

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO

Nit. 900.587.628-9

**FORMULARIO DE DICTAMEN PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL
Y DETERMINACION DE LA INVALIDEZ**

Calificación basada en el Manual Único para la calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 12-08-2014

INFORMACION GENERAL

ENTIDAD RECEPTORA	
Nombre Entidad:	JUNTA DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DE NARIÑO
Tipo Entidad:	
Ciudad y Departamento:	PASTO - NARIÑO
Dirección y Teléfono:	Calle 10 No 30 A 34 B/ La Aurora Tel: 7377261
Correo electrónico:	lurecanar@yahoo.com junta regionalnariño.2018@gmail.com

Nombre del Solicitante:	YINER FERNANDO CRUZ VARONA
-------------------------	----------------------------

Fecha de recepción para calificación:	Día	Mes	Año
	9	11	2018

Fecha de valoración:	Día	Mes	Año
	26	4	2019

Motivo de calificación:	PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL
-------------------------	------------------------------

Fecha de accidente:	Día	Mes	Año
	N	-	A

Fecha de reporte como accidente laboral:	Día	Mes	Año
	N	-	A

Fecha de diagnóstico clínico enfermedad:	Día	Mes	Año
	N	-	A

Fecha de calificación como enfermedad laboral:	Día	Mes	Año
	N	-	A

DICTAMEN NUMERO	0440-2019	DE FECHA:	24/05/2019
-----------------	-----------	-----------	------------

DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Apellidos:	CRUZ VARONA	Nombres:	YINER FERNANDO
Documento de identidad:	C.C	Número:	10.549.269
		Género:	MASCULINO
		Estado civil:	CASADO
Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
	10	5	1966
		Edad años cumplidos:	53
		Escolaridad (alcanzada):	PROFESIONAL ABOGADO
Lugar de nacimiento:	Municipio	TIMBIO	Departamento:
			CAUCA
Estrato socioeconómico:		Nivel de Ingresos:	SMLV
Etapa del ciclo vital:			
Dirección:	CALLE 10 No 10 42 B/CENTRO	Municipio:	POPAYAN
		Departamento:	CAUCA
Celular	3012778831	Teléfono	
Régimen de afiliación al SGSSS			
A.F.P.	N/A		
E.P.S.	N/A		
A.R.L.	N/A		
Profesión u oficio:	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO	Tipo vinculación:	TERMINO FUO
Empresa donde trabaja:	DEFENSORIA DEL PUEBLO		
Actividad económica de la empresa:	ACTIVIDADES AUXILIARES DE SERVICIOS PARA LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA EN GENERAL	Ubicación:	N/A

SUSTENTACION TECNICA DEL DICTAMEN

Resumen de historia clínica aportada.

HOMBRE DE 53 AÑOS. REFIERE QUE EL 1/08/2017 COMENZÓ MALESTAR GENERAL, NERVIOSISMO, ANSIEDAD, PERDIDA DE PESO, PERDIDA DE APETITO, TRASTORNO DEL SUEÑO, TERROR NOCTURNO, PESADILLAS, IRRITABILIDAD, TRISTEZA, AISLAMIENTO, LLANTO FACIL, ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, IDEAS DE MINUSVALÍA, CEFALEA, PIROSIS, ERUPTOS, EPIGASTRALGIAS, METEORISMO, FLATULENCIAS, DISTENSIÓN ABDOMINAL, EPISODIOS DE RECTORRAGIA

Conceptos de especialistas relacionados con la calificación:

Fecha:	Especialidad	Concepto
1/08/2018	PSIQUIATRIA	DX: EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS

Resultados de exámenes paraclínicos

Fecha	Exámen	Resultado
6/06/2018	RM CEREBRO CON CONTRASTE	R. ANOMALIA VENOSA DEL DESARROLLO FRONTAL - ANTEROLATERAL DERECHO, IMAGEN QUISTICA CORTICAL
15/03/2018	BIOPSIA DE POLIPO	R. ADENOMA TUBULAR CON DISPLASIA DE ALTO GRADO
15/03/2018	COLONOSCOPIA	R. POLIPOS DE COLON ASCENDENTE Y SIGMOIDES

CONCEPTO FINAL DE REHABILITACION:

EXAMEN FISICO (EVALUACION DEL CALIFICADOR)

E.F: PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES. T.A: 120/80 TALLA: 1,71 MT PESO: 65KG OJOS: PUPILAS I.R.R
 OTR: MUCOSAS HUMEDAS. CARDIOPULMONAR: MV NORMAL - TONOS CARDIACOS RITMICOS, NO SOPLOS. ABDOMEN:
 DOLOR EN EPIGASTRIO Y FOSA ILIACA IZQUIERDA. EXTREMIDADES: NORMALES. EXAMEN MENTAL: EUPROSEXICO, MUY TRISTE
 CON IDEAS SUICIDAS - FACIES DEPRESIVAS. HAY COMPROMISO AMNESICO, TOTALMENTE ABULICO.

SECUELAS O PATOLOGIAS A CALIFICAR

1. EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS.
2. ANOMALIA VENOSA DEL DESARROLLO FRONTAL - ANTEROLATERAL DERECHA, IMAGEN QUISTICA CORTICAL - AMNESIA
3. POLIPOS DEL COLON ASCENDENTE Y SIGMOIDES.
4. GASTRITIS CRONICA
5. CEFALEA VASCULAR

CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
 VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS

Deficiencia	Descripción	Número/Tabla	CLASE	Grado Severidad
DEF. POR TRASTORNO DEL HUMOR		CAP 13 T: 13.4 - 13.4.2 - 13.2	II	40%
DEF. POR ALTERACIONES NEUROLOGICAS		CAP 12 T: 12.4 - 12.4.8 - 12.3	I	25%
DEF. POR DESORDENES DEL COLON		CAP 4 T: 4.4 - 4.7	II	16%
DEF. POR DESORDENES DEL TRACTO DIGESTIVO SUP		CAP 4 T: 4.4 - 4.4.3 - 4.6	I	5%
DEF. POR CEFALEA		CAP 12 T: 12.4.1 - 12.4.1.9 - 12.6	III	3%
		Grado Severidad % para la deficiencia		65,17%

Descripción	Grado Severidad %
DEFICIENCIA COMBINADA (DC) = $A + (100 - A) \times B / 100$	65,17%

CALCULO VALOR FINAL DE LA DEFICIENCIA = DC * 50% :	32,58%
--	--------

CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL:
 VALORACION DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES

Criterio	Categoría	%	Valor Máximo	Valor Asignado
Rol Laboral	Activo sin limitaciones para la actividad laboral	0.0	25	0
	Rol laboral recortado: limitaciones leves para la actividad laboral.	5.0	25	0
	Rol laboral o puesto de trabajo adaptado.	10.0	25	0
	Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo	25.0	25	0
	Cambio de rol laboral o de puesto de trabajo con actividades recortadas	20.0	25	20
	Rol laboral en condiciones especiales o sin posibilidad de rol laboral- restricciones completas.	25.0	25	0

Autosuficiencia Económica	Autosuficiencia	0.0	2.5	0
	Autosuficiencia reajustada	1.0	2.5	0
	Precariamente autosuficiente	1.5	2.5	0
	Económicamente débiles	2.0	2.5	0
	Económicamente dependientes	2.5	2.5	0

Edad cronológica (edad cumplida al momento de calificación)	Menor de 18 años	2.5	2.5	0
	Mayor o igual a 18 años, menor de 30 años	0.5	2.5	0
	Mayor o igual a 30 años, menor de 40 años	1.0	2.5	0
	Mayor o igual a 40 años, menor de 50 años	1.5	2.5	0
	Mayor o igual a 50 años, menor de 60 años	2.0	2.5	2
	Mayor o igual a 60 años	2.5	2.5	0

		1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	TOTAL
		d111	d115	d120-d125	d125	d130	d135	d140	d145	d150	d155-d160	
d1	1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento (Tabla 6)	0	0	0	0	0,1	0,1	0	0,1	0,1	0,1	0,5
		TOTAL										
d3	2. Comunicación (tabla /7)	0	0	0	0	0	0	0	0,1	0,1	0	0,2
		TOTAL										
d4	3. Movilidad (Tabla 8)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		TOTAL										
d5	4. Cuidado personal (tabla 9)	0	0	0	0	0	0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,5
		TOTAL										
d6	5. Vida doméstica (Tabla 10)	0	0	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0,1	0,6
		TOTAL										

SUMATORIA TOTAL DE OTRAS AREAS OCUPACIONALES(20%)	1,8
Valor final título II	23,80
VALOR TOTAL CALIFICACION DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL	
Cálculo final de la deficiencia	92,58

Cálculo valoración del rol laboral, ocupacional y otras áreas ocupacionales	23,80
Valor total calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional	56,38

Calificación del Origen:	COMUN
Requiere ayuda de Terceros:	NO
Requiere curador:	NO

	Día	Mes	Año
Fecha de declaratoria de la pérdida de capacidad laboral:	24	5	2019

	Día	Mes	Año
Fecha de estructuración de la pérdida de capacidad.	1	8	2018


SEGUNDO MORAN MONTEZUMA

Lic. S.O. Res. 1381

Médico Forense


SIGIFREDO SUAREZ A.

Lic. S.O. Res. 1373

Médico



ORFA LEILA CANTE CASAS

Fisioterapia

UNIDAD EJECUTIVA Y ASESORIA
SEGUROS BOLIVAR
DOLORES GONZALEZ
Y AYO

Declaración de asegurabilidad

En mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

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

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

Importante:

- No firme sin antes leer y entender el contenido del presente documento.
- Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Artículo 1058 y 1158 del Código del Comercio)
- No firme sin antes recibir el clausulado.

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



Asegurado principal
C.C. No. 10549269

Cónyuge
C.C. No.

Nota: Si el cónyuge no se encuentra presente, el asegurado principal puede firmar por poder en su representación.



Huella índice derecho del asegurado principal



Representante legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Tomador
Representante legal
Banco Davivienda S.A.

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

Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado (vida + muerte accidental) máximo de \$140,000,000.

Avenida el Dorado No. 68 B 31, Piso 10
Commutador: 3 41 00 77 Fax: 2 63 07 99
www.segurosbolivar.com A.A 4421
Nit 860.002.503 - 2, Bogotá D.C., Colombia



PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO EN UNIDADES DE VALOR REAL - UVR

CONDICIONES GENERALES

La Compañía de Seguros Bolívar S. A., que en el presente contrato se llamará "LA COMPAÑÍA", en consideración de las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por "EL TOMADOR" y las solicitudes individuales de los asegurados, las cuales se incorporan a este contrato para todos sus efectos, pagará la correspondiente suma asegurada al recibo de las pruebas que acrediten que la muerte de cualquiera de las personas amparadas ocurrió durante la vigencia y dentro de la cobertura de la presente póliza.

