : 58 AÑOS

FOLIO 55 FECHA 25/10/2017 07:17:00 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

EVOLUCIÓN MADRUGADA
TERAPIA RESPIRATORIA
OCTUBRE 25 DE 2017

PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICOS MEDICOS REGISTRADOS, CON IGUAL MANEJO MÉDICO, CONECTADO A VENTILACIÓN MECÁNICA EN MODO VCRP CON VT 530, FR 19, PEEP 10, RI:E 1:2, FIO2 0.80, MECÁNICA VENTILATORIA V.MIN 10.5, P.PICO 28, P.MEDIA 14, D.DINÁMICA 26, SV: FC 98 LPM, FR 19 RPM, T/A 98/45 MMHG, SATO2 87%.

AL EXAMEN FÍSICO DEL TÓRAX CON PATRÓN RESPIRATORIO COSTODIAFRAGMÁTICO, RITMO REGULAR, EXPANSIÓN SIMÉTRICA, AMPLITUD SUPERFICIAL, A LA AUSCULTACIÓN PULMONAR PRESENTA DISMINUCIÓN DE RUIDOS RESPIRATORIOS DE PREDOMINIO PULMONAR DERECHO.

SE REALIZA INSTILACIÓN DE SOLUCIÓN SALINA POR TOT, SUCCIÓN POR TOT, ENJUAGUE BUCAL CON SOLUCIÓN SALINA Y SUCCIÓN POR BOCA, SE OBTIENEN SECRECIONES MUCOHEMÓPTICAS EN MODERADA CANTIDAD Y SECRECIONES MUCO BLANQUECINAS EN MODERADA CANTIDAD POR BOCA, PACIENTE TOLERA EL PROCEDIMIENTO, SIN COMPLICACIONES, SE REALIZA CAMBIO DE FIJACIÓN, QUEDA PACIENTE EN CAMA CON BARANDAS ELEVADAS Y CABECERA A 30°.

GASIMETRIA REPORTA ACIDOSIS METABÓLICA, NORMOXEMIA, HIPOPERFUSIÓN TISULAR, TRANSTORNO SEVERO EN LA OXIGENACIÓN, PAFIO2 88, SAVO2 62%, ÁCIDO LÁCTICO 6.2, PARACLÍNICOS CON HB 6.8, LEUCOCITOSIS, NEUTROFILIA, HIPERGLICEMIA, AZOADOS ELEVADOS, HIPERKALEMIA, TRANSAMINASAS ELEVADAS, PCR ELEVADA.

RX DE TÓRAX EVIDENCIA, TOT EN ADECUADA POSICIÓN, PULMON DERECHO VELADO, OPACIDAD BASAL IZQUIERDA.

PLAN:

- PERMEABILIDAD DE VÍA AÉREA
- VIGILANCIA Y MONITOREO
- MONITOREO VENTILATORIO
- CONTROL GASIMETRICO
- CABECERA 30°
- VIGILAR PRESIÓN DEL NEUMOTAPONADOR
- CONTROL RADIOLÓGICO PARA VERIFICAR POSICIÓN DEL TOT
- REVISIÓN DE PARACLÍNICOS Y RX
- 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 1075670944



CLÍNICA
UNIVERSIDAD DE
LA SABANA

CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

832003167 - 3

RHsClxFch

Pag: 39 de 46

Fecha: 07/11/17

G.eta: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS

Afiliado: PREPAGADA

Fecha Nacimiento: 08/05/1959 **Edad actual :** 58 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS

Barrio: BRICEÑO

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: SOPO

Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO

Teléfono: 3174008563

Parentesco: Hijo

Acompañante: ISABELA GUTIERREZ

Teléfono: 3213118119

Evolución realizada por: CLAUDIA PATRICIA CARRILLO ENCISO-**Fecha:** 25/10/17 07:17:10

CLAUDIA PATRICIA CARRILLO ENCISO

Reg. 35418737

TERAPIA RESPIRATORIA

SEDE DE ATENCIÓN:	001	PRINCIPAL			Edad : 58 AÑOS
FOLIO	56	FECHA 25/10/2017 07:59:04	TIPO DE ATENCIÓN	HOSPITALIZACION	

NOTAS ENFERMERIA

RECIBO PACIENTE EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NUMERO 19 EN MALAS CONDICIONES GENERALES SIN RESPUESTA AL MANEJO INSTAURADO CON PACIENTE FEBRIL HI' POTENSO DESATURADO SIN RESPUESTA NEUROLOGICA SOPORTADO VENTILATORIAMENTE SE RECIBE EN CAMA EN POSION DE ODRSAL CON CABECCERA ELEVADA A 45 GRADOS CON MONITORIZACION CONTINUA CON RIESGO ALTO DE LESIONES EN LA PIEL Y MEDIO DE CAIDAS, BAJO EFECTOS DE SEDACION MAS ANALGESIA CON UN DIAGNOSTICO DE PORCESO METASTASICO CON CA DE TIROIDES ESTADP POST REANUMACION

PACIENTE EN CAMA CON BARANDAS CON FRENO DE SEGURIDAD INSTAURADO CON MANILLA Y TABLERO COMPLETOS Y CORRECTOS, CON ALTA PROBABILIDAD DE FALLECIMIENTO, CON PUPILAS EN 2 MILIMETROS FIJAS, CON PROTECCION OCULAR, CON TUBO ENDOTRAQUEAL A VENTILACION MECANICA CON PARAMETROS ESTABLECIDOS, POR TERAPEUTA DE TURNO ASI:

MODO VCRP

FIO2 AL 100%

FRECUENCIAS DE 15

PEEP DE 11

VOLUMEN TOTAL DE 600

PACIENTE SIN ESFUERZO RESPIRATORIO

CON SONDA OROGASTRICA A BOCAL CON CATETER CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO FUNCIONAL POR EL CUAL SE LE PASA

NORADRENALINA A 52 CC

VASOPRESINA A 20 CC

FENTANYL A 8 CC

MIDAZOLAM A 6.7 CC

SOLUCON SALINA A 200 CC

CON EDEMA GENERALIZADO CON SONDA VESICAL A CYSTOFLO ANURICO

PACIENTE EN COMPAÑIA PERMANENTE DE LOS FAMILIARES

PLAN DE ENFERMERIA

CUIDADOS DE LA PIEL

ARREGLO DE UNIDAD

FAVORECER CONDICIONES PARA ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR

CONTROL DE SIGNOS VITALES

CONTROL DE LIQUIDOS

CONTROLK GLUCOMETRICO

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 1075670944



CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

832003167 - 3

RHsClxFch

Pag: 40 de 46

Fecha: 07/11/17

G.etareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS **Afiliado:** PREPAGADA
Fecha Nacimiento: 08/05/1959 **Edad actual:** 58 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)
Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION
Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS **Barrio:** BRICEÑO
Departamento: CUNDINAMARCA **Municipio:** SOPO
Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO **Teléfono:** 3174008563 **Parentesco:** Hijo
Acompañante: ISABELA GUTIERREZ **Teléfono:** 3213118119

SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE ORDENES MEDICA

Nota realizada por: RODRIGO PALACIO DIAZ Fecha: 25/10/17 07:59:13

RODRIGO PALACIO DIAZ
Reg.
AUXILIAR DE ENFERMERIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL Edad : 58 AÑOS

FOLIO 57 FECHA 25/10/2017 09:46:16 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

NOTA DE CUIDADO INTENSIVO

PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL CON PERSISTENCIA DE SIGNOS DE HIPOPERFUSION A PESAR DE DOSIS ALTA DE VASOPRESORES, PERSISTE CON TRASTORNO SEVERO DE LA OXIGENACION, A LAS 9:10 AM SE VERIFICA AUSENCIA DE SIGNOS VITALES, SE INFORMA A LA FAMILIA PARA ACOMPAÑAMIENTO POR FALLECIMIENTO, SE PROCEDE A REALIZAR CERTIFICADO DE DEFUNCION.

Evolución realizada por: DIANA ALEXANDRA GARAY VARGAS-Fecha: 25/10/17 09:46:23

DIANA ALEXANDRA GARAY VARGAS
Reg. 52087455
CUIDADO CRITICO

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL Edad : 58 AÑOS

FOLIO 59 FECHA 25/10/2017 10:23:38 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

EVOLUCIÓN MAÑANA 25/10/2017
TERAPIA RESPIRATORIA

PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICOS MEDICOS:

- ESTADO POST REANIMACIÓN
 - CHOQUE A ESTABLECER
 - CHOQUE OBSTRUCTIVO
 - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR WELLS 7 PUNTOS (ALTA PROBABILIDAD)
 - ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA DE ETIOLOGÍA A ESTABLECER.
 - ENFERMEDAD NEOPLASICA EN ESTUDIO ESTADIO IV (METÁSTASIS SUPRARRENAL, HEPATICA Y POLIOSTOTICAS)
- 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 1075870944



CLÍNICA
UNIVERSIDAD DE
LA SABANA

CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

832003167 - 3

RHsClxFch

Pag: 41 de 46

Fecha: 07/11/17

Getareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS

Afiliado: PREPAGADA

Fecha Nacimiento: 08/05/1959 **Edad actual :** 58 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS

Barrio: BRICEÑO

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: SOPO

Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO

Teléfono: 3174008563

Parentesco: Hijo

Acompañante: ISABELA GUTIERREZ

Teléfono: 3213118119

-HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.

PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL HEMODINÁMICAMENTE INESTABLE CON REQUERIMIENTO DE ALTO SOPORTE VASOPRESOR Y VENTILATORIO HIPOTENSO BRADICÁRDICO DESATURADO PRESENTA ASITOLIA FALLECE 9 10 AM MÉDICO INFOR MA FAMILIARES

Evolución realizada por: ROSA LILIANA ROMERO ROMERO-**Fecha:** 25/10/17 10:23:49

ROSA LILIANA ROMERO ROMERO

Reg. 21061191

TERAPIA RESPIRATORIA

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL

Edad : 58 AÑOS

FOLIO 60 **FECHA** 25/10/2017 10:35:53 **TIPO DE ATENCIÓN** **HOSPITALIZACION**

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE DE 58 AÑOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MONITORIZACION EN TRES DEVIRACIONES, CON MEDIAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCION PARA UNA ATENCION SEGURA: BARANDAS ELEVADAS, CABECERA A 30°, CAMA FRENADA, MANILLA Y LETRERO DE IDENTIFICACION DILIGENCIADOS SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL, CON LA VALORACION DE LA ESCALA DE MORSE DE 50 PUNTOS QUE LO IDENTIFICA CON RIESGO MEDIO DE CAIDA. RIESGO ALTO DE LESION EN PIEL 7 PUNTOS EN SEGUIMIENTO POR TURNO, HIDRATACION Y LUBRICACION DE PIEL.

PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS MEDICOS DE:

1. ESTADO POST REANIMACIÓN
 - 1.1 CHOQUE A ESTABLECER
 - 1.1.1 CHOQUE OBSTRUCTIVO
 - 1.1.2 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR WELLS 7 PUNTOS (ALTA PROBABILIDAD)
2. ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA DE ETIOLOGÍA A ESTABLECER.
3. ENFERMEDAD NEOPLASICA EN ESTUDIO ESTADIO IV (METÁSTASIS SUPRARRENAL, HEPATICA Y POLIOSTOTICAS)
4. HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.
5. DIABETES MELLITUS TIPO 2
6. HIPOTIROIDISMO
7. ARTRITIS GOTOSA.

A LA VALORACION SEGÚN EL MODELO DE CALIXTA ROY EN EL MODO FISIOLÓGICO POR FUNCIONES Y NECESIDADES DE LA SIGUIENTE MANERA:

1. NECESIDAD DE NUTRICION: PACIENTE SIN SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL, CON SONDA OROGÁSTRICA A DRENAJE DE CONTENIDO FETIDO, A LA VALORACION ADBOMINAL CON ADBOMEN GLOBOSO, DEPRESIBLE A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
2. NECESIDA DE ELIMINACION: PACIENTE CON SONDA VESICAL A CYSTOFLO, DESDE EL INGRESO DE URGENCIAS ANURICO.
3. FUNCION DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS: PACIENTE CON ACCESO VENOSO CENTRAL SUBCLAVIO DERECHO SIN SIGNOS DE INFECCION NI 7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 1075670944



CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

832003167 - 3

RHsClxFch

Pag: 42 de 46

Fecha: 07/11/17

G. etareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS

Afiliado: PREPAGADA

Fecha Nacimiento: 08/05/1959 **Edad actual :** 58 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS

Barrio: BRICEÑO

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: SOPO

Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO

Teléfono: 3174008563

Parentesco: Hijo

Acompañante: ISABELA GUTIERREZ

Teléfono: 3213118119

SANGRADO PASANDO: CLORURO DE SODIO 0.9% A 200 CC/H FENTANYL A 2 MCG/K/H, MIDAZOLAM A 50 MCG/K/H, SOPORTE VASOPRESOR DUAL CON NORADRENALINA A 0.9 MCG/K/M Y VASOPRESINA A 4 UNI/H. PACIENTE PERSISTE ANURICO E HIPOTENSO, SE INFORMA A MEDICO DE TURNO DRA GARAY QUIEN CONSIDERA CONTINUA MANEJO MEDICO ACTUAL Y SE DIRIGE HABLAR CON FAMILIARES.

4. NECESIDAD DE OXIGENACION Y CIRCULACION: PACIENTE CON SOPORTE VENTILATORIO CONECTADO A TOT EN MODO VCRP, FIO2 80%, PEEP 8, FR 17X MIN, SATURACIONES 60%, PACIENTE CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE VASOPRESOR DUAL CON NORADRENALINA Y VASOPRESINA A DOSIS MAXIMAS, A PESAR DE SOPORTE VASOPRESOR CON TENSIONES ARTERIALES MEDIAS LIMITROFES BAJAS DE 40 MMHG

PACIENTE EN MAL CONDICION GENERALES, SOPORTES A DOSIS MAXIMAS, FAMILIARES INFORMADOS DE SITUACION CLINICA ACTUAL, PACIENTE SIN RESPUESTA OPTIMA A MANEJO INSTAURADO.

5. NECESIDAD DE PROTECCION: PACIENTE PIEL INTEGRAL, SITIO DE INSERCIÓN DE ACCESO VASCULAR SIN SIGNOS DE INFECCION. EN MANEJO CON MEDIDAS ANTIESCARAS POR SU POSTRACION.

6. NECESIDAD DE ACTIVIDAD Y DESCANSO: EN EL MOMENTO CON LIMITACION PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA POR SU PATOLOGIA DE BASE.

7. FUNCION NEUROLOGICA: PACIENTE GLASGOW 3/15 PUPILAS FIJAS EN 1 MM ISOCORICAS, NO RESPUESTA A ESTIMULOS DOLOROSOS, PERO PACIENTE CON REFLEJOS DE TALLO, SE EVIDENCIA PACIENTE EN ESTADO POS REANIMACION.

SE OBSERVA PACIENTE BAJO EFECTOS DE SEDOANALGESIA, SIN CAMBIOS NEUROLOGICOS HASTA EL MOMENTO.

SE EVIDENCIA PACIENTE EN MUY MALAS CONDICIONES GENERALES, CON POBRE RESPUESTA A MANEJO MEDICO ACTUAL, FAMILIARES INFORMADOS DE SITUACION CLINICA SE PERMITE EL ACOMPAÑAMIENTO EN EL CUBICULO.

****DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA****

RIESGO DE MUERTE RELACIONADO CON HIPOPERFUSION CEREBRAL
HIPOTENSION REFRACTARIA RELACIONADO CON ESTADO POS REANIMACION
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA R/C ESTANCIA EN LA UNIDAD Y PATOLOGIA.

****PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA*****

- CONTROL NEUROLOGICO
- CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES
 - TITULACION DE SOPORTE VASOPRESOR
 - CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS
- CUIDADOS DE LA VENTILACION MECANICA
- CUIDADOS DE CATETER VENOSO CENTRAL
- CUIDADOS DE PIEL (VALORACION DE ESCALA DE BRADEN, RIESGO ALTO DE LESION EN PIEL, CAMBIOS DE POSICION CADA DOS HORAS, LIBERACION DE PRESION, EVITAR EXCESO DE HUMEDAD, LUBRICACION DE PIEL)
- MEDIDAS DE SEGURIDAD INSTAURADAS (SEMAFORIZACION DE ACUERDO A ESCALA DE MORSE, RIESGO MEDIO, BARANDAS ELEVADAS)
- VIGILAR ESTADO NUTRICIONAL

Nota realizada por: MARTHA LUCIA ORDUY ORGANISTA **Fecha:** 25/10/17 08:00:00

7.J.O *HOSVITAL*

Usuario: 1075670944



CLÍNICA
UNIVERSIDAD DE
LA SABANA

CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

832003167 - 3

RHsClxFch

Pag: 43 de 46

Fecha: 07/11/17

Getareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS

Afiliado: PREPAGADA

Fecha Nacimiento: 08/05/1959 **Edad actual :** 58 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS

Barrio: BRICEÑO

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: SOPO

Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO

Teléfono: 3174008563

Parentesco: Hijo

Acompañante: ISABELA GUTIERREZ

Teléfono: 3213118119

Martha L. Orduy O.

MARTHA LUCIA ORDUY ORGANISTA

Reg. 35414775

ENFERMERIA EN URGENCIAS

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL

Edad : 58 AÑOS

FOLIO 62 FECHA 25/10/2017 10:48:51 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

PACIENTE QUIEN PRESENTA ASISTOLIA, MEDICO DE TURNO VALORA PACIENTE QUIEN EVIDENCIA MUERTE DEL PACIENTE E INFORMA A LA FAMILIA PRESENTE EN EL CUBICULO.

SE REALIZA DEVOLUCION A FARMACIA DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS.

ARREGLO DEL CADAVER Y SE BAJA A LA CAPILLA SAN JOSE.

Nota realizada por: MARTHA LUCIA ORDUY ORGANISTA Fecha: 25/10/17 09:10:00

Martha L. Orduy O.

MARTHA LUCIA ORDUY ORGANISTA

Reg. 35414775

ENFERMERIA EN URGENCIAS

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL

Edad : 58 AÑOS

FOLIO 63 FECHA 25/10/2017 11:48:22 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

NOTAS ENFERMERIA

SE REALIZA DESECHO DE MEZCLAS:

MEZCLA DE NORADRENALINA SE DESECHAN 60CC

MEZCLA DE VASOPRESINA SE DESECHAN 90CC

MEZCLA DE MIDAZOLAM 70CC

MEZCLA DE FENTANILO 80CC

MEZCLA DE SOLUCION SALINA NORMAL 400CC

Nota realizada por: MARTHA LUCIA ORDUY ORGANISTA Fecha: 25/10/17 09:30:00



CLÍNICA
UNIVERSIDAD DE
LA SABANA

CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

832003167 - 3

RHsClxFch

Pag: 44 de 46

Fecha: 07/11/17

Getareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS

Afiliado: PREPAGADA

Fecha Nacimiento: 08/05/1959 Edad actual : 58 AÑOS Sexo: Masculino Grupo Sanguíneo: Estado Civil: Soltero(a)

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS

Barrio: BRICEÑO

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: SOPO

Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO

Teléfono: 3174008563

Parentesco: Hijo

Acompañante: ISABELA GUTIERREZ

Teléfono: 3213118119

Martha L. Orduy O.

MARTHA LUCIA ORDUY ORGANISTA

Reg. 35414775

ENFERMERIA EN URGENCIAS

SEDE DE ATENCIÓN: 001 PRINCIPAL

Edad : 58 AÑOS

FOLIO 64 FECHA 25/10/2017 11:57:48 TIPO DE ATENCIÓN HOSPITALIZACION

EVOLUCIÓN MÉDICO

EPICRISIS

PACIENTE 58 AÑOS

FECHA DE INGRESO CUS 24-10-2017

FECHA DE EGRESO CUS 25-10-2017

NATURAL DE BOGOTA

RESIDENTE DE CHIA

OCUPACIÓN: PILOTO PENSIONADO

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

1. ESTADO POST REANIMACION

1.1 CHOQUE MIXTO (OBSTRUCTIVO Y SÉPTICO)

1.1.2 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR WELLS 7 PUNTOS (ALTA PROBABILIDAD)

2. ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA

3. ENFERMEDAD NEOPLASICA EN ESTUDIO ESTADIO IV (METASTASSIS SUPRARENAL, HEPATICA Y A HUESO)

4. HIPERTENSION ARTERIAL POR HISTORIA CLINICA

5. DIABETES MELLITUS TIPO 2 POR HISTORIA CLINICA

6. HIPOTIROIDISMO POR HISTORIA CLINICA

7. ARTRITIS GOTOSA POR HISTORIA CLINICA

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

1. ESTADO POST REANIMACION DOS EVENTOS DE PCR

1.1 CHOQUE MIXTO (OBSTRUCTIVO Y SÉPTICO) REFRACTARIO

1.1.2 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR WELLS 7 PUNTOS (ALTA PROBABILIDAD)

2. ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA

3. FALLA RENAL AGUDA KDIGO 3 ANURICA

4. FALLA VENTILATORIA HIPOXEMICA SEVERA

5. ENFERMEDAD NEOPLASICA EN ESTUDIO ESTADIO IV (METASTASSIS SUPRARENAL, HEPATICA Y A HUESO)

5.1 MASA MEDIASTINAL Y PULMONAR

5.2 ATELECTASIA MASIVA PULMON DERECHO

6. HIPERTENSION ARTERIAL POR HISTORIA CLINICA

7. DIABETES MELLITUS TIPO 2 POR HISTORIA CLINICA

J.D "HOSVITAL"

Usuario: 1075670944



CLÍNICA
UNIVERSIDAD DE
LA SABANA

CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

832003167 - 3

RHsClxFch

Pag: 45 de 46

Fecha: 07/11/17

G. etareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 -- MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS

Afiliado: PREPAGADA

Fecha Nacimiento: 08/05/1959 **Edad actual :** 58 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS

Barrio: BRICEÑO

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: SOPO

Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO

Teléfono: 3174008563

Parentesco: Hijo

Acompañante: ISABELA GUTIERREZ

Teléfono: 3213118119

8. HIPOTIROIDISMO PRIMARIO POR HISTORIA CLINICA

7. ARTRITIS GOTOSA POR HISTORIA CLINICA

MOTIVO DE CONSULTA

"ESTA EN PARO"

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE DE 58 AÑOS QUIEN INGRESA EN TRASLADO PRIMARIO DE SU CASA POR CUADRO CLINICO DE 15 MINUTOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DIFICULTAD RESPIRATORIA (DISNEA SUBITA, TAQUIPNEA Y TIRAJES INTERCOSTALES) ASOCIADO A ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA. INGRESA A SALA DE REANIMACIÓN EN PARO CARDIOPULMONAR POR LO QUE SE ACTIVA CODIGO AZUL, SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACIÓN AVANZADA Y SE DOCUMENTA RITMO DE FIBRILACION VENTRICULAR POR LO QUE SE INDICO DESFIBRILACION CON 200J Y 270J (2 OCASIONES). CONTINUAN MANIOBRAS DE REANIMACIÓN DURANTE 12 MINUTOS PRESENTANDO RETORNO A LA CIRCULACION ESPONTÁNEA. DURANTE LA REANIMACIÓN SE REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL Y SE PASA ACCESO VENOSO CENTRAL. SE DESCONOCE TIPO DE PARO EN AMBULANCIA. INGRESA A LA UNIDAD CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO Y VASOPRESOR.

REVISION POR SISTEMAS

CLASE FUNCIONAL II/IV

NO SE DESCRIBE DOLOR TORÁCICO, PALPITACION O SÍNCOPE AL INGRESO.

ANTECEDENTES

PATOLÓGICOS: MASA PULMONAR EN ESTUDIO, DIABETES MELLITUS TIPO 2, HIPOTIROIDISMO, SE REALIZO PREVIAMENTE PET-SCAN QUE DOCUMENTO COMPROMISO METASTASICO HEPÁTICO, SUPRARENAL Y OSEO. CA PAPILAR DE TIROIDES, LINFOMA NO CLASIFICADO A LOS 15 AÑOS, ARTRITIS GOTOSA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

TÓXICO-ALÉRGICOS: EXTABAQUISMO (INDICE DE BRINKMAN MAYOR A 400)

FARMACOLÓGICOS: LEVOTIROXINA 250MCG DÍA, ROSUVASTATINA 40MG EN LA NOCHE, PREGANALINA 75MG-150MG, AMLODIPINO/VALSARTAN 5MG/160MG UNA AL DÍA, SITAGLIPTINA MÁS METFORMINA 50/1000 UNA AL DÍA, HIDROMORFONA 2,5MG DÍA, ACETAMINOFEN.

HOSPITALARIOS: NIEGA RECIENTES.

QUIRÚRGICOS: BIOPSIA DE MASA PULMONAR EL 23 DE AGOSTO 2017.

TRANSFUSIONALES: NIEGA

FAMILIARES: NIEGA

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO

PACIENTE EN ESTADO DE ESTUPOR, HIDRATADO, AFEBRIL, ACOPLADO A VENTILADOR, CON SIGNOS VITALES: TA: 90/70, FC: 103L/MIN, FR: 29R/MIN, SATO2: 86% CON FIO2 AL 40%

CABEZA Y CUELLO: MUCOSA ORAL HÚMEDA, CONJUNTIVAS HIPOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, SIN MASAS O MEGALIAS, INGURGITACIÓN YUGULAR GRADO I.

CARDIO-PULMONAR: TORAX SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS CON REFORZAMIENTO DE S2, RUIDOS RESPIRATORIOS REFERIDOS PO MOVILIZACION DE SECRECIONES.

ABDOMINAL: BLANDO, DISTENDIDO, DEPRESIBLE, NO IMPRESIONA DOLOR, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, NO PRESENTA SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.

EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, SIN EDEMA, PULSOS PEDÍOS DISMINUIDOS EN INTENSIDAD Y AMPLITUD, LLENADO CAPILAR DE 5 SEGUNDOS.

NEUROLÓGICO: PACIENTE ESTUPOROSO, NO ES POSIBLE EVALUAR FUNCIONES MENTALES SUPERIORES, FUERZA NO VALORABLE, NO PRESE SIGNOS MENINGEOS O DE FOCALIZACION.

7J.0 *HOSVITAL*

Usuario: 1075670944



CLÍNICA
UNIVERSIDAD DE
LA SABANA

CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

832003167 - 3

RHsClxFch

Pag: 46 de 46

Fecha: 07/11/17

G.etareo: 13



HISTORIA CLÍNICA No. CC 19360065 – MARIO SANTIAGO GONZALO GUTIERREZ PRECIADO

Empresa: COLSANITAS

Afiliado: PREPAGADA

Fecha Nacimiento: 08/05/1959 **Edad actual :** 58 AÑOS **Sexo:** Masculino **Grupo Sanguíneo:** **Estado Civil:** Soltero(a)

Ocupación: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

Dirección: KMM 33 VIA BRICEÑO APOCENTOS

Barrio: BRICEÑO

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: SOPO

Teléfono: 3174008563

Responsable: PATRICIA GARIBELLO

Teléfono: 3174008563

Parentesco: Hijo

Acompañante: ISABELA GUTIERREZ

Teléfono: 3213118119

PARACLÍNICOS DE INGRESO

GASES ARTERIALES PH 7.06, PCO2: 50, PO2 182 (228), BE -14, HCO3: 14 SO2 98%

ACIDO LACTICO 19.2

BUN 49.5 BT 0.36 BD 0.25 BI 0.11 FA 140 NA 136 K 4.82 CL 95.1 TROPONINA T 0.046

HEMOGRAMA LEUCOS 29310 NT 85.8% HTO 21 HB 6.4 MCV 93.3 MCH 28.4 PLAQUETAS 439.000 PT 20.9 INR 1.60 PTT 29.90

EVOLUCION TORPIDA PACIENTE CON DOBLE SOPORTE VASOPRESOR A ADOSIS TOPE CON PERSISTENCIA DE HIPOPERFUSION , TRASTORNO D OXIGENACION SEVERO PRESENTA NUEVO EPISODIO DE PARO CARDIORESPIRATORIO RITMO DE ASISTOLIA. SE DECLARA HORA DE FALLECIMIENTO 9:10AM

ESTADO DE EGRESO

FALLECIDO

PLAN

SE DILIGENCIA CERTIFICADO DE DEFUNCION NO 715530449

Evolución realizada por: DIANA ALEXANDRA GARAY VARGAS-Fecha: 25/10/17 11:57:57

DIANA ALEXANDRA GARAY VARGAS

Reg. 52087455

MEDICINA INTERNA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.360.055**
GUTIERREZ PREDADO

APELLIDOS **MARIO SANTIAGO GONZALO**

NOMBRES



[Handwritten scribbles and signatures]



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-MAY-1959**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

31-AGO-1977 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *[Signature]*
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARBEL BANCHEZ TORRES



A-1500150-00071402-M-0018350055-20060215 0003359534A 1 1480011144



Póliza de Seguro de Vida Grupo

Código: 12/01/2015-1413-P-24-VGDM 001

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, CON BASE EN LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y EN LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO), HA CELEBRADO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO QUE SE REGISTRARÁ POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, EL CUAL OTORGARÁ LAS COBERTURAS CONTRATADAS QUE SE IDENTIFICAN EN LA CARÁTULA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL:

1. AMPARO BÁSICO
 - 1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA
2. AMPAROS ADICIONALES OPCIONALES
 - 2.1. MUERTE ACCIDENTAL
 - 2.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CAUSA ACCIDENTAL

CONDICIÓN PRIMERA

Amparo básico

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, EN CASO QUE OCURRA LA MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO,

POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA

Amparos adicionales

LOS AMPAROS ADICIONALES QUE PUEDEN SER CONTRATADOS SEGÚN SE SEÑALE EN LA PÓLIZA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, SON LOS SIGUIENTES:

2.1. MUERTE ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, EN CASO DE MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, SI TAL FALLECIMIENTO SE PRODUCE DENTRO DE LOS 365 DÍAS SIGUIENTES AL ACCIDENTE.