Forman parte de este contrato las cláusulas adicionales, las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes, que guarde relación con el presente seguro.

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

CONDICIÓN PRIMERA. AMPARO BÁSICO.

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA CUBRE, DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, EL RIESGO DE MUERTE DE LOS ASEGURADOS.

CONDICIÓN SEGUNDA. EXCLUSIONES.

DENTRO DE LOS DOS (2) PRIMEROS AÑOS, CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, LA COMPAÑÍA NO QUEDA OBLIGADA AL PAGO DE NINGUNA INDEMNIZACIÓN POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- a) SUICIDIO. SI CUALQUIER ASEGURADO SE QUITARE LA VIDA ESTANDO EN SU SANO JUICIO O DEMENTE O EN CUALQUIER OTRA CIRCUNSTANCIA.

- b) VIH POSITIVO-SIDA.
MUERTE DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

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

CONDICIÓN TERCERA. EL TOMADOR.

Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

CONDICIÓN CUARTA. GRUPO ASEGURABLE.

Es el constituido por un grupo de personas naturales, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con otra persona relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro. También podrá otorgarse el seguro a aquellos conjuntos de personas que por sus condiciones, aunque no tengan Personería Jurídica, puedan tener la condición de grupo asegurable.

CONDICIÓN QUINTA. VIGENCIA.

Los amparos individualmente considerados sólo entrarán en vigor en la fecha prevista en la Solicitud Individual o Solicitud-Certificado, siempre y cuando haya pago de la prima del primer período, y el documento no haya sido rechazado por La Compañía por diligenciamiento incorrecto o por cualquier otra circunstancia.

La Compañía se reserva la facultad de fijar períodos de inclusión de nuevos Asegurados.

CONDICIÓN SEXTA. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Todo miembro del grupo asegurable podrá obtener los amparos a los que se refiere ésta póliza si cumple con los siguientes requisitos:

- a) Ser mayor de 12 años para mujeres y mayor de 14 años para hombres.
- b) No ser mayor de 70 años.
- c) Todos los demás requisitos que La Compañía exija.

CONDICIÓN SÉPTIMA. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

De conformidad con lo dispuesto en los Artículos 1138 y 1056 del Código de Comercio, La Compañía limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado máximo igual al ofrecido en la opción más alta vigente indicada en la solicitud de esta póliza, en el momento de expedir él o los seguros.

CONDICIÓN OCTAVA. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES.

El valor del Seguro de cada persona asegurable se calculará de acuerdo con el sistema que se indica a continuación:

El valor asegurado en todo momento se calcula multiplicando el monto asegurado expresado en "UVR" según la cotización del día del ingreso a esta póliza, por el valor del "UVR" correspondiente en la fecha de cálculo.

CONDICIÓN NOVENA. CÁLCULO DE LA PRIMA.

La prima se establecerá, teniendo en cuenta la edad de cada asegurado, su estado de salud, el monto asegurado individual expresado en "UVR" en el momento de ingresar a esta póliza por el valor del "UVR" según la cotización del día que se realice el cálculo de la prima, aplicando la tarifa registrada en la Superintendencia Financiera, sin perjuicio de la posibilidad que asiste a La Compañía de determinar la prima por el sistema de Tasa Promedio en grupos asegurados superiores a doscientas (200) personas. Para edades inferiores a veinte (20) años, se aplicará la tasa que corresponde a la edad veinte (20). Para ingresos posteriores a la expedición o renovación de la póliza se cobrará la prima a prorrata con base en los factores anteriores.

CONDICIÓN DÉCIMA. PAGO DE PRIMAS.

El Tomador es responsable por el pago de las primas. El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la vigencia del seguro. Excepto para la prima inicial, se concede al Tomador un período de gracia de un mes contado a partir de las fechas que para tal efecto se han señalado en la Solicitud Individual o Solicitud-Certificado de esta póliza para el pago de cuotas en forma anual, semestral o trimestral, y de quince (15) días cuando las primas sean pagaderas mensualmente. Por consiguiente, si ocurre algún siniestro, La Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del Tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Cuando la presente Póliza de Vida Grupo tenga el carácter de seguro contributivo, es decir, que la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, le

corresponde al asegurado proveer los recursos necesarios para que el Tomador efectúe el pago de la prima a La Compañía.

Si las primas posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y La Compañía quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS.

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales aplicando para ello el factor de 0.5375, 0.2787 y 0.0954 respectivamente.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

Si el Tomador da aviso por escrito a La Compañía para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por La Compañía o en la fecha especificada por el Tomador para tal terminación, la que ocurra más tarde, y el Tomador será responsable de pagar a La Compañía todas las primas debidas en esa fecha, incluyendo una prima a prorrata por el período que comienza con el de gracia y termina en la fecha de tal revocación. El asegurado podrá revocar su seguro individual con arreglo al mismo procedimiento.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE (ART. 1058 C. CO.)

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

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto, por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente a la 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 esta condición no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual.

PARÁGRAFO: La Compañía tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, en caso de que el tomador o el asegurado haya incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. IRREDUCTIBILIDAD.

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha de perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- a) Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia estipulado.
- b) Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- c) Cuando el asegurado, por escrito, solicite su exclusión del seguro.
- d) A la revocación del contrato, por parte del tomador o el asegurado.
- e) En el aniversario de la póliza más inmediato a la fecha en la que el asegurado cumpla 70 años de edad.
- f) En el seguro del cónyuge o cualquier asegurado dependiente, al fallecimiento del asegurado principal o cuando este se retire del grupo.
- g) Cuando La Compañía cancele la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente.
- h) Cuando en el momento de la renovación, el grupo esté desintegrado por ser el número de miembros menor al permitido.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA. RENOVACIÓN.

La presente póliza es renovable anualmente a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes, con una anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento, no manifestaren lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado sin perjuicio de lo estipulado en la Condición Décima de la presente Póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA. CONVERTIBILIDAD.

Los Asegurados menores de 70 años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados por el amparo de vida sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga bajo la Póliza de Grupo liquidada de acuerdo con la cotización del "UVR" en esa fecha, pero sin beneficios ni amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite La Compañía con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del Grupo. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicada a la edad alcanzada por el asegurado y a su ocupación en la fecha de la solicitud.

En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán las pólizas individuales con la clasificación impuesta bajo la Póliza de Grupo y la extraprima que corresponda al Seguro de Vida Individual.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de La Compañía, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de Comercio.
- b) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por La Compañía, y
- c) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b). del presente numeral.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA. EDADES DESCONOCIDAS.

Cuando se ignore la edad de alguno de los integrantes del grupo, la prima básica de las edades desconocidas se calculará aplicando la tasa correspondiente a la edad de cuarenta (40) años y en el certificado de seguro o recibo correspondiente se advertirá al asegurado que su prima se liquidó con tasa de cuarenta (40) años por desconocerse su edad real.

CONDICIÓN VIGÉSIMA. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

La Compañía expedirá para cada asegurado un certificado individual en aplicación a esta póliza. En caso de cambio de valor asegurado; modificación de amparos, se expedirá un nuevo certificado que reemplazará al anterior, el cual quedará sin efecto.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

El beneficiario puede serlo a título gratuito o a título oneroso. Cuando el beneficiario sea a título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento y cuando sea a título oneroso se requerirá el consentimiento del beneficiario, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a La Compañía.

En el evento en que el beneficiario sea a título gratuito y ocurra el fallecimiento del asegurado sin que haya designado beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, o el beneficiario fallezca simultáneamente con el asegurado o se ignore cual de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos del asegurado en la otra mitad. Si el beneficiario es a título oneroso y el asegurado muere simultáneamente con el beneficiario, serán beneficiarios del seguro únicamente los herederos del beneficiario.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. RECLAMACIÓN.

El beneficiario o asegurado, según el caso, deberá remitir, junto con el certificado individual del seguro, los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro. El asegurado o el beneficiario, según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

El Tomador o beneficiario, a petición de La Compañía, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de ésta obligación, La Compañía podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA. AVISO DE SINIESTRO.

En caso de muerte de cualquiera de los asegurados, el tomador o el beneficiario deberá dar aviso a La Compañía dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA. PAGO DE SINIESTRO.

La Compañía pagará al asegurado o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA. DERECHO DE INSPECCIÓN.

La Compañía se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del Tomador que se refieran al manejo de ésta póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA.- NOTIFICACIONES.

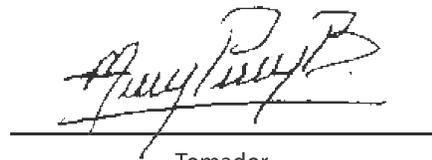
Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores deberá consignarse por escrito; y será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA.- DOMICILIO.

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá, D.C., en la República de Colombia, que constituye el domicilio principal de La Compañía.



Representante Legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Tomador
Representante Legal
Banco Davivienda S.A.

ANEXO DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

Por convenio entre La Compañía y el Tomador, este Anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo o Póliza de Vida de Grupo en unidades de Poder Adquisitivo Constante (UVR) arriba citada y queda sujeta a sus estipulaciones y excepciones lo mismo que a las siguientes condiciones particulares:

CONDICIÓN PRIMERA. DEFINICIÓN DE ACCIDENTE:

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE ANEXO, SE ENTIENDE POR ACCIDENTE EL HECHO EXTERIOR, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE PRODUZCA UNA LESIÓN CORPORAL QUE TENGA COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INDEPENDIENTE DE OTRA CAUSA, CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS ENUMERADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES Y QUE SE MANIFIESTE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DIAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA. NO SE CONSIDERAN ACCIDENTES AQUELLOS HECHOS ENUMERADOS EN LA CONDICIÓN SEGUNDA DE ESTE ANEXO, QUE HACE REFERENCIA A LAS EXCLUSIONES.

CONDICIÓN SEGUNDA. EXCLUSIONES:

Este anexo no cubre la muerte, lesión o pérdida que sea consecuencia de:

- a) HOMICIDIO O SU TENTATIVA.
- b) MUERTE LESIÓN O PERDIDA CAUSADA POR ARMA DE FUEGO, ARMA CONTUNDENTE O CORTOPUNZANTE.
- c) SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SI MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- d) LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN, POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA LEGAL.
- e) PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD.
- f) ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

- g) ACCIDENTES EN QUE EL PASAJERO SE ENCUENTRE VIAJANDO COMO CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS O CARROS A MOTOR (KARTS).
- h) CUALQUIER SUCESO QUE GENERE HERNIAS.
- i) INTOXICACIONES, OCLUSIONES INTESTINALES, ROTURA DE ANEURISMAS E INFECCIONES BACTERIALES EXCEPTO LA QUE SE PRESENTE COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO POR EL ANEXO DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.
- j) TEMBLORES DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, RAYO, MAREJADA, O CUALQUIER OTRO FENÓMENO O CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA.
- k) GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS TERRORISTAS O EN GENERAL, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE.
- l) FISIÓN NUCLEAR Y LOS EFECTOS QUE PRODUZCA LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- m) ENCONTRARSE EL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DE DROGAS TÓXICAS O HERÓICAS O ALUCINÓGENAS, SIEMPRE Y CUANDO TAL INFLUENCIA TENGA RELACIÓN CAUSAL CON EL ACCIDENTE.
- n) INGESTIÓN DE VENENO O INHALACIÓN DE GASES O VAPORES EN FORMA ACCIDENTAL O DELIBERADA.
- o) ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA, O INFECCIONES BACTERIALES DISTINTAS DE LAS CONTRAIDAS POR LESIÓN CORPORAL ACCIDENTAL.
- p) LAS INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS, TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA, ETC.
- q) LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS, ETC., SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR EL PRESENTE ANEXO.