2.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CAUSA ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO, EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO EN CASO QUE ÉSTE SUFRA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, SIEMPRE QUE LA INCAPACIDAD SE ESTRUCTURE DENTRO DE LOS 180 DÍAS SIGUIENTES AL ACCIDENTE.

CONDICIÓN TERCERA

Exclusiones de la póliza

3.1. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA

ESTE SEGURO BAJO CUALQUIERA DE LOS AMPAROS NO CUBRE LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.1.1. HOMICIDIO EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES O SU TENTATIVA; LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR ARMÁ DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, (SALVO EN LOS CASOS QUE SE DECLARE POR LA AUTORIDAD COMPETENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PERDIDA); Y ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS. PARA LOS AMPAROS BÁSICO DE MUERTE Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. ESTA EXCLUSIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. DESPUÉS DE DICHO PERIODO EL HOMICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA LOS AMPAROS BÁSICO Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

3.1.2. EL SUICIDIO O SU TENTATIVA, LESIONES INFLIGIDAS A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA O ESTADO CONSCIENTE O INCONSCIENTE. PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE ESTA EXCLUSIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. DESPUÉS DE DICHO TÉRMINO EL SUICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA EL AMPARO BÁSICO.

3.1.3. CUALQUIER ANOMALÍA CONGÉNITA, ENFERMEDAD O PATOLOGÍA Y/O LESIONES QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

3.1.4. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

3.1.5. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS POR PARTE DEL ASEGURADO.

3.1.6. ESTE SEGURO NO AMPARA A PERSONAS QUE YA TENGAN DIAGNOSTICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, O QUE PRESENTEN PÉRDIDA DE MÁS DEL CINCUENTA (50%) DE LA AUDICIÓN, DE LA VISIÓN O EL HABLA, ASÍ COMO AQUELLOS QUE PRESENTEN PÉRDIDA TOTAL O FUNCIONAL DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.

3.2. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS EXCEPTO AL BÁSICO Y AL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CAUSA ACCIDENTAL, NO CUBREN LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.2.1. PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS O COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO TALES COMO, PERO NO LIMITADO A: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, KARTISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL, PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS O DESAFÍOS O PRÁCTICA DE DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.-

3.2.2. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL, LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS, CON ITINERARIO APROBADO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y POR LAS CUALES EL ASEGURADO HAYA PAGADO UN TIKETE.-

3.2.3. LAS PELEAS O RIÑAS OCASIONADAS O CAUSADAS POR EL ASEGURADO.

3.2.4. VÍCTIMA O PARTÍCIPE DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, TERRORISMO, ACTOS TERRORISTAS O EL USO DE FUERZA MILITAR PARA PREVENIRLOS O MITIGARLOS, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE O LESIONES QUE SUFRA DIRECTA O INDIRECTAMENTE UNA PERSONA TERRORISTA O MIEMBRO DE UNA ORGANIZACIÓN TERRORISTA, TRAFICANTE DE DROGAS, O PROVEEDOR DE ARMAS NUCLEARES, QUÍMICAS O BIOLÓGICAS.

3.2.5. FISIÓN O FUSIÓN RADIOACTIVA O QUÍMICA O LOS EFECTOS QUE PRODUZCAN EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES, REACCIÓN NUCLEAR, LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA, DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS, O BIOLÓGICOS, EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA.

3.2.6. CUANDO EL ACCIDENTE SE ORIGINE O CAUSE POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS (EXCEPTUANDO LAS TOMADAS BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA), ALUCINÓGENOS U OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS.

CONDICIÓN CUARTA

Exclusiones en razón de actividades riesgosas

LOS ASEGURADOS BAJO LA PÓLIZA TENDRÁN COBERTURA EN RELACIÓN CON LOS RIESGOS CONTRATADOS, EXCEPTO SI EL EVENTO GENERADOR DEL FALLECIMIENTO O LA LESIÓN SE PRODUCE POR ALGUNA DE LAS EXCLUSIONES DESCRITAS EN LA ANTERIOR CONDICIÓN O POR CAUSA DE QUE EL ASEGURADO HAYA REALIZADO ALGUNA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, OCUPACIONES U OFICIOS, CASO EN EL CUAL SE ENCONTRARÁN EXCLUIDAS:

4.1. DEPORTISTAS PROFESIONALES, MINEROS, FARMACÉUTAS, PILOTOS Y AUXILIARES DE VUELO, TRABAJADORES EN PLATAFORMAS DE EXTRACCIÓN OFF-SHORE, BOMBEROS, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO, CAMIONES O MOTOS, PROCESAMIENTO DE ANIMALES PARA COMERCIALIZACIÓN, LIMPIEZA DE VIDRIOS O SERVICIOS DE ASEO INDUSTRIAL, CENTROS DE RELAJACIÓN (SPA) O GIMNASIOS, PLANTAS NUCLEARES O

DE PRODUCTOS QUÍMICOS, Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

4.2. POLÍTICOS, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA, POLICÍAS O MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA PÚBLICOS O PRIVADOS, TAXISTAS PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAL VINCULADO A LA RAMA JUDICIAL U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PODER PÚBLICO, LA AGRICULTURA O GANADERÍA. CUANDO EL ASEGURADO OSTENTE O REALICE LAS OCUPACIONES, OFICIOS O ACTIVIDADES PREVISTOS EN ESTE NUMERAL, LA EXCLUSIÓN DE HOMICIDIO A QUE SE REFIERE LA CONDICIÓN 3.1.1. SE APLICARÁ DURANTE TODA LA VIGENCIA DEL SEGURO.

CONDICIÓN QUINTA

Edades de ingreso y permanencia en el seguro

SALVO QUE SE MODIFIQUE LA PRESENTE CONDICIÓN, MEDIANTE UN ANEXO A LA PRESENTE PÓLIZA, LAS EDADES PARA EL INGRESO Y PARA LA PERMANENCIA

DE LOS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA SON LAS SIGUIENTES:

AMPARO	GRUPO ASEGURABLE	EDAD DE INGRESO		EDAD DE PERMANENCIA
		MÍNIMA	MÁXIMA	
Básico y muerte accidental	Asegurado Principal	18 años	64 años 364 días	69 años 364 días
	Asegurado Secundario cónyuge o compañero	18 años	64 años 364 días	69 años 364 días
Demás amparos	Asegurado Secundario hijos	6 meses	23 años 364 días	24 años 364 días
	Asegurado Principal	18 años	64 años 364 días	65 años 364 días
	Asegurado Secundario cónyuge o compañero	18 años	64 años 364 días	65 años 364 días
	Asegurado Secundario hijos	6 meses	23 años 364 días	24 años 364 días

CONDICIÓN SEXTA

Definiciones

Para efectos de este contrato las expresiones que a continuación se relacionan tendrán el significado que aquí se les asigna:

- 6.1. TOMADOR:** es la persona que contrata el presente seguro.
- 6.2. ASEGURADO:** Es el titular del interés asegurable, y aparece identificado en la carátula de la póliza y/o Certificado individual de seguro.
- 6.3. BENEFICIARIO:** La persona que tiene derecho al pago de la prestación asegurada y que aparece señalado como tal en la Carátula de la Póliza o del certificado individual.
- 6.4. ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, causado por medios externos, que de manera violenta, afecten el organismo del asegurado, generando lesiones corporales (internas o externas) o su muerte.

También se consideran accidentes la intoxicación o envenenamiento accidental, las peleas o riñas no ocasionadas por el asegurado, la asfixia por vapores o gases ajena a la voluntad del asegurado, la mordedura y picadura de animales, el terremoto, temblor y demás fenómenos naturales, la práctica no profesional de deportes, los accidentes en moto, el ahogamiento o asfixia por inmersión u obstrucción del aparato respiratorio que no provenga de enfermedad.

- 6.5. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente contrato, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier ocupación o empleo remunerado, siempre y cuando la incapacidad haya existido por un

período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y que sea igual o superior al 50% de invalidez de acuerdo con el manual de calificación vigente, cuya fecha de estructuración se fije dentro del periodo de vigencia del presente seguro.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación traumática o quirúrgica de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, de acuerdo con el siguiente alcance:

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

- 6.6. ENFERMEDAD:** El conjunto de fenómenos que se producen en el organismo del ser humano que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella, produciéndose una alteración de menor o mayor gravedad en la salud del cuerpo o de la mente.
- 6.7. SIDA:** Tiene el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye. El SIDA incluirá el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Encefalopatía (Demencia), Síndrome de Debilitamiento del VIH y "A.R.C." (Asociación de Síntomas Relacionados con el SIDA).
- 6.8. HOSPITALIZACIÓN:** Se entiende que ella ocurre cuando el Asegurado se encuentra registrado como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, utilizando al menos, un (1) día completo (24 horas) de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería en dicha institución.

CONDICIÓN SÉPTIMA

Ámbito temporal y territorial de los amparos

Los amparos contenidos en la presente póliza cubren al asegurado las veinticuatro (24) horas del día,

incluyendo viajes terrestres, marítimos y aéreos dentro y fuera del país.

CONDICIÓN OCTAVA

Independencia de los amparos y terminación del seguro por pago de indemnización por incapacidad total y permanente

Si como consecuencia de un mismo evento se afectara más de uno de los riesgos cubiertos, la suma pagadera no excederá el valor asegurado especificado en la carátula de la póliza para cada uno de los amparos afectados.

Sin embargo, el pago de la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente por causa accidental producirá la terminación del presente seguro, con efecto al momento en el cual se estructuró la respectiva incapacidad.

CONDICIÓN NOVENA

Sumas aseguradas y límites de indemnización

La responsabilidad máxima de **LA COMPAÑÍA** no excederá de la suma asegurada estipulada para cada cobertura indicada en la caratula de la póliza o en el

certificado individual de seguro, ni de los límites y sublímites fijados para determinadas coberturas.

CONDICIÓN DÉCIMA

Deducible

Es el monto o el porcentaje de la pérdida que se encuentra a cargo del ASEGURADO, estipulado en la carátula de la póliza en el certificado individual o en

sus anexos, previsto para las diferentes coberturas que se contraten, que invariablemente se deduce del pago de la correspondiente indemnización.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

Declaración del estado del riesgo

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1058 y 1059 del Código de Comercio, el ASEGURADO y Tomador están obligados 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 o el ASEGURADO han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del ASEGURADO, el contrato no será nulo,

pero el asegurador solo 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 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

De presentarse alguna de las situaciones de rescisión del contrato de seguro definidas dentro de esta condición y en virtud del artículo 1059 del código de comercio, y habiéndose generado la rescisión del contrato, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de las primas recaudadas a título de pena.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

Pago de las primas y terminación del contrato por mora en el pago de la prima

La prima correspondiente a la presente póliza o a cada certificado individual de seguro e indicada en cada uno de ellos será pagada por el ASEGURADO dentro del plazo previsto para el efecto expresamente en la póliza o en el mismo certificado individual de seguro o en su defecto dentro de los 30 días comunes contados desde la fecha de inicio de vigencia. En

todo caso y en concordancia con lo previsto por el artículo 1152 del Código de Comercio la mora en el pago de la prima producirá la terminación automática del contrato.

El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la póliza o el certificado individual terminados automáticamente.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

Renovación

La vigencia del seguro será la indicada expresamente en la caratula de la póliza, certificado individual de seguro, anexo o condición particular, en los cuales se establece la forma de renovación y de ajuste de las primas correspondientes.

En defecto de estipulación específica sobre la renovación en la carátula de la póliza, en el certificado individual, anexo o condición particular, el seguro se renovará mensualmente de manera automática y en cada anualidad los valores asegurados se ajustarán automáticamente en el mismo porcentaje que registre el IPC del año anterior.

En cada anualidad la prima correspondiente al siguiente periodo anual se calculará tomando como base el nuevo valor asegurado y las tarifas aplicables a la edad alcanzada por el ASEGURADO.

En caso de presentarse una revisión o modificación de las condiciones de la póliza de grupo entre EL TOMADOR y **LA COMPAÑÍA**, estos le serán comunicados al ASEGURADO en su respectiva renovación para su aceptación. Esta comunicación será enviada por escrito a la última dirección conocida por **LA COMPAÑÍA** con un plazo mínimo de diez (10) días anteriores a la fecha de renovación.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

Revocación del contrato

La póliza o los certificados individuales de seguro podrán ser revocados unilateralmente por EL TOMADOR o ASEGURADO de acuerdo con el artículo 1071 del Código de Comercio. En este caso el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

LA COMPAÑÍA podrá revocar cualquiera de los amparos, salvo el amparo básico, mediante aviso escrito enviado al ASEGURADO a su última dirección

conocida con 10 días hábiles de anticipación, en cuyo caso **LA COMPAÑÍA** devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación.

El hecho de que **LA COMPAÑÍA** haya recibido primas con posterioridad al envío de la comunicación sobre la revocación, no la obligará a conceder los beneficios ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

Aviso del siniestro

De acuerdo a lo contenido en el Art. 1075 del Código de Comercio, una vez ocurrido el siniestro, el ASEGURADO estará obligado a dar noticia al Área de Beneficios de **LA COMPAÑÍA** dentro de los tres (3)

días siguientes a que lo conoció o debió conocer, a través de los diferentes canales de comunicación disponibles en la página web corporativa www.metlife.com.co/procesosdereclamación.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

Requisitos para el pago de la indemnización

De acuerdo con lo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, al ASEGURADO le corresponde demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro.

De forma simplemente indicativa, con el fin de facilitar el proceso de reclamación al ASEGURADO, este podrá adjuntar los documentos descritos a continuación, sin perjuicio de presentar otros medios de prueba para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro

16.1. Para la cobertura del amparo básico de muerte:

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Original o copia del registro civil de defunción.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO fallecido.
- Copia del documento de identificación del BENEFICIARIO.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- Tratándose de beneficiarios legales la prueba de tal calidad.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de

demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

16.2. Para la cobertura del amparo de muerte accidental:

- Los mismos requisitos exigidos para la cobertura básica.
- Acta de levantamiento del cadáver o certificado de necropsia o informe de medicina legal.

16.3. Para la cobertura del amparo de incapacidad total y permanente por causa accidental:

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- Calificación médica del grado de invalidez.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA

Pérdida del derecho a la indemnización

De acuerdo con el artículo 1078 del Código de Comercio si el ASEGURADO o el beneficiario incumplieren las obligaciones que les corresponden en caso de siniestro, **LA COMPAÑÍA** solo podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause

dicho incumplimiento. La mala fe del ASEGURADO o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

Prescripción

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en forma ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) 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 (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

Conocimiento del cliente

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Tomador y el ASEGURADO se obligan con **LA COMPAÑÍA** a dili-

genciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexos.

CONDICIÓN VIGÉSIMA

Autorización para consulta y reporte a centrales de riesgo e información con las que se tenga un contrato

EL TOMADOR autoriza a **LA COMPAÑÍA** a reportar, procesar y divulgar a las Centrales de Información autorizadas para el efecto, toda la información referente a su comportamiento como cliente tomador de pólizas de la entidad y causas de siniestralidad de la póliza, únicamente con fines estadísticos.

Esta autorización también se extiende a la consulta de manera general y en cualquier momento de toda la información financiera y de comportamiento crediticio comercial de la sociedad registrada en la base de

datos de las mencionadas Centrales de Información, al igual que el suministro de la información comercial y/o financiera que se derive de esta consulta o de las que se llegaren a realizar en un futuro.

Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones de EL TOMADOR se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes al actual y pasado comportamiento crediticio, comercial y frente al sector financiero.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

Normas supletorias

En lo no previsto en las presentes "condiciones generales", este contrato se regirá por las disposiciones

del Código de Comercio y demás leyes aplicables al contrato de seguros.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

Notificaciones

Cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la

notificación, la constancia del envío del aviso dirigido a la última dirección registrada de las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

Mérito ejecutivo de la póliza

La póliza prestará mérito ejecutivo contra **LA COMPAÑÍA**, por sí sola, transcurrido un (1) mes contado a partir del día en el cual el ASEGURADO o quien lo represente, entregue a **LA COMPAÑÍA** la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de

la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA.

Domicilio, legislación aplicable, territorio y notificaciones

Para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad y dirección indicadas en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares. El presente contrato de

seguro se rige por las leyes de la República de Colombia aplicables al mismo y tiene como ámbito de cobertura el territorio de la República de Colombia.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

Protección de datos personales

EL TOMADOR asegura haber obtenido los datos personales de manera legal y lícita de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Por eso, es el único responsable en relación con el origen de los datos que con ocasión a este contrato va a transferir a **LA COMPAÑÍA**.

EL TOMADOR declara que respecto de aquellos datos que en la ejecución del contrato puedan ser considerados de naturaleza diferente a la pública, es decir, aquellos que requerirían la autorización previa por

parte del titular de los datos para ser utilizados y transferidos a **LA COMPAÑÍA**, se compromete a cumplir con los compromisos que al respecto establece la regulación vigente de Protección de Datos Personales.

En ningún caso se entenderá que existe responsabilidad solidaria entre **LA COMPAÑÍA** y EL TOMADOR en el evento que este último incumpla las obligaciones establecidas en la presente cláusula o en la regulación sobre protección de datos personales.



MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada

Póliza de Seguro de Vida Grupo

CONDICIONES PARTICULARES

NO OBSTANTE LO QUE EN CONTRARIO SE ESTIPULE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, LAS PARTES ACUERDAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES QUE PREVALE-CERÁN:

CONDICIÓN PRIMERA

Cobertura adicional de rentas mensuales de gastos para hogar por muerte accidental

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO, EL CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA** SE COMPROMETE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS RENTAS MENSUALES ADICIONALES POR UN PERIODO DE 12 MESES CUANDO SE PRODUZCA EL FALLE-

CIMIENTO DEL ASEGURADO A CAUSA DE UN ACCI-DENTE (EN LOS TÉRMINOS INDICADOS EN LAS CON-DICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA), CUYO VALOR SERÁ ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA

Cobertura adicional de rentas mensuales por incapacidad total y permanente por causa accidental

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO, EL CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA** SE COMPROMETE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS UN MENSUALES ADICIONALES POR UN PERIODO DE 12 MESES CUANDO SE PRODUZCA UN ACCIDENTE QUE

CAUSE UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (EN LOS TÉRMINOS INDICADOS EN LAS CONDICIO-NES GENERALES DE LA PÓLIZA), CUYO VALOR SERÁ ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN TERCERA

Cobertura adicional de auxilio para gastos funerarios por muerte accidental

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO, EL CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA** SE COMPROMETE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS UN AUXILIO FUNERARIO CUANDO SE PRODUZCA EL FA-LLECIMIENTO DEL ASEGURADO A CAUSA DE UN

ACCIDENTE (EN LOS TÉRMINOS INDICADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA), CUYO VAL-OR SERÁ ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros

Bogotá D.C. Cra. 7 No. 99-53 Piso 17 (Of. Principal) - Línea de Atención al Cliente: 01 8000 912 200
servicio.cliente@metlife.com.co - www.metlife.com.co

Póliza de Accidentes Personales Enfermedades Graves

CÓDIGO: 21112012-1413-P-31-APABENGR044

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, CON BASE EN LOS DATOS CONTENIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, ANEXO QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO Y A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR CONTENIDAS EN LA RESPECTIVA SOLICITUD DE ESTE SEGURO, LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL MISMO, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR, EN CELEBRAR, EL CONTRATO DE SEGURO DEFINIDO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIÓN PRIMERA

Amparo básico

LA COMPAÑÍA DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES 3, 4 Y 5 DE LA PÓLIZA, PAGARÁ AL ASEGURADO O A ALGUNO DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR UNA SOLA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA E INDEPENDIEMENTE DEL NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS O TRATAMIENTOS GENERADOS, LA SUMA ASEGURADA QUE SE ESTIPULE PARA ESTE AMPARO EN LA CARÁTULA DE LA MISMA, SI SE CUMPLEN LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1.1** QUE AL ASEGURADO SE LE DIAGNOSTIQUE, IMPREVISTAMENTE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES QUE FIGUREN COMO ASEGURABLES, DESCRITAS EN LA CONDICIÓN 4 DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- 1.2** EL DIAGNÓSTICO SEA CERTIFICADO POR ESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA DEBIDAMENTE REGISTRADO EN COLOMBIA, ADJUNTANDO UN RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA. **LA COMPAÑÍA** SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR UNA SEGUNDA OPINIÓN PARA ACEPTAR, RECHAZAR O EMITIR CUALQUIER OTRO CONCEPTO AL RESPECTO DE ESTA COBERTURA, CUANDO ASÍ SE REQUIERA. LA SEGUNDA OPINIÓN SERÁ SOLICITADA DE COMÚN ACUERDO A UN MÉDICO DE LA RED MÉDICA DE **LA COMPAÑÍA** U OTRO PROFESIONAL MÉDICO RECONOCIDO EN LA ESPECIALIDAD.

- 1.3.** QUE SEA LA PRIMERA VEZ QUE EL ASEGURADO SUFRE ALGUNA O ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES GRAVES ASEGURABLES BAJO LA PÓLIZA.
- 1.4.** QUE AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO LA PRESENTE PÓLIZA HAYA ESTADO EN VIGOR POR UN PERÍODO NO MENOR AL INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO "PERÍODO DE ESPERA" O DE CARENCIA. EL PERÍODO DE ESPERA O DE CARENCIA SE ESTABLECERÁ INDEPENDIEMENTE PARA CADA ASEGURADO SEGÚN LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA, EL CUAL SERÁ DE NOVENTA (90) DÍAS.
- 1.5.** QUE NO SEA APLICABLE ALGUNA DE LAS EXCLUSIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- 1.6.** QUE EL ASEGURADO SOBREVIVA A LA ENFERMEDAD CUBIERTA POR UN LAPSO DE TREINTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO, MOMENTO A PARTIR DEL CUAL SE PROCEDERÁ AL PAGO DEL SEGURO.

SI EN CASO DE ALGUNA RECLAMACIÓN, SE CUMPLEN TODOS ESTOS REQUISITOS MENOS EL NUMERAL 1.4, **LA COMPAÑÍA**, DEVOLVERÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA, TODAS LAS PRIMAS PAGADAS POR EL MISMO DURANTE LA VIGENCIA AFECTADA Y NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN INDICADA EN LA PRESENTE PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA

Exclusiones

LA COMPAÑÍA NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO CUANDO LAS ENFERMEDADES GRAVES DEFINIDAS EN LA CONDICIÓN 4 PROVENGAN DE O SEAN CON-

SECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 2.1 CUALQUIER CONDICIÓN DE SALUD ANTERIOR, CONOCIDA O NO POR EL TOMADOR Y/O EL ASEGURADO O QUE DEBIÓ SER CONOCIDA POR ELLOS CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, ENTENDIÉNDOSE POR TALES, CUALQUIER ENFERMEDAD, LESIÓN O DEFECTO QUE SE HAYA MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DEL PRESENTE AMPARO, YA QUE SE TRATA DE SITUACIONES Y HECHOS CIERTOS NO ASEGURABLES DE ACUERDO CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.
- 2.2 ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y TODO LO QUE SE RELACIONE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, CON ELLAS, YA QUE SE TRATA DE SITUACIONES Y HECHOS CIERTOS NO ASEGURABLES DE ACUERDO CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.
- 2.3 GUERRA, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), AMOTINAMIENTO, GUERRA CIVIL, O CUALQUIERA DE LOS SUCESOS O CAUSAS QUE DETERMINE LA PROCLAMACIÓN O MANTENIMIENTO DE LA LEY MARCIAL EN LOS PAÍSES QUE OPERA DICHA NORMA O ESTADO DE SITIO O ESTADO DE CONMOCIÓN INTERNA POR ORDEN DEL GOBIERNO O AUTORIDAD Y USO DE CUALQUIER ARMA O INSTRUMENTO QUE EMPLEE FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.
- 2.4 LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.
- 2.5 LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES QUE RESULTEN EN REACCIÓN NUCLEAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE O CONTAMINACIÓN RADIATIVA ASÍ COMO LA DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS O BIOLÓGICOS TÓXICOS SIEMPRE QUE CINCUENTA (50) O MÁS PERSONAS MUERAN POR ESTAS CAUSAS O SUFRAN DAÑOS FÍSICOS DERIVADOS DE ESTE HECHO DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE.
- 2.6 COMO CONSECUENCIA DE INFECCIONES OPORTUNISTAS, NEOPLASIAS MALIGNAS O DEMÁS ENFERMEDADES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O AQUELLAS MANIFIESTAS EN LOS PACIENTES CON EXAMEN POSITIVO DE VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA).
- 2.7 INTOXICACIÓN POR CUALQUIER AGENTE EXTERNO PUDIENDO SER: DROGAS, PESTICIDAS, VENENO O LICOR.
- 2.8 COMIENZO O DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD GRAVE CON ANTERIORIDAD AL PRINCIPIO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DENTRO DEL "PERÍODO DE ESPERA" ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SEGÚN LO INDICADO EN EL NUMERAL 1.4 DE LA CONDICIÓN 1. AMPARO BÁSICO DE LA MISMA. SON CONDICIONES PREEXISTENTES, CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA O SOMETIDA A TRATAMIENTO, CUIDADO MÉDICO O CIRUGÍA, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO LAS ENFERMEDADES CONGÉNITAS.
- 2.9 LESIONES INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS A SI MISMO, SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO (ESTÉ O NO EL ASEGURADO EN SU SANO JUICIO).
- 2.10 CUALQUIER INCIDENTE CRÍTICO DE LA SALUD, LESIÓN O ENFERMEDAD, DIFERENTE A LOS DEFINIDOS EN LA CONDICIÓN 4 DE LA PRESENTE PÓLIZA, COMO ENFERMEDADES GRAVES.
- 2.11 SI LA ENFERMEDAD POR LA QUE SE RECLAMA ES DIAGNOSTICADA DESPUÉS DE FALLECIDA LA PERSONA ASEGURADA.
- 2.12 DIAGNÓSTICO DE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE AMPARADA, EFECTUADO POR ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO O QUE RESIDA EN LA MISMA CASA DEL ASEGURADO SEA O NO MÉDICO O PROFESIONAL EN ALGUNA RAMA RELACIONADA CON LA SALUD.
- 2.13 DIAGNÓSTICO EFECTUADO POR PRÁCTICAS DIFERENTES A LA MEDICINA ALOPÁTICA U OTROS PRESTADORES DE SALUD NO ESPECIFICADOS EN ESTA PÓLIZA O POR PERSONAS QUE NO SEAN PROFESIONALES DE LA CIENCIA MÉDICA.
- 2.14 LOS EVENTOS A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD MENTAL.
- 2.15 TRASPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN.
- 2.16 PARA LOS FINES DEL PRESENTE CONTRATO, ESTA PÓLIZA NO OTORGA COBERTURA RESPECTO DEL CÁNCER NO INVASIVO O EL CÁNCER EN ESTADO IN SITU, LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, LOS TUMORES DEBIDOS A O COMO CONSECUENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH Y LOS CÁNCERES DE LA PIEL.
- 2.17 NO INCLUYE ESTE SEGURO LA INDEMNIZACIÓN A LAS PERSONAS QUE OBRAN EN CALIDAD DE DONANTES.
- 2.18 ALCOHOLISMO SEA ESTE DIAGNOSTICADO O NO ENTENDIÉNDOSE COMO EL CONSUMO HABITUAL CONDUCENTE AL DESARROLLO DE ALGUNA ENFERMEDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA, DROGADICCIÓN, USO DE SUSTANCIAS NARCÓTICAS O ESTUPEFACIENTES Y TRATAMIENTOS PARA LOS MISMOS.

2.19 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), INFECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (H.I.V.) Y SUS COMPLIACIONES NEOPLÁSICAS.