NOTA: ESTAS EXCLUSIONES NO SE APLICAN PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA QUE SOLO TIENE COMO EXCLUSIONES EL SUICIDIO Y EL VIH POSITIVO O SIDA, DE LOS CUALES SE HABLA EN LA CONDICIÓN GENERAL SEGUNDA EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN TERCERA. TABLA DE INDEMNIZACIONES.

La Compañía pagará la indemnización estipulada en este anexo, al recibo de las pruebas fehacientes que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta, de que alguno de los asegurados sufrió a causa de un accidente amparado bajo este anexo, cualquiera de las siguientes pérdidas:

Muerte accidental	La suma principal
Por pérdida de ambas manos o ambos pies	La suma principal
Por pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos	La suma principal
Por pérdida de una mano o un pie y la visión en un ojo	La suma principal
Pérdida de una mano o un pie o la visión en un ojo.....	50% de la suma principal

CONDICIÓN CUARTA. PÉRDIDA.

Para efectos de la tabla anterior, se entenderá por pérdida lo siguiente con respecto de:

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

CONDICIÓN QUINTA. DEDUCCIONES.

- a) Cuando como consecuencia de un accidente ocurra al mismo tiempo la muerte del asegurado y alguna de las pérdidas contempladas en la tabla de indemnizaciones, La Compañía sólo indemnizará el valor asegurado por muerte accidental.
- b) Cuando como consecuencia de un accidente haya lugar a pagar beneficios por desmembración y después, como consecuencia del mismo accidente, falleciere el asegurado, subsistirá el amparo de muerte accidental en la diferencia.
- c) Cuando como consecuencia de un accidente haya lugar a pagar beneficios por desmembración y después, como consecuencia del mismo accidente, el asegurado quedare incapacitado en forma total y permanente, lo pagado por el presente amparo se deducirá de lo que pueda corresponder por el amparo de incapacidad total y permanente si lo hubiere.

CONDICIÓN SEXTA. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para cualquiera de las personas amparadas, al vencimiento de la anualidad más próxima en que cumpla 70 años de edad.

CONDICIÓN SÉPTIMA. SUMA PRINCIPAL.

Conforme se emplea aquí significará el valor asegurado individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo. La suma que La Compañía pague al asegurado por concepto del presente anexo, será igual o inferior al valor pactado-aceptado por La Compañía, en el Seguro de Vida de Grupo o Seguro de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR). Bajo ninguna circunstancia La Compañía pagará a cada asegurado una indemnización superior a dicho valor asegurado. El asegurado que reciba cualquier indemnización igual al valor total asegurado por el presente anexo, quedará automáticamente excluido de él.

CONDICIÓN OCTAVA. RECLAMACIONES.

Para que La Compañía pague la indemnización por el presente anexo el asegurado o beneficiario deberá acreditar fehacientemente la ocurrencia del siniestro. La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

CONDICIÓN NOVENA. INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE.

El Tomador, asegurado o beneficiario se comprometen a dar aviso a La Compañía de todo accidente de cualquiera de los asegurados que pudiere dar lugar a la reclamación bajo el presente anexo, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de su ocurrencia. En caso de pérdida de la vida el aviso se dará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que se haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

CONDICIÓN DÉCIMA. - EXÁMENES MÉDICOS.

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

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. REVOCACIÓN.

Este anexo quedará revocado cuando el Tomador o el asegurado lo manifieste por escrito.

El hecho de que La Compañía haya recibido una o más primas por este anexo, después de que hubiere sido revocado no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anular tal revocación.

Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

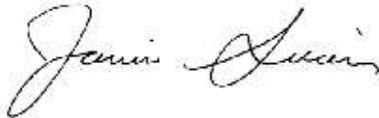
CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

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

Dado a los _____ días del mes de _____ del año _____
en Bogotá D.C.

NOTA: En la condición novena del anexo de indemnizaciones por muerte accidental y beneficios por desmembración los días a los que se refiere son hábiles.



Representante Legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Tomador
Representante Legal
Banco Davivienda S.A.

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Por convenio entre La Compañía y el Tomador, este Anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo o Póliza de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR) arriba citada y queda sujeta a sus estipulaciones y excepciones lo mismo que a las siguientes condiciones particulares:

CONDICIÓN PRIMERA. DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

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

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARA COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO, NO SE REQUERIRA QUE TRANSCURRA EL PERÍODO CONTÍNUO DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS DE INCAPACIDAD.

CONDICIÓN SEGUNDA. PÉRDIDA.

Conforme se emplea aquí significa con respecto de:

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

CONDICIÓN TERCERA. SUMA ASEGURADA.

La suma que La Compañía pague al asegurado por concepto del presente anexo será igual o inferior al valor pagadero aceptado por La Compañía en el Seguro de Vida Grupo del Asegurado Incapacitado.

Cuando el presente anexo haga parte de una Póliza de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR), la suma que la Compañía pague al asegurado por concepto del presente anexo,

sera igual o inferior valor pagadero aceptado por La Compañía, en el Seguro de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR) del Asegurado Incapacitado.

CONDICIÓN CUARTA. DEDUCCIONES.

- a) La indemnización por incapacidad total y permanente no es acumulable al Amparo de Vida y , por lo tanto, una vez pagada, la indemnización por dicha incapacidad, La Compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al Amparo de Vida del asegurado incapacitado.

- b) Si la póliza en la cual se inicie este anexo contiene además el Anexo de indemnización por muerte Accidental y Beneficios por Desmembración y en virtud de él y como consecuencia del mismo accidente La Compañía ha efectuado algún pago , dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el presente amparo.

CONDICIÓN QUINTA. RECLAMACIONES.

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

CONDICIÓN SEXTA. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

CONDICIÓN SÉPTIMA. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para cualquiera de las personas amparadas, al vencimiento de la anualidad más próxima en que cumpla 70 años de edad.

CONDICIÓN OCTAVA. EXÁMENES MÉDICOS.

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

CONDICIÓN NOVENA. REVOCACIÓN.

Este anexo quedará revocado cuando el Tomador o el asegurado expresamente lo manifieste por escrito.

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

CONDICIÓN DÉCIMA. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

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

Dado a los _____ días del mes de _____ del año _____ en Bogotá D.C.



Representante Legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Tomador
Representante Legal
Banco Davivienda S.A.



PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DE GRUPO EN UNIDADES DE VALOR REAL - UVR

CONDICIONES GENERALES

La Compañía de Seguros Bolívar S. A., que en el presente contrato se llamará "LA COMPAÑÍA", en consideración de las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por "EL TOMADOR" y las solicitudes individuales de los asegurados, las cuales se incorporan a este contrato para todos sus efectos, pagará la correspondiente suma asegurada al recibo de las pruebas que acrediten que la muerte de cualquiera de las personas amparadas ocurrió durante la vigencia y dentro de la cobertura de la presente póliza.

Forman parte de este contrato las cláusulas adicionales, las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes, que guarde relación con el presente seguro.

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

CONDICIÓN PRIMERA. AMPARO BÁSICO.

CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES DE LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA CUBRE, DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, EL RIESGO DE MUERTE DE LOS ASEGURADOS.

CONDICIÓN SEGUNDA. EXCLUSIONES.

DENTRO DE LOS DOS (2) PRIMEROS AÑOS, CONTADOS DESDE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO, LA COMPAÑÍA NO QUEDA OBLIGADA AL PAGO DE NINGUNA INDEMNIZACIÓN POR LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- a) SUICIDIO. SI CUALQUIER ASEGURADO SE QUITARE LA VIDA ESTANDO EN SU SANO JUICIO O DEMENTE O EN CUALQUIER OTRA CIRCUNSTANCIA.

- b) VIH POSITIVO-SIDA.
MUERTE DERIVADA O RELACIONADA CON EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

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

CONDICIÓN TERCERA. EL TOMADOR.

Es la persona natural o jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

CONDICIÓN CUARTA. GRUPO ASEGURABLE.

Es el constituido por un grupo de personas naturales, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con otra persona relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro. También podrá otorgarse el seguro a aquellos conjuntos de personas que por sus condiciones, aunque no tengan Personería Jurídica, puedan tener la condición de grupo asegurable.

CONDICIÓN QUINTA. VIGENCIA.

Los amparos individualmente considerados sólo entrarán en vigor en la fecha prevista en la Solicitud Individual o Solicitud-Certificado, siempre y cuando haya pago de la prima del primer período, y el documento no haya sido rechazado por La Compañía por diligenciamiento incorrecto o por cualquier otra circunstancia.

La Compañía se reserva la facultad de fijar períodos de inclusión de nuevos Asegurados.

CONDICIÓN SEXTA. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD.

Todo miembro del grupo asegurable podrá obtener los amparos a los que se refiere ésta póliza si cumple con los siguientes requisitos:

- a) Ser mayor de 12 años para mujeres y mayor de 14 años para hombres.
- b) No ser mayor de 70 años.
- c) Todos los demás requisitos que La Compañía exija.

CONDICIÓN SÉPTIMA. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD.

De conformidad con lo dispuesto en los Artículos 1138 y 1056 del Código de Comercio, La Compañía limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado máximo igual al ofrecido en la opción más alta vigente indicada en la solicitud de esta póliza, en el momento de expedir él o los seguros.

CONDICIÓN OCTAVA. VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES.

El valor del Seguro de cada persona asegurable se calculará de acuerdo con el sistema que se indica a continuación:

El valor asegurado en todo momento se calcula multiplicando el monto asegurado expresado en "UVR" según la cotización del día del ingreso a esta póliza, por el valor del "UVR" correspondiente en la fecha de cálculo.

CONDICIÓN NOVENA. CÁLCULO DE LA PRIMA.

La prima se establecerá, teniendo en cuenta la edad de cada asegurado, su estado de salud, el monto asegurado individual expresado en "UVR" en el momento de ingresar a esta póliza por el valor del "UVR" según la cotización del día que se realice el cálculo de la prima, aplicando la tarifa registrada en la Superintendencia Financiera, sin perjuicio de la posibilidad que asiste a La Compañía de determinar la prima por el sistema de Tasa Promedio en grupos asegurados superiores a doscientas (200) personas. Para edades inferiores a veinte (20) años, se aplicará la tasa que corresponde a la edad veinte (20). Para ingresos posteriores a la expedición o renovación de la póliza se cobrará la prima a prorrata con base en los factores anteriores.

CONDICIÓN DÉCIMA. PAGO DE PRIMAS.

El Tomador es responsable por el pago de las primas. El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la vigencia del seguro. Excepto para la prima inicial, se concede al Tomador un período de gracia de un mes contado a partir de las fechas que para tal efecto se han señalado en la Solicitud Individual o Solicitud-Certificado de esta póliza para el pago de cuotas en forma anual, semestral o trimestral, y de quince (15) días cuando las primas sean pagaderas mensualmente. Por consiguiente, si ocurre algún siniestro, La Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del Tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Cuando la presente Póliza de Vida Grupo tenga el carácter de seguro contributivo, es decir, que la totalidad de la prima es sufragada por los integrantes del grupo asegurado, le

corresponde al asegurado proveer los recursos necesarios para que el Tomador efectúe el pago de la prima a La Compañía.

Si las primas posteriores a la primera no fueren pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación automática del contrato y La Compañía quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS.

Las primas son anuales, pero también pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales aplicando para ello el factor de 0.5375, 0.2787 y 0.0954 respectivamente.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. REVOCACIÓN DEL CONTRATO.

Si el Tomador da aviso por escrito a La Compañía para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha de recibo de tal comunicación por La Compañía o en la fecha especificada por el Tomador para tal terminación, la que ocurra más tarde, y el Tomador será responsable de pagar a La Compañía todas las primas debidas en esa fecha, incluyendo una prima a prorrata por el período que comienza con el de gracia y termina en la fecha de tal revocación. El asegurado podrá revocar su seguro individual con arreglo al mismo procedimiento.

CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE (ART. 1058 C. CO.)

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

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si el Tomador ha encubierto, por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente a la 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 esta condición no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones respecto de su seguro individual.

PARÁGRAFO: La Compañía tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena, en caso de que el tomador o el asegurado haya incurrido en reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad.

CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. IRREDUCTIBILIDAD.

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha de perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la declaración de asegurabilidad.

CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos termina por las siguientes causas:

- a) Por falta de pago de la prima o de cualquier cuota, si la prima anual ha sido fraccionada, una vez vencido el período de gracia estipulado.
- b) Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
- c) Cuando el asegurado, por escrito, solicite su exclusión del seguro.
- d) A la revocación del contrato, por parte del tomador o el asegurado.
- e) En el aniversario de la póliza más inmediato a la fecha en la que el asegurado cumpla 70 años de edad.
- f) En el seguro del cónyuge o cualquier asegurado dependiente, al fallecimiento del asegurado principal o cuando este se retire del grupo.
- g) Cuando La Compañía cancele la indemnización por el amparo de incapacidad total y permanente.
- h) Cuando en el momento de la renovación, el grupo esté desintegrado por ser el número de miembros menor al permitido.

CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA. RENOVACIÓN.

La presente póliza es renovable anualmente a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes, con una anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento, no manifestaren lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado sin perjuicio de lo estipulado en la Condición Décima de la presente Póliza.

CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA. CONVERTIBILIDAD.

Los Asegurados menores de 70 años que se separen del grupo después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados por el amparo de vida sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tenga bajo la Póliza de Grupo liquidada de acuerdo con la cotización del "UVR" en esa fecha, pero sin beneficios ni amparos adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite La Compañía con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del Grupo. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicada a la edad alcanzada por el asegurado y a su ocupación en la fecha de la solicitud.

En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán las pólizas individuales con la clasificación impuesta bajo la Póliza de Grupo y la extraprima que corresponda al Seguro de Vida Individual.

CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA. INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD.

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de La Compañía, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el Artículo 1058 del Código de Comercio.
- b) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por La Compañía, y
- c) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b). del presente numeral.

CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA. EDADES DESCONOCIDAS.

Cuando se ignore la edad de alguno de los integrantes del grupo, la prima básica de las edades desconocidas se calculará aplicando la tasa correspondiente a la edad de cuarenta (40) años y en el certificado de seguro o recibo correspondiente se advertirá al asegurado que su prima se liquidó con tasa de cuarenta (40) años por desconocerse su edad real.

CONDICIÓN VIGÉSIMA. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO.

La Compañía expedirá para cada asegurado un certificado individual en aplicación a esta póliza. En caso de cambio de valor asegurado; modificación de amparos, se expedirá un nuevo certificado que reemplazará al anterior, el cual quedará sin efecto.

CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS.

El beneficiario puede serlo a título gratuito o a título oneroso. Cuando el beneficiario sea a título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento y cuando sea a título oneroso se requerirá el consentimiento del beneficiario, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a La Compañía.

En el evento en que el beneficiario sea a título gratuito y ocurra el fallecimiento del asegurado sin que haya designado beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, o el beneficiario fallezca simultáneamente con el asegurado o se ignore cual de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos del asegurado en la otra mitad. Si el beneficiario es a título oneroso y el asegurado muere simultáneamente con el beneficiario, serán beneficiarios del seguro únicamente los herederos del beneficiario.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. RECLAMACIÓN.

El beneficiario o asegurado, según el caso, deberá remitir, junto con el certificado individual del seguro, los documentos necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro. El asegurado o el beneficiario, según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, si en apoyo de ella se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

El Tomador o beneficiario, a petición de La Compañía, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de ésta obligación, La Compañía podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA. AVISO DE SINIESTRO.

En caso de muerte de cualquiera de los asegurados, el tomador o el beneficiario deberá dar aviso a La Compañía dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA. PAGO DE SINIESTRO.

La Compañía pagará al asegurado o a los beneficiarios, según el caso, la indemnización a la que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del mes siguiente a la fecha en la que se acredite la ocurrencia del siniestro.

CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA. DERECHO DE INSPECCIÓN.

La Compañía se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del Tomador que se refieran al manejo de ésta póliza.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA.- NOTIFICACIONES.

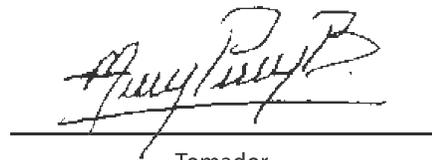
Salvo el aviso de siniestro, cualquier declaración que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores deberá consignarse por escrito; y será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA.- DOMICILIO.

El lugar de cumplimiento de las obligaciones emanadas del presente contrato es la ciudad de Bogotá, D.C., en la República de Colombia, que constituye el domicilio principal de La Compañía.



Representante Legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Tomador
Representante Legal
Banco Davivienda S.A.

ANEXO DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

Por convenio entre La Compañía y el Tomador, este Anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo o Póliza de Vida de Grupo en unidades de Poder Adquisitivo Constante (UVR) arriba citada y queda sujeta a sus estipulaciones y excepciones lo mismo que a las siguientes condiciones particulares:

CONDICIÓN PRIMERA. DEFINICIÓN DE ACCIDENTE:

PARA LOS EFECTOS DEL PRESENTE ANEXO, SE ENTIENDE POR ACCIDENTE EL HECHO EXTERIOR, IMPREVISTO, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE PRODUZCA UNA LESIÓN CORPORAL QUE TENGA COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INDEPENDIENTE DE OTRA CAUSA, CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS ENUMERADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES Y QUE SE MANIFIESTE DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DIAS SIGUIENTES A SU OCURRENCIA. NO SE CONSIDERAN ACCIDENTES AQUELLOS HECHOS ENUMERADOS EN LA CONDICIÓN SEGUNDA DE ESTE ANEXO, QUE HACE REFERENCIA A LAS EXCLUSIONES.

CONDICIÓN SEGUNDA. EXCLUSIONES:

Este anexo no cubre la muerte, lesión o pérdida que sea consecuencia de:

- a) HOMICIDIO O SU TENTATIVA.
- b) MUERTE LESIÓN O PERDIDA CAUSADA POR ARMA DE FUEGO, ARMA CONTUNDENTE O CORTOPUNZANTE.
- c) SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA POR EL ASEGURADO A SI MISMO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- d) LOS ACCIDENTES CAUSADOS POR VIOLACIÓN, POR PARTE DEL ASEGURADO, DE CUALQUIER NORMA LEGAL.
- e) PARTICIPACIÓN EN COMPETENCIAS DE VELOCIDAD.
- f) ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE PARTICIPACIÓN EN AVIACIÓN, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS.

- g) ACCIDENTES EN QUE EL PASAJERO SE ENCUENTRE VIAJANDO COMO CONDUCTOR O PASAJERO DE MOTOCICLETAS, MOTONETAS O CARROS A MOTOR (KARTS).
- h) CUALQUIER SUCESO QUE GENERE HERNIAS.
- i) INTOXICACIONES, OCLUSIONES INTESTINALES, ROTURA DE ANEURISMAS E INFECCIONES BACTERIALES EXCEPTO LA QUE SE PRESENTE COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO CUBIERTO POR EL ANEXO DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.
- j) TEMBLORES DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, INUNDACIONES, RAYO, MAREJADA, O CUALQUIER OTRO FENÓMENO O CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA.
- k) GUERRA CIVIL O INTERNACIONAL, MOTINES, HUELGAS, ACCIONES DE MOVIMIENTOS SUBVERSIVOS, ACTOS TERRORISTAS O EN GENERAL, CONMOCIONES DE CUALQUIER CLASE.
- l) FISIÓN NUCLEAR Y LOS EFECTOS QUE PRODUZCA LA CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- m) ENCONTRARSE EL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES, DE DROGAS TÓXICAS O HERÓICAS O ALUCINÓGENAS, SIEMPRE Y CUANDO TAL INFLUENCIA TENGA RELACIÓN CAUSAL CON EL ACCIDENTE.
- n) INGESTIÓN DE VENENO O INHALACIÓN DE GASES O VAPORES EN FORMA ACCIDENTAL O DELIBERADA.
- o) ENFERMEDAD MENTAL O CORPORAL O CUALQUIER DOLENCIA O TARA, O INFECCIONES BACTERIALES DISTINTAS DE LAS CONTRAIDAS POR LESIÓN CORPORAL ACCIDENTAL.
- p) LAS INFECCIONES PRODUCIDAS POR PICADURAS DE INSECTOS, TALES COMO MALARIA, TIFO, FIEBRE AMARILLA, ETC.
- q) LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS, ETC., SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO POR EL PRESENTE ANEXO.

NOTA: ESTAS EXCLUSIONES NO SE APLICAN PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA QUE SOLO TIENE COMO EXCLUSIONES EL SUICIDIO Y EL VIH POSITIVO O SIDA, DE LOS CUALES SE HABLA EN LA CONDICIÓN GENERAL SEGUNDA EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.