PARÁGRAFO I.- ESTE SEGURO NO AMPARA A PERSONAS QUE YA TENGAN DIAGNOSTICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, O QUE PRESENTEN PÉRDIDA DE MÁS DEL CINCUENTA (50%) DE LA AUDICIÓN, DE LA VISIÓN O EL HABLA, ASÍ COMO AQUELLOS QUE PRESENTEN PÉRDIDA TOTAL O FUNCIONAL DE AMBAS PIERNAS O AMBAS MANOS O UNA PIERNA Y UNA MANO SIMULTÁNEAMENTE.-

PARÁGRAFO II.- SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMO DE PÉRDIDA ORIGINADO EN, O DONDE EL ASEGURADO O ALGÚN BENEFICIARIO DE CONFORMIDAD CON LA PÓLIZA, SEA UN CIUDADANO O AGENCIA DEL GOBIERNO DE, ALGÚN PAÍS CONTRA EL

CUAL CUALQUIER LEY Y/O REGLAMENTO QUE SE APLIQUE A LA PRESENTE PÓLIZA Y/O A **LA COMPAÑÍA**, SU SOCIEDAD MATRIZ O SU SOCIEDAD CONTROLADORA FINAL, TENGAN ESTABLECIDO UN EMBARGO U OTRA FORMA DE SANCIÓN ECONÓMICA, QUE PRODUZCA EL EFECTO DE PROHIBIRLE PROPORCIONAR COBERTURA DE SEGURO, REALIZAR OPERACIONES CON, O DE OTRA FORMA, OFRECER BENEFICIOS ECONÓMICOS AL ASEGURADO O A ALGÚN OTRO BENEFICIARIO DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LA PÓLIZA. SE ENTIENDE Y ACUERDA, ADEMÁS, QUE NINGÚN BENEFICIO O PAGO SERÁ OTORGADO O SERÁ EFECTUADO A CUALQUIER BENEFICIARIO QUE SEA DECLARADO INHABILITADO PARA RECIBIR BENEFICIOS ECONÓMICOS DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES Y/O REGLAMENTOS QUE SE APLIQUEN A LA PRESENTE PÓLIZA Y/O A **LA COMPAÑÍA**, SU SOCIEDAD MATRIZ O SU ENTIDAD CONTROLADORA FINAL.-

CONDICIÓN TERCERA

Limitaciones

3.1. PERIODO DE CARENCIA

LOS BENEFICIOS ESTIPULADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA ENTRAN EN VIGENCIA DESPUÉS DE QUE HAYAN TRANSCURRIDO EL NÚMERO DE DÍAS ESTABLECIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO "PERÍODO DE ESPERA" EL CUAL SERÁ DE NOVENTA (90) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA INCLUSIÓN DE CADA ASEGURADO A LA MISMA, CUBRIÉNDOSE SOLAMENTE LAS ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS Y TRATADAS CLÍNICAMENTE CON POSTERIORIDAD A DICHO TÉRMINO O PERÍODO DE CARENCIA.

SI LA ENFERMEDAD ES DIAGNOSTICADA DENTRO DEL PERÍODO DE ESPERA CONTADO DESDE EL INICIO DE LA PÓLIZA, LA RESPONSABILIDAD DE **LA COMPAÑÍA** SE LIMITARÁ A LA DEVOLUCIÓN DE LAS PRIMAS PAGADAS, AL VALOR QUE TENGA A LA FECHA DE PAGO LA UNIDAD REAJUSTABLE O MONEDA EN QUE SE HAYA PACTADO ESTE CONTRATO DE SEGUROS, CON UN MÁXIMO EQUIVALENTE A DOCE (12) MESES DE PRIMA, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO HAYA PAGADO LA ANUALIDAD COMPLETA.

NO SE APLICARÁ ESTA CONDICIÓN PARA LAS SUCESIVAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA.

3.2. PERIODO DE SOBREVIVENCIA

DESPUÉS DE CONFIRMADA ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES LOS PAGOS SE COMENZARÁN A REALIZAR DESPUÉS DE QUE EL ASEGURADO HAYA SOBREVIVIDO POR UN PERÍODO INICIAL DE TREINTA (30) DÍAS.

3.3. EDADES DE ACEPTACIÓN

ESTA PÓLIZA SOLO ACEPTARÁ EL INGRESO A PERSONAS CON EDADES COMPRENDIDAS EN-

TRE LOS QUINCE (15) Y LOS SESENTA Y CUATRO (64) AÑOS Y TRECIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.

3.4. CONFLICTOS ENTRE OPINIONES MÉDICAS

LAS CONTROVERSIAS QUE SURJAN ENTRE EL MÉDICO DE **LA COMPAÑÍA** Y DEL ASEGURADO EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS, SERÁN DE COMÚN ACUERDO, SOMETIDAS AL CONOCIMIENTO DE UN TERCER MÉDICO ELEGIDO POR AMBAS PARTES. EL CONCEPTO OFRECIDO POR EL PROFESIONAL SERÁ EL QUE ADOPTARÁN LAS PARTES PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA.

3.5. PAGO ÚNICO

DESPUÉS DEL PAGO POR PARTE DE **LA COMPAÑÍA**, DE LA TOTALIDAD DE LA SUMA ASEGURADA POR LA PRESENTE PÓLIZA, COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN AMPARADA POR LA MISMA, CESARÁ TODA OBLIGACIÓN DE PAGO POR PARTE DE **LA COMPAÑÍA**, PARA CON LA MISMA PERSONA ASEGURADA. Y NO SE ACEPTARÁN RENOVACIONES POSTERIORES, INCLUSO SI SE EXCLUYERA EL PADECIMIENTO CUBIERTO DURANTE ALGUNA VIGENCIA ANTERIOR.

3.6. COMPROBACIÓN DE SINIESTRO

PARA COMPROBAR EL SINIESTRO LA COMPAÑÍA DETERMINARÁ PARA CADA ENFERMEDAD, LAS CONDICIONES MÉDICAS Y ESTABLECERÁ LOS EXÁMENES ESPECIALIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS.

CONDICIÓN CUARTA

Definiciones de enfermedades cubiertas

- 4.1. ENFERMEDADES GRAVES:** DONDE QUIERA QUE SE USE ESTE TÉRMINO, SIGNIFICA EL DIAGNÓSTICO POSITIVO DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ADELANTE DEFINIDAS.
- 4.2. CÁNCER:** CONSISTE EN LA PRESENCIA DE UNO O MÁS TUMORES MALIGNOS CARACTERIZADO POR UN CRECIMIENTO DE CÉLULAS MALIGNAS INCONTROLABLE E INVASIVO, QUE PUEDE LLEGAR A COMPROMETER OTROS TEJIDOS ADYACENTES O DISTANTES DEL CUERPO. INCLUYE LA LEUCEMIA, LA ENFERMEDAD DE HODKING Y EL MELANOMA MALIGNO.

EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEBERÁ BASARSE EN EL RESULTADO HISTOLÓGICO POSITIVO PARA CÁNCER, CON EL RECURSO DE EXÁMENES DE PATOLOGÍA PRACTICADO POR UN LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Y ESPECIALIZADO. ESTOS RESULTADOS DEBERÁN PONERSE A DISPOSICIÓN DE **LA COMPAÑÍA**.

LOS SIGUIENTES CÁNCERES NO ESTÁN CUBIERTOS POR LA PÓLIZA:

4.2.1. CÁNCER DE LA PIEL QUE NO SEA MELANOMA MALIGNO. SIN EMBARGO, LOS MELANOMAS CON ESPESOR MENOR DE 1.5 MM. DETERMINADO POR EXÁMEN HISTOLÓGICO, O CUANDO LA INVASIÓN SEA MENOR DEL NIVEL 3 DE CLARK, NO TENDRÁN AMPARO.

4.2.2. TUMORES QUE SE PRESENTEN EN ESTADO IN SITU. LAS NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES NCI-1, NCI-2, Y NCI-3, LESIONES INTRAEPITELIALES, DISPLASIAS CERVICALES, Y AQUELLAS LESIONES CONSIDERADAS POR COMPROBACION HISTOLÓGICA COMO PREMALIGNOS O TUMORES BÉNIGNOS.

4.2.3. TODAS LAS HIPERQUERATOSIS O LOS CARCINOMAS BASOCELULARES DE LA PIEL.

4.2.4. TODOS LOS CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS O ESPINOCELULARES DE LA PIEL, EXCEPTO CUANDO SE ENCUENTRE EN ESTADO DE DISEMINACIÓN HACIA OTROS ÓRGANOS.

4.2.5. EL CARCINOMA DE KAPOSI Y TODO TUMOR RELACIONADO CON LA INFECCIÓN VIH O SIDA.

4.2.6. LOS CÁNCERES DE LA PRÓSTATA QUE POR HISTOLOGÍA PERTENEZCAN A LA ETAPA T1 (INCLUYENDO T1 (A) T1 (B) DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN TNM. O DE CUALQUIER OTRA CLASIFICACIÓN EQUIVALENTE O MENOR.

4.2.7. SE EXCLUYE LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA O LINFOIDE CRÓNICA.

- 4.3. INFARTO DEL MIOCARDIO:** ES LA NECROSIS O MUERTE CELULAR DE UNA ZONA DEL MÚSCULO CARDÍACO, OCASIONADO POR UNA BRUS-

CA REDUCCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO. EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEBERÁ BASARSE TENIENDO EN CUENTA TODOS LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

4.3.1. HISTORIA DE DOLOR TORÁCICO.

4.3.2. ALTERACIÓN AGUDA EN EL TRAZADO ELÉCTRICO DEL ELECTROCARDIOGRAMA.

4.3.3. ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDÍACAS, (CK Y CK-MB) O PROTEÍNAS MIOCARDÍACAS (TROPONINA T).

4.3.4. ESTUDIO DE RADIOISÓTOPOS DEL MÚSCULO DEL CORAZÓN.

- 4.4. EVENTO CEREBROVASCULAR:** PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, EL EVENTO CEREBRO-VASCULAR CORRESPONDE A CUALQUIER INCIDENTE CEREBRO-VASCULAR QUE PRODUZCA TRASTORNOS NEUROLÓGICOS MOTORES Y SENSITIVOS QUE SE MANIFIESTEN Y DUREN POR MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS Y QUE SUS SECUELAS PERMANEZCAN COMO MÍNIMO, 6 SEMANAS. DEBE EXISTIR NECROSIS DEL TEJIDO CEREBRAL CAUSADA POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA NO RELACIONADOS CON ACCIDENTES TRAUMÁTICOS VIOLENTOS POR IMPACTO EXTERNO. LO ANTERIOR DEBE COMPROBARSE CON PRUEBAS MÉDICAS QUE DEMUESTREN DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE.

ANTES DE LAS (6) SEMANAS TRANSCURRIDAS A PARTIR DEL EVENTO CEREBROVASCULAR, NO SE ACEPTAN RECLAMACIONES. DE LA MISMA MANERA, LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE IMAGENOLOGÍA, COMO TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA, ENTRE OTRAS, DEBEN SOPORTAR DICHO DIAGNÓSTICO.

- 4.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA INSUFICIENCIA RENAL CORRESPONDE AL FALLO TOTAL E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, QUE TRAE COMO CONSECUENCIA LA NECESIDAD DE EFECTUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL O UN TRASPLANTE DE RIÑÓN. LA NECESIDAD DE DIÁLISIS REGULAR, DEBERÁ ESTAR CERTIFICADA POR UN INFORME NEFROLÓGICO.

- 4.6. CIRUGÍA ARTERIO-CORONARIA:** SE ENTIENDE COMO LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO LLEVADA A CABO PARA LA RECUPERACIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO EN LAS ARTERIAS CORONARIAS POR MEDIO DE UN BY-PASS O PUENTE CORONARIO. DEBE SER PRODUCTO DE LA NECESIDAD EVIDENTE DE CORREGIR OCCLUSIONES PERMANENTES EN LAS ARTERIAS CORONARIAS, RESPALDADO POR LOS RESULTADOS PROVENIENTES DE LA PRACTICA

DE UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA. LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA Y EL RESULTADO DE LA MISMA JUNTO CON EL INFORME MÉ-

DICO, DEBERÁ PONERSE A DISPOSICIÓN DE LA COMPAÑÍA.

CONDICIÓN QUINTA

Definiciones generales

- 5.1. ACCIDENTE:** ES TODO SUCESO IMPREVISTO, REPENTINO, FORTUITO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, CAUSADO POR OBJETOS O ELEMENTOS EXTERNOS, QUE INMEDIATA Y VISIBLEMENTE PRODUCEN LESIONES EN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO AFECTADO.
- 5.2. HOSPITAL:** ESTABLECIMIENTO QUE:
- A)** POSEA LICENCIA LEGAL VÁLIDA Y REÚNA LOS REQUISITOS LEGALMENTE EXIGIDOS COMO INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD.
 - B)** SE DESEMPEÑE EXCLUSIVAMENTE EN EL CUIDADO Y TRATAMIENTO DE PERSONAS ENFERMAS O LESIONADAS.
 - C)** TENGA SERVICIO MÉDICO DISPONIBLE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS CON PROFESIONALES EN LA MEDICINA LEGALMENTE TITULADOS.
 - D)** TENGA SERVICIO DE ENFERMERÍA DURANTE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL DÍA, CON POR LO MENOS UNA ENFERMERA TITULADA.
 - E)** TENGA FACILIDADES ORGANIZADAS PARA DIAGNÓSTICO Y CIRUGÍA Y,
 - F)** QUE NO SEA CASA DE REPOSO, ANCIANATO, CASA DE CONVALECENCIA, CASA DE CUIDADO DE ANCIANOS O INSTITUCIÓN SIMILAR.
- 5.3. TOMADOR:** DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1037 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, ES LA PERSONA QUE, OBRANDO POR CUENTA PROPIA O AJENA, TRASLADA LOS RIESGOS AL ASEGURADOR. EL TOMADOR SE INDICARÁ EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.
- 5.4. ASEGURADO PRINCIPAL:** EN PÓLIZAS COLECTIVAS, ES AQUELLA PERSONA QUE ESTÁ VINCULADA A LA ENTIDAD CONTRATANTE MEDIANTE RELACIONES ESTABLES DE IGUAL NATURALEZA, QUE FIGURE COMO TAL EN LOS REGISTROS DE DICHA ENTIDAD, Y CUYO VÍNCULO NO SE HAYA ORIGINADO EN LA VOLUNTAD DE OBTENER LA PRESTACIÓN DEL SEGURO.
- 5.5. BENEFICIARIO:** LA PERSONA QUE TIENE DERECHO AL PAGO DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA Y QUE APARECE SEÑALADO COMO TAL EN LA "CARÁTULA" DE LA PÓLIZA, EN CONCORDANCIA, PARA LO QUE RESULTE APLICABLE, CON LOS ARTÍCULOS 1141 Y 1142 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO.
- 5.6. INFECCIÓN POR VIH:** INFECCIÓN OCASIONADA POR UNO O VARIOS RETROVIRUS RELACIONADOS ENTRE SÍ, QUE SE INCORPORAN DENTRO DEL ADN CELULAR DEL HUÉSPED Y ORIGINAN UNA SERIE DE PRESENTACIONES CLÍNICAS VARIADAS QUE VAN DESDE EL ESTADO DE PORTADOR ASINTOMÁTICO HASTA ENFERMEDADES FATALES.
- 5.7. SIDA:** TIENE EL SIGNIFICADO QUE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD LE ATRIBUYE. EL SIDA INCLUIRÁ EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), ENCEFALOPATÍA (DEMENCIA), SÍNDROME DE DEBILITAMIENTO DEL VIH Y "A.R.C." (ASOCIACIÓN DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL SIDA).
- 5.8. MÉDICO:** SIGNIFICA UN PRACTICANTE LICENCIADO EN MEDICINA GENERAL O EN ALGUNA DE SUS ESPECIALIDADES, CON LICENCIA LEGAL VIGENTE PARA EJERCER SU PROFESIÓN. EL MÉDICO QUE ATIENDA AL ASEGURADO NO PUEDE SER:
- A)** ALGÚN ASEGURADO.
 - B)** EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO.
 - C)** UNA PERSONA QUE SEA FAMILIAR DEL ASEGURADO O PARIENTE DEL CÓNYUGE DEL ASEGURADO, ENTRE ELLOS, MÁS NO ÚNICAMENTE EL: HIJO, PADRE O HERMANO(A), MEDIO HERMANO(A).
- 5.9. CARÁTULA DE LA PÓLIZA:** ANEXO QUE HACE PARTE DE ESTA PÓLIZA EN LA CUAL FIGURAN TODOS LOS DATOS ESPECÍFICOS DEL SEGURO DE CADA PERSONA ASEGURADA.

CONDICIÓN SEXTA

Sumas aseguradas

LAS SUMAS QUE LA COMPAÑÍA PAGARÁ POR CONCEPTO DE LA PRESENTE PÓLIZA UNA VEZ SE CUM-

PLAN LOS REQUISITOS CITADOS EN LA CONDICIÓN 1, SERÁN LAS QUE FIGUREN EN SU RESPECTIVA CARÁ-

TULA DE LA PÓLIZA COMO "SUMAS ASEGURADAS", O EN LAS PÓLIZAS COLECTIVAS, EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE CADA ASEGURADO,

DESPUÉS DE CONFIRMADO EL DIAGNÓSTICO DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES AMPARADAS. SERÁ UNA SUMA ÚNICA.

CONDICIÓN SÉPTIMA

El contrato y sus condiciones

FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO LA SOLICITUD DE SEGURO, LAS DECLARACIONES INDIVIDUALES DE SEGURO QUE PRESENTE EL ASEGURADO, EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CON LAS CONDICIONES PARTICULARES, GENERALES Y LOS ANEXOS A LA PÓLIZA QUE **LA COMPAÑÍA** EMITA AL IGUAL

QUE EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE CADA ASEGURADO.

CUALQUIER MODIFICACIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA Y SUS ANEXOS TENDRÁN VALIDEZ CUANDO **LA COMPAÑÍA** ÚNICAMENTE LO HAGA POR ESCRITO.

CONDICIÓN OCTAVA

Declaración inexacta o reticente

DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR LOS ARTÍCULOS 1058, 1059 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO EL ASEGURADO Y TOMADOR ESTÁN OBLIGADOS A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN EL ESTADO DE RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR **LA COMPAÑÍA**.

LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR **LA COMPAÑÍA**, LO HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCIRÁ LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO.

SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECCIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR O EL ASEGURADO HAN 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 O DEL ASEGURADO, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO **LA COMPAÑÍA** SOLO ESTARÁ OBLIGADA, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA, EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O LA PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTA RESPECTO DE LA TARIFA O PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.

CONDICIÓN NOVENA

Circunstancias modificatorias del riesgo y cambio de ocupación

DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1060 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL ASEGURADO O TOMADOR, ESTÁN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTRO DEBERÁN NOTIFICAR POR ESCRITO A **LA COMPAÑÍA** LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE DE ACUERDO CON EL INCISO DE LA CONDICIÓN ANTERIOR, SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO O VARIACIÓN DE SU IDENTIDAD LOCAL. EL CAMBIO DE OCUPACIÓN SE CONSIDERA COMO CONDICIÓN MODIFICATORIA DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DIERON LUGAR A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.

LA NOTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO Y EN ESPECIAL DEL CAMBIO DE OCUPACIÓN SE HARÁ CON ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS

HÁBILES A LA FECHA DE MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ÉSTE DEPENDE DEL ARBITRIO DEL TOMADOR O ASEGURADO. SI ES EXTRAÑA A ÉL, DENTRO DE LOS DIEZ DÍAS SIGUIENTES HÁBILES A AQUEL EN QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PROCESARE TRANSCURRIDOS TREINTA DÍAS DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACIÓN.

NOTIFICADA LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO EN LOS TÉRMINOS CONSIGNADOS EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, **LA COMPAÑÍA** PODRÁ REVOCAR EL CONTRATO O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA.

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO. PERO SOLO LA MALA FE DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR DARÁ DERECHO A **LA COMPAÑÍA** A RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

CONDICIÓN DÉCIMA

Revocación del contrato

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1071 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE CONTRATO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LOS CONTRATANTES. POR **LA COMPAÑÍA** MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL ASEGURADO A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DE ANTELACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO; POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE EL AVISO ESCRITO ENVIADO A **LA COMPAÑÍA**.

EN EL PRIMER CASO, LA REVOCACIÓN DA DERECHO AL ASEGURADO A RECUPERAR LA PRIMA NO DE-

VENGADA, O SEA, LA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA EN QUE COMIENZA A SURTIR EFECTOS LA REVOCACIÓN Y LA DEL VENCIMIENTO DEL CONTRATO. LA DEVOLUCIÓN SE COMPUTARÁ DE IGUAL MODO, SI LA REVOCACIÓN RESULTA DE MUTUO ACUERDO DE LAS PARTES.

EN EL SEGUNDO CASO, EL IMPORTE EN LA PRIMA DEVENGADA Y EL DE LA DEVOLUCIÓN SE CALCULARÁN TOMANDO EN CUENTA LA TARIFA DE SEGUROS A CORTO PLAZO.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

Cálculo de primas

LAS PRIMAS SE CALCULARÁN SOBRE LA BASE DE LAS SUMAS ESTABLECIDAS COMO ASEGURADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. SI LA PÓLIZA ES COLECTIVA, SE TENDRÁ EN CUENTA ADEMÁS, LA CLASIFI-

CACIÓN Y NÚMERO DE ASEGURADOS AMPARADOS BAJO LA PÓLIZA. **LA COMPAÑÍA** PODRÁ MODIFICAR LAS PRIMAS DE LA PÓLIZA DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE LA MISMA.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

Pago de la primera prima o cuota

LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, PODRÁN ACORDAR EL PAGO FRACCIONADO DE LA PRIMA DEL SEGURO. IGUALMENTE, SE PODRÁ ACORDAR QUE EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA SE EFECTÚE ANTES DE LA

FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, PARA QUE ESTA ENTRE EN VIGOR A PARTIR DE DICHA FECHA.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

Plazo de pago de la prima de gracia y terminación automática por mora en el pago

EL TOMADOR DE ESTA PÓLIZA SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA O FRACCIONES DE PRIMAS QUE CAUSE LA PRESENTE PÓLIZA, DIFERENTES A LA PRIMERA Y A LAS DE SU RENOVACIÓN, A MÁS TARDAR, DENTRO DEL MES SIGUIENTE, CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45/90, LA MORA EN EL PAGO DE LAS PRIMAS DE TALES CERTIFICADOS O ANEXOS, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE ESTA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A **LA COMPAÑÍA** PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DE LA MISMA.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

Aviso de siniestro

SEGÚN EL ARTÍCULO 1072 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SE DENOMINA SINIESTRO A LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO.

UNA VEZ OCURRIDO EL SINIESTRO, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1075 DEL CÓDIGO DE COMERCIO,

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO PODRÁN DAR NOTICIA A **LA COMPAÑÍA** SOBRE SU OCURRENCIA DENTRO DE LOS TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

Derecho al pago de la indemnización

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS DEBERÁN DEMOSTRAR A **LA COMPAÑÍA** LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, CON LOS DOCUMENTOS MÉDICOS EXIGIDOS SEGÚN CADA ENFERMEDAD Y QUE SE ENCUENTRAN MENCIONADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, SI FUERE EL CASO; PARA ELLO, DEBERÁN EFECTUAR UNA RECLAMACIÓN FORMAL.

LA COMPAÑÍA ADVIERTE AL ASEGURADO O EL(LOS) BENEFICIARIO(S) DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA NECESIDAD DE EFECTUAR LA RECLAMACIÓN COMO UN MECANISMO PARA QUE EJERCITE(N) SU DERECHO DENTRO DEL TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN CONTEM-

PLADO EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR CUALQUIER DOCUMENTO ENCAMINADO A ANALIZAR Y EVALUAR LA RECLAMACIÓN PRESENTADA, EXCLUSIVAMENTE A EFECTOS DE QUE SE DEMUESTRE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO. DE LA MISMA MANERA, LA PERSONA ASEGURADA Y/O SUS BENEFICIARIOS SE COMPROMETEN CON **LA COMPAÑÍA** A FACILITAR TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA ENCAMINADA A ESCLARECER LA CAUSA DE LA RECLAMACIÓN, ENTENDIÉNDOSE QUE AUTORIZAN LA CONSULTA DE TODO EL HISTORIAL MÉDICO.-

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

Pago de la indemnización, forma de pago y designación de beneficiarios

16.1. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.-

CORRESPONDE A CADA UNO DE LOS ASEGURADOS LA DESIGNACIÓN DE CADA UNO DE SUS BENEFICIARIOS DEL SEGURO.

EN CASO DE SINIESTRO, EL VALOR ASEGURADO EN LA PRESENTE PÓLIZA SERÁ PAGADO AL ASEGURADO O AL (LOS) BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S) POR EL ASEGURADO, QUE APARECE(N) EN LA CARÁTULA DE LA MISMA.-

CUANDO NO SE DESIGNE BENEFICIARIOS, O LA DESIGNACIÓN SE HAGA INEFICAZ, O QUEDE SIN EFECTO POR CUALQUIER CAUSA, TENDRÁN LA CALIDAD DE TALES EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO, EL COMPAÑERO PERMANENTE EN LA MITAD DEL SEGURO, Y LOS HEREDEROS DE ÉSTE EN LA OTRA MITAD, AL TENOR DE LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 1142 Y 1143 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.-

IGUAL REGLA SE APLICARÁ CUANDO EL ASEGURADO Y EL BENEFICIARIO MUERAN SIMULTÁNEAMENTE O SE IGNORE CUÁL DE LOS DOS SE HA MUERTO PRIMERO, O EN EL EVENTO DE QUE SE DESIGNE GENÉRICAMENTE COMO BENEFICIARIOS A LOS HEREDEROS DEL ASEGURADO.

16.2. FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.-

UNA PERSONA PUEDE SER BENEFICIARIO DE UN SEGURO A TÍTULO GRATUITO O A TÍTULO ONEROSO, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1141 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. LOS BENEFICIARIOS A TÍTULO GRATUITO SON LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR POR SU MERA LIBERALIDAD.

CUANDO EL BENEFICIARIO SEA DESIGNADO A TÍTULO GRATUITO, EL ASEGURADO PODRÁ MODIFICAR DICHA DESIGNACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, PERO TAL CAMBIO SURTIRÁ EFECTO A PARTIR DE LA FECHA DE SU NOTIFICACIÓN POR ESCRITO A **LA COMPAÑÍA**.-

EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO PODRÁ REALIZARSE EN UN SOLO CONTADO. LA FORMA EN QUE SE PAGUE LA INDEMNIZACIÓN, SE DETERMINARÁ EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.-

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA

Fecha de pago de la indemnización

EN CONSONANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO (MODIFICADO POR EL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 111 DE LA LEY 510 DE 1999) **LA COMPAÑÍA** ESTARÁ OBLIGADA A EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO O BENEFICIARIO ACREDITE AÚN EXTRAJUDICIALMENTE, SU DERECHO ANTE EL ASEGURADOR DE ACUERDO CON EL ARTÍ-

CULO 1077. VENCIDO ESTE PLAZO, **LA COMPAÑÍA** RECONOCERÁ Y PAGARÁ AL ASEGURADO O BENEFICIARIO, ADEMÁS DE LA OBLIGACIÓN A SU CARGO Y SOBRE EL IMPORTE DE ELLA, UN INTERÉS MORATORIO IGUAL AL CERTIFICADO COMO BANCARIO CORRIENTE POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA AUMENTADO EN LA MITAD.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

Pérdida de la indemnización

LA MALA FE DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO EN LA RECLAMACIÓN O COMPROBACIÓN DEL DERECHO AL PAGO DE DETERMINADO SINIESTRO, CAUSARÁ LA PÉRDIDA DE TAL DERECHO, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 1078 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO, EN SU CASO, QUEDARÁ PRIVADO DE TODO DERECHO PROCEDENTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTE, O EN APOYO DE ELLA SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

Unidad monetaria

ESTA PÓLIZA PODRÁ SER EMITIDA EN PESOS O EN CUALQUIER FORMA DE SEGURO REAJUSTABLE AUTORIZADA POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA. EL VALOR DE LA UNIDAD DE VALOR REAL (UVR)

PODRÁ UTILIZARSE, PREVIA APROBACIÓN DEL TOMADOR, COMO FACTOR DE INDEXACIÓN PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS Y DE LAS INDEMNIZACIONES.

CONDICIÓN VIGÉSIMA

Renovación

MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA QUE CORRESPONDA, ESTA PÓLIZA PODRÁ SER RENOVADA SIN NECESIDAD DE SOMETERSE A UNA NUEVA APROBACIÓN POR PARTE DE **LA COMPAÑÍA**, CADA VEZ QUE TERMINE SU VIGENCIA, HASTA QUE EL ASEGURADO

CUMPLA SESENTA Y NUEVE (69) AÑOS DE EDAD Y TRESIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS Y SIEMPRE SE REALIZARÁ UN NUEVO CÁLCULO SOBRE EDAD ALCANZADA.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

Prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA, EL TOMADOR, EL ASEGURADO Y LOS BENEFICIARIOS, SE OBLIGAN CON **LA COMPAÑÍA** A DILIGENCIAR CON DATOS CIERTOS Y REALES EL FORMATO QUE PARA TAL MENESTER SE PRESENTE Y A SUMINISTRAR LOS DOCUMENTOS QUE

SE SOLICITEN COMO ANEXO, AL INICIO DE LA PÓLIZA Y AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA MISMA.

DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE, LA DESATENCIÓN DE ESTOS DEBERES, SERÁ CAUSAL PARA DAR POR TERMINADO EL CONTRATO DE SEGURO POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

Autorización para consulta y reporte a centrales de riesgo e información financiera

EL TOMADOR AUTORIZA A **LA COMPAÑÍA** A REPORTAR, PROCESAR Y DIVULGAR A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN AUTORIZADAS PARA EL EFECTO, TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE A SU COMPORTAMIENTO COMO CLIENTE TOMADOR DE PÓLIZAS DE LA ENTIDAD.