CONDICIÓN TERCERA. TABLA DE INDEMNIZACIONES.

La Compañía pagará la indemnización estipulada en este anexo, al recibo de las pruebas fehacientes que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta, de que alguno de los asegurados sufrió a causa de un accidente amparado bajo este anexo, cualquiera de las siguientes pérdidas:

Muerte accidental	La suma principal
Por pérdida de ambas manos o ambos pies	La suma principal
Por pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos	La suma principal
Por pérdida de una mano o un pie y la visión en un ojo	La suma principal
Pérdida de una mano o un pie o la visión en un ojo.....	50% de la suma principal

CONDICIÓN CUARTA. PÉRDIDA.

Para efectos de la tabla anterior, se entenderá por pérdida lo siguiente con respecto de:

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

CONDICIÓN QUINTA. DEDUCCIONES.

- a) Cuando como consecuencia de un accidente ocurra al mismo tiempo la muerte del asegurado y alguna de las pérdidas contempladas en la tabla de indemnizaciones, La Compañía sólo indemnizará el valor asegurado por muerte accidental.
- b) Cuando como consecuencia de un accidente haya lugar a pagar beneficios por desmembración y después, como consecuencia del mismo accidente, falleciere el asegurado, subsistirá el amparo de muerte accidental en la diferencia.
- c) Cuando como consecuencia de un accidente haya lugar a pagar beneficios por desmembración y después, como consecuencia del mismo accidente, el asegurado quedare incapacitado en forma total y permanente, lo pagado por el presente amparo se deducirá de lo que pueda corresponder por el amparo de incapacidad total y permanente si lo hubiere.

CONDICIÓN SEXTA. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para cualquiera de las personas amparadas, al vencimiento de la anualidad más próxima en que cumpla 70 años de edad.

CONDICIÓN SÉPTIMA. SUMA PRINCIPAL.

Conforme se emplea aquí significará el valor asegurado individualmente considerado para cada uno de los integrantes del grupo. La suma que La Compañía pague al asegurado por concepto del presente anexo, será igual o inferior al valor pactado-aceptado por La Compañía, en el Seguro de Vida de Grupo o Seguro de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR). Bajo ninguna circunstancia La Compañía pagará a cada asegurado una indemnización superior a dicho valor asegurado. El asegurado que reciba cualquier indemnización igual al valor total asegurado por el presente anexo, quedará automáticamente excluido de él.

CONDICIÓN OCTAVA. RECLAMACIONES.

Para que La Compañía pague la indemnización por el presente anexo el asegurado o beneficiario deberá acreditar fehacientemente la ocurrencia del siniestro. La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y exactitud de las pruebas que para tal efecto se aporten.

CONDICIÓN NOVENA. INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE.

El Tomador, asegurado o beneficiario se comprometen a dar aviso a La Compañía de todo accidente de cualquiera de los asegurados que pudiere dar lugar a la reclamación bajo el presente anexo, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de su ocurrencia. En caso de pérdida de la vida el aviso se dará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquel en el que se haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

CONDICIÓN DÉCIMA. - EXÁMENES MÉDICOS.

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

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. REVOCACIÓN.

Este anexo quedará revocado cuando el Tomador o el asegurado lo manifieste por escrito.

El hecho de que La Compañía haya recibido una o más primas por este anexo, después de que hubiere sido revocado no obligará a conceder los beneficios aquí estipulados ni anular tal revocación.

Cualquier prima pagada por un período posterior a la revocación será reembolsada.

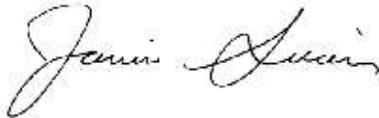
CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

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

Dado a los _____ días del mes de _____ del año _____
en Bogotá D.C.

NOTA: En la condición novena del anexo de indemnizaciones por muerte accidental y beneficios por desmembración los días a los que se refiere son hábiles.



Representante Legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Tomador
Representante Legal
Banco Davivienda S.A.

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Por convenio entre La Compañía y el Tomador, este Anexo hace parte de la Póliza de Vida Grupo o Póliza de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR) arriba citada y queda sujeta a sus estipulaciones y excepciones lo mismo que a las siguientes condiciones particulares:

CONDICIÓN PRIMERA. DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

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

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERARA COMO TAL: LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, LA AMPUTACIÓN DE AMBAS MANOS O DE AMBOS PIES, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, EVENTOS EN LOS CUALES, PARA QUE OPERE EL AMPARO, NO SE REQUERIRA QUE TRANSCURRA EL PERÍODO CONTÍNUO DE CIENTO CINCUENTA (150) DÍAS DE INCAPACIDAD.

CONDICIÓN SEGUNDA. PÉRDIDA.

Conforme se emplea aquí significa con respecto de:

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

CONDICIÓN TERCERA. SUMA ASEGURADA.

La suma que La Compañía pague al asegurado por concepto del presente anexo será igual o inferior al valor pagadero aceptado por La Compañía en el Seguro de Vida Grupo del Asegurado Incapacitado.

Cuando el presente anexo haga parte de una Póliza de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR), la suma que la Compañía pague al asegurado por concepto del presente anexo,

sera igual o inferior valor pagadero aceptado por La Compañía, en el Seguro de Vida de Grupo en Unidades de Valor Real (UVR) del Asegurado Incapacitado.

CONDICIÓN CUARTA. DEDUCCIONES.

- a) La indemnización por incapacidad total y permanente no es acumulable al Amparo de Vida y , por lo tanto, una vez pagada, la indemnización por dicha incapacidad, La Compañía quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al Amparo de Vida del asegurado incapacitado.

- b) Si la póliza en la cual se inicie este anexo contiene además el Anexo de indemnización por muerte Accidental y Beneficios por Desmembración y en virtud de él y como consecuencia del mismo accidente La Compañía ha efectuado algún pago , dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el presente amparo.

CONDICIÓN QUINTA. RECLAMACIONES.

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

CONDICIÓN SEXTA. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

CONDICIÓN SÉPTIMA. TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para cualquiera de las personas amparadas, al vencimiento de la anualidad más próxima en que cumpla 70 años de edad.

CONDICIÓN OCTAVA. EXÁMENES MÉDICOS.

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

CONDICIÓN NOVENA. REVOCACIÓN.

Este anexo quedará revocado cuando el Tomador o el asegurado expresamente lo manifieste por escrito.

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

CONDICIÓN DÉCIMA. CONVERTIBILIDAD.

El derecho de convertibilidad previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

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

Dado a los _____ días del mes de _____ del año _____ en Bogotá D.C.



Representante Legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.



Tomador
Representante Legal
Banco Davivienda S.A.

1. DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	7971661
ASEGURADO	YINER FERNANDO CRUZ VARONA
EDAD	53 AÑOS
2. FECHAS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA	
INGRESO A LA POLIZA	08/08/2016
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	2.017
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	2.017
FECHA DEL SINIESTRO	01-08-2019
3. ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	05 MARZO 2.015 CUADRO A PAROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCIÓN SENSACIÓN DE ANSIEDAD, PÉRDIDA DE LA MOTIVACIÓN, INSOMNIO, QUE ASOCIA A CARGA LABORAL DX: TRANSTORNO DE ANSIEDAD. INICIA MANEJO FLUOXETINA
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	05 MARZO 2.015
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	SI
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, CON UN ANTECEDENTE ASI TAL COMO SE PRESENTA EN LA DOCUMENTACIÓN APORTADA; UNA SOLICITUD DE INGRESO A UNA PÓLIZA SE HABRÍA DECLINADO
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	DECLINADO
¿SE RELACIONAN DE MANERA DIRECTA CON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD?	SI
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE, ANOMALIA AV FRONTAL, AMNESIA, CEFALEA VASCULAR, POLIPO COLON, GASTRITIS.
4B. CODIGO:	101006008
4C. CALIFICACION DE JUNTA DE PCL (PORCENTAJE)	56.38%
4D. FECHA DE ESTRUCTURACION JUNTA DE PCL:	01 AGOSTO 2.018
4E. ¿PRESENTA LESIONES ORGANICAS Y/O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES?	SI
4F. ¿ESTAS LESIONES O ALTERACIONES SON DE POR VIDA?	SI
4G. ¿PUEDE DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO?	NO
4.H ¿PRESENTA AMPUTACION DE ALGUNA EXTREMIDAD, Y/O PERDIDA DE LA VISION EN AMBOS OJOS?	NO
5.ADICIONALES	
5A. ¿SE NECESITA INVESTIGAR HISTORIA CLINICA?	NO

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

5B. ¿SE NECESITAN INFORMES DE SUS MEDICOS TRATANTES?	NO
5C. ¿SE NECESITA ALGUN OTRO DOCUMENTO?	NO
OBSERVACIONES	

20 AGOSTO 2.019 **INFORME DE INVESTIGACIÓN (CONSECUTIVO 7935289) CORROBORA PATOLOGÍAS CALIFICADAS. PÓLIZA CON MÁS DE 2 AÑOS.LMCAMPO**



ATENCION DE CONSULTA MEDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA

Profesional : JUAN MIGUEL MOTTA Registro: 65503/2013 Fecha : 05/03/2015 09:54 Sede : UT POPAYAN

Especialidad : MEDICINA GENERAL

Motivo de Consulta: **ME SINTO ANSIOSO**

Enfermedad Actual: **PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SENSACION DE ANSIEDAD, PERDIDA DE MOTIVACION, INSOMNIO QUE SEGUN REFIERE ASOCIA A CARGA LABORAL NO OTRA SINTOMATOLOGIA EN EL MOMENTO**

PG.32



Neurologico: **ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO**

Otros: **Normal**

DIAGNOSTICO

* Dx Ppat: **F419 TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO**

Tipo Diagnóstico: **Confirmado nuevo**

Finalidad Consulta: **Detección de enfermedad profesional**

Causa Externa: **Enfermedad General**

RESUMEN Y COMENTARIOS

PACIENTE ACTUALMENTE CURSANDO CON CUADRO DE ANSIEDAD SE ORDENAN PARACLINICOS Y SE CITA PARA NUEVA CONSULTA

MEDICAMENTOS

Medicamento: **FLUOXETINA 20 MG (TABLETA) TABLETA**

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

ITP – GRUPO

LMCAMPO

GERENCIA MEDICA 15/11/2019 13:52

Dosificación: **TOMAR UNA TAB DE 20 MG CADA 24 HORAS POR 30 DIAS**

Enviado por Profesional : JUAN MIGUEL MOTTA Registro: 65503/2013 Fecha : 05/03/2015 09:54

LABORATORIOS

Resultados de Laboratorios - 902207 HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL

Enviado por Profesional : JUAN MIGUEL MOTTA Registro: 65503/2013 Fecha : 05/03/2015 09:54

PAG.30 INVEST



HOSPITAL SAN JOSÉ 891580002

HISTORIA CLINICA

NOTA INTERMEDIA

Folio: 33

Formato HC 14
Fecha 2012
Versión 1

(Fecha: 02/08/2018 11:15 a. m.)

Cama: 1203B

N° Historia Clínica: 10549269

Servicio: UNIDAD DE SALUD MENTAL

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente: YINER FERNANDO CRUZ VARONA

Identificación: 10549269

Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 10/mayo/1966 Edad: 52 Años \ 2 Meses \ 23 Dias

Estado Civil: Soltero

Dirección: CAMPO REAL POMONA

Teléfono: 3012778831

Procedencia: POPAYAN

Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.

Régimen: Regimen_Simplificado

DATOS DE INGRESO

Ingreso: 4838316

Fecha de ingreso: 01/08/2018 12:40:45 p. m.

ESCALA DEL DOLOR: 0 SIN DOLOR

SUBJETIVO

REVISTA DE LA MAÑANA. UNIDAD DE SALUD MENTAL DR MAURO EGAS (PSICUATRA DE TURNO) ANGIE ZEMANATE (MÉDICO INTERNO) PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS DE EDAD CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS: 1. DEPRESION SEVERA CON SINTOMAS PSICOTICOS 2. ESTRÉS LABORAL. ***EVENTOS: CICLO DE SUEÑO NORMAL, HA PERMANECIDO TRANQUILO, RECIBE MEDICAMENTOS, TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VIA ORAL, NO SALE DE LA CAMA, EN Ocasiones SE TIENE PERPLEJO, SIN SINTOMAS PSICOTICOS.

OBJETIVO

AL EXAMEN MENTAL SE ENCUENTRA ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, DE ORIENTADO EN LUGAR Y TIEMPO, LENGUAJE CLARO Y COHERENTE, EUPROSEXICO, INTELIGENCIA IMPRESIONA NORMAL, ATENCION ALTERADA, MEMORIA RECIENTE ALTERADA, MEMORIA TARDIA CONSERVADA, CON PENSAMIENTO LOGICO CONCRETO, COHERENTE, SIN IDEACION SUICIDA, AFECTO MODULADO, SIN IDEAS DELIRANTES, NIEGA ALUCINACIONES VISUALES, NO SONAMBULO PARA LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS, SENSOPERCEPCION SIN ALTERACIONES, JUICIO ADECUADO, INTROSPECCION ADECUADA, PROSPECCION INCIERTA.

ANALISIS

ANALISIS: PACIENTE MASCULINO EN LA SEXTA DÉCADA DE LA VIDA EN CONTEXTO DE DEPRESIÓN GRAVE, ESTRÉS LABORAL DE APROXIMADAMENTE AÑO Y MEDIO DE EVOLUCIÓN. SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL, REQUIERE CONTINUAR ESTANCIA HOSPITALARIA HASTA QUE MEJORE SU CONDICIÓN CLÍNICA. HASTA EL MOENTO CON EVOLUCIÓN CLÍNICA ESTACIONARIA. EN REVISTA MÉDICA EL DÍA DE HOY SE DECIDE CONTINUAR EN HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD MENTAL** SUSPENDER SERTRALINA TABLETAS 50MG, ADMINISTRAR UNA TABLETA CADA 12 HORAS (1-0-1)** SUSPENDER QUETIAPINA TABLETAS 25 MG, ADMINISTRAR 4 TABLETAS EN LA NOCHE (0-0-4)** CONTINUAR AL PRAZO AM TARI FTAS 0.5MG. ADMINISTRAR UNA TABLETA CADA 12

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

ITP – GRUPO
LMCAMPO
GERENCIA MEDICA15/11/2019 13:52

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE
DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD
HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

1. DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	7971661
ASEGURADO	YINER FERNANDO CRUZ VARONA
EDAD	53 AÑOS
2. FECHAS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA	
INGRESO A LA POLIZA	08/08/2016
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	2.017
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	2.017
FECHA DEL SINIESTRO	01-08-2019
3. ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	2.015 TRANSTORNO MIXTO ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	-
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	-
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	-
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	-
¿SE RELACIONAN DE MANERA DIRECTA CON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD?	-
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE, ANOMALIA AV FRONTAL, AMNESIA, CEFALEA VASCULAR, POLIPO COLON, GASTRITIS.
4B. CODIGO:	101006008
4C. CALIFICACION DE JUNTA DE PCL (PORCENTAJE)	56.38%
4D. FECHA DE ESTRUCTURACION JUNTA DE PCL:	01 AGOSTO 2.018
4E. ¿PRESENTA LESIONES ORGANICAS Y/O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES?	SI
4F. ¿ESTAS LESIONES O ALTERACIONES SON DE POR VIDA?	SI
4G. ¿PUEDE DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO?	NO
4.H ¿PRESENTA AMPUTACION DE ALGUNA EXTREMIDAD, Y/O PERDIDA DE LA VISION EN AMBOS OJOS?	NO
5. ADICIONALES	
5A. ¿SE NECESITA INVESTIGAR HISTORIA CLINICA?	NO
5B. ¿SE NECESITAN INFORMES DE SUS MEDICOS TRATANTES?	NO
5C. ¿SE NECESITA ALGUN OTRO DOCUMENTO?	NO
OBSERVACIONES	

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE
 DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD
 HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

ITP – GRUPO

LMCAMPO

GERENCIA MEDICA20/08/2019 14:18

--	--

20 AGOSTO 2019 **INFORME DE INVESTIGACIÓN (CONSECUTIVO 7935289) CORROBORA PATOLOGÍAS CALIFICADAS. PÓLIZA CON MÁS DE 2 AÑOS.LMCAMPO**

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

1.DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	7935289
ASEGURADO	YINER FERNANDO CRUZ VARONA
EDAD	53 AÑOS
2.FECHAS IMPORTANTES	
INGRESO A LA POLIZA	INICIO 09/08/2016
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	2.017
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	2.017
FECHA DEL SINIESTRO	05-07-2019
3, ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	2.015 TRANSTORNO MIXTO ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
3B. ¿SE RELACIONAN DE MANERA DIRECTA CON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD?	-
3C. ¿DESDE QUE FECHA?	-
3D. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	-
3E. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	-
3F. ¿EN QUE PORCENTAJE?	-
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE, ANOMALIA AV FRONTAL, CEFALEA VASCULAR, POLIPO COLON, GASTRITIS
4B. CODIGO:	101006008
4C. CALIFICACION DE JUNTA DE PCL (PORCENTAJE)	56.38%
4D. FECHA DE ESTRUCTURACION JUNTA DE PCL:	01 AGOSTO 2.018
4E. ¿SU LESION O ENFERMEDAD LE GENERA PERDIDA DE UN 50% O MAS DE SU CAPACIDAD LABORAL?	SI
4F. ¿SU LESION LE IMPIDE TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR SU OCUPACION HABITUAL U OTRA CUALQUIERA COMPATIBLE ON SU EDUCACION, FORMACION O EXPERIENCIA?	SI
4G. ¿PRESENTA PERDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA?	NO
4H. ¿PRESENTA AMPUTACION DE ALGUNA EXTREMIDAD, PERDIDA DE LA VISION EN AMBOS OJOS, O PERDIDA DE LA AUDICION POR AMBOS OIDOS?	NO
3.ADICIONALES	
3A. ¿SE NECESITA INVESTIGAR HISTORIA CLINICA?	NO

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

ITP – DEUDORES DAVIVIENDA

LMCAMPO

GERENCIA MEDICA 26/07/2019 17:33

3B. ¿SE NECESITAN INFORMES DE SUS MEDICOS TRATANTES?	NO
3C. ¿SE NECESITA ALGUN OTRO DOCUMENTO?	NO
OBSERVACIONES	
	INFORME DE INVESTIGACIÓN CORROBORA PATOLOGÍAS CALIFICADAS. PÓLIZA CON MÁS DE 2 AÑOS.

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

1. DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	7971661
ASEGURADO	YINER FERNANDO CRUZ VARONA
EDAD	53 AÑOS
2. FECHAS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA	
INGRESO A LA POLIZA	08/08/2016
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	2.017
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	2.017
FECHA DEL SINIESTRO	01-08-2019
3. ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	2.015 TRANSTORNO MIXTO ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	-
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	-
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	-
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	-
¿SE RELACIONAN DE MANERA DIRECTA CON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD?	-
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE, ANOMALIA AV FRONTAL, AMNESIA, CEFALEA VASCULAR, POLIPO COLON, GASTRITIS.
4B. CODIGO:	101006008
4C. CALIFICACION DE JUNTA DE PCL (PORCENTAJE)	56.38%
4D. FECHA DE ESTRUCTURACION JUNTA DE PCL:	01 AGOSTO 2.018
4E. ¿PRESENTA LESIONES ORGANICAS Y/O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES?	SI
4F. ¿ESTAS LESIONES O ALTERACIONES SON DE POR VIDA?	SI
4G. ¿PUEDE DESEMPEÑAR CUALQUIER TRABAJO REMUNERATIVO?	NO
4.H ¿PRESENTA AMPUTACION DE ALGUNA EXTREMIDAD, Y/O PERDIDA DE LA VISION EN AMBOS OJOS?	NO
5. ADICIONALES	
5A. ¿SE NECESITA INVESTIGAR HISTORIA CLINICA?	NO
5B. ¿SE NECESITAN INFORMES DE SUS MEDICOS TRATANTES?	NO
5C. ¿SE NECESITA ALGUN OTRO DOCUMENTO?	NO
OBSERVACIONES	

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE
 DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD
 HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

ITP – GRUPO

LMCAMPO

GERENCIA MEDICA12/08/2019 15:45

--	--

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DE ASEGURABILIDAD

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

1.DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	7935289
ASEGURADO	YINER FERNANDO CRUZ VARONA
EDAD	53 AÑOS
2.FECHAS IMPORTANTES	
INGRESO A LA POLIZA	INICIO 09/08/2016
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	2.017
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	2.017
FECHA DEL SINIESTRO	05-07-2019
3, ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	2.015 TRANSTORNO MIXTO ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
3B. ¿SE RELACIONAN DE MANERA DIRECTA CON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD?	-
3C. ¿DESDE QUE FECHA?	-
3D. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	-
3E. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	-
3F. ¿EN QUE PORCENTAJE?	-
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	EPISODIO DEPRESIVO GRAVE, ANOMALIA AV FRONTAL, CEFALEA VASCULAR, POLIPO COLON, GASTRITIS
4B. CODIGO:	101006008
4C. CALIFICACION DE JUNTA DE PCL (PORCENTAJE)	56.38%
4D. FECHA DE ESTRUCTURACION JUNTA DE PCL:	01 AGOSTO 2.018
4E. ¿SU LESION O ENFERMEDAD LE GENERA PERDIDA DE UN 50% O MAS DE SU CAPACIDAD LABORAL?	SI
4F. ¿SU LESION LE IMPIDE TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR SU OCUPACION HABITUAL U OTRA CUALQUIERA COMPATIBLE ON SU EDUCACION, FORMACION O EXPERIENCIA?	SI
4G. ¿PRESENTA PERDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA?	NO
4H. ¿PRESENTA AMPUTACION DE ALGUNA EXTREMIDAD, PERDIDA DE LA VISION EN AMBOS OJOS, O PERDIDA DE LA AUDICION POR AMBOS OIDOS?	NO
3.ADICIONALES	
3A. ¿SE NECESITA INVESTIGAR HISTORIA CLINICA?	NO

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

ITP – DEUDORES DAVIVIENDA

LMCAMPO

GERENCIA MEDICA 26/07/2019 17:33

3B. ¿SE NECESITAN INFORMES DE SUS MEDICOS TRATANTES?	NO
3C. ¿SE NECESITA ALGUN OTRO DOCUMENTO?	NO
OBSERVACIONES	
	INFORME DE INVESTIGACIÓN CORROBORA PATOLOGÍAS CALIFICADAS. PÓLIZA CON MÁS DE 2 AÑOS.