ESTA AUTORIZACIÓN TAMBIÉN SE EXTIENDE A LA CONSULTA DE MANERA GENERAL Y EN CUALQUIER MOMENTO DE TODA LA INFORMACIÓN FINANCIERA Y DE COMPORTAMIENTO CREDITICIO COMERCIAL O Y SUS ASEGURADOS, EN LA BASE DE DATOS DE LAS MENCIONADAS CENTRALES DE INFORMACIÓN, AL

IGUAL QUE EL SUMINISTRO DE LA INFORMACIÓN COMERCIAL, FINANCIERA QUE SE DERIVE DE ESTA CONSULTA O DE LAS QUE SE LLEGAREN A REALIZAR EN UN FUTURO.

LO ANTERIOR IMPLICA QUE EL CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL TOMADOR SE REFLEJARÁ EN LAS MENCIONADAS BASES DE DATOS, EN DONDE SE CONSIGNAN DE MANERA COMPLETA, TODOS LOS DATOS REFERENTES AL ACTUAL Y PASADO COMPORTAMIENTO CREDITICIO, COMERCIAL Y FRENTE AL SECTOR FINANCIERO.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

Notificaciones

CUALQUIER DECLARACIÓN QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ESTIPULACIONES DE ESTA PÓLIZA, DEBERÁ CONSIGNARSE POR ESCRITO Y SERÁ PRUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFI-

CACIÓN, LA CONSTANCIA DEL ENVÍO DEL AVISO ESCRITO DIRIGIDO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA POR LAS PARTES.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

Domicilio

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON LA PRESENTE PÓLIZA SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES

LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada

Condiciones Particulares Póliza de Vida Grupo Contributivo

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, CON BASE EN LOS DATOS CONTENIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO Y A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR Y/O DEL ASEGURADO, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR, LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CONDICIÓN PRIMERA

Actividades, oficios o profesiones restringidas para las personas que quieran ser parte del grupo asegurado

NO PODRÁN SER PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE, LAS PERSONAS QUE REALICEN LAS SIGUIENTES OCUPACIONES, PROFESIONES U OFICIOS HABITUALES: POLÍTICOS, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA, DEPORTISTAS PROFESIONALES, MINEROS, FARMACEUTAS, PILOTOS Y AUXILIARES DE VUELO, POLICÍAS O MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA PÚBLICOS O PRIVADOS, TRABAJADORES EN PLATAFORMAS DE EXTRACCIÓN OFF-SHORE, BOMBEROS, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, TAXISTAS Y CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO,

CAMIONES O MOTOS, PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAL VINCULADO A UNO DE LOS SIGUIENTES CAMPOS: LA RAMA JUDICIAL U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PODER PÚBLICO, LA AGRICULTURA O EL PROCESAMIENTO DE ANIMALES PARA COMERCIALIZACIÓN, LIMPIEZA DE VIDRIOS O SERVICIOS DE ASEO INDUSTRIAL, CENTROS DE RELAJACIÓN (SPA) O GIMNASIOS, PLANTAS NUCLEARES O DE PRODUCTOS QUÍMICOS, Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

ESTE DOCUMENTO HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada

Póliza de Seguro de Vida Grupo

Código: 11/05/2015-1413-P-34-VGDM 001

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, CON BASE EN LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y EN LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO), HA CELEBRADO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO QUE SE REGIRÁ POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, EL CUAL OTORGARÁ LAS COBERTURAS CONTRATADAS QUE SE IDENTIFICAN EN LA CARÁTULA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL:

1. **AMPARO BÁSICO**
 - 1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA
2. **AMPAROS ADICIONALES OPCIONALES**
 - 2.1. MUERTE ACCIDENTAL
 - 2.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
 - 2.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD-

CONDICIÓN PRIMERA.

Amparo básico

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, EN CASO QUE OCURRA LA MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL

PRESENTE SEGURO, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA

Amparos adicionales

LOS AMPAROS ADICIONALES QUE PUEDEN SER CONTRATADAS SEGÚN SE SEÑALE EN LA PÓLIZA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, SON LOS SIGUIENTES:

2.1 MUERTE ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, EN CASO DE MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, SI

TAL FALLECIMIENTO SE PRODUCE DENTRO DE LOS 365 DÍAS SIGUIENTES AL ACCIDENTE.

2.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO, EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO EN CASO QUE ÉSTE SUFRA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO.

2.3 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD.

NOTA TÉCNICA: 11/05/2015-1413-NT-P-34-VGDM_001

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EN CASO QUE ÉSTE SEA HOSPITALIZADO POR ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO O POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE, EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO POR CADA DÍA DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA.

SI EXPRESAMENTE SE INDICA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, ESTE AMPARO SE PODRÁ AMPLIAR AL PAGO DE UN VALOR ASEGURADO ADICIO-

NAL FIJADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, POR CADA DÍA QUE EL ASEGURADO ESTÉ INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) EN HOSPITAL O CLÍNICA DEBIDAMENTE RECONOCIDO Y CERTIFICADO POR LAS AUTORIDADES DE SALUBRIDAD COMPETENTES.

EL PERÍODO MÁXIMO A INDEMNIZAR BAJO ESTA COBERTURA ES DE 364 DÍAS, SIEMPRE QUE LA POLIZA CONTINÚE VIGENTE.

CONDICIÓN TERCERA

Exclusiones de la póliza

3.1. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA.

ESTE SEGURO BAJO CUALQUIERA DE LOS AMPAROS NO CUBRE LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.1.1. HOMICIDIO EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES O SU TENTATIVA; LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, (SALVO EN LOS CASOS QUE SE DECLARE POR LA AUTORIDAD COMPETENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PERDIDA); Y ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS. PARA LOS AMPAROS BÁSICO DE MUERTE Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ESTA EXCLUSIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. DESPUÉS DE DICHO PERÍODO EL HOMICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA LOS AMPAROS BÁSICO Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

3.1.2. EL SUICIDIO O SU TENTATIVA, LESIONES INFLIGIDAS A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA O ESTADO CONSCIENTE O INCONSCIENTE. PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE ESTA EXCLUSIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. DESPUÉS DE DICHO TÉRMINO EL SUICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA EL AMPARO BÁSICO.

3.1.3. CUALQUIER ANOMALÍA CONGÉNITA, ENFERMEDAD O PATOLOGÍA Y/O LESIONES QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE

LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

3.1.4. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

3.1.5. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS POR PARTE DEL ASEGURADO.

3.1.6. ESTE SEGURO NO AMPARA A PERSONAS QUE YA TENGAN DIAGNOSTICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, O QUE PRESENTEN PÉRDIDA DE MÁS DEL CINCUENTA (50%) DE LA AUDICIÓN, DE LA VISIÓN O EL HABLA, ASÍ COMO AQUELLOS QUE PRESENTEN PÉRDIDA TOTAL O FUNCIONAL DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.

3.2. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS EXCEPTO AL BÁSICO Y AL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CAUSA ACCIDENTAL, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD, FRACTURAS DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES Y/O INFERIORES Y QUEMADURAS DE SEGUNDO Y/O TERCER GRADO NO CUBREN LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.2.1. PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS O COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO TALES COMO, PERO NO LIMITADO A: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTOS

TO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, KARTISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL, PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS O DESAFÍOS O PRÁCTICA DE DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.-

3.2.2. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL, LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS, CON ITINERARIO APROBADO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y POR LAS CUALES EL ASEGURADO HAYA PAGADO UN TIQUETE.-

3.2.3. LAS PELEAS O RIÑAS OCASIONADAS O CAUSADAS POR EL ASEGURADO.

3.2.4. VÍCTIMA O PARTÍCIPE DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, TERRORISMO, ACTOS TERRORISTAS O EL USO DE FUERZA MILITAR PARA PREVENIRLOS O MITIGARLOS, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE O LESIONES QUE SUFRA DIRECTA O INDIRECTAMENTE UNA PERSONA TERRORISTA O MIEMBRO DE UNA ORGANIZACIÓN TERRORISTA, TRAFICANTE DE DROGAS, O PROVEEDOR DE ARMAS NUCLEARES, QUÍMICAS O BIOLÓGICAS.

3.2.5. FISIÓN O FUSIÓN RADIOACTIVA O QUÍMICA O LOS EFECTOS QUE PRODUZCAN EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES, REACCIÓN NUCLEAR, LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA, DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS, O BIOLÓGICOS, EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA.

3.2.6. CUANDO EL ACCIDENTE SE ORIGINE O CAUSE POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS (EXCEPTUANDO LAS TOMADAS BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA), ALUCINÓGENOS U OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS.

3.3. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN.

LOS AMPAROS DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE Y RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD NO CUBREN LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.3.1. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, ASÍ COMO LOS TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS CON FINES ESTÉTICOS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRACTIQUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.

3.3.2. CUALQUIER TRASTORNO MENTAL O NERVIOSO O CURAS DE REPOSO O TRASTORNOS DEL SUEÑO, PANDEMIAS O EPIDEMIAS.

3.3.3. MATERNIDAD, PARTO, ABORTO, O INTENTO DE ABORTO Y TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD.

3.3.4. EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO Y RADIOLÓGICOS O CUALQUIER OTRA PRUEBA O EXAMEN.

3.3.5. HOSPITALIZACIONES POR CAUSA DE TRATAMIENTOS DE OBESIDAD.

3.3.6. ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN, USO DE NARCÓTICOS O ESTUPEFACIENTES Y TRATAMIENTOS PARA LOS MISMOS.

CONDICIÓN CUARTA

Exclusiones en razón de actividades riesgosas

LOS ASEGURADOS BAJO LA PÓLIZA TENDRÁN COBERTURA EN RELACIÓN CON LOS RIESGOS CONTRATADOS, EXCEPTO SI EL EVENTO GENERADOR DEL FALLECIMIENTO O LA LESIÓN SE PRODUCE POR ALGUNA DE LAS EXCLUSIONES DESCRITAS EN LA ANTERIOR CONDICIÓN O POR CAUSA DE QUE EL ASEGURADO HAYA REALIZADO ALGUNA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, OCUPACIONES U OFICIOS, CASO EN EL CUAL SE ENCONTRARÁN EXCLUIDAS:

4.1. DEPORTISTAS PROFESIONALES, MINEROS, FARMACEUTAS, PILOTOS Y AUXILIARES DE VUELO, TRABAJADORES EN PLATAFORMAS DE EXTRACCIÓN OFF-SHORE, BOMBEROS, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO, CAMIONES O MOTOS, PROCESAMIENTO DE ANIMALES PARA COMERCIALIZACIÓN, LIMPIEZA DE VIDRIOS O SERVICIOS DE ASEO INDUSTRIAL, CENTROS DE RELAJACIÓN (SPA) O GIMNASIOS, PLAN-

TAS NUCLEARES O DE PRODUCTOS QUÍMICOS, Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

- 4.2. POLÍTICOS, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA, POLICÍAS O MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA PÚBLICOS O PRIVADOS, TAXISTAS PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE

COMUNICACIÓN, PERSONAL VINCULADO A LA RAMA JUDICIAL U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PODER PÚBLICO, LA AGRICULTURA O GANADERÍA. CUANDO EL ASEGURADO OSTENTE O REALICE LAS OCUPACIONES, OFICIOS O ACTIVIDADES PREVISTOS EN ESTE NUMERAL, LA EXCLUSIÓN DE HOMICIDIO A QUE SE REFIERE LA CONDICIÓN 3.1.1. SE APLICARÁ DURANTE TODA LA VIGENCIA DEL SEGURO.

CONDICIÓN QUINTA

Edades de ingreso y permanencia en el seguro

SALVO QUE SE MODIFIQUE LA PRESENTE CONDICIÓN, MEDIANTE UN ANEXO A LA PRESENTE PÓLIZA, LAS EDADES PARA EL INGRESO Y PARA

LA PERMANENCIA DE LOS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA SON LAS SIGUIENTES:

AMPARO	GRUPO ASEGURABLE	EDAD DE INGRESO		EDAD DE PERMANENCIA
		MÍNIMA	MÁXIMA	
Básico y muerte accidental	Asegurado principal	18 años	64 años 364 días	69 años 364 días
	Asegurado Secundario cónyuge o compañero	18 años	64 años 364 días	69 años 364 días
	Asegurado Secundario hijos	6 meses	23 años 364 días	24 años 364 días
Demás amparos	Asegurado principal	18 años	64 años 364 días	65 años 364 días
	Asegurado Secundario cónyuge o compañero	18 años	64 años 364 días	65 años 364 días
	Asegurado Secundario hijos	6 meses	23 años 364 días	24 años 364 días

CONDICIÓN SEXTA

Definiciones

Para efectos de este contrato las expresiones que a continuación de relacionan tendrán el significado que aquí se les asigna:

- 6.1. **TOMADOR:** Es la persona que contrata el presente seguro.
- 6.2. **ASEGURADO:** Es el titular del interés asegurable, y aparece identificado en la carátula de la póliza y/o Certificado individual de seguro.
- 6.3. **BENEFICIARIO:** La persona que tiene derecho al pago de la prestación asegurada

y que aparece señalado como tal en la Carátula de la Póliza o del certificado individual.

- 6.4. **ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, causado por medios externos, que de manera violenta, afecten el organismo del asegurado, generando lesiones corporales (internas o externas) o su muerte.

También se consideran accidentes la intoxicación o envenenamiento accidental,

las peleas o riñas no ocasionadas por el asegurado, la asfixia por vapores o gases ajena a la voluntad del asegurado, la mordedura y picadura de animales, el terremoto, temblor y demás fenómenos naturales, la práctica no profesional de deportes, los accidentes en moto, el ahogamiento o asfixia por inmersión u obstrucción del aparato respiratorio que no provenga de enfermedad.

6.5. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente contrato, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier ocupación o empleo remunerado, siempre y cuando la incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y que sea igual o superior al 50% de invalidez de acuerdo con el manual de calificación vigente, cuya fecha de estructuración se fije dentro del periodo de vigencia del presente seguro.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación traumática o quirúrgica de ambas

manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, de acuerdo con el siguiente alcance:

- **Manos:** Amputación a nivel de la articulación radiocarpiana.

- **Pies:** Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.

- **Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.

6.6. ENFERMEDAD: El conjunto de fenómenos que se producen en el organismo del ser humano que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella, produciéndose una alteración de menor o mayor gravedad en la salud del cuerpo o de la mente.

6.7. SIDA: Tiene el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye. El SIDA incluirá el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Encefalopatía (Demencia), Síndrome de Debilitamiento del VIH y "A.R.C." (Asociación de Síntomas Relacionados con el SIDA).

6.8. HOSPITALIZACIÓN: Se entiende que ella ocurre cuando el Asegurado se encuentra registrado como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, utilizando al menos, un (1) día completo (24 horas) de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería en dicha institución.

CONDICIÓN SÉPTIMA

Ámbito temporal y territorial de los amparos

Los amparos contenidos en la presente póliza cubren al asegurado las veinticuatro (24) horas

del día, incluyendo viajes terrestres, marítimos y aéreos dentro y fuera del país.

CONDICIÓN OCTAVA

Independencia de los amparos y terminación del seguro por pago de indemnización por incapacidad total y permanente

Si como consecuencia de un mismo evento se afectara más de uno de los riesgos cubiertos, la suma pagadera no excederá el valor asegurado especificado en la carátula de la póliza para cada uno de los amparos afectados.

Sin embargo, el pago de la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente o por el amparo de incapacidad total y permanente por causa accidental producirá la terminación del presente seguro, con efecto al momento en el cual se estructuró la respectiva incapacidad.

CONDICIÓN NOVENA

Sumas aseguradas y límites de indemnización

La responsabilidad máxima de **LA COMPAÑÍA** no excederá de la suma asegurada estipulada para cada cobertura indicada en la carátula de

la póliza o en el certificado individual de seguro, ni de los límites y sublímites fijados para determinadas coberturas.

CONDICIÓN DÉCIMA

Deducible

Es el monto o el porcentaje de la pérdida que se encuentra a cargo del ASEGURADO, estipulado en la carátula de la póliza en el certificado individual o en sus anexos, previsto para las dife-

rentes coberturas que se contraten, que invariablemente se deduce del pago de la correspondiente indemnización.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

Declaración del estado del riesgo

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1058 y 1059 del Código de Comercio, el ASEGURADO y Tomador están obligados 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 o el ASEGURADO han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculparable del ASEGURADO, el contrato no será nulo, pero el asegurador solo 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 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

De presentarse alguna de las situaciones de rescisión del contrato de seguro definidas dentro de esta condición y en virtud del artículo 1059 del código de comercio, y habiéndose generado la rescisión del contrato, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de las primas recaudadas a título de pena.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

Pago de las primas y terminación del contrato por mora en el pago de la prima

La prima correspondiente a la presente póliza o a cada certificado individual de seguro e indicada en cada uno de ellos será pagada por el ASEGURADO dentro del plazo previsto para el efecto expresamente en la póliza o en el mismo certificado individual de seguro o en su defecto dentro de los 30 días comunes contados desde la fecha de inicio de vigencia. En todo caso y en

concordancia con lo previsto por el artículo 1152 del Código de Comercio la mora en el pago de la prima producirá la terminación automática del contrato.

El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la póliza o el certificado individual terminados automáticamente.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

Renovación

La vigencia del seguro será la indicada expresamente en la carátula de la póliza, certificado individual de seguro, anexo o condición particular, en los cuales se establece la forma de renovación y de ajuste de la primas correspondientes.

En defecto de estipulación específica sobre la renovación en la carátula de la póliza, en el certificado individual, anexo o condición particular, el seguro se renovará mensualmente de manera automática y en cada anualidad los valores asegurados se ajustarán automáticamente en el mismo porcentaje que registre el IPC del año anterior.

En cada anualidad la prima correspondiente al siguiente periodo anual se calculará tomando como base el nuevo valor asegurado y las tarifas aplicables a la edad alcanzada por el ASEGURADO.

En caso de presentarse una revisión o modificación de las condiciones de la póliza de grupo entre EL TOMADOR y **LA COMPAÑÍA**, estos le serán comunicados al ASEGURADO en su respectiva renovación para su aceptación. Esta comunicación será enviada por escrito a la última dirección conocida por **LA COMPAÑÍA** con un plazo mínimo de diez (10) días anteriores a la fecha de renovación.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

Revocación del contrato

La póliza o los certificados individuales de seguro podrán ser revocados unilateralmente por EL TOMADOR o ASEGURADO de acuerdo con el artículo 1071 del Código de Comercio. En este caso el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

LA COMPAÑÍA podrá revocar cualquiera de los amparos, salvo el amparo básico, mediante aviso escrito enviado al ASEGURADO a su última

dirección conocida con 10 días hábiles de anticipación, en cuyo caso **LA COMPAÑÍA** devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación.

El hecho de que **LA COMPAÑÍA** haya recibido primas con posterioridad al envío de la comunicación sobre la revocación, no la obligará a conceder los beneficios ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

Aviso del siniestro

De acuerdo a lo contenido en el Art. 1075 del Código de Comercio, una vez ocurrido el siniestro, el ASEGURADO estará obligado a dar noticia al Área de Beneficios de **LA COMPAÑÍA** dentro de los tres (3) días siguientes a que lo cono-

ció o debió conocer, a través de los diferentes canales de comunicación disponibles en la página web corporativa www.metlife.com.co/procesosdereclamación.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

Requisitos para el pago de la indemnización

De acuerdo con lo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, al ASEGURADO le corresponde demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro.

De forma simplemente indicativa, con el fin de facilitar el proceso de reclamación al ASEGURADO, este podrá adjuntar los documentos descritos a continuación, sin perjuicio de presentar

otros medios de prueba para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro

16.1. Para la cobertura del amparo básico de muerte:

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Original o copia del registro civil de defunción.

- Copia del documento de identificación del ASEGURADO fallecido.
- Copia del documento de identificación del BENEFICIARIO.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- Tratándose de beneficiarios legales la prueba de tal calidad.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

16.2. Para la cobertura del amparo de muerte accidental:

- Los mismos requisitos exigidos para la cobertura básica.
- Acta de levantamiento del cadáver o certificado de necropsia o informe de medicina legal.

16.3. Para la cobertura de los amparos de incapacidad total y permanente y de incapacidad total y permanente por causa accidental:

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- Calificación médica del grado de invalidez.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

16.4. Para la cobertura de los amparos de renta diaria por hospitalización por causa de accidente (por causa de accidente o enfermedad):

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO.
- Certificado de la institución hospitalaria en la cual el ASEGURADO fue internado con la indicación de la causa y de la duración de la hospitalización.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- Calificación médica del grado de invalidez.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

16.5. Para la cobertura de los amparos de fracturas de las extremidades superiores y/o inferiores y de quemaduras de segundo y/o de tercer grado:

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA

Pérdida del derecho a la indemnización

De acuerdo con el artículo 1078 del Código de Comercio si el ASEGURADO o el beneficiario incumplieren las obligaciones que les corresponden en caso de siniestro, **LA COMPAÑÍA** sólo podrá deducir de la indemnización el valor

de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del ASEGURADO o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

Prescripción

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en forma ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) 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 (5) años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

Conocimiento del cliente

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Tomador y el ASEGURADO se obligan con **LA COMPAÑÍA** a diligenciar con datos ciertos y

reales el formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexos.

CONDICIÓN VIGÉSIMA

Autorización para consulta y reporte a centrales de riesgo e información con las que se tenga un contrato

EL TOMADOR autoriza a **LA COMPAÑÍA** a reportar, procesar y divulgar a las Centrales de Información autorizadas para el efecto, toda la información referente a su comportamiento como cliente tomador de pólizas de la entidad y causas de siniestralidad de la póliza, únicamente con fines estadísticos.

Esta autorización también se extiende a la consulta de manera general y en cualquier momento de toda la información financiera y de comportamiento crediticio comercial de la sociedad registrada en la base de datos de las menciona-

das Centrales de Información, al igual que el suministro de la información comercial y/o financiera que se derive de esta consulta o de las que se llegaren a realizar en un futuro.

Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones de EL TOMADOR se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes al actual y pasado comportamiento crediticio, comercial y frente al sector financiero.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

Normas supletorias

En lo no previsto en las presentes "condiciones generales", este contrato se regirá por las dis-

posiciones del Código de Comercio y demás leyes aplicables al contrato de seguros.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

Notificaciones

Cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será

prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso dirigido a la última dirección registrada de las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

Mérito ejecutivo de la póliza

La póliza prestará mérito ejecutivo contra **LA COMPAÑÍA**, por sí sola, transcurrido un (1) mes contado a partir del día en el cual el **ASEGURADO** o quien lo represente, entregue a **LA COMPAÑÍA** la reclamación aparejada de los

comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

Domicilio, legislación aplicable, territorio y notificaciones

Para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad y dirección indicadas en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares. El pre-

sente contrato de seguro se rige por las leyes de la República de Colombia aplicables al mismo y tiene como ámbito de cobertura el territorio de la República de Colombia.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA

Protección de datos personales

EL TOMADOR asegura haber obtenido los datos personales de manera legal y lícita de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Por eso, es el único responsable en relación con el origen de los datos que con ocasión a este contrato va a transferir a **LA COMPAÑÍA**.

EL TOMADOR declara que respecto de aquellos datos que en la ejecución del contrato puedan ser considerados de naturaleza diferente a la pública, es decir, aquellos que requirieran la autorización previa por parte del titular de

los datos para ser utilizados y transferidos a **LA COMPAÑÍA**, se compromete a cumplir con los compromisos que al respecto establece la regulación vigente de Protección de Datos Personales.

En ningún caso se entenderá que existe responsabilidad solidaria entre **LA COMPAÑÍA** y EL TOMADOR en el evento que este último incumpla las obligaciones establecidas en la presente cláusula o en la regulación sobre protección de datos personales.



MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada

Póliza de Seguro de Vida Grupo

Condiciones Particulares

NO OBSTANTE LO QUE EN CONTRARIO SE ESTIPULE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, LAS PARTES ACUERDAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES QUE PREVALECE-RÁN:

CONDICIÓN PRIMERA

Cobertura adicional de Rentas Mensuales de Gastos para Hogar por Muerte por Cualquier Causa

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO, EL CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA** SE COMPORMETE A PAGAR A LOS BENEFICIA-RIOS RENTAS MENSUALES ADICIONALES POR UN PERIODO 12 MESES CUANDO SE PRODUZCA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DURANTE LA

VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA, CUYO VALOR SERÁ ESTABLECI-DO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA

Cobertura adicional de Rentas Mensuales por Incapacidad Total y Permanente por Cualquier Causa

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO, EL CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA** SE COMPORMETE A PAGAR AL ASEGURADO RENTAS MENSUALES ADICIONALES POR UN PERIODO 12 MESES CUANDO SE PRODUZCA UNA IN-

CAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (EN LOS TÉR-MINOS INDICADOS EN LAS CONDICIONES GE-NERALES DE LA PÓLIZA), CUYO VALOR SERÁ ES-TABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN TERCERA

Cobertura adicional de Auxilio para Gastos Funerarios por Muerte por Cualquier Causa

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO, EL CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA** SE COMPORMETE A PAGAR A LOS BENEFICIA-RIOS UN AUXILIO FUNERARIO CUANDO SE PRO-DUZCA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DU-RANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, POR

UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA, CUYO VALOR SERÁ ESTABLE-CIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A. Compañía de Seguros

Bogotá D.C. Cra. 7 No. 99-53 Piso 17 (Of. Principal) - Línea de Atención al Cliente: 01 8000 912 200
servicio.cliente@metlife.com.co - www.metlife.com.co

Póliza de Accidentes Personales Enfermedades Graves

CÓDIGO: 21112012-1413-P-31-APABENGR044

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, CON BASE EN LOS DATOS CONTENIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, ANEXO QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE ESTE CONTRATO Y A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR CONTENIDAS EN LA RESPECTIVA SOLICITUD DE ESTE SEGURO, LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL MISMO, HA CONVENIDO CON EL TOMADOR, EN CELEBRAR, EL CONTRATO DE SEGURO DEFINIDO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIÓN PRIMERA

Amparo básico

LA COMPAÑÍA DE ACUERDO CON LAS DEFINICIONES CONTENIDAS EN LAS CONDICIONES 3, 4 Y 5 DE LA PÓLIZA, PAGARÁ AL ASEGURADO O A ALGUNO DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR UNA SOLA VEZ DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA E INDEPENDIEMENTE DEL NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS O TRATAMIENTOS GENERADOS, LA SUMA ASEGURADA QUE SE ESTIPULE PARA ESTE AMPARO EN LA CARÁTULA DE LA MISMA, SI SE CUMPLEN LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1.1. QUE AL ASEGURADO SE LE DIAGNOSTIQUE, IMPREVISTAMENTE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES QUE FIGUREN COMO ASEGURABLES, DESCRITAS EN LA CONDICIÓN 4 DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- 1.2. EL DIAGNÓSTICO SEA CERTIFICADO POR ESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA DEBIDAMENTE REGISTRADO EN COLOMBIA, ADJUNTANDO UN RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA. **LA COMPAÑÍA** SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR UNA SEGUNDA OPINIÓN PARA ACEPTAR, RECHAZAR O EMITIR CUALQUIER OTRO CONCEPTO AL RESPECTO DE ESTA COBERTURA, CUANDO ASÍ SE REQUIERA. LA SEGUNDA OPINIÓN SERÁ SOLICITADA DE COMÚN ACUERDO A UN MÉDICO DE LA RED MÉDICA DE **LA COMPAÑÍA** U OTRO PROFESIONAL MÉDICO RECONOCIDO EN LA ESPECIALIDAD.

- 1.3. QUE SEA LA PRIMERA VEZ QUE EL ASEGURADO SUFRE ALGUNA O ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES GRAVES ASEGURABLES BAJO LA PÓLIZA.
- 1.4. QUE AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO LA PRESENTE PÓLIZA HAYA ESTADO EN VIGOR POR UN PERÍODO NO MENOR AL INDICADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO "PERÍODO DE ESPERA" O DE CARENCIA. EL PERÍODO DE ESPERA O DE CARENCIA SE ESTABLECERÁ INDEPENDIEMENTE PARA CADA ASEGURADO SEGÚN LA FECHA DE INGRESO A LA PÓLIZA, EL CUAL SERÁ DE NOVENTA (90) DÍAS.
- 1.5. QUE NO SEA APLICABLE ALGUNA DE LAS EXCLUSIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA.
- 1.6. QUE EL ASEGURADO SOBREVIVA A LA ENFERMEDAD CUBIERTA POR UN LAPSO DE TREINTA (30) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO, MOMENTO A PARTIR DEL CUAL SE PROCEDERÁ AL PAGO DEL SEGURO.

SI EN CASO DE ALGUNA RECLAMACIÓN, SE CUMPLEN TODOS ESTOS REQUISITOS MENOS EL NUMERAL 1.4, **LA COMPAÑÍA**, DEVOLVERÁ AL TOMADOR DE LA PÓLIZA, TODAS LAS PRIMAS PAGADAS POR EL MISMO DURANTE LA VIGENCIA AFECTADA Y NO SERÁ RESPONSABLE POR EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN INDICADA EN LA PRESENTE PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA

Exclusiones

LA COMPAÑÍA NO EFECTUARÁ PAGO ALGUNO CUANDO LAS ENFERMEDADES GRAVES DEFINIDAS EN LA CONDICIÓN 4 PROVENGAN DE O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 2.1 CUALQUIER CONDICIÓN DE SALUD ANTERIOR, CONOCIDA O NO POR EL TOMADOR Y/O EL ASEGURADO O QUE DEBIÓ SER CONOCIDA POR ELLOS CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO, ENTENDIÉNDOSE POR TALES, CUALQUIER ENFERMEDAD, LESIÓN O DEFECTO QUE SE HAYA MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE LA INICIACIÓN DEL PRESENTE AMPARO, YA QUE SE TRATA DE SITUACIONES Y HECHOS CIERTOS NO ASEGURABLES DE ACUERDO CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.
- 2.2 ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y TODO LO QUE SE RELACIONE, DIRECTA O INDIRECTAMENTE, CON ELLAS, YA QUE SE TRATA DE SITUACIONES Y HECHOS CIERTOS NO ASEGURABLES DE ACUERDO CON LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 1054 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.
- 2.3 GUERRA, INVASIÓN, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS (HAYA O NO DECLARACIÓN DE GUERRA), AMOTINAMIENTO, GUERRA CIVIL, O CUALQUIERA DE LOS SUCESOS O CAUSAS QUE DETERMINE LA PROCLAMACIÓN O MANTENIMIENTO DE LA LEY MARCIAL EN LOS PAÍSES QUE OPERA DICHA NORMA O ESTADO DE SITIO O ESTADO DE CONMOCIÓN INTERNA POR ORDEN DEL GOBIERNO O AUTORIDAD Y USO DE CUALQUIER ARMA O INSTRUMENTO QUE EMPLEE FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.
- 2.4 LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR FISIÓN O FUERZA RADIOACTIVA O QUÍMICA, YA SEA EN TIEMPO DE PAZ O DE GUERRA.
- 2.5 LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES QUE RESULTEN EN REACCIÓN NUCLEAR DIRECTA O INDIRECTAMENTE O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA ASÍ COMO LA DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS O BIOLÓGICOS TÓXICOS SIEMPRE QUE CINCUENTA (50) O MÁS PERSONAS MUERAN POR ESTAS CAUSAS O SUFRAN DAÑOS FÍSICOS DERIVADOS DE ESTE HECHO DEN-

TRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES CONTADOS DESDE LA FECHA DEL ACCIDENTE.

- 2.6 COMO CONSECUENCIA DE INFECCIONES OPORTUNISTAS, NEOPLASIAS MALIGNAS O DEMÁS ENFERMEDADES ASOCIADAS AL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), O AQUELLAS MANIFESTADAS EN LOS PACIENTES CON EXAMEN POSITIVO DE VIH (VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA).
- 2.7 INTOXICACIÓN POR CUALQUIER AGENTE EXTERNO PUDIENDO SER: DROGAS, PESTICIDAS, VENENO O LICOR.
- 2.8 COMIENZO O DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD GRAVE CON ANTERIORIDAD AL PRINCIPIO DE LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA O DENTRO DEL "PERÍODO DE ESPERA" ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SEGÚN LO INDICADO EN EL NUMERAL 1.4 DE LA CONDICIÓN 1. AMPARO BÁSICO DE LA MISMA. SON CONDICIONES PREEXISTENTES, CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA O SOMETIDA A TRATAMIENTO, CUIDADO MÉDICO O CIRUGÍA, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO LAS ENFERMEDADES CONGÉNITAS.
- 2.9 LESIONES INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS A SI MISMO, SUICIDIO O CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO (ESTÉ O NO EL ASEGURADO EN SU SANO JUICIO).
- 2.10 CUALQUIER INCIDENTE CRÍTICO DE LA SALUD, LESIÓN O ENFERMEDAD, DIFERENTE A LOS DEFINIDOS EN LA CONDICIÓN 4 DE LA PRESENTE PÓLIZA, COMO ENFERMEDADES GRAVES.
- 2.11 SI LA ENFERMEDAD POR LA QUE SE RECLAMA ES DIAGNOSTICADA DESPUÉS DE FALLECIDA LA PERSONA ASEGURADA.
- 2.12 DIAGNÓSTICO DE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE AMPARADA, EFECTUADO POR ALGUNA PERSONA DE LA FAMILIA DEL ASEGURADO O QUE RESIDA EN LA MISMA CASA DEL ASEGURADO SEA O NO MÉDICO O PROFESIONAL EN ALGUNA RAMA RELACIONADA CON LA SALUD.
- 2.13 DIAGNÓSTICO EFECTUADO POR PRÁCTICAS DIFERENTES A LA MEDICINA ALOPÁTICA U OTROS PRESTADORES DE SALUD NO ESPECIFICADOS EN ESTA PÓLIZA O POR PERSONAS QUE NO SEAN PROFESIONALES DE LA CIENCIA MÉDICA.

- 2.14 LOS EVENTOS A CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD MENTAL.
- 2.15 TRASPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN.
- 2.16 PARA LOS FINES DEL PRESENTE CONTRATO, ESTA PÓLIZA NO OTORGA COBERTURA RESPECTO DEL CÁNCER NO INVASIVO O EL CÁNCER EN ESTADO IN SITU, LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, LOS TUMORES DEBIDOS A O COMO CONSECUENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIH Y LOS CÁNCERES DE LA PIEL.
- 2.17 NO INCLUYE ESTE SEGURO LA INDEMNIZACIÓN A LAS PERSONAS QUE OBRAN EN CALIDAD DE DONANTES.
- 2.18 ALCOHOLISMO SEA ESTE DIAGNOSTICADO O NO ENTENDIÉNDOSE COMO EL CONSUMO HABITUAL CONDUCENTE AL DESARROLLO DE ALGUNA ENFERMEDAD CUBIERTA POR LA PRESENTE PÓLIZA, DROGADICCIÓN, USO DE SUSTANCIAS NARCÓTICAS O ESTUPEFACIENTES Y TRATAMIENTOS PARA LOS MISMOS.
- 2.19 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), INFECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (H.I.V.) Y SUS COMPLICACIONES NEOPLÁSICAS.

PARÁGRAFO I.- ESTE SEGURO NO AMPARA A PERSONAS QUE YA TENGAN DIAGNOSTICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, O

QUE PRESENTEN PÉRDIDA DE MÁS DEL CINCUENTA (50%) DE LA AUDICIÓN, DE LA VISIÓN O EL HABLA, ASÍ COMO AQUELLOS QUE PRESENTEN PÉRDIDA TOTAL O FUNCIONAL DE AMBAS PIERNAS O AMBAS MANOS O UNA PIERNA Y UNA MANO SIMULTÁNEAMENTE.-

PARÁGRAFO II: SE EXCLUYE CUALQUIER RECLAMO DE PÉRDIDA ORIGINADO EN, O DONDE EL ASEGURADO O ALGÚN BENEFICIARIO DE CONFORMIDAD CON LA PÓLIZA, SEA UN CIUDADANO O AGENCIA DEL GOBIERNO DE, ALGÚN PAÍS CONTRA EL CUAL CUALQUIER LEY Y/O REGLAMENTO QUE SE APLIQUE A LA PRESENTE PÓLIZA Y/O A **LA COMPAÑÍA**, SU SOCIEDAD MATRIZ O SU SOCIEDAD CONTROLADORA FINAL, TENGAN ESTABLECIDO UN EMBARGO U OTRA FORMA DE SANCIÓN ECONÓMICA, QUE PRODUZCA EL EFECTO DE PROHIBIRLE PROPORCIONAR COBERTURA DE SEGURO, REALIZAR OPERACIONES CON, O DE OTRA FORMA, OFRECER BENEFICIOS ECONÓMICOS AL ASEGURADO O A ALGÚN OTRO BENEFICIARIO DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN LA PÓLIZA. SE ENTIENDE Y ACUERDA, ADEMÁS, QUE NINGÚN BENEFICIO O PAGO SERÁ OTORGADO O SERÁ EFECTUADO A CUALQUIER BENEFICIARIO QUE SEA DECLARADO INHABILITADO PARA RECIBIR BENEFICIOS ECONÓMICOS DE CONFORMIDAD CON LAS LEYES Y/O REGLAMENTOS QUE SE APLIQUEN A LA PRESENTE PÓLIZA Y/O A **LA COMPAÑÍA**, SU SOCIEDAD MATRIZ O SU ENTIDAD CONTROLADORA FINAL.-

CONDICIÓN TERCERA

Limitaciones

3.1. PERIODO DE CARENIA

LOS BENEFICIOS ESTIPULADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA ENTRAN EN VIGENCIA DESPUÉS DE QUE HAYAN TRANSCURRIDO EL NÚMERO DE DÍAS ESTABLECIDOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO "PERÍODO DE ESPERA" EL CUAL SERÁ DE NOVENTA (90) DÍAS, CONTADOS A PARTIR DE LA INCLUSIÓN DE CADA ASEGURADO A LA MISMA, CUBRIÉNDOSE SOLAMENTE LAS ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS Y TRATADAS CLÍNICAMENTE CON POSTERIORIDAD A DICHO TÉRMINO Ó PERIODO DE CARENIA.

SI LA ENFERMEDAD ES DIAGNOSTICADA DENTRO DEL PERÍODO DE ESPERA CONTADO DESDE EL INICIO DE LA PÓLIZA, LA RESPONSABILIDAD DE **LA COMPAÑÍA** SE LIMITARÁ A LA DEVOLUCIÓN DE LAS PRIMAS PAGADAS, AL VALOR QUE TENGA A LA FECHA DE PAGO LA UNIDAD REAJUSTABLE O MONEDA EN QUE SE HAYA PAC-

TADO ESTE CONTRATO DE SEGUROS, CON UN MÁXIMO EQUIVALENTE A DOCE (12) MESES DE PRIMA, EN CASO DE QUE EL ASEGURADO HAYA PAGADO LA ANUALIDAD COMPLETA.

NO SE APLICARÁ ESTA CONDICIÓN PARA LAS SUCESIVAS RENOVACIONES DE LA PÓLIZA.

3.2. PERIODO DE SOBREVIVENCIA

DESPUÉS DE CONFIRMADA ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES LOS PAGOS SE COMENZARÁN A REALIZAR DESPUÉS DE QUE EL ASEGURADO HAYA SOBREVIVIDO POR UN PERÍODO INICIAL DE TREINTA (30) DÍAS.

3.3. EDADES DE ACEPTACIÓN

ESTA PÓLIZA SOLO ACEPTARÁ EL INGRESO A PERSONAS CON EDADES COMPRENDIDAS ENTRE LOS QUINCE (15) Y LOS SESENTA Y CUATRO (64) AÑOS Y TRECIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS.

3.4. CONFLICTOS ENTRE OPINIONES MÉDICAS

LAS CONTROVERSIAS QUE SURJAN ENTRE EL MÉDICO DE **LA COMPAÑÍA** Y DEL ASEGURADO EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS, SERÁN DE COMÚN ACUERDO, SOMETIDAS AL CONOCIMIENTO DE UN TERCER MÉDICO ELEGIDO POR AMBAS PARTES. EL CONCEPTO OFRECIDO POR EL PROFESIONAL SERÁ EL QUE ADOPTARÁN LAS PARTES PARA LOS EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA.

3.5. PAGO ÚNICO

DESPUÉS DEL PAGO POR PARTE DE **LA COMPAÑÍA**, DE LA TOTALIDAD DE LA SUMA ASEGURADA POR LA PRESENTE PÓ-

LIZA, COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER RECLAMACIÓN AMPARADA POR LA MISMA, CESARÁ TODA OBLIGACIÓN DE PAGO POR PARTE DE **LA COMPAÑÍA**, PARA CON LA MISMA PERSONA ASEGURADA. Y NO SE ACEPTARÁN RENOVACIONES POSTERIORES, INCLUSO SI SE EXCLUYERA EL PADECIMIENTO CUBIERTO DURANTE ALGUNA VIGENCIA ANTERIOR.

3.6. COMPROBACIÓN DE SINIESTRO

PARA COMPROBAR EL SINIESTRO **LA COMPAÑÍA** DETERMINARÁ PARA CADA ENFERMEDAD, LAS CONDICIONES MÉDICAS Y ESTABLECERÁ LOS EXÁMENES ESPECIALIZADOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES CUBIERTAS.

CONDICIÓN CUARTA

Definiciones de enfermedades cubiertas

4.1. ENFERMEDADES GRAVES: DONDE QUIERA QUE SE USE ESTE TÉRMINO, SIGNIFICA EL DIAGNÓSTICO POSITIVO DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ADELANTE DEFINIDAS.

4.2. CÁNCER: CONSISTE EN LA PRESENCIA DE UNO O MÁS TUMORES MALIGNOS CARACTERIZADO POR UN CRECIMIENTO DE CÉLULAS MALIGNAS INCONTROLABLE E INVASIVO, QUE PUEDE LLEGAR A COMPROMETER OTROS TEJIDOS ADYACENTES O DISTANTES DEL CUERPO. INCLUYE LA LEUCEMIA, LA ENFERMEDAD DE HODKING Y EL MELANOMA MALIGNO.

EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEBERÁ BASARSE EN EL RESULTADO HISTOLÓGICO POSITIVO PARA CÁNCER, CON EL RECURSO DE EXÁMENES DE PATOLOGÍA PRACTICADO POR UN LABORATORIO CLÍNICO Y PATOLÓGICO Y ESPECIALIZADO. ESTOS RESULTADOS DEBERÁN PONERSE A DISPOSICIÓN DE **LA COMPAÑÍA**.

LOS SIGUIENTES CÁNCERES NO ESTÁN CUBIERTOS POR LA PÓLIZA:

4.2.1. CÁNCER DE LA PIEL QUE NO SEA MELANOMA MALIGNO. SIN EMBARGO, LOS MELANOMAS CON ESPESOR MENOR DE 1.5 MM. DETERMINADO POR EXÁMEN HISTOLÓGICO, O CUANDO LA INVASIÓN SEA MENOR DEL NIVEL 3 DE CLARK, NO TENDRAN AMPARO.

4.2.2. TUMORES QUE SE PRESENTEN EN ESTADO IN SITU. LAS NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES NCI-1, NCI-2, Y NCI-3, LESIONES INTRAEPITELIALES, DISPLASIAS

CERVICALES, Y AQUELLAS LESIONES CONSIDERADAS POR COMPROBACION HISTOLÓGICA COMO PREMALIGNOS O TUMORES BENIGNOS.

4.2.3. TODAS LAS HIPERQUERATOSIS O LOS CARCINOMAS BASOCELULARES DE LA PIEL.

4.2.4. TODOS LOS CARCINOMAS DE CÉLULAS ESCAMOSAS O ESPINOCELULARES DE LA PIEL, EXCEPTO CUANDO SE ENCUENTRE EN ESTADO DISEMINACIÓN HACIA OTROS ÓRGANOS.

4.2.5. EL CARCINOMA DE KAPOSI Y TODO TUMOR RELACIONADO CON LA INFECCIÓN VIH O SIDA.

4.2.6. LOS CÁNCERES DE LA PRÓSTATA QUE POR HISTOLOGÍA PERTENEZCAN A LA ETAPA T1 (INCLUYENDO T1 (A) T1 (B) DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN TNM. O DE CUALQUIER OTRA CLASIFICACIÓN EQUIVALENTE O MENOR.

4.2.7. SE EXCLUYE LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA O LINFOIDE CRÓNICA.

4.3. INFARTO DEL MIOCARDIO: ES LA NECROSIS O MUERTE CELULAR DE UNA ZONA DEL MÚSCULO CARDÍACO, OCASIONADO POR UNA BRUSCA REDUCCIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CORONARIO. EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEBERÁ BASARSE TENIENDO EN CUENTA TODOS LOS SIGUIENTES ASPECTOS:

4.3.1. HISTORIA DE DOLOR TORÁCICO.

4.3.2. ALTERACIÓN AGUDA EN EL TRAZADO ELÉCTRICO DEL ELECTROCARDIOGRAMA.

4.3.3. ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS CARDÍACAS, (CK Y CK-MB) O PROTEÍNAS MIOCARDICAS (TROPONINA T).

4.3.4. ESTUDIO DE RADIOISÓTOPOS DEL MÚSCULO DEL CORAZÓN.

- 4.4. EVENTO CEREBROVASCULAR:** PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, EL EVENTO CEREBRO-VASCULAR CORRESPONDE A CUALQUIER INCIDENTE CEREBRO-VASCULAR QUE PRODUZCA TRASTORNOS NEUROLÓGICOS MOTORES Y SENSITIVOS QUE SE MANIFIESTEN Y DUREN POR MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS Y QUE SUS SECUELAS PERMANEZCAN COMO MÍNIMO, 6 SEMANAS. DEBE EXISTIR NECROSIS DEL TEJIDO CEREBRAL CAUSADA POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA NO RELACIONADOS CON ACCIDENTES TRAUMÁTICOS VIOLENTOS POR IMPACTO EXTERNO. LO ANTERIOR DEBE COMPROBARSE CON PRUEBAS MÉDICAS QUE DEMUESTREN DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE.

ANTES DE LAS (6) SEMANAS TRANSCURRIDAS A PARTIR DEL EVENTO CEREBROVASCULAR, NO SE ACEPTAN RECLAMACIONES. DE LA MISMA MANERA, LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE IMAGENOLOGÍA, COMO TAC, RESONANCIA NUCLEAR MAG-

NÉTICA, ENTRE OTRAS, DEBEN SOPORTAR DICHO DIAGNÓSTICO.

- 4.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** PARA EFECTOS DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA INSUFICIENCIA RENAL CORRESPONDE AL FALLO TOTAL E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, QUE TRAE COMO CONSECUENCIA LA NECESIDAD DE EFECTUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL O UN TRASPLANTE DE RIÑÓN. LA NECESIDAD DE DIÁLISIS REGULAR, DEBERÁ ESTAR CERTIFICADA POR UN INFORME NEFROLÓGICO.

- 4.6. CIRUGÍA ARTERIO-CORONARIA:** SE ENTIENDE COMO LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO LLEVADA A CABO PARA LA RECUPERACIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO EN LAS ARTERIAS CORONARIAS POR MEDIO DE UN BY-PASS O PUENTE CORONARIO. DEBE SER PRODUCTO DE LA NECESIDAD EVIDENTE DE CORREGIR OCLUSIONES PERMANENTES EN LAS ARTERIAS CORONARIAS, RESPALDADO POR LOS RESULTADOS PROVENIENTES DE LA PRÁCTICA DE UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA. LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA Y EL RESULTADO DE LA MISMA JUNTO CON EL INFORME MÉDICO, DEBERÁ PONERSE A DISPOSICIÓN DE **LA COMPAÑÍA**.

CONDICIÓN QUINTA

Definiciones generales

- 5.1. ACCIDENTE:** ES TODO SUCESO IMPREVISITO, REPENTINO, FORTUITO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, CAUSADO POR OBJETOS O ELEMENTOS EXTERNOS, QUE INMEDIATA Y VISIBLEMENTE PRODUCEN LESIONES EN EL ORGANISMO DEL ASEGURADO AFECTADO.

- 5.2. HOSPITAL:** ESTABLECIMIENTO QUE:

A) POSEA LICENCIA LEGAL VÁLIDA Y REUNA LOS REQUISITOS LEGALMENTE EXIGIDOS COMO INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD.

B) SE DESEMPEÑE EXCLUSIVAMENTE EN EL CUIDADO Y TRATAMIENTO DE PERSONAS ENFERMAS O LESIONADAS.

C) TENGA SERVICIO MÉDICO DISPONIBLE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS CON PROFESIONALES EN LA MEDICINA LEGALMENTE TITULADOS.

D) TENGA SERVICIO DE ENFERMERÍA DURANTE LAS VEINTICUATRO (24) HORAS DEL

DÍA, CON POR LO MENOS UNA ENFERMERA TITULADA.

E) TENGA FACILIDADES ORGANIZADAS PARA DIAGNÓSTICO Y CIRUGÍA Y,

F) QUE NO SEA CASA DE REPOSO, ANCIANATO, CASA DE CONVALECENCIA, CASA DE CUIDADO DE ANCIANOS O INSTITUCIÓN SIMILAR.

- 5.3. TOMADOR:** DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1037 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, ES LA PERSONA QUE, OBRANDO POR CUENTA PROPIA O AJENA, TRASLADA LOS RIESGOS AL ASEGURADOR. EL TOMADOR SE INDICARÁ EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

- 5.4. ASEGURADO PRINCIPAL:** EN PÓLIZAS COLECTIVAS, ES AQUELLA PERSONA QUE ESTÁ VINCULADA A LA ENTIDAD CONTRATANTE MEDIANTE RELACIONES ESTABLES DE IGUAL NATURALEZA, QUE FIGURE COMO TAL EN LOS REGISTROS DE DICHA ENTIDAD, Y CUYO VÍNCULO NO SE HAYA ORIGINADO EN LA VOLUNTAD DE OBTENER LA PRESTACIÓN DEL SEGURO.

- 5.5. BENEFICIARIO:** LA PERSONA QUE TIENE DERECHO AL PAGO DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA Y QUE APARECE SEÑALADO COMO TAL EN LA "CARÁTULA" DE LA PÓLIZA, EN CONCORDANCIA, PARA LO QUE RESULTE APLICABLE, CON LOS ARTÍCULOS 1141 Y 1142 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO.
- 5.6. INFECCIÓN POR VIH:** INFECCIÓN OCASIONADA POR UNO O VARIOS RETROVIRUS RELACIONADOS ENTRE SÍ, QUE SE INCORPORAN DENTRO DEL ADN CELULAR DEL HUÉSPED Y ORIGINAN UNA SERIE DE PRESENTACIONES CLÍNICAS VARIADAS QUE VAN DESDE EL ESTADO DE PORTADOR ASINTOMÁTICO HASTA ENFERMEDADES FATALES.
- 5.7. SIDA:** TIENE EL SIGNIFICADO QUE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD LE ATRIBUYE. EL SIDA INCLUIRÁ EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), ENCEFALOPATÍA (DEMENCIA), SÍNDROME

DE DEBILITAMIENTO DEL VIH Y "A.R.C." (ASOCIACIÓN DE SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL SIDA).

- 5.8. MÉDICO:** SIGNIFICA UN PRACTICANTE LICENCIADO EN MEDICINA GENERAL O EN ALGUNA DE SUS ESPECIALIDADES, CON LICENCIA LEGAL VIGENTE PARA EJERCER SU PROFESIÓN. EL MÉDICO QUE ATIENDA AL ASEGURADO NO PUEDE SER:
- A) ALGÚN ASEGURADO.**
 - B) EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO.**
 - C) UNA PERSONA QUE SEA FAMILIAR DEL ASEGURADO O PARIENTE DEL CÓNYUGE DEL ASEGURADO, ENTRE ELLOS, MÁS NO ÚNICAMENTE EL: HIJO, PADRE O HERMANO(A), MEDIO HERMANO(A).**
- 5.9. CARÁTULA DE LA PÓLIZA:** ANEXO QUE HACE PARTE DE ESTA PÓLIZA EN LA CUAL FIGURAN TODOS LOS DATOS ESPECÍFICOS DEL SEGURO DE CADA PERSONA ASEGURADA.

CONDICIÓN SEXTA

Sumas aseguradas

LAS SUMAS QUE **LA COMPAÑÍA** PAGARÁ POR CONCEPTO DE LA PRESENTE PÓLIZA UNA VEZ SE CUMPLAN LOS REQUISITOS CITADOS EN LA CONDICIÓN 1, SERÁN LAS QUE FIGUREN EN SU RESPECTIVA CARÁTULA DE LA PÓLIZA COMO "SUMAS ASEGURADAS", O EN LAS PÓLIZAS

COLECTIVAS, EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE CADA ASEGURADO, DESPUÉS DE CONFIRMADO EL DIAGNÓSTICO DE ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES AMPARADAS. SERÁ UNA SUMA ÚNICA.

CONDICIÓN SÉPTIMA

El contrato y sus condiciones

FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO LA SOLICITUD DE SEGURO, LAS DECLARACIONES INDIVIDUALES DE SEGURO QUE PRESENTE EL ASEGURADO, EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, CON LAS CONDICIONES PARTICULARES, GENERALES Y LOS ANEXOS A LA PÓLIZA QUE **LA COMPAÑÍA** EMITA AL IGUAL QUE EL CERTI-

FICADO INDIVIDUAL DE SEGURO DE CADA ASEGURADO.

CUALQUIER MODIFICACIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA Y SUS ANEXOS TENDRÁN VALIDEZ CUANDO **LA COMPAÑÍA** ÚNICAMENTE LO HAGA POR ESCRITO.

CONDICIÓN OCTAVA

Declaración inexacta o reticente

DE ACUERDO CON LO PREVISTO POR LOS ARTÍCULOS 1058, 1059 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO EL ASEGURADO Y TOMADOR ESTÁN OBLIGADOS A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN

EL ESTADO DE RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR **LA COMPAÑÍA**.

- LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR **LA COMPAÑÍA**, LO HUBIEREN RETRAÍDO

DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCIRÁ LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO.-

SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECCIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR O EL ASEGURADO HAN 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 O DEL ASEGURADO, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO **LA COMPAÑÍA** SOLO ESTARÁ OBLIGADA, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA, EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O LA PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTA RESPECTO DE LA TARIFA O PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO.

CONDICIÓN NOVENA

Circunstancias modificatorias del riesgo y cambio de ocupación

DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1060 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL ASEGURADO O TOMADOR, ESTÁN OBLIGADOS A MANTENER EL ESTADO DEL RIESGO. EN TAL VIRTUD, UNO U OTRO DEBERÁN NOTIFICAR POR ESCRITO A **LA COMPAÑÍA** LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE DE ACUERDO CON EL INCISO DE LA CONDICIÓN ANTERIOR, SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO O VARIACIÓN DE SU IDENTIDAD LOCAL. EL CAMBIO DE OCUPACIÓN SE CONSIDERA COMO CONDICIÓN MODIFICATORIA DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DIERON LUGAR A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO.

LA NOTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO Y EN ESPECIAL DEL CAMBIO DE OCUPACIÓN SE HARÁ CON ANTELACIÓN NO MENOR

DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ÉSTE DEPENDE DEL ARBITRIO DEL TOMADOR O ASEGURADO. SI ES EXTRAÑA A ÉL, DENTRO DE LOS DIEZ DÍAS SIGUIENTES HÁBILES A AQUEL EN QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE ELLA, CONOCIMIENTO QUE SE PRESUME TRANSCURRIDOS TREINTA DÍAS DESDE EL MOMENTO DE LA MODIFICACIÓN.

NOTIFICADA LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO EN LOS TÉRMINOS CONSIGNADOS EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, **LA COMPAÑÍA** PODRÁ REVOCAR EL CONTRATO O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA.

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN PRODUCE LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO. PERO SOLO LA MALA FE DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR DARÁ DERECHO A **LA COMPAÑÍA** A RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

CONDICIÓN DECIMA

Revocación del contrato

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1071 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL PRESENTE CONTRATO PODRÁ SER REVOCADO UNILATERALMENTE POR LOS CONTRATANTES. POR **LA COMPAÑÍA** MEDIANTE NOTICIA ESCRITA AL ASEGURADO A SU ÚLTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DE ANTELACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO; POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE EL AVISO ESCRITO ENVIADO A **LA COMPAÑÍA**.

EN EL PRIMER CASO, LA REVOCACIÓN DA DERECHO AL ASEGURADO A RECUPERAR LA PRIMA NO DEVENGADA, O SEA, LA QUE CORRESPONDE AL LAPSO COMPRENDIDO ENTRE LA FECHA EN QUE COMIENZA A SURTIR EFECTOS LA REVOCACIÓN Y LA DEL VENCIMIENTO DEL CONTRATO. LA DEVOLUCIÓN SE COMPUTARÁ DE IGUAL MODO, SI LA REVOCACIÓN RESULTA DE MUTUO ACUERDO DE LAS PARTES.

EN EL SEGUNDO CASO, EL IMPORTE EN LA PRIMA DEVENGADA Y EL DE LA DEVOLUCIÓN SE CALCULARÁN TOMANDO EN CUENTA LA TARIFA DE SEGUROS A CORTO PLAZO.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

Cálculo de primas

LAS PRIMAS SE CALCULARÁN SOBRE LA BASE DE LAS SUMAS ESTABLECIDAS COMO ASEGURADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Ó EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO. SI LA PÓLIZA ES COLECTIVA, SE TENDRÁ EN CUENTA

ADEMÁS, LA CLASIFICACIÓN Y NÚMERO DE ASEGURADOS AMPARADOS BAJO LA PÓLIZA. **LA COMPAÑÍA** PODRÁ MODIFICAR LAS PRIMAS DE LA PÓLIZA DESPUÉS DE TRANSCURRIDO EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE LA MISMA.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

Pago de la primera prima o cuota

LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, PODRÁN ACORDAR EL PAGO FRACCIONADO DE LA PRIMA DEL SEGURO. IGUALMENTE, SE PODRÁ ACORDAR QUE EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA SE EFEC-

TÚE ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, PARA QUE ESTA ENTRE EN VIGOR A PARTIR DE DICHA FECHA.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

Plazo de pago de la prima de gracia y terminación automática por mora en el pago

EL TOMADOR DE ESTA PÓLIZA SE COMPROMETE A PAGAR LA PRIMA O FRACCIONES DE PRIMAS QUE CAUSE LA PRESENTE PÓLIZA, DIFERENTES A LA PRIMERA Y A LAS DE SU RENOVACIÓN, A MÁS TARDAR, DENTRO DEL MES SIGUIENTE, CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA.

DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1068 DEL CÓDIGO DE COMERCIO MODIFICADO POR EL ARTÍCULO 82 DE LA LEY 45/90, LA MORA EN EL PAGO DE LAS PRIMAS DE TALES CERTIFICADOS O ANEXOS, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE ESTA PÓLIZA Y DARÁ DERECHO A **LA COMPAÑÍA** PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DE LA MISMA.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

Aviso de siniestro

SEGÚN EL ARTÍCULO 1072 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SE DENOMINA SINIESTRO A LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO.

UNA VEZ OCURRIDO EL SINIESTRO, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1075 DEL CÓDIGO DE

COMERCIO, EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO PODRÁN DAR NOTICIA A **LA COMPAÑÍA** SOBRE SU OCURRENCIA DENTRO DE LOS TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE LO HAYAN CONOCIDO O DEBIDO CONOCER.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

Derecho al pago de la indemnización

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL ASEGURADO Ó SUS BENEFICIARIOS DEBERÁN DEMOSTRAR A **LA COMPAÑÍA** LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, CON LOS DOCUMENTOS MÉDICOS EXIGIDOS

SEGÚN CADA ENFERMEDAD Y QUE SE ENCUENTRAN MENCIONADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA, ASÍ COMO LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA, SI FUERE EL CASO; PARA ELLO, DEBERÁN EFECTUAR UNA RECLAMACIÓN FORMAL.

LA COMPAÑÍA ADVIERTE AL ASEGURADO O EL(LOS) BENEFICIARIO(S) DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA NECESIDAD DE EFECTUAR LA RECLAMACIÓN COMO UN MECANISMO PARA QUE EJERCITE(N) SU DERECHO DENTRO DEL TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN CONTEMPLADO EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR CUALQUIER DOCUMENTO ENCAMINADO A ANALIZAR Y EVALUAR LA RECLAMACIÓN

PRESENTADA, EXCLUSIVAMENTE A EFECTOS DE QUE SE DEMUESTRE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO. DE LA MISMA MANERA, LA PERSONA ASEGURADA Y/O SUS BENEFICIARIOS SE COMPROMETEN CON **LA COMPAÑÍA** A FACILITAR TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA ENCAMINADA A ESCLARECER LA CAUSA DE LA RECLAMACIÓN, ENTENDIÉNDOSE QUE AUTORIZAN LA CONSULTA DE TODO EL HISTORIAL MÉDICO.-

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

Pago de la indemnización, forma de pago y designación de beneficiarios

16.1. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.-

CORRESPONDE A CADA UNO DE LOS ASEGURADOS LA DESIGNACIÓN DE CADA UNO DE SUS BENEFICIARIOS DEL SEGURO.

EN CASO DE SINIESTRO, EL VALOR ASEGURADO EN LA PRESENTE PÓLIZA SERÁ PAGADO AL ASEGURADO O AL (LOS) BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S) POR EL ASEGURADO, QUE APARECE(N) EN LA CARÁTULA DE LA MISMA.-

CUANDO NO SE DESIGNE BENEFICIARIOS, O LA DESIGNACIÓN SE HAGA INEFICAZ, O QUEDE SIN EFECTO POR CUALQUIER CAUSA, TENDRÁN LA CALIDAD DE TALES EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO, EL COMPAÑERO PERMANENTE EN LA MITAD DEL SEGURO, Y LOS HEREDEROS DE ÉSTE EN LA OTRA MITAD, AL TENOR DE LO DISPUESTO EN LOS ARTÍCULOS 1142 Y 1143 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.-

IGUAL REGLA SE APLICARÁ CUANDO EL ASEGURADO Y EL BENEFICIARIO MUERAN SIMULTÁNEAMENTE O SE IGNORE CUÁL DE LOS DOS SE HA MUERTO PRIMERO, O

EN EL EVENTO DE QUE SE DESIGNE GENÉRICAMENTE COMO BENEFICIARIOS A LOS HEREDEROS DEL ASEGURADO.

16.2. FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.-

UNA PERSONA PUEDE SER BENEFICIARIO DE UN SEGURO A TÍTULO GRATUITO O A TÍTULO ONEROSO, EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1141 DEL CÓDIGO DE COMERCIO. LOS BENEFICIARIOS A TÍTULO GRATUITO SON LOS DESIGNADOS POR EL TOMADOR POR SU MERA LIBERALIDAD.

CUANDO EL BENEFICIARIO SEA DESIGNADO A TÍTULO GRATUITO, EL ASEGURADO PODRÁ MODIFICAR DICHA DESIGNACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, PERO TAL CAMBIO SURTIRÁ EFECTO A PARTIR DE LA FECHA DE SU NOTIFICACIÓN POR ESCRITO A **LA COMPAÑÍA**.-

EL PAGO DEL VALOR ASEGURADO PODRÁ REALIZARSE EN UN SOLO CONTADO. LA FORMA EN QUE SE PAGUE LA INDEMNIZACIÓN, SE DETERMINARÁ EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.-

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA

Fecha de pago de la indemnización

EN CONSONANCIA CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO (MODIFICADO POR EL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 111 DE LA LEY 510 DE 1999) **LA COMPAÑÍA** ESTARÁ OBLIGADA A EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO O BENEFICIARIO ACREDITE AÚN EXTRAJUDICIALMENTE, SU DERECHO ANTE EL ASEGURADOR DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1077.

VENCIDO ESTE PLAZO, **LA COMPAÑÍA** RECONOCERÁ Y PAGARÁ AL ASEGURADO O BENEFICIARIO, ADEMÁS DE LA OBLIGACIÓN A SU CARGO Y SOBRE EL IMPORTE DE ELLA, UN INTERÉS MORATORIO IGUAL AL CERTIFICADO COMO BANCARIO CORRIENTE POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA AUMENTADO EN LA MITAD.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA

Pérdida de la indemnización

LA MALA FE DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO EN LA RECLAMACIÓN O COMPROBACIÓN DEL DERECHO AL PAGO DE DETERMINADO SINIESTRO, CAUSARÁ LA PÉRDIDA DE TAL DERECHO, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 1078 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO, EN SU CASO, QUEDARÁ PRIVADO DE TODO DERECHO PRO-

CEDENTE DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTO, O EN APOYO DE ELLA SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

Unidad monetaria

ESTA PÓLIZA PODRÁ SER EMITIDA EN PESOS O EN CUALQUIER FORMA DE SEGURO REAJUSTABLE AUTORIZADA POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA. EL VALOR DE LA UNIDAD

DE VALOR REAL (UVR) PODRÁ UTILIZARSE, PREVIA APROBACIÓN DEL TOMADOR, COMO FACTOR DE INDEXACIÓN PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS Y DE LAS INDEMNIZACIONES.

CONDICIÓN VIGÉSIMA

Renovación

MEDIANTE EL PAGO DE LA PRIMA QUE CORRESPONDA, ESTA PÓLIZA PODRÁ SER RENOVADA SIN NECESIDAD DE SOMETERSE A UNA NUEVA APROBACIÓN POR PARTE DE **LA COMPAÑÍA**, CADA VEZ QUE TERMINE SU VIGENCIA, HASTA

QUE EL ASEGURADO CUMPLA SESENTA Y NUEVE (69) AÑOS DE EDAD Y TRESCIENTOS SESENTA Y CUATRO (364) DÍAS Y SIEMPRE SE REALIZARÁ UN NUEVO CÁLCULO SOBRE EDAD ALCANZADA.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

Prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA, EL TOMADOR, EL ASEGURADO Y LOS BENEFICIARIOS, SE OBLIGAN CON **LA COMPAÑÍA** A DILIGENCIAR CON DATOS CIERTOS Y REALES EL FORMATO QUE PARA TAL MENESTER SE PRESENTE Y A SUMINISTRAR LOS DOCUMENTOS QUE SE SOLICITEN COMO ANEXO, AL INICIO DE LA PÓLIZA Y

AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA MISMA.

DE CONFORMIDAD CON LA LEGISLACIÓN VIGENTE, LA DESATENCIÓN DE ESTOS DEBERES, SERÁ CAUSAL PARA DAR POR TERMINADO EL CONTRATO DE SEGURO POR PARTE DE LA ASEGURADORA.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

Autorización para consulta y reporte a centrales de riesgo e información financiera

EL TOMADOR AUTORIZA A **LA COMPAÑÍA** A REPORTAR, PROCESAR Y DIVULGAR A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN AUTORIZADAS PARA EL EFECTO, TODA LA INFORMACIÓN REFERENTE

A SU COMPORTAMIENTO COMO CLIENTE TOMADOR DE PÓLIZAS DE LA ENTIDAD.

ESTA AUTORIZACIÓN TAMBIÉN SE EXTIENDE A LA CONSULTA DE MANERA GENERAL Y EN CUAL-

QUIER MOMENTO DE TODA LA INFORMACIÓN FINANCIERA Y DE COMPORTAMIENTO CREDITICIO COMERCIAL O Y SUS ASEGURADOS, EN LA BASE DE DATOS DE LAS MENCIONADAS CENTRALES DE INFORMACIÓN, AL IGUAL QUE EL SUMINISTRO DE LA INFORMACIÓN COMERCIAL, FINANCIERA QUE SE DERIVE DE ESTA CONSULTA O DE LAS QUE SE LLEGAREN A REALIZAR EN UN FUTURO.

LO ANTERIOR IMPLICA QUE EL CUMPLIMIENTO O INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL TOMADOR SE REFLEJARÁ EN LAS MENCIONADAS BASES DE DATOS, EN DONDE SE CONSIGNAN DE MANERA COMPLETA, TODOS LOS DATOS REFERENTES AL ACTUAL Y PASADO COMPORTAMIENTO CREDITICIO, COMERCIAL Y FRENTE AL SECTOR FINANCIERO.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

Notificaciones

CUALQUIER DECLARACIÓN QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ESTIPULACIONES DE ESTA PÓLIZA, DEBERÁ CONSIGNARSE POR ESCRITO Y SERÁ PRUEBA SUFICIENTE

DE LA NOTIFICACIÓN, LA CONSTANCIA DEL ENVÍO DEL AVISO ESCRITO DIRIGIDO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA POR LAS PARTES.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

Domicilio

SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, PARA LOS EFECTOS RELACIONADOS CON LA PRESENTE PÓLIZA SE FIJA COMO DOMICILIO

DE LAS PARTES LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C EN LA REPÚBLICA DE COLOMBIA.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada

ANEXO

COBERTURA SERVICIOS DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA

SIGMA DENTAL

LA PERSONA ASEGURADA DE UNA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA Y/O ACCIDENTES PERSONALES EMITIDA POR METLIFE, QUE SE ENCUENTRE VIGENTE EN EL MOMENTO DE SOLICITAR EL SERVICIO DE ASISTENCIA Y QUE HAYA SIDO REPORTADA POR METLIFE A SIGMA DENTAL TENDRÁ ACCESO A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIÓN 1 AMPARO

EL PRESENTE ANEXO AMPARA LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UNA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA, ENTENDIÉNDOSE COMO TAL CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS O ATENCIONES MÉDICO ODONTOLÓGICAS, SIEMPRE QUE SE ADECUEN A LA DEFINICIÓN DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA INDICADA EN LA CONDICIÓN 3-DEFINICIONES DE ESTE ANEXO.

LOS SERVICIOS SERÁN LOS SIGUIENTES:

ELIMINACIÓN DE CARIES, RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO E INDIRECTO, OBTURACIÓN PROVISIONAL, OBTURACIÓN CON AMALGAMAS EN POSTERIORES, RESINA FOTOCURADA EN ANTERIORES O VIDRIO IONOMÉRICO DE ACUERDO AL CASO, ENDODONCIAS MONORADICULARES Y MULTIRADICULARES, EXODONCIAS NO QUIRÚRGICAS Y CURETAJES RADICULARES, CEMENTADO PROVISIONAL O DEFINITIVO DE PRÓTESIS FIJAS, REPARACIÓN DE LA PRÓTESIS REMOVIBLE (ÚNICAMENTE SUSTITUCIÓN DE DIENTES), CURETAJE POST EXODONCIA Y CONTROL DE HEMORRAGIAS Y SUTURAS EN LABIOS, PALADAR, ENCÍAS Y LENGUA; RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES Y/O CORONALES. CUANDO LA EMERGENCIA SEA PRODUCTO DE UN TRAUMATISMO O ACCIDENTE SE TENDRÁ COMO FINALIDAD SOLUCIONAR LA SITUACIÓN DE EMERGENCIA CON LOS TRATAMIENTOS ANTES DESCRITOS, EXCLUYENDO LOS TRATAMIENTOS POSTERIORES REQUERIDOS A CAUSA DEL ACCIDENTE O TRAUMATISMO.

CONDICIÓN 2 EXCLUSIONES

ESTE ANEXO NO CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS Y LOS SERVICIOS ORIGINADOS DIRECTA NI INDIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DE EVENTOS QUE NO SE PUEDAN CATALOGAR COMO UNA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA, ENTRE LOS CUALES A TÍTULO ENUNCIATIVO SE ENCUENTRAN LOS SIGUIENTES:

- a) **TRATAMIENTOS Y/O CONTROLES PARA LAS ESPECIALIDADES SIGUIENTES:** CIRUGÍA, RADIOLOGÍA, PROSTODONCIA, PERIODONCIA, ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES, ORTODONCIA, ENDODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA Y CUALQUIER OTRA NO CONTEMPLADA ESPECÍFICAMENTE EN LA CONDICIÓN 1.
- b) **EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS MAYORES:** ORIGINADAS POR TRAUMATISMOS SEVEROS QUE SUPONEN FRACTURAS MAXILARES O DE LA CARA Y PÉRDIDA DE SUSTANCIA CALCIFICADA Y DIENTES. ESTE ANEXO NO CUBRE ESTE TIPO DE EMERGENCIAS, YA QUE SE CONSIDERA UNA EMERGENCIA MÉDICA, AMPARADA POR PÓLIZAS DE ACCIDENTES PERSONALES Y/O HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA. ADEMÁS REQUIERE DE LA INTERVENCIÓN DE UN EQUIPO MÉDICO MULTIDISCIPLINARIO (CIRUJANOS PLÁSTICOS, TRAUMATÓLOGOS, CIRUJANOS MAXILOFACIALES Y ANESTESIOLOGOS) Y EL USO DE TECNOLOGÍA Y EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO SOFISTICADOS. EL TRATAMIENTO ES COMUNMENTE QUIRÚRGICO Y SE REALIZA HOSPITALARIAMENTE, ES DECIR, NO SE HACE EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.

- c) **ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN EN NIÑOS Y ADULTOS.** (NO OBSTANTE, NO TENDRÁN COSTO ALGUNO LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS Y AMPARADOS DE ACUERDO A LA CONDICIÓN 1, LUEGO DE ESTAR EL PACIENTE BAJO LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN).
- d) DEFECTOS FÍSICOS.
- e) ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS DE DISTONÍAS MAXILOFACIALES.
- f) RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA.
- g) ATENCIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO ODONTOLÓGICOS QUE NO SE AJUSTEN A LA DEFINICIÓN DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA INDICADA EN LA CONDICIÓN 3 DE ESTE ANEXO.

NO OBSTANTE SI EL ASEGURADO REQUIERE TRATAMIENTOS O SERVICIOS QUE NO SE INCLUYAN EN EL PRESENTE CONTRATO, PODRÁ SOLICITARLOS DIRECTAMENTE A LOS ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS DE LA RED, QUIENES EFECTUARÁN UN DESCUENTO DE ENTRE UN 10% Y UN 30%, RESPECTO DE SUS TARIFAS NORMALES, DEBIENDO EL ASEGURADO PAGAR TODOS LOS COSTOS QUE SE GENEREN POR DICHS TRATAMIENTOS NO AMPARADOS.

CONDICIÓN 3 DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con este Anexo, queda expresamente convenido que se entiende por:

a) Emergencia Odontológica:

Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este anexo y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

b) Red de Proveedores:

Proveedores de servicios odontológicos con los cuales EL ASEGURADOR ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

CONDICIÓN 4 PREEXISTENCIAS

EL ASEGURADOR cubrirá las afecciones Buco-Dentales, según lo establecido en el ARTÍCULO 1 - COBERTURAS, aún cuando su origen sea preexistente a la suscripción de este Anexo.

CONDICIÓN 5 PRESTACION DE SERVICIOS

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en este contrato, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por SIGMA DENTAL. EL ASEGURADO podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por SIGMA DENTAL. SIGMA DENTAL no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a LOS ASEGURADOS en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica, los cuales serán previamente especificados a SIGMA DENTAL y LOS ASEGURADOS.
- d) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente contrato están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por SIGMA DENTAL en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el o los trata-

mientos que practiquen o hagan a LOS ASEGURADOS.

- e) Cuando EL ASEGURADO requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con Sigma Dental de Colombia, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para EL ASEGURADO. El ASEGURADO deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a SIGMA DENTAL la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.
- f) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, LOS ASEGURADOS deberán comunicarse con SIGMA DENTAL a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario de SIGMA DENTAL, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
- g) LOS ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- h) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos EL ASEGURADO a SIGMA DENTAL (con copia a LA ASEGURADORA) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

CONDICIÓN 7 CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

En caso de que EL ASEGURADO requiera de los tratamientos amparados por este Anexo y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por SIGMA DENTAL, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios descritos

en este Anexo, EL ASEGURADO podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los "gastos razonables" incurridos por EL ASEGURADO por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por SIGMA DENTAL, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

SIGMA DENTAL puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por "gastos razonables" el promedio calculado por SIGMA DENTAL de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados a la red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido EL ASEGURADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Anexo.

Queda entendido, según los términos de este Anexo, que el pago contra reembolso será única y exclusivamente en el caso referido en esta condición y cuyos gastos se originen en Colombia.

CONDICIÓN 8 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO EN EL PRESENTE ANEXO

- a) LOS ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.
- b) El ASEGURADO está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos amparados.
- c) EL ASEGURADO está obligado a entregar todos las facturas requeridas por SIGMA DENTAL en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por

la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de "gastos razonables" a los cuales se hace referencia en la CONDICIÓN 7 - USO DEL SERVICIO del presente Anexo.

CONDICIÓN 9 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

EL ASEGURADOR se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado a EL ASEGURADO, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro odontológico, quedando éstos subrogados en su responsabilidad frente a EL ASEGURADO.

CONDICIÓN 10 PLAZO PARA QUEJAS

Cualquier observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación a SIGMA DENTAL, con copia a SIGMA DENTAL.

CONDICIÓN 11 PRIMA

Será la indicada en la carátula de la póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza básica.

CONDICIÓN 12 TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ANEXO

El presente anexo podrá ser revocado por SIGMA DENTAL o por el(los) Asegurado(s), en cualquier momento, ateniéndose a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza Básica.

Además de las causales de terminación establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza Básica, para el presente Anexo aplicarán las siguientes, de manera automática:

1. Por la terminación del seguro.
2. Por el cambio de país de residencia del (Los) Asegurado(s).

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus anexos continúan vigentes y sin modificación alguna.



Póliza de Seguro de Vida Grupo

Código: 11/05/2015-1413-P-34-VGDM 001

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, CON BASE EN LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y EN LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO), HA CELEBRADO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO QUE SE REGIRÁ POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, EL CUAL OTORGARÁ LAS COBERTURAS CONTRATADAS QUE SE IDENTIFICAN EN LA CARÁTULA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL:

1. AMPARO BÁSICO

1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA

2. AMPAROS ADICIONALES OPCIONALES

2.1. MUERTE ACCIDENTAL

2.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

2.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD.

CONDICIÓN PRIMERA Amparo básico

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, EN CASO QUE OCURRA LA MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESEN-

TE SEGURO, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA Amparos adicionales

LOS AMPAROS ADICIONALES QUE PUEDEN SER CONTRATADAS SEGÚN SE SEÑALE EN LA PÓLIZA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, SON LOS SIGUIENTES:

2.1. MUERTE ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, EN CASO DE MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, SI TAL FALLECIMIENTO SE PRODUCE DENTRO DE LOS 365 DÍAS SIGUIENTES AL ACCIDENTE.

2.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO, EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO EN CASO QUE ÉSTE SUFRA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO.

2.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EN CASO QUE ÉSTE SEA HOSPITALIZADO POR ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO O POR ENFER-

MEDAD NO PREEXISTENTE, EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO POR CADA DÍA DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA.

SI EXPRESAMENTE SE INDICA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, ESTE AMPARO SE PODRÁ AMPLIAR AL PAGO DE UN VALOR ASEGURADO ADICIONAL FIJADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, POR CADA

DÍA QUE EL ASEGURADO ESTÉ INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) EN HOSPITAL O CLÍNICA DEBIDAMENTE RECONOCIDO Y CERTIFICADO POR LAS AUTORIDADES DE SALUBRIDAD COMPETENTES.

EL PERÍODO MÁXIMO A INDEMNIZAR BAJO ESTA COBERTURA ES DE 364 DÍAS, SIEMPRE QUE LA POLIZA CONTINÚE VIGENTE.

CONDICIÓN TERCERA

Exclusiones de la póliza

3.1. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA.

ESTE SEGURO BAJO CUALQUIERA DE LOS AMPAROS NO CUBRE LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.1.1. HOMICIDIO EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES O SU TENTATIVA; LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, (SALVO EN LOS CASOS QUE SE DECLARE POR LA AUTORIDAD COMPETENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PERDIDA); Y ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS. PARA LOS AMPAROS BÁSICO DE MUERTE Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ESTA EXCLUSIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. DESPUÉS DE DICHO PERIODO EL HOMICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA LOS AMPAROS BÁSICO Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

3.1.2. EL SUICIDIO O SU TENTATIVA, LESIONES INFLIGIDAS A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA O ESTADO CONSCIENTE O INCONSCIENTE. PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE ESTA EXCLUSIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. DESPUÉS DE DICHO TÉRMINO EL SUICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA EL AMPARO BÁSICO.

3.1.3. CUALQUIER ANOMALÍA CONGÉNITA, ENFERMEDAD O PATOLOGÍA Y/O LESIONES QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

3.1.4. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

3.1.5. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS POR PARTE DEL ASEGURADO.

3.1.6. ESTE SEGURO NO AMPARA A PERSONAS QUE YA TENGAN DIAGNOSTICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, O QUE PRESENTEN PÉRDIDA DE MÁS DEL CINCUENTA (50%) DE LA AUDICIÓN, DE LA VISIÓN O EL HABLA, ASÍ COMO AQUELLOS QUE PRESENTEN PÉRDIDA TOTAL O FUNCIONAL DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.

3.2. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS EXCEPTO AL BÁSICO Y AL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CAUSA ACCIDENTAL, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD, FRACTURAS DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES Y/O INFERIORES Y QUEMADURAS DE SEGUNDO Y/O TERCER GRADO NO CUBREN LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.2.1. PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS O COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO TALES COMO, PERO NO LIMITADO A: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, KARTISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL, PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS O DESAFÍOS O PRÁCTICA DE DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.-

3.2.2. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL, LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS, CON ITINERARIO APROBADO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y POR LAS CUALES EL ASEGURADO HAYA PAGADO UN TIQUETE.-

3.2.3. LAS PELEAS O RIÑAS OCASIONADAS O CAUSADAS POR EL ASEGURADO.

3.2.4. VÍCTIMA O PARTÍCIPE DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, TERRORISMO, ACTOS TERRORISTAS O EL USO DE FUERZA MILITAR PARA PREVENIRLOS O MITIGARLOS, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE O LESIONES QUE SUFRA DIRECTA O INDIRECTAMENTE UNA PERSONA TERRORISTA O MIEMBRO DE UNA ORGANIZACIÓN TERRORISTA, TRAFICANTE DE DROGAS, O PROVEEDOR DE ARMAS NUCLEARES, QUÍMICAS O BIOLÓGICAS.

3.2.5. FISIÓN O FUSIÓN RADIOACTIVA O QUÍMICA O LOS EFECTOS QUE PRODUZCAN EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES, REACCIÓN NUCLEAR, LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA, DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS, O BIOLÓGICOS, EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA.

3.2.6. CUANDO EL ACCIDENTE SE ORIGINE O CAUSE POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS (EXCEPTUANDO LAS TOMADAS BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA), ALUCINÓGENOS U OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS.

3.3. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN.

LOS AMPAROS DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE Y RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD NO CUBREN LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.3.1. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, ASÍ COMO LOS TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS CON FINES ESTÉTICOS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRACTIQUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.

3.3.2. CUALQUIER TRASTORNO MENTAL O NERVIOSO O CURAS DE REPOSO O TRASTORNOS DEL SUEÑO, PANDEMIAS O EPIDEMIAS.

3.3.3. MATERNIDAD, PARTO, ABORTO, O INTENTO DE ABORTO Y TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD.

3.3.4. EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO Y RADIOLÓGICOS O CUALQUIER OTRA PRUEBA O EXAMEN.

3.3.5. HOSPITALIZACIONES POR CAUSA DE TRATAMIENTOS DE OBESIDAD.

3.3.6. ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN, USO DE NARCÓTICOS O ESTUPEFACIENTES Y TRATAMIENTOS PARA LOS MISMOS.

CONDICIÓN CUARTA

Exclusiones en razón de actividades riesgosas

LOS ASEGURADOS BAJO LA PÓLIZA TENDRÁN COBERTURA EN RELACIÓN CON LOS RIESGOS CONTRATADOS, EXCEPTO SI EL EVENTO GENERADOR DEL FALLECIMIENTO O LA LESIÓN SE PRODUCE POR ALGUNA DE LAS EXCLUSIONES DESCRITAS EN LA ANTERIOR CONDICIÓN O POR CAUSA DE QUE EL ASEGURADO HAYA REALIZADO ALGUNA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, OCUPACIONES U OFICIOS, CASO EN EL CUAL SE ENCONTRARÁN EXCLUIDAS:

4.1. DEPORTISTAS PROFESIONALES, MINEROS, FARMACÉUTAS, PILOTOS Y AUXILIARES DE VUELO, TRABAJADORES EN PLATAFORMAS DE EXTRACCIÓN OFF-SHORE, BOMBEROS, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO, CAMIONES O MOTOS, PROCESAMIENTO DE ANIMALES PARA COMERCIALIZACIÓN, LIMPIEZA DE VIDRIOS O SERVICIOS DE ASEO INDUSTRIAL, CENTROS DE RELAJACIÓN (SPA) O GIMNASIOS, PLANTAS NUCLEARES O DE PRODUCTOS QUÍMICOS,

Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

4.2. POLÍTICOS, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA, POLICÍAS O MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA PÚBLICOS O PRIVADOS, TAXISTAS PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAL VINCULADO A LA RAMA JUDICIAL U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PODER PÚBLICO, LA AGRICULTURA O GANADERÍA. CUANDO EL ASEGURADO OSTENTE O REALICE LAS OCUPACIONES, OFICIOS O ACTIVIDADES PREVISTOS EN ESTE NUMERAL, LA EXCLUSIÓN DE HOMICIDIO A QUE SE REFIERE LA CONDICIÓN 3.1.1. SE APLICARÁ DURANTE TODA LA VIGENCIA DEL SEGURO.

CONDICIÓN QUINTA

Edades de ingreso y permanencia en el seguro

SALVO QUE SE MODIFIQUE LA PRESENTE CONDICIÓN, MEDIANTE UN ANEXO A LA PRESENTE PÓLIZA, LAS EDADES PARA EL INGRESO Y PARA LA

PERMANENCIA DE LOS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA SON LAS SIGUIENTES:

AMPARO	GRUPO ASEGURABLE	EDAD DE INGRESO		EDAD DE PERMANENCIA
		MÍNIMA	MÁXIMA	
Básico y muerte accidental	Asegurado principal	18 años	64 años 364 días	69 años 364 días
	Asegurado Secundario cónyuge o compañero	18 años	64 años 364 días	69 años 364 días
	Asegurado Secundario hijos	6 meses	23 años 364 días	24 años 364 días
Demás amparos	Asegurado principal	18 años	64 años 364 días	65 años 364 días
	Asegurado Secundario cónyuge o compañero	18 años	64 años 364 días	65 años 364 días
	Asegurado Secundario hijos	6 meses	23 años 364 días	24 años 364 días

CONDICIÓN SEXTA

Definiciones

Para efectos de este contrato las expresiones que a continuación se relacionan tendrán el significado que aquí se les asigna:

- 6.1. TOMADOR:** Es la persona que contrata el presente seguro.
- 6.2. ASEGURADO:** Es el titular del interés asegurable, y aparece identificado en la carátula de la póliza y/o Certificado individual de seguro.
- 6.3. BENEFICIARIO:** La persona que tiene derecho al pago de la prestación asegurada y que aparece señalado como tal en la Carátula de la Póliza o del certificado individual.
- 6.4. ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, causado por medios externos, que de manera violenta, afecten el organismo del asegurado, generando lesiones corporales (internas o externas) o su muerte.