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

ITP – DEUDORES DAVIVIENDA
 CAMILO ANDRES MENDEZ CRUZ
 GERENCIA MEDICA 25/09/2019 15:15

1.DATOS DEL ASEGURADO	
CONSECUTIVO	7935289
ASEGURADO	YINER FERNANDO CRUZ VARONA
EDAD	53 AÑOS
2.FECHAS IMPORTANTES	
INGRESO A LA POLIZA	INICIO 09/08/2016
INICIO SINTOMAS/CONSULTO AL MEDICO	2.017
FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD	2.017
FECHA DEL SINIESTRO	05-07-2019
3, ANTECEDENTES	
3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	2.015 TRANSTORNO MIXTO ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
3B. ¿SE RELACIONAN DE MANERA DIRECTA CON LA CAUSA DE SU INCAPACIDAD?	-
3C. ¿DESDE QUE FECHA?	-
3D. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	-
3E. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	-
3F. ¿EN QUE PORCENTAJE?	-
4. CLAUSULADO DE ITP	
4A. CAUSA DE ITP:	-EPISODIO DEPRESIVO GRAVE -ANOMALIA AV FRONTAL -CEFALEA VASCULAR -POLIPO COLON -GASTRITIS
4B. CODIGO:	101006008
4C. CALIFICACION DE JUNTA DE PCL (PORCENTAJE)	56.38%
4D. FECHA DE ESTRUCTURACION JUNTA DE PCL:	01 AGOSTO 2.018
4E. ¿SU LESION O ENFERMEDAD LE GENERA PERDIDA DE UN 50% O MAS DE SU CAPACIDAD LABORAL?	SI
4F. ¿SU LESION LE IMPIDE TOTAL Y PERMANENTEMENTE REALIZAR SU OCUPACION HABITUAL U OTRA CUALQUIERA COMPATIBLE ON SU EDUCACION, FORMACION O EXPERIENCIA?	SI
4G. ¿PRESENTA PERDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DEL HABLA?	NO
4H. ¿PRESENTA AMPUTACION DE ALGUNA EXTREMIDAD, PERDIDA DE LA VISION EN AMBOS OJOS, O PERDIDA DE LA AUDICION POR AMBOS OIDOS?	NO
3.ADICIONALES	

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

ITP – DEUDORES DAVIVIENDA
CAMILO ANDRES MENDEZ CRUZ
GERENCIA MEDICA 25/09/2019 15:15

3A. ¿SE NECESITA INVESTIGAR HISTORIA CLINICA?	NO
3B. ¿SE NECESITAN INFORMES DE SUS MEDICOS TRATANTES?	NO
3C. ¿SE NECESITA ALGUN OTRO DOCUMENTO?	NO
OBSERVACIONES	
	-SE ANALIZA INFORME DE INVESTIGACION ASIG, QUIENES CORROBORAN LA INFORMACIÓN APORTADA PARA LA RECLAMACION Y EL MAL ESTADO MENTAL DEL ASEGURADO. -DE TODAS FORMAS, AL CONCLUIR EL INFORME RECOMIENDAN VALORACION MEDICA POR PROFESIONALES DE LA RED PARA DETERMINAR ESTADO MENTAL DEL SEÑOR CUZ. SE DEJA A CONSIDERACION DEL AREA TECNICA DICHA OBSERVACION.

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA

	INFORME DE INVESTIGACION
	ASEGURADO : YINER FERNANDO CRUZ VARONA
	C.C. : 10.549.289
	PÓLIZA: : DE-45155
	CON SECUTIVO: 7935289
	RECLAMO : 51300024240
	COMPañIA : SEGUROS BOLIVAR S.A.
	AMPARO : ITP
	PROFESION : ABOGADO PENALISTA

Gestion código 2020, grado 19 desde el 06 de noviembre de 2013.

- Se establece que se encuentra incapacitado desde el mes de agosto del año 2017 a la fecha. Cursa 24 meses de incapacidad consecutivos.
- El reclamante no presenta antecedentes médicos de relevancia.
- En el mes de Junio de 2018 se le detecta un pólipo rectal el cual es tratado satisfactoriamente.
- El 22 de diciembre de 2017 se le detecta en un TAC de cráneo simple una lesión nodular frontal derecha.
- En el mes de abril de 2018 en una resonancia magnética cerebral se reporta anomalía venosa del desarrollo frontal anterolateral derecho asociado con restos hemáticos antiguos e imagen quística cortical de 4.4 mm.
- El reclamante fue valorado por la Junta Regional de Nariño quien le diagnostico una PCL del 56,38%.
- Adelanto reclamaciones ante el Banco Davivienda.
- Teniendo en cuenta el estado de salud mental del reclamante ya que no se logro mantener una conversación de manera normal con el, la mayor parte de la información en la entrevista personal fue suministrada por su hijo mayor Camilo Andres Cruz Hoyos.
- La documentación aportada, como la información es veraz.
- No ha sido valorado por medicina laboral por parte de la Nueva Eps o Arl Colpatria.
- El asegurado no registra antecedentes judiciales y fiscales a la fecha.
- El estado mental del asegurado es regular.
- Se sugiere a la compañía, valorar con profesionales de la red, para obtener conceptos que determine su verdadero estado de salud.

DMT: DECLARACION DE MEDICO TRATANTE

DA: DECLARACION DEL ASEGURADO

HC: HISTORIA CLINICA

CONCEPTO MEDICO DADO A PARTIR DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS A LA COMPAÑIA



GO-SV- 7971661
Bogotá, 19 de septiembre de 2019

Señor
Yiner Fernando Cruz Varona
Calle 2 No 10-42 Centro
Camilocruz1116@gmail.com
Teléfono: 3004781969
Popayán, Cauca

Referencia: **Asegurado : Yiner Fernando Cruz Varona**
 Reclamo : 3544/89
 Póliza : 3544002607203

Cordial Saludo:

En atención al reclamo que nos ha presentado, por el anexo de Incapacidad Total y Permanente, al respecto lamentamos informarle que no procede el pago indemnizatorio por las siguientes razones:

El artículo 1058 del Código de Comercio preceptúa que el Tomador/Asegurado está en la obligación de manifestar sinceramente todas y cada una de las circunstancias que rodean el riesgo al momento de contratar el seguro. El adecuado cumplimiento de esta obligación por parte del tomador permite que la Aseguradora conozca la situación real del riesgo que asume y así calcule el valor de la prima, buscando que se genere el equilibrio propio de la relación contractual.

Así, la solicitud de Seguro en que se declara el estado de salud, determina la validez del consentimiento de la Aseguradora, pues es con base en la buena fe del Asegurado que se otorgan los amparos destinados a proteger una vida que se ha descrito con ciertas características de quien solicitó la protección.

La inexactitud en la declaración de los hechos que rodean el riesgo o el ocultamiento de algunos de ellos vician el consentimiento de la Aseguradora, pues esta asume en la realidad un riesgo totalmente diferente al que se ha descrito. Esta conducta supone la nulidad relativa del contrato tal como lo establece el inciso primero del artículo 1058 del Código de Comercio que dice:

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

Luego de estas consideraciones procedemos a analizar el caso que nos ocupa:

En la declaración de asegurabilidad firmada por el asegurado, manifestó:

Compañía de Seguros Bolívar S.A. - Nit 860.002.503-2
Av. El Dorado N. 68b-31 - Tel. 3410077 - Bogotá, Colombia
www.segurosbolivar.com



GO-SV- 7971661 -2

- “
1. No hemos sufrido ni sufrimos actualmente dolencias tales como: enfermedades congénitas, enfermedades del corazón y/o enfermedades de las arterias, VIH-Sida, tensión arterial alta, cáncer, diabetes, hepatitis B; enfermedad crónica del hígado y/o riñón, enfermedades neurológicas, psiquiátricas o pulmonares, lupus, várices en el esófago, trombosis, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades de la sangre, enfermedades del páncreas o trasplantes.
 2. No hemos sido o sometidos ni se nos han programado tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a las enfermedades enunciadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas, en forma causal o consecuencial.
 3. En la actualidad no sufrimos síntomas, enfermedades crónicas o adicciones que incidan sobre nuestro estado de salud.
 4. no tenemos limitaciones física ni mental alguna.”

Lamentablemente estas declaraciones no correspondían con el verdadero estado de salud del asegurado, pues de acuerdo con las Historias Clínicas que reposan en la reclamación, se pudo establecer que desde antes de ingresar a la póliza ya se le había diagnosticado trastorno mixto de ansiedad y depresión; circunstancias importantes del estado de salud que no fueron informadas al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

Con esta omisión se incurrió en una declaración reticente que generó la nulidad pues de haber conocido estas circunstancias la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A** se hubiera retraído de celebrar el contrato de seguro, o habría estipulado condiciones más onerosas.

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

De igual manera deseamos manifestarle nuestra intención para que de común acuerdo lleguemos a una solución y así dar por terminado el Contrato de Seguro; por lo tanto le solicitamos comunicarse con nosotros al teléfono 3410077 Ext. 98 673, para recibir mayor información al respecto.

Atentamente,

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



Bogotá, 21 de noviembre de 2019
DNI-SV-R- 7971661

Señor
YINER FERNANDO CRUZ VARONA
camilocruz1116@gmail.com
Calle 2 No. 10 - 42
Popayán, Cauca

Cordial saludo:

Atendiendo su solicitud, la cual nos fue dada a conocer por la Superintendencia Financiera, en ella manifiesta su inconformidad respecto a reclamación presentada por el anexo de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado, al respecto informamos lo siguiente:

El señor Yiner Fernando Cruz Varona contrató el Seguro de Vida Grupo Davida Integral No. 3544002607201 el 08 de agosto de 2016, para lo cual firmó declaración de asegurabilidad con esta Compañía. Este seguro cuenta con las coberturas de Vida, Indemnización por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración e Incapacidad Total y Permanente con un valor asegurado de \$45.000.000 para cada cobertura.