También se consideran accidentes la intoxicación o envenenamiento accidental, las peleas o riñas no ocasionadas por el asegurado, la asfixia por vapores o gases ajena a la voluntad del asegurado, la mordedura y picadura de animales, el terremoto, temblor y demás fenómenos naturales, la práctica no profesional de deportes, los accidentes en moto, el ahogamiento o asfixia por inmersión u obstrucción del aparato respiratorio que no provenga de enfermedad.

- 6.5. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente contrato, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier ocupación o empleo remunerado, siempre y cuando la incapacidad haya existido por un período continuo

no menor de ciento cincuenta (150) días y que sea igual o superior al 50% de invalidez de acuerdo con el manual de calificación vigente, cuya fecha de estructuración se fije dentro del periodo de vigencia del presente seguro.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación traumática o quirúrgica de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, de acuerdo con el siguiente alcance:

- **Manos:** Amputación a nivel de la articulación radiocarpiana.
- **Pies:** Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.
- **Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.

- 6.6. ENFERMEDAD:** El conjunto de fenómenos que se producen en el organismo del ser humano que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella, produciéndose una alteración de menor o mayor gravedad en la salud del cuerpo o de la mente.
- 6.7. SIDA:** Tiene el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye. El SIDA incluirá el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Encefalopatía (Demencia), Síndrome de Debilitamiento del VIH y "A.R.C." (Asociación de Síntomas Relacionados con el SIDA).
- 6.8. HOSPITALIZACIÓN:** Se entiende que ella ocurre cuando el Asegurado se encuentra registrado como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, utilizando al menos, un (1) día completo (24 horas) de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería en dicha institución.

CONDICIÓN SÉPTIMA

Ámbito temporal
y territorial de
los amparos

Los amparos contenidos en la presente póliza cubren al asegurado las veinticuatro (24) horas del

día, incluyendo viajes terrestres, marítimos y aéreos dentro y fuera del país.

CONDICIÓN OCTAVA

Independencia de los
amparos y terminación
del seguro por pago
de indemnización por
incapacidad total
y permanente

Si como consecuencia de un mismo evento se afectara más de uno de los riesgos cubiertos, la suma pagadera no excederá el valor asegurado especificado en la carátula de la póliza para cada uno de los amparos afectados.

Sin embargo, el pago de la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente o por el amparo de incapacidad total y permanente por causa accidental producirá la terminación del presente seguro, con efecto al momento en el cual se estructuró la respectiva incapacidad.

CONDICIÓN NOVENA

Sumas aseguradas y
límites de
indemnización

La responsabilidad máxima de **LA COMPAÑÍA** no excederá de la suma asegurada estipulada para cada cobertura indicada en la carátula de la póliza.

za o en el certificado individual de seguro, ni de los límites y sublímites fijados para determinadas coberturas.

CONDICIÓN DÉCIMA

Deducible

Es el monto o el porcentaje de la pérdida que se encuentra a cargo del ASEGURADO, estipulado en la carátula de la póliza en el certificado individual o en sus anexos, previsto para las diferentes

coberturas que se contraten, que invariablemente se deduce del pago de la correspondiente indemnización.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

Declaración del
estado del riesgo

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1058 y 1059 del Código de Comercio, el ASEGURADO y Tomador están obligados 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 o el ASEGURADO han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del ASEGURADO, el contrato no será nulo, pero el asegurador solo 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 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

De presentarse alguna de las situaciones de rescisión del contrato de seguro definidas dentro de esta condición y en virtud del artículo 1059 del código de comercio, y habiéndose generado la rescisión del contrato, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de las primas recaudadas a título de pena.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

Pago de las primas y terminación del contrato por mora en el pago de la prima

La prima correspondiente a la presente póliza o a cada certificado individual de seguro e indicada en cada uno de ellos será pagada por el ASEGURADO dentro del plazo previsto para el efecto expresamente en la póliza o en el mismo certificado individual de seguro o en su defecto dentro de los 30 días comunes contados desde la fecha de inicio de vigencia. En todo caso y en concordan-

cia con lo previsto por el artículo 1152 del Código de Comercio la mora en el pago de la prima producirá la terminación automática del contrato.

El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la póliza o el certificado individual terminados automáticamente.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

Renovación

La vigencia del seguro será la indicada expresamente en la carátula de la póliza, certificado individual de seguro, anexo o condición particular, en los cuales se establece la forma de renovación y de ajuste de la primas correspondientes.

En defecto de estipulación específica sobre la renovación en la carátula de la póliza, en el certificado individual, anexo o condición particular, el seguro se renovará mensualmente de manera automática y en cada anualidad los valores asegurados se ajustarán automáticamente en el mismo porcentaje que registre el IPC del año anterior.

En cada anualidad la prima correspondiente al siguiente periodo anual se calculará tomando como base el nuevo valor asegurado y las tarifas aplicables a la edad alcanzada por el ASEGURADO.

En caso de presentarse una revisión o modificación de las condiciones de la póliza de grupo entre EL TOMADOR y **LA COMPAÑÍA**, estos le serán comunicados al ASEGURADO en su respectiva renovación para su aceptación. Esta comunicación será enviada por escrito a la última dirección conocida por **LA COMPAÑÍA** con un plazo mínimo de diez (10) días anteriores a la fecha de renovación.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

Revocación del contrato

La póliza o los certificados individuales de seguro podrán ser revocados unilateralmente por EL TOMADOR o ASEGURADO de acuerdo con el artículo 1071 del Código de Comercio. En este caso el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

LA COMPAÑÍA podrá revocar cualquiera de los amparos, salvo el amparo básico, mediante aviso escrito enviado al ASEGURADO a su última dire-

cción conocida con 10 días hábiles de anticipación, en cuyo caso **LA COMPAÑÍA** devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación.

El hecho de que **LA COMPAÑÍA** haya recibido primas con posterioridad al envío de la comunicación sobre la revocación, no la obligará a conceder los beneficios ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

Aviso del siniestro

De acuerdo a lo contenido en el Art. 1075 del Código de Comercio, una vez ocurrido el siniestro, el ASEGURADO estará obligado a dar noticia al Área de Beneficios de **LA COMPAÑÍA** dentro de los tres (3) días siguientes a que lo conoció o

debió conocer, a través de los diferentes canales de comunicación disponibles en la página web corporativa www.metlife.com.co procesos-dereclamación.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

Requisitos para el pago de la indemnización

De acuerdo con lo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, al ASEGURADO le corresponde demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro.

De forma simplemente indicativa, con el fin de facilitar el proceso de reclamación al ASEGURADO, este podrá adjuntar los documentos descritos a continuación, sin perjuicio de presentar otros medios de prueba para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro

16.1. Para la cobertura del amparo básico de muerte:

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Original o copia del registro civil de defunción.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO fallecido.
- Copia del documento de identificación del BENEFICIARIO.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.

- Tratándose de beneficiarios legales la prueba de tal calidad.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

16.2. Para la cobertura del amparo de muerte accidental:

- Los mismos requisitos exigidos para la cobertura básica.
- Acta de levantamiento del cadáver o certificado de necropsia o informe de medicina legal.

16.3. Para la cobertura de los amparos de incapacidad total y permanente y de incapacidad total y permanente por causa accidental:

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- Calificación médica del grado de invalidez.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

16.4. Para la cobertura de los amparos de renta diaria por hospitalización por causa de accidente (por causa de accidente o enfermedad):

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO.
- Certificado de la institución hospitalaria en la cual el ASEGURADO fue internado con la indicación de la causa y de la duración de la hospitalización.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- Calificación médica del grado de invalidez.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

16.5. Para la cobertura de los amparos de fracturas de las extremidades superiores y/o inferiores y de quemaduras de segundo y/o de tercer grado:

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA
Pérdida del derecho a la indemnización

De acuerdo con el artículo 1078 del Código de Comercio si el ASEGURADO o el beneficiario incumplieren las obligaciones que les corresponden en caso de siniestro, **LA COMPAÑÍA** sólo podrá deducir de la indemnización el valor de los

perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del ASEGURADO o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA
Prescripción

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en forma ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) 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 (5) años, correrá contra toda clase de personas y

empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

Conocimiento del cliente

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Tomador y el ASEGURADO se obligan con **LA COMPAÑÍA** a diligenciar con datos ciertos y reales el

formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexos.

CONDICIÓN VIGÉSIMA

Autorización para consulta y reporte a centrales de riesgo e información con las que se tenga un contrato

EL TOMADOR autoriza a **LA COMPAÑÍA** a reportar, procesar y divulgar a las Centrales de Información autorizadas para el efecto, toda la información referente a su comportamiento como cliente tomador de pólizas de la entidad y causas de siniestralidad de la póliza, únicamente con fines estadísticos.

Centrales de Información, al igual que el suministro de la información comercial y/o financiera que se derive de esta consulta o de las que se llegaren a realizar en un futuro.

Esta autorización también se extiende a la consulta de manera general y en cualquier momento de toda la información financiera y de comportamiento crediticio comercial de la sociedad registrada en la base de datos de las mencionadas

Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones de EL TOMADOR se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes al actual y pasado comportamiento crediticio, comercial y frente al sector financiero.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

Normas supletorias

En lo no previsto en las presentes "condiciones generales", este contrato se regirá por las disposi-

ciones del Código de Comercio y demás leyes aplicables al contrato de seguros.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

Notificaciones

Cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prue-

ba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso dirigido a la última dirección registrada de las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

Mérito ejecutivo de la póliza

La póliza prestará mérito ejecutivo contra **LA COMPAÑÍA**, por sí sola, transcurrido un (1) mes contado a partir del día en el cual el ASEGURADO o quien lo represente, entregue a **LA COMPAÑÍA** la reclamación aparejada de los

comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

Domicilio, legislación aplicable, territorio y notificaciones

Para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad y dirección indicadas en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares. El presente

contrato de seguro se rige por las leyes de la República de Colombia aplicables al mismo y tiene como ámbito de cobertura el territorio de la República de Colombia.

**CONDICIÓN
VIGÉSIMA QUINTA**
Protección de
datos personales

EL TOMADOR asegura haber obtenido los datos personales de manera legal y lícita de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Por eso, es el único responsable en relación con el origen de los datos que con ocasión a este contrato va a transferir a **LA COMPAÑÍA**.

EL TOMADOR declara que respecto de aquellos datos que en la ejecución del contrato puedan ser considerados de naturaleza diferente a la pública, es decir, aquellos que requerirían la autorización previa por parte del titular de los datos

para ser utilizados y transferidos a **LA COMPAÑÍA**, se compromete a cumplir con los compromisos que al respecto establece la regulación vigente de Protección de Datos Personales.

En ningún caso se entenderá que existe responsabilidad solidaria entre **LA COMPAÑÍA** y EL TOMADOR en el evento que este último incumpla las obligaciones establecidas en la presente cláusula o en la regulación sobre protección de datos personales.



MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada

Póliza de Seguro de Vida Grupo

Condiciones Particulares

NO OBSTANTE LO QUE EN CONTRARIO SE ESTIPULE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, LAS PARTES ACUERDAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES QUE PREVALECERÁN:

CONDICIÓN PRIMERA

Cobertura adicional de Rentas Mensuales de Gastos para Hogar por Muerte por Cualquier Causa

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO, EL CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA** SE COMPROMETE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS RENTAS MENSUALES ADICIONALES POR UN PERIODO 12 MESES CUANDO SE PRODUZCA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DURANTE LA VI-

GENCIA DEL PRESENTE SEGURO, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA, CUYO VALOR SERÁ ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA

Cobertura adicional de Rentas Mensuales por Incapacidad Total y Permanente por Cualquier Causa

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO, EL CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA** SE COMPROMETE A PAGAR AL ASEGURADO RENTAS MENSUALES ADICIONALES POR UN PERIODO 12 MESES CUANDO SE PRODUZCA UNA IN-

CAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (EN LOS TÉRMINOS INDICADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA), CUYO VALOR SERÁ ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN TERCERA

Cobertura adicional de Auxilio para Gastos Funerarios por Muerte por Cualquier Causa

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO, EL CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA** SE COMPROMETE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS UN AUXILIO FUNERARIO CUANDO SE PRODUZCA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DURAN-

TE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA, CUYO VALOR SERÁ ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada

ANEXO

COBERTURA SERVICIOS DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA

SIGMA DENTAL

LA PERSONA ASEGURADA DE UNA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA Y/O ACCIDENTES PERSONALES EMITIDA POR METLIFE, QUE SE ENCUENTRE VIGENTE EN EL MOMENTO DE SOLICITAR EL SERVICIO DE ASISTENCIA Y QUE HAYA SIDO REPORTADA POR METLIFE A SIGMA DENTAL TENDRÁ ACCESO A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIÓN 1 AMPARO

EL PRESENTE ANEXO AMPARA LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UNA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA, ENTENDIÉNDOSE COMO TAL CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS O ATENCIONES MÉDICO ODONTOLÓGICAS, SIEMPRE QUE SE ADECUEN A LA DEFINICIÓN DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA INDICADA EN LA CONDICIÓN 3-DEFINICIONES DE ESTE ANEXO.

LOS SERVICIOS SERÁN LOS SIGUIENTES: ELIMINACIÓN DE CARIES, RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO E INDIRECTO, OBTURACIÓN PROVISIONAL, OBTURACIÓN CON AMALGAMAS EN POSTERIORES, RESINA FOTOCURADA EN ANTERIORES O VIDRIO IONOMÉRICO DE ACUERDO AL CASO, ENDODONCIAS MONORADICULARES Y MULTIRADICULARES, EXODONCIAS NO QUIRÚRGICAS Y CURETAJES RADICULARES, CEMENTADO PROVISIONAL O DEFINITIVO DE PRÓTESIS FIJAS, REPARACIÓN DE LA PRÓTESIS REMOVIBLE (ÚNICAMENTE SUSTITUCIÓN DE DIENTES), CURETAJE POST EXODONCIA Y CONTROL DE HEMORRAGIAS Y SUTURAS EN LABIOS, PALADAR, ENCÍAS Y LENGUA; RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES Y/O CORONALES. CUANDO LA EMERGENCIA SEA PRODUCTO DE UN TRAUMATISMO O ACCIDENTE SE TENDRÁ COMO FINALIDAD SOLUCIONAR LA SITUACIÓN DE EMERGENCIA CON LOS TRATAMIENTOS ANTES DESCRITOS, EXCLUYENDO LOS TRATAMIENTOS POSTERIORES REQUERIDOS A CAUSA DEL ACCIDENTE O TRAUMATISMO.

CONDICIÓN 2 EXCLUSIONES

ESTE ANEXO NO CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS Y LOS SERVICIOS ORIGINADOS DIRECTA NI INDIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DE EVENTOS QUE NO SE PUEDAN CATALOGAR COMO UNA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA, ENTRE LOS CUALES A TÍTULO ENUNCIATIVO SE ENCUENTRAN LOS SIGUIENTES:

- a) **TRATAMIENTOS Y/O CONTROLES PARA LAS ESPECIALIDADES SIGUIENTES:** CIRUGÍA, RADIOLOGÍA, PROSTODONCIA, PERIODONCIA, ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES, ORTODONCIA, ENDODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA Y CUALQUIER OTRA NO CONTEMPLADA ESPECÍFICAMENTE EN LA CONDICIÓN 1.
- b) **EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS MAYORES:** ORIGINADAS POR TRAUMATISMOS SEVEROS QUE SUPONEN FRACTURAS MAXILARES O DE LA CARA Y PÉRDIDA DE SUSTANCIA CALCIFICADA Y DIENTES. ESTE ANEXO NO CUBRE ESTE TIPO DE EMERGENCIAS, YA QUE SE CONSIDERA UNA EMERGENCIA MÉDICA, AMPARADA POR PÓLIZAS DE ACCIDENTES PERSONALES Y/O HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA. ADEMÁS REQUIERE DE LA INTERVENCIÓN DE UN EQUIPO MÉDICO MULTIDISCIPLINARIO (CIRUJANOS PLÁSTICOS, TRAUMATÓLOGOS, CIRUJANOS MAXILOFACIALES Y ANESTESIOLOGOS) Y EL USO DE TECNOLOGÍA Y EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO SOFISTICADOS. EL TRATAMIENTO ES COMÚNMENTE QUIRÚRGICO Y SE REALIZA HOSPITALARIAMENTE, ES DECIR, NO SE HACE EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.

- c) **ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN EN NIÑOS Y ADULTOS.** (NO OBSTANTE, NO TENDRÁN COSTO ALGUNO LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS Y AMPARADOS DE ACUERDO A LA CONDICIÓN 1, LUEGO DE ESTAR EL PACIENTE BAJO LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN).
- d) DEFECTOS FÍSICOS.
- e) ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS DE DISTONÍAS MAXILOFACIALES.
- f) RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA.
- g) ATENCIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO ODONTOLÓGICOS QUE NO SE AJUSTEN A LA DEFINICIÓN DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA INDICADA EN LA CONDICIÓN 3 DE ESTE ANEXO.

NO OBSTANTE SI EL ASEGURADO REQUIERE TRATAMIENTOS O SERVICIOS QUE NO SE INCLUYAN EN EL PRESENTE CONTRATO, PODRÁ SOLICITARLOS DIRECTAMENTE A LOS ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS DE LA RED, QUIENES EFECTUARÁN UN DESCUENTO DE ENTRE UN 10% Y UN 30%, RESPECTO DE SUS TARIFAS NORMALES, DEBIENDO EL ASEGURADO PAGAR TODOS LOS COSTOS QUE SE GENEREN POR DICHS TRATAMIENTOS NO AMPARADOS.

CONDICIÓN 3 DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con este Anexo, queda expresamente convenido que se entiende por:

a) Emergencia Odontológica:

Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este anexo y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

b) Red de Proveedores:

Proveedores de servicios odontológicos con los cuales EL ASEGURADOR ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

CONDICIÓN 4 PREEXISTENCIAS

EL ASEGURADOR cubrirá las afecciones Bucodentales, según lo establecido en el ARTÍCULO 1 - COBERTURAS, aún cuando su origen sea preexistente a la suscripción de este Anexo.

CONDICIÓN 5 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en este contrato, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por SIGMA DENTAL. EL ASEGURADO podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por SIGMA DENTAL. SIGMA DENTAL no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a LOS ASEGURADOS en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica, los cuales serán previamente especificados a SIGMA DENTAL y LOS ASEGURADOS.
- d) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente contrato están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por SIGMA DENTAL en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a LOS ASEGURADOS.

- e) Cuando EL ASEGURADO requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con Sigma Dental de Colombia, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para EL ASEGURADO. El ASEGURADO deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a SIGMA DENTAL la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.
- f) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, LOS ASEGURADOS deberán comunicarse con SIGMA DENTAL a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario de SIGMA DENTAL, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
- g) LOS ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- h) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos EL ASEGURADO a SIGMA DENTAL (con copia a LA ASEGURADORA) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

CONDICIÓN 7 CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

En caso de que EL ASEGURADO requiera de los tratamientos amparados por este Anexo y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por SIGMA DENTAL, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios descritos en este Anexo, EL ASEGURADO podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los “gastos razonables” incurridos por EL ASEGURADO por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por SIGMA DENTAL, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

SIGMA DENTAL puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por “gastos razonables” el promedio calculado por SIGMA DENTAL de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados a la red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido EL ASEGURADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Anexo.

Queda entendido, según los términos de este Anexo, que el pago contra reembolso será única y exclusivamente en el caso referido en esta condición y cuyos gastos se originen en Colombia.

CONDICIÓN 8 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO EN EL PRESENTE ANEXO

- a) LOS ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.
- b) El ASEGURADO está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos amparados.
- c) EL ASEGURADO está obligado a entregar todos las facturas requeridas por SIGMA DENTAL en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de “gastos razonables” a los cuales se hace referencia en la CONDICIÓN 7 - USO DEL SERVICIO del presente Anexo.

CONDICIÓN 9 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

EL ASEGURADOR se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado a EL ASEGURADO, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro odontológico, quedando éstos subrogados en su responsabilidad frente a EL ASEGURADO.

CONDICIÓN 10 PLAZO PARA QUEJAS

Cualquier observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación a SIGMA DENTAL, con copia a SIGMA DENTAL.

CONDICIÓN 11 PRIMA

Será la indicada en la carátula de la póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza básica.

CONDICIÓN 12 TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ANEXO

El presente anexo podrá ser revocado por SIGMA DENTAL o por el(los) Asegurado(s), en cualquier momento, ateniéndose a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza Básica.

Además de las causales de terminación establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza Básica, para el presente Anexo aplicarán las siguientes, de manera automática:

1. Por la terminación del seguro.
2. Por el cambio de país de residencia del (Los) Asegurado(s).

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus anexos continúan vigentes y sin modificación alguna.



Póliza de Seguro de Vida Grupo

Código: 11/05/2015-1413-P-34-VGDM 001

METLIFE COLOMBIA SEGUROS DE VIDA S.A. QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, CON BASE EN LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA, EN LOS CERTIFICADOS QUE SE EXPIDAN EN RELACIÓN CON ELLA Y EN LAS SOLICITUDES DE SEGURO (LAS CUALES SE ENTIENDEN INCORPORADAS AL PRESENTE CONTRATO), HA CELEBRADO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO QUE SE REGIRÁ POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, EL CUAL OTORGARÁ LAS COBERTURAS CONTRATADAS QUE SE IDENTIFICAN EN LA CARÁTULA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL:

1. AMPARO BÁSICO

1.1. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA

2. AMPAROS ADICIONALES OPCIONALES

2.1. MUERTE ACCIDENTAL

2.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

2.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD.

CONDICIÓN PRIMERA Amparo básico

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, EN CASO QUE OCURRA LA MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESEN-

TE SEGURO, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA Amparos adicionales

LOS AMPAROS ADICIONALES QUE PUEDEN SER CONTRATADAS SEGÚN SE SEÑALE EN LA PÓLIZA O EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL, SON LOS SIGUIENTES:

2.1. MUERTE ACCIDENTAL

LA COMPAÑÍA PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO, EN CASO DE MUERTE DE LA PERSONA ASEGURADA, COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, SI TAL FALLECIMIENTO SE PRODUCE DENTRO DE LOS 365 DÍAS SIGUIENTES AL ACCIDENTE.

2.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO, EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO EN CASO QUE ÉSTE SUFRA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO.

2.3. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD.

LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL ASEGURADO EN CASO QUE ÉSTE SEA HOSPITALIZADO POR ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO O POR ENFER-

MEDAD NO PREEXISTENTE, EL VALOR ASEGURADO PARA ESTE AMPARO POR CADA DÍA DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA.

SI EXPRESAMENTE SE INDICA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA, ESTE AMPARO SE PODRÁ AMPLIAR AL PAGO DE UN VALOR ASEGURADO ADICIONAL FIJADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, POR CADA

DÍA QUE EL ASEGURADO ESTÉ INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) EN HOSPITAL O CLÍNICA DEBIDAMENTE RECONOCIDO Y CERTIFICADO POR LAS AUTORIDADES DE SALUBRIDAD COMPETENTES.

EL PERÍODO MÁXIMO A INDEMNIZAR BAJO ESTA COBERTURA ES DE 364 DÍAS, SIEMPRE QUE LA POLIZA CONTINÚE VIGENTE.

CONDICIÓN TERCERA

Exclusiones de la póliza

3.1. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA.

ESTE SEGURO BAJO CUALQUIERA DE LOS AMPAROS NO CUBRE LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.1.1. HOMICIDIO EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES O SU TENTATIVA; LESIONES O MUERTE CAUSADAS POR ARMA DE FUEGO, CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, (SALVO EN LOS CASOS QUE SE DECLARE POR LA AUTORIDAD COMPETENTE COMO VÍCTIMA DE BALA PERDIDA); Y ACTOS MALINTENCIONADOS DE TERCEROS. PARA LOS AMPAROS BÁSICO DE MUERTE Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ESTA EXCLUSIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. DESPUÉS DE DICHO PERIODO EL HOMICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA LOS AMPAROS BÁSICO Y DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

3.1.2. EL SUICIDIO O SU TENTATIVA, LESIONES INFLIGIDAS A SÍ MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA O ESTADO CONSCIENTE O INCONSCIENTE. PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE ESTA EXCLUSIÓN SE APLICARÁ SOLO DURANTE LOS DOS AÑOS SIGUIENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. DESPUÉS DE DICHO TÉRMINO EL SUICIDIO QUEDA CUBIERTO PARA EL AMPARO BÁSICO.

3.1.3. CUALQUIER ANOMALÍA CONGÉNITA, ENFERMEDAD O PATOLOGÍA Y/O LESIONES QUE SE HAYAN MANIFESTADO, DIAGNOSTICADO Y/O TRATADO ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL.

3.1.4. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

3.1.5. REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS POR PARTE DEL ASEGURADO.

3.1.6. ESTE SEGURO NO AMPARA A PERSONAS QUE YA TENGAN DIAGNOSTICADA UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, O QUE PRESENTEN PÉRDIDA DE MÁS DEL CINCUENTA (50%) DE LA AUDICIÓN, DE LA VISIÓN O EL HABLA, ASÍ COMO AQUELLOS QUE PRESENTEN PÉRDIDA TOTAL O FUNCIONAL DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.

3.2. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS EXCEPTO AL BÁSICO Y AL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

LOS AMPAROS DE MUERTE ACCIDENTAL, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR CAUSA ACCIDENTAL, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD, FRACTURAS DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES Y/O INFERIORES Y QUEMADURAS DE SEGUNDO Y/O TERCER GRADO NO CUBREN LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.2.1. PARTICIPACIÓN EN PRÁCTICAS O COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE ALTO RIESGO TALES COMO, PERO NO LIMITADO A: BUCEO, ALPINISMO, ESCALAMIENTO EN MONTAÑAS, ESPELEOLOGÍA, PARACAIDISMO, PARAPENTISMO, VUELOS EN COMETA, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, KARTISMO, DEPORTES DE INVIERNO, ASÍ COMO LA PRÁCTICA DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL, PARTICIPACIÓN EN CARRERAS, APUESTAS, COMPETENCIAS O DESAFÍOS O PRÁCTICA DE DEPORTES DENOMINADOS EXTREMOS.-

3.2.2. CUANDO EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN CUALQUIER TIPO DE AERONAVE SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO EN UNA AEROLÍNEA COMERCIAL, LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS, CON ITINERARIO APROBADO POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES Y POR LAS CUALES EL ASEGURADO HAYA PAGADO UN TIQUETE.-

3.2.3. LAS PELEAS O RIÑAS OCASIONADAS O CAUSADAS POR EL ASEGURADO.

3.2.4. VÍCTIMA O PARTÍCIPE DE GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, TERRORISMO, ACTOS TERRORISTAS O EL USO DE FUERZA MILITAR PARA PREVENIRLOS O MITIGARLOS, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE O LESIONES QUE SUFRA DIRECTA O INDIRECTAMENTE UNA PERSONA TERRORISTA O MIEMBRO DE UNA ORGANIZACIÓN TERRORISTA, TRAFICANTE DE DROGAS, O PROVEEDOR DE ARMAS NUCLEARES, QUÍMICAS O BIOLÓGICAS.

3.2.5. FISIÓN O FUSIÓN RADIOACTIVA O QUÍMICA O LOS EFECTOS QUE PRODUZCAN EL USO O ESCAPE DE MATERIALES NUCLEARES, REACCIÓN NUCLEAR, LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA, DISPERSIÓN, DERRAMAMIENTO O APLICACIÓN DE MATERIALES QUÍMICOS, O BIOLÓGICOS, EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA.

3.2.6. CUANDO EL ACCIDENTE SE ORIGINE O CAUSE POR ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DROGAS (EXCEPTUANDO LAS TOMADAS BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA), ALUCINÓGENOS U OTRAS SUSTANCIAS TÓXICAS.

3.3. EXCLUSIONES APLICABLES A LOS AMPAROS DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN.

LOS AMPAROS DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE Y RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR CAUSA DE ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD NO CUBREN LOS EVENTOS, LA MUERTE O LA LESIÓN QUE TENGAN SU CAUSA, CONSISTAN EN, O SEAN CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA, TOTAL O PARCIAL DE:

3.3.1. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, ASÍ COMO LOS TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS CON FINES ESTÉTICOS. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRACTIQUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.

3.3.2. CUALQUIER TRASTORNO MENTAL O NERVIOSO O CURAS DE REPOSO O TRASTORNOS DEL SUEÑO, PANDEMIAS O EPIDEMIAS.

3.3.3. MATERNIDAD, PARTO, ABORTO, O INTENTO DE ABORTO Y TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD.

3.3.4. EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA, EXÁMENES DE LABORATORIO Y RADIOLÓGICOS O CUALQUIER OTRA PRUEBA O EXAMEN.

3.3.5. HOSPITALIZACIONES POR CAUSA DE TRATAMIENTOS DE OBESIDAD.

3.3.6. ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN, USO DE NARCÓTICOS O ESTUPEFACIENTES Y TRATAMIENTOS PARA LOS MISMOS.

CONDICIÓN CUARTA

Exclusiones en razón de actividades riesgosas

LOS ASEGURADOS BAJO LA PÓLIZA TENDRÁN COBERTURA EN RELACIÓN CON LOS RIESGOS CONTRATADOS, EXCEPTO SI EL EVENTO GENERADOR DEL FALLECIMIENTO O LA LESIÓN SE PRODUCE POR ALGUNA DE LAS EXCLUSIONES DESCRITAS EN LA ANTERIOR CONDICIÓN O POR CAUSA DE QUE EL ASEGURADO HAYA REALIZADO ALGUNA LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES, OCUPACIONES U OFICIOS, CASO EN EL CUAL SE ENCONTRARÁN EXCLUIDAS:

4.1. DEPORTISTAS PROFESIONALES, MINEROS, FARMACÉUTAS, PILOTOS Y AUXILIARES DE VUELO, TRABAJADORES EN PLATAFORMAS DE EXTRACCIÓN OFF-SHORE, BOMBEROS, PERSONAS QUE MANEJEN MATERIALES EXPLOSIVOS, CONDUCTORES DE SERVICIO PÚBLICO, CAMIONES O MOTOS, PROCESAMIENTO DE ANIMALES PARA COMERCIALIZACIÓN, LIMPIEZA DE VIDRIOS O SERVICIOS DE ASEO INDUSTRIAL, CENTROS DE RELAJACIÓN (SPA) O GIMNASIOS, PLANTAS NUCLEARES O DE PRODUCTOS QUÍMICOS,

Y EN GENERAL, AQUELLAS PERSONAS QUE DESEMPEÑAN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO.

4.2. POLÍTICOS, PERSONAS QUE CONFORMEN GRUPOS RELIGIOSOS DE MANERA ACTIVA, POLICÍAS O MILITARES ACTIVOS Y EN RETIRO, GUARDA ESPALDAS, MIEMBROS DE ORGANISMOS DE SEGURIDAD O INTELIGENCIA PÚBLICOS O PRIVADOS, TAXISTAS PERIODISTAS VINCULADOS A MEDIOS DE COMUNICACIÓN, PERSONAL VINCULADO A LA RAMA JUDICIAL U ORGANISMOS DE CONTROL DEL PODER PÚBLICO, LA AGRICULTURA O GANADERÍA. CUANDO EL ASEGURADO OSTENTE O REALICE LAS OCUPACIONES, OFICIOS O ACTIVIDADES PREVISTOS EN ESTE NUMERAL, LA EXCLUSIÓN DE HOMICIDIO A QUE SE REFIERE LA CONDICIÓN 3.1.1. SE APLICARÁ DURANTE TODA LA VIGENCIA DEL SEGURO.

CONDICIÓN QUINTA

Edades de ingreso y permanencia en el seguro

SALVO QUE SE MODIFIQUE LA PRESENTE CONDICIÓN, MEDIANTE UN ANEXO A LA PRESENTE PÓLIZA, LAS EDADES PARA EL INGRESO Y PARA LA

PERMANENCIA DE LOS ASEGURADOS EN LA PÓLIZA SON LAS SIGUIENTES:

AMPARO	GRUPO ASEGURABLE	EDAD DE INGRESO		EDAD DE PERMANENCIA
		MÍNIMA	MÁXIMA	
Básico y muerte accidental	Asegurado principal	18 años	64 años 364 días	69 años 364 días
	Asegurado Secundario cónyuge o compañero	18 años	64 años 364 días	69 años 364 días
	Asegurado Secundario hijos	6 meses	23 años 364 días	24 años 364 días
Demás amparos	Asegurado principal	18 años	64 años 364 días	65 años 364 días
	Asegurado Secundario cónyuge o compañero	18 años	64 años 364 días	65 años 364 días
	Asegurado Secundario hijos	6 meses	23 años 364 días	24 años 364 días

CONDICIÓN SEXTA

Definiciones

Para efectos de este contrato las expresiones que a continuación se relacionan tendrán el significado que aquí se les asigna:

- 6.1. TOMADOR:** Es la persona que contrata el presente seguro.
- 6.2. ASEGURADO:** Es el titular del interés asegurable, y aparece identificado en la carátula de la póliza y/o Certificado individual de seguro.
- 6.3. BENEFICIARIO:** La persona que tiene derecho al pago de la prestación asegurada y que aparece señalado como tal en la Carátula de la Póliza o del certificado individual.
- 6.4. ACCIDENTE:** Todo suceso imprevisto, repentino, fortuito e independiente de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, causado por medios externos, que de manera violenta, afecten el organismo del asegurado, generando lesiones corporales (internas o externas) o su muerte.

También se consideran accidentes la intoxicación o envenenamiento accidental, las peleas o riñas no ocasionadas por el asegurado, la asfixia por vapores o gases ajena a la voluntad del asegurado, la mordedura y picadura de animales, el terremoto, temblor y demás fenómenos naturales, la práctica no profesional de deportes, los accidentes en moto, el ahogamiento o asfixia por inmersión u obstrucción del aparato respiratorio que no provenga de enfermedad.

- 6.5. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente contrato, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier ocupación o empleo remunerado, siempre y cuando la incapacidad haya existido por un período continuo

no menor de ciento cincuenta (150) días y que sea igual o superior al 50% de invalidez de acuerdo con el manual de calificación vigente, cuya fecha de estructuración se fije dentro del periodo de vigencia del presente seguro.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación traumática o quirúrgica de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, de acuerdo con el siguiente alcance:

- **Manos:** Amputación a nivel de la articulación radiocarpiana.
- **Pies:** Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.
- **Ojos:** La pérdida total e irreparable de la visión.

- 6.6. ENFERMEDAD:** El conjunto de fenómenos que se producen en el organismo del ser humano que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella, produciéndose una alteración de menor o mayor gravedad en la salud del cuerpo o de la mente.
- 6.7. SIDA:** Tiene el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye. El SIDA incluirá el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Encefalopatía (Demencia), Síndrome de Debilitamiento del VIH y "A.R.C." (Asociación de Síntomas Relacionados con el SIDA).
- 6.8. HOSPITALIZACIÓN:** Se entiende que ella ocurre cuando el Asegurado se encuentra registrado como paciente de un hospital o clínica por prescripción médica, utilizando al menos, un (1) día completo (24 horas) de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería en dicha institución.

CONDICIÓN SÉPTIMA

Ámbito temporal
y territorial de
los amparos

Los amparos contenidos en la presente póliza cubren al asegurado las veinticuatro (24) horas del

día, incluyendo viajes terrestres, marítimos y aéreos dentro y fuera del país.

CONDICIÓN OCTAVA

Independencia de los
amparos y terminación
del seguro por pago
de indemnización por
incapacidad total
y permanente

Si como consecuencia de un mismo evento se afectara más de uno de los riesgos cubiertos, la suma pagadera no excederá el valor asegurado especificado en la carátula de la póliza para cada uno de los amparos afectados.

Sin embargo, el pago de la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente o por el amparo de incapacidad total y permanente por causa accidental producirá la terminación del presente seguro, con efecto al momento en el cual se estructuró la respectiva incapacidad.

CONDICIÓN NOVENA

Sumas aseguradas y
límites de
indemnización

La responsabilidad máxima de **LA COMPAÑÍA** no excederá de la suma asegurada estipulada para cada cobertura indicada en la carátula de la póliza.

za o en el certificado individual de seguro, ni de los límites y sublímites fijados para determinadas coberturas.

CONDICIÓN DÉCIMA

Deducible

Es el monto o el porcentaje de la pérdida que se encuentra a cargo del ASEGURADO, estipulado en la carátula de la póliza en el certificado individual o en sus anexos, previsto para las diferentes

coberturas que se contraten, que invariablemente se deduce del pago de la correspondiente indemnización.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA

Declaración del
estado del riesgo

De acuerdo con lo previsto por los artículos 1058 y 1059 del Código de Comercio, el ASEGURADO y Tomador están obligados 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 o el ASEGURADO han encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del ASEGURADO, el contrato no será nulo, pero el asegurador solo 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 del Código de Comercio.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

De presentarse alguna de las situaciones de rescisión del contrato de seguro definidas dentro de esta condición y en virtud del artículo 1059 del código de comercio, y habiéndose generado la rescisión del contrato, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de las primas recaudadas a título de pena.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA

Pago de las primas y terminación del contrato por mora en el pago de la prima

La prima correspondiente a la presente póliza o a cada certificado individual de seguro e indicada en cada uno de ellos será pagada por el ASEGURADO dentro del plazo previsto para el efecto expresamente en la póliza o en el mismo certificado individual de seguro o en su defecto dentro de los 30 días comunes contados desde la fecha de inicio de vigencia. En todo caso y en concordan-

cia con lo previsto por el artículo 1152 del Código de Comercio la mora en el pago de la prima producirá la terminación automática del contrato.

El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la póliza o el certificado individual terminados automáticamente.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA

Renovación

La vigencia del seguro será la indicada expresamente en la carátula de la póliza, certificado individual de seguro, anexo o condición particular, en los cuales se establece la forma de renovación y de ajuste de la primas correspondientes.

En defecto de estipulación específica sobre la renovación en la carátula de la póliza, en el certificado individual, anexo o condición particular, el seguro se renovará mensualmente de manera automática y en cada anualidad los valores asegurados se ajustarán automáticamente en el mismo porcentaje que registre el IPC del año anterior.

En cada anualidad la prima correspondiente al siguiente periodo anual se calculará tomando como base el nuevo valor asegurado y las tarifas aplicables a la edad alcanzada por el ASEGURADO.

En caso de presentarse una revisión o modificación de las condiciones de la póliza de grupo entre EL TOMADOR y **LA COMPAÑÍA**, estos le serán comunicados al ASEGURADO en su respectiva renovación para su aceptación. Esta comunicación será enviada por escrito a la última dirección conocida por **LA COMPAÑÍA** con un plazo mínimo de diez (10) días anteriores a la fecha de renovación.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA

Revocación del contrato

La póliza o los certificados individuales de seguro podrán ser revocados unilateralmente por EL TOMADOR o ASEGURADO de acuerdo con el artículo 1071 del Código de Comercio. En este caso el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

LA COMPAÑÍA podrá revocar cualquiera de los amparos, salvo el amparo básico, mediante aviso escrito enviado al ASEGURADO a su última dire-

cción conocida con 10 días hábiles de anticipación, en cuyo caso **LA COMPAÑÍA** devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación.

El hecho de que **LA COMPAÑÍA** haya recibido primas con posterioridad al envío de la comunicación sobre la revocación, no la obligará a conceder los beneficios ni anulará tal revocación. Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA

Aviso del siniestro

De acuerdo a lo contenido en el Art. 1075 del Código de Comercio, una vez ocurrido el siniestro, el ASEGURADO estará obligado a dar noticia al Área de Beneficios de **LA COMPAÑÍA** dentro de los tres (3) días siguientes a que lo conoció o

debió conocer, a través de los diferentes canales de comunicación disponibles en la página web corporativa www.metlife.com.co procesos-dereclamación.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA

Requisitos para el pago de la indemnización

De acuerdo con lo consagrado en el artículo 1077 del Código de Comercio, al ASEGURADO le corresponde demostrar la ocurrencia y cuantía del siniestro.

De forma simplemente indicativa, con el fin de facilitar el proceso de reclamación al ASEGURADO, este podrá adjuntar los documentos descritos a continuación, sin perjuicio de presentar otros medios de prueba para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro

16.1. Para la cobertura del amparo básico de muerte:

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Original o copia del registro civil de defunción.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO fallecido.
- Copia del documento de identificación del BENEFICIARIO.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.

- Tratándose de beneficiarios legales la prueba de tal calidad.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

16.2. Para la cobertura del amparo de muerte accidental:

- Los mismos requisitos exigidos para la cobertura básica.
- Acta de levantamiento del cadáver o certificado de necropsia o informe de medicina legal.

16.3. Para la cobertura de los amparos de incapacidad total y permanente y de incapacidad total y permanente por causa accidental:

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- Calificación médica del grado de invalidez.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

16.4. Para la cobertura de los amparos de renta diaria por hospitalización por causa de accidente (por causa de accidente o enfermedad):

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO.
- Certificado de la institución hospitalaria en la cual el ASEGURADO fue internado con la indicación de la causa y de la duración de la hospitalización.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- Calificación médica del grado de invalidez.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

16.5. Para la cobertura de los amparos de fracturas de las extremidades superiores y/o inferiores y de quemaduras de segundo y/o de tercer grado:

- Formulario de reclamación totalmente diligenciado por el ASEGURADO.
- Copia del documento de identificación del ASEGURADO.
- Historia clínica completa informe y certificado del médico tratante del ASEGURADO.
- Cualquier otro documento que razonablemente requiera **LA COMPAÑÍA** durante el estudio de la reclamación.
- Cualquier otra prueba que resulte adecuada para el cumplimiento de su obligación de demostrar la ocurrencia y la cuantía del siniestro.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA
Pérdida del derecho a la indemnización

De acuerdo con el artículo 1078 del Código de Comercio si el ASEGURADO o el beneficiario incumplieren las obligaciones que les corresponden en caso de siniestro, **LA COMPAÑÍA** sólo podrá deducir de la indemnización el valor de los

perjuicios que le cause dicho incumplimiento. La mala fe del ASEGURADO o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA
Prescripción

De acuerdo con lo previsto por el artículo 1081 del Código de Comercio las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en forma ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos (2) 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 (5) años, correrá contra toda clase de personas y

empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA

Conocimiento del cliente

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Tomador y el ASEGURADO se obligan con **LA COMPAÑÍA** a diligenciar con datos ciertos y reales el

formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexos.

CONDICIÓN VIGÉSIMA

Autorización para consulta y reporte a centrales de riesgo e información con las que se tenga un contrato

EL TOMADOR autoriza a **LA COMPAÑÍA** a reportar, procesar y divulgar a las Centrales de Información autorizadas para el efecto, toda la información referente a su comportamiento como cliente tomador de pólizas de la entidad y causas de siniestralidad de la póliza, únicamente con fines estadísticos.

Centrales de Información, al igual que el suministro de la información comercial y/o financiera que se derive de esta consulta o de las que se llegaren a realizar en un futuro.

Esta autorización también se extiende a la consulta de manera general y en cualquier momento de toda la información financiera y de comportamiento crediticio comercial de la sociedad registrada en la base de datos de las mencionadas

Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones de EL TOMADOR se reflejará en las mencionadas bases de datos, en donde se consignan de manera completa, todos los datos referentes al actual y pasado comportamiento crediticio, comercial y frente al sector financiero.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA

Normas supletorias

En lo no previsto en las presentes "condiciones generales", este contrato se regirá por las disposi-

ciones del Código de Comercio y demás leyes aplicables al contrato de seguros.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA

Notificaciones

Cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito y será prue-

ba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso dirigido a la última dirección registrada de las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA

Mérito ejecutivo de la póliza

La póliza prestará mérito ejecutivo contra **LA COMPAÑÍA**, por sí sola, transcurrido un (1) mes contado a partir del día en el cual el ASEGURADO o quien lo represente, entregue a **LA COMPAÑÍA** la reclamación aparejada de los

comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar la ocurrencia y cuantía del siniestro, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA

Domicilio, legislación aplicable, territorio y notificaciones

Para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad y dirección indicadas en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares. El presente

contrato de seguro se rige por las leyes de la República de Colombia aplicables al mismo y tiene como ámbito de cobertura el territorio de la República de Colombia.

**CONDICIÓN
VIGÉSIMA QUINTA**
Protección de
datos personales

EL TOMADOR asegura haber obtenido los datos personales de manera legal y lícita de conformidad con la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. Por eso, es el único responsable en relación con el origen de los datos que con ocasión a este contrato va a transferir a **LA COMPAÑÍA**.

EL TOMADOR declara que respecto de aquellos datos que en la ejecución del contrato puedan ser considerados de naturaleza diferente a la pública, es decir, aquellos que requerirían la autorización previa por parte del titular de los datos

para ser utilizados y transferidos a **LA COMPAÑÍA**, se compromete a cumplir con los compromisos que al respecto establece la regulación vigente de Protección de Datos Personales.

En ningún caso se entenderá que existe responsabilidad solidaria entre **LA COMPAÑÍA** y EL TOMADOR en el evento que este último incumpla las obligaciones establecidas en la presente cláusula o en la regulación sobre protección de datos personales.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada

Póliza de Seguro de Vida Grupo

Condiciones Particulares

NO OBSTANTE LO QUE EN CONTRARIO SE ESTIPULE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, LAS PARTES ACUERDAN LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES QUE PREVALECERÁN:

CONDICIÓN PRIMERA

Cobertura adicional de Rentas Mensuales de Gastos para Hogar por Muerte por Cualquier Causa

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO, EL CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA** SE COMPROMETE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS RENTAS MENSUALES ADICIONALES POR UN PERIODO 12 MESES CUANDO SE PRODUZCA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DURANTE LA VI-

GENCIA DEL PRESENTE SEGURO, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA, CUYO VALOR SERÁ ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN SEGUNDA

Cobertura adicional de Rentas Mensuales por Incapacidad Total y Permanente por Cualquier Causa

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO, EL CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA** SE COMPROMETE A PAGAR AL ASEGURADO RENTAS MENSUALES ADICIONALES POR UN PERIODO 12 MESES CUANDO SE PRODUZCA UNA IN-

CAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (EN LOS TÉRMINOS INDICADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA), CUYO VALOR SERÁ ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN TERCERA

Cobertura adicional de Auxilio para Gastos Funerarios por Muerte por Cualquier Causa

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO, EL CUAL HACE PARTE INTEGRAL DE LA PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA** SE COMPROMETE A PAGAR A LOS BENEFICIARIOS UN AUXILIO FUNERARIO CUANDO SE PRODUZCA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DURAN-

TE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, POR UNA CAUSA NO EXCLUIDA Y CUMPLIENDO CON LAS DEMÁS CONDICIONES INDICADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA, CUYO VALOR SERÁ ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

MetLife Colombia Seguros de Vida S.A.
Firma Autorizada

ANEXO

COBERTURA SERVICIOS DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA

SIGMA DENTAL

LA PERSONA ASEGURADA DE UNA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA Y/O ACCIDENTES PERSONALES EMITIDA POR METLIFE, QUE SE ENCUENTRE VIGENTE EN EL MOMENTO DE SOLICITAR EL SERVICIO DE ASISTENCIA Y QUE HAYA SIDO REPORTADA POR METLIFE A SIGMA DENTAL TENDRÁ ACCESO A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DE ACUERDO CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

CONDICIÓN 1 AMPARO

EL PRESENTE ANEXO AMPARA LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO A CONSECUENCIA DE UNA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA, ENTENDIÉNDOSE COMO TAL CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS O ATENCIONES MÉDICO ODONTOLÓGICAS, SIEMPRE QUE SE ADECUEN A LA DEFINICIÓN DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA INDICADA EN LA CONDICIÓN 3-DEFINICIONES DE ESTE ANEXO.

LOS SERVICIOS SERÁN LOS SIGUIENTES: ELIMINACIÓN DE CARIES, RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO E INDIRECTO, OBTURACIÓN PROVISIONAL, OBTURACIÓN CON AMALGAMAS EN POSTERIORES, RESINA FOTOCURADA EN ANTERIORES O VIDRIO IONOMÉRICO DE ACUERDO AL CASO, ENDODONCIAS MONORADICULARES Y MULTIRADICULARES, EXODONCIAS NO QUIRÚRGICAS Y CURETAJES RADICULARES, CEMENTADO PROVISIONAL O DEFINITIVO DE PRÓTESIS FIJAS, REPARACIÓN DE LA PRÓTESIS REMOVIBLE (ÚNICAMENTE SUSTITUCIÓN DE DIENTES), CURETAJE POST EXODONCIA Y CONTROL DE HEMORRAGIAS Y SUTURAS EN LABIOS, PALADAR, ENCÍAS Y LENGUA; RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES Y/O CORONALES. CUANDO LA EMERGENCIA SEA PRODUCTO DE UN TRAUMATISMO O ACCIDENTE SE TENDRÁ COMO FINALIDAD SOLUCIONAR LA SITUACIÓN DE EMERGENCIA CON LOS TRATAMIENTOS ANTES DESCRITOS, EXCLUYENDO LOS TRATAMIENTOS POSTERIORES REQUERIDOS A CAUSA DEL ACCIDENTE O TRAUMATISMO.

CONDICIÓN 2 EXCLUSIONES

ESTE ANEXO NO CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS Y LOS SERVICIOS ORIGINADOS DIRECTA NI INDIRECTAMENTE COMO CONSECUENCIA DE EVENTOS QUE NO SE PUEDAN CATALOGAR COMO UNA EMERGENCIA ODONTOLÓGICA, ENTRE LOS CUALES A TÍTULO ENUNCIATIVO SE ENCUENTRAN LOS SIGUIENTES:

- a) **TRATAMIENTOS Y/O CONTROLES PARA LAS ESPECIALIDADES SIGUIENTES:** CIRUGÍA, RADIOLOGÍA, PROSTODONCIA, PERIODONCIA, ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES, ORTODONCIA, ENDODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA Y CUALQUIER OTRA NO CONTEMPLADA ESPECÍFICAMENTE EN LA CONDICIÓN 1.
- b) **EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS MAYORES:** ORIGINADAS POR TRAUMATISMOS SEVEROS QUE SUPONEN FRACTURAS MAXILARES O DE LA CARA Y PÉRDIDA DE SUSTANCIA CALCIFICADA Y DIENTES. ESTE ANEXO NO CUBRE ESTE TIPO DE EMERGENCIAS, YA QUE SE CONSIDERA UNA EMERGENCIA MÉDICA, AMPARADA POR PÓLIZAS DE ACCIDENTES PERSONALES Y/O HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA. ADEMÁS REQUIERE DE LA INTERVENCIÓN DE UN EQUIPO MÉDICO MULTIDISCIPLINARIO (CIRUJANOS PLÁSTICOS, TRAUMATÓLOGOS, CIRUJANOS MAXILOFACIALES Y ANESTESIOLOGOS) Y EL USO DE TECNOLOGÍA Y EQUIPOS DE DIAGNÓSTICO SOFISTICADOS. EL TRATAMIENTO ES COMÚNMENTE QUIRÚRGICO Y SE REALIZA HOSPITALARIAMENTE, ES DECIR, NO SE HACE EN UN CONSULTORIO ODONTOLÓGICO.

- c) **ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN EN NIÑOS Y ADULTOS.** (NO OBSTANTE, NO TENDRÁN COSTO ALGUNO LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS Y AMPARADOS DE ACUERDO A LA CONDICIÓN 1, LUEGO DE ESTAR EL PACIENTE BAJO LOS EFECTOS DE LA ANESTESIA GENERAL O SEDACIÓN).
- d) DEFECTOS FÍSICOS.
- e) ENFERMEDADES Y TRATAMIENTOS DE DISTONÍAS MAXILOFACIALES.
- f) RADIOTERAPIA O QUIMIOTERAPIA.
- g) ATENCIÓN O TRATAMIENTO MÉDICO ODONTOLÓGICOS QUE NO SE AJUSTEN A LA DEFINICIÓN DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA INDICADA EN LA CONDICIÓN 3 DE ESTE ANEXO.

NO OBSTANTE SI EL ASEGURADO REQUIERE TRATAMIENTOS O SERVICIOS QUE NO SE INCLUYAN EN EL PRESENTE CONTRATO, PODRÁ SOLICITARLOS DIRECTAMENTE A LOS ODONTÓLOGOS ESPECIALISTAS DE LA RED, QUIENES EFECTUARÁN UN DESCUENTO DE ENTRE UN 10% Y UN 30%, RESPECTO DE SUS TARIFAS NORMALES, DEBIENDO EL ASEGURADO PAGAR TODOS LOS COSTOS QUE SE GENEREN POR DICHS TRATAMIENTOS NO AMPARADOS.

CONDICIÓN 3 DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con este Anexo, queda expresamente convenido que se entiende por:

a) Emergencia Odontológica:

Cualquier ocasión inesperada o repentina que amerita atención odontológica paliativa urgente o apremiante y que origine procedimientos o servicios amparados por este anexo y que sean indicados para tratar el dolor originado por las siguientes causas: infecciones, abscesos, caries, pulpitis, inflamación o hemorragia.

b) Red de Proveedores:

Proveedores de servicios odontológicos con los cuales EL ASEGURADOR ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este contrato.

CONDICIÓN 4 PREEXISTENCIAS

EL ASEGURADOR cubrirá las afecciones Bucodentales, según lo establecido en el ARTÍCULO 1 - COBERTURAS, aún cuando su origen sea preexistente a la suscripción de este Anexo.

CONDICIÓN 5 PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los Asegurados que requieran los servicios profesionales odontológicos ofrecidos con base en lo establecido en este contrato, podrán solicitarlos, atendiendo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la red establecida por SIGMA DENTAL. EL ASEGURADO podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por SIGMA DENTAL. SIGMA DENTAL no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la red, ni por los tratamientos no contemplados en este contrato, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- b) Los Odontólogos y Centros Odontológicos atenderán a LOS ASEGURADOS en los horarios especificados en el listado de la Red de Proveedores.
- c) Para emergencias en horario nocturno, fines de semana o días feriados, la prestación del servicio se llevará a cabo solamente en ciertos Centros Odontológicos pertenecientes a la red odontológica, los cuales serán previamente especificados a SIGMA DENTAL y LOS ASEGURADOS.
- d) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente contrato están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por SIGMA DENTAL en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir, directa ni indirectamente así como próxima o remotamente, la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a LOS ASEGURADOS.

- e) Cuando EL ASEGURADO requiera alguno de los tratamientos amparados por éste contrato, deberá ponerse en contacto con Sigma Dental de Colombia, donde un funcionario lo referirá al odontólogo perteneciente a la Red cuyo Centro o consultorio quede ubicado en un lugar conveniente para EL ASEGURADO. El ASEGURADO deberá dirigirse al Centro o consultorio escogido donde, previamente identificado con su cédula de ciudadanía, recibirá la atención del odontólogo seleccionado por él. Dicho profesional solicitará a SIGMA DENTAL la clave de autorización para iniciar el tratamiento al asegurado.
- f) Para emergencias nocturnas o durante fines de semana o días festivos, LOS ASEGURADOS deberán comunicarse con SIGMA DENTAL a través de su servicio telefónico donde serán guiados por un funcionario de SIGMA DENTAL, quien estará encargado de referirlos a un Centro o consultorio disponible, donde recibirán la atención necesaria para el tratamiento de la emergencia odontológica.
- g) LOS ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el odontólogo tratante, deberán notificarlo con al menos cuatro (4) horas de antelación.
- h) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberá realizarlos EL ASEGURADO a SIGMA DENTAL (con copia a LA ASEGURADORA) por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

CONDICIÓN 7 CASOS EXCEPCIONALES DE REEMBOLSO

En caso de que EL ASEGURADO requiera de los tratamientos amparados por este Anexo y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la red de proveedores establecida por SIGMA DENTAL, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de proveedores no presten los servicios descritos en este Anexo, EL ASEGURADO podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él.

Los “gastos razonables” incurridos por EL ASEGURADO por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por SIGMA DENTAL, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir.

SIGMA DENTAL puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Se entiende por “gastos razonables” el promedio calculado por SIGMA DENTAL de gastos odontológicos facturados durante los últimos sesenta (60) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados a la red de proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido EL ASEGURADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Anexo.

Queda entendido, según los términos de este Anexo, que el pago contra reembolso será única y exclusivamente en el caso referido en esta condición y cuyos gastos se originen en Colombia.

CONDICIÓN 8 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN RELACIÓN CON EL SERVICIO PRESTADO EN EL PRESENTE ANEXO

- a) LOS ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.
- b) El ASEGURADO está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos amparados.
- c) EL ASEGURADO está obligado a entregar todos las facturas requeridas por SIGMA DENTAL en caso de que proceda el reembolso de los gastos incurridos por la atención de la Emergencia Odontológica y a someterse a las evaluaciones necesarias que el mismo estime, para proceder al reembolso de “gastos razonables” a los cuales se hace referencia en la CONDICIÓN 7 - USO DEL SERVICIO del presente Anexo.

CONDICIÓN 9 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

EL ASEGURADOR se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado a EL ASEGURADO, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro odontológico, quedando éstos subrogados en su responsabilidad frente a EL ASEGURADO.

CONDICIÓN 10 PLAZO PARA QUEJAS

Cualquier observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación a SIGMA DENTAL, con copia a SIGMA DENTAL.

CONDICIÓN 11 PRIMA

Será la indicada en la carátula de la póliza y deberá ser pagada bajo las mismas condiciones que se establecen en las Condiciones Generales de la póliza básica.

CONDICIÓN 12 TERMINACIÓN DE LOS SERVICIOS ESTABLECIDOS EN ESTE ANEXO

El presente anexo podrá ser revocado por SIGMA DENTAL o por el(los) Asegurado(s), en cualquier momento, ateniéndose a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza Básica.

Además de las causales de terminación establecidas en las Condiciones Generales de la Póliza Básica, para el presente Anexo aplicarán las siguientes, de manera automática:

1. Por la terminación del seguro.
2. Por el cambio de país de residencia del (Los) Asegurado(s).

Todos los demás términos, condiciones y estipulaciones de la póliza original y sus anexos continúan vigentes y sin modificación alguna.