El 01 de agosto de 2019 se recibió reclamación por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado.

Luego de realizar el estudio a los documentos aportados, esta Aseguradora mediante comunicación GO-SV- 7971661 del 19 de septiembre de 2019, informó la objeción al pago indemnizatorio por reticencia en la información, al tenor del artículo 1058 del Código de Comercio, toda vez que el asegurado desde antes de contratar el seguro y firmar la declaración de asegurabilidad, ya se le había diagnosticado Transtorno de Ansiedad desde el 05 de marzo de 2015, fecha en la cual el asegurado asiste a la Nueva EPS de Popayán, en donde afirma sentirse ansioso y registra como resumen de la atención: *“paciente con cuadro clínico de aproximadamente un año de evolución consistente en sensación de ansiedad, pérdida de motivación, insomnio que según refiere asocia a carga laboral...”*, para lo que había recibido tratamiento médico con Fluoxetina de 20mg, circunstancias importantes del estado de salud del asegurado no fueron informadas al momento suscribir la declaración de asegurabilidad, lo cual genera la nulidad relativa del contrato de seguro.

DNI-SV-R- 7971661 - 2

Como se ha informado anteriormente, el estado de salud del Asegurado no era normal al contratar el seguro y contaba con diagnósticos ya conocidos por el Asegurado desde antes de firmar la declaración de Asegurabilidad y aun así manifestó que su estado de salud era normal y no informarla se genera la nulidad relativa del contrato por reticencia en la información.

Los antecedentes médicos citados anteriormente, se encuentran en la historia clínica del Asegurado aportada, allí están las anotaciones médicas y prueba de que la reclamación se objetó de manera seria y fundada en concordancia con las normas que regulan el contrato de seguro y la ley y con base en soportes legales como lo es la historia clínica del Asegurado.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que el Tomador tiene el deber de informar todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo; con base en esta información es que el Asegurador otorga su consentimiento, ya que no está obligado a controlar la fidelidad de la declaración ni a practicar examen alguno que corrobore las circunstancias del riesgo que va a asumir; el mismo estatuto en su artículo 1158 lo establece de la siguiente forma¹.

Es preciso aclarar que el contrato de seguro que adquirió con la Compañía de Seguros Bolívar S.A., se celebró en virtud de la autonomía de la voluntad, es así como hay que resaltar que nos encontramos frente a un contrato de seguro que es de carácter privado y se rige en su totalidad por las normas del Código de Comercio y las condiciones especiales del contrato por lo cual esta Compañía ha dado estricto cumplimiento.

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

Teniendo en cuenta lo anterior, **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, lamentablemente debe continuar negando la reclamación presentada en los mismos términos de la comunicación inicial.

De igual manera deseamos manifestarle nuestra intención para que de común acuerdo lleguemos a una solución y así dar por terminado el Contrato de Seguro; por lo tanto le solicitamos comunicarse con nosotros al teléfono 3410077 Ext. 98673, para recibir mayor información al respecto.

¹ Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”



DNI-SV-R- 7971661 - 3

Esto pues lamentablemente, de acuerdo con la disposición legal expresa en el artículo 1159 del Código de Comercio, la Compañía no puede terminar unilateralmente el contrato de seguro por lo que esta Aseguradora se verá obligada a iniciar un proceso ante la Justicia Ordinaria para que sea declarada la nulidad del Contrato de Seguro.

Atentamente,

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

Señor
JUEZ TREINTA Y OCHO (38) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.
E. S. D.

REFERENCIA. DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
RADICACIÓN. 110014003038-2022-00176-00
DEMANDANTE. YINER FERNANDO CRUZ VARONA
DEMANDADO. COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

ASUNTO. CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

JAIME ENRIQUE HERNÁNDEZ PÉREZ, mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 79.938.138 expedida en Bogotá D.C., acreditado con la tarjeta profesional de abogado número 180.264 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado judicial de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., sociedad comercial vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, representada legalmente por el doctor **ALLÁN IVÁN GÓMEZ BARRETO**, mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 79.794.741 expedida en Bogotá, dentro del proceso de la referencia, procederá a contestar la demanda incoada por el señor YINER FERNANDO CRUZ VARONA, para que procesalmente se disponga lo pertinente.

OPORTUNIDAD¹

El **29 de agosto de 2022**, la Compañía de Seguros Bolívar S.A., recibió correo electrónico por parte del doctor Javier Alexander Galvis Quilindo, apoderado del señor Yiner Fernando Cruz Varona, con el cual se intentó la notificación del auto de fecha 5 de abril de 2022, con el que se admitió la demanda.

De conformidad con lo establecido en el artículo 8 de la ley 2213 de 2022, el sujeto a notificar se entiende notificado una vez transcurridos dos (2) días hábiles siguientes al envío del mensaje. Teniendo en cuenta que el mensaje se recibió el 29 de agosto de 2022, se dejan transcurrir los dos (2) días siguientes, es decir, 30 y 31 de agosto de 2022.

De tal manera, mi representada quedó notificada el día **1 de septiembre de 2022** y el término de traslado de la contestación de la demanda empezará a correr a partir del día siguiente al de la notificación, es decir, a partir del 2 de septiembre de 2022, el cual finaliza el 29 de septiembre de 2022. En consecuencia, esta contestación se presenta en término.

I. RESPUESTA A LO RELACIONADO EN EL ACÁPITE DENOMINADO “I. HECHOS” DE LA DEMANDA

Respecto a los hechos planteados por la parte demandante manifiesto lo siguiente:

AL HECHO “PRIMERO:”. Este hecho está presentado de manera antitécnica, toda vez que, no cumple con los requisitos del artículo 82 del Código General del Proceso, por esta razón, me permito manifestarme separadamente respecto de cada una de las afirmaciones realizadas por el apoderado de la parte demandante:

Es cierto que, el dieciséis de agosto del 2016, el señor Yiner Fernando Cruz Varona contrató con la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. la póliza de vida grupo mencionada. Sin embargo, se aclara que ésta corresponde al número 3544002607201, la cual, se ampara entre otros riesgos, la incapacidad total y permanente.

No le consta a mi representada que esta póliza fuera adquirida como requisito para acceder a un crédito de libre inversión con el banco Davivienda, pues se trata de un hecho ajeno a mi mandante, por esta razón, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

¹ TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ, Sala Civil, 20 de noviembre de 2020, Exp. 00220200006301, Mag. Marco Antonio Álvarez Gómez.

Es cierto que el Banco Davivienda S.A funge como tomador de la póliza.

AL HECHO “SEGUNDO:”. No es cierto como se encuentra redactado. Se aclara que el dictamen 0440-2019 que fue aportado con la demanda, fue emitido el 24 de mayo de 2019 y no en la fecha señalada; sin embargo, me atengo al tenor literal de dicho documento.

Se aclara que la notificación del mencionado dictamen ocurrió el 11 de junio de 2019, lo cual consta en la documental aportada con la demanda.

Es cierto que en dicho documento se calificó al demandante con una pérdida de capacidad laboral del 56,38%.

AL HECHO “TERCERO:”. Este hecho está presentado de manera antitécnica, toda vez que, no cumple con los requisitos del artículo 82 del Código General del Proceso, por esta razón, me permito manifestarme separadamente respecto de cada una de las afirmaciones realizadas por el apoderado de la parte demandante:

No es cierto que se haya dado el riesgo asegurado, toda vez que, el demandante incurrió en una declaración reticente que generó la nulidad relativa del contrato de seguro, tal como lo establece el inciso primero del artículo 1058 del Código de Comercio.

Sin embargo, es preciso señalar que, si al momento de celebrar el contrato de seguro, la Compañía de Seguros Bolívar S.A., hubiera conocido la existencia del verdadero estado de salud del señor Yiner Fernando Cruz, se habría retraído de celebrarlo, lo anterior, de conformidad con el concepto médico de fecha 15 de noviembre de 2019 emitido por Gerencia Médica de esta aseguradora y basado en los documentos aportados a la compañía por la parte demandante.

3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	05 MARZO 2.015 CUADRO A PAROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCIÓN SENSACIÓN DE ANSIEDAD, PÉRDIDA DE LA MOTIVACIÓN, INSOMNIO, QUE ASOCIA A CARGA LABORAL DX: TRANSTORNO DE ANSIEDAD. INICIA MANEJO FLUOXETINA
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	05 MARZO 2.015
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	SI
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, CON UN ANTECEDENTE ASI TAL COMO SE PRESENTA EN LA DOCUMENTACIÓN APORTADA; UNA SOLICITUD DE INGRESO A UNA PÓLIZA SE HABRÍA DECLINADO
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	DECLINADO

No es cierto que “el día veintiocho (28) de junio de dos mil diecinueve (2019), el señor YINER FERNANDO CRUZ VARONA, solicitó el pago de indemnización por el anexo de incapacidad total y permanente de la póliza No. 3544002607203 a la compañía aseguradora”, toda vez que, dentro de la información que reposa en la compañía no registra la mencionada solicitud, por tal motivo me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

AL HECHO “CUARTO:”. No es cierto como se encuentra redactado. Mi representada mediante comunicado del 19 de septiembre de 2019, negó la reclamación presentada por el señor Yiner Fernando Cruz, de conformidad con lo siguiente:

Sin embargo, es preciso señalar que de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio, el asegurado está en la obligación de manifestar sinceramente todas y cada una de las circunstancias que rodean el riesgo al momento de contratar el seguro.

AL HECHO “SEXTO:”. Este hecho está presentado de manera antitécnica, toda vez que, no cumple con los requisitos del artículo 82 del Código General del Proceso, por esta razón, me permito manifestarme separadamente respecto de cada una de las afirmaciones realizadas por el apoderado de la parte demandante:

No es un hecho, son apreciaciones subjetivas realizadas por el apoderado de la parte demandante con miras a reforzar las pretensiones de la demanda, circunstancias que deben ser probadas dentro del proceso.

No le consta a mi representada las circunstancias de modo, tiempo y lugar donde se firmó el crédito ante la entidad financiera, pues se trata de un hecho ajeno a mi mandante, por esta razón, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

No le consta a mi representada que la asesora del banco le solicitó al demandante que colocara únicamente la firma al final de la encuesta y que ella se encargaría de diligenciar el resto, por tratarse del hecho de un tercero, aunado a que no existe prueba que respalde dicha afirmación, por esta razón me atengo a lo que se pruebe dentro del proceso.

Lo cierto es que en la parte final de la declaración de asegurabilidad se señaló:

“...Si alguna de las circunstancias enunciadas en este documento no corresponde exactamente a su situación o estado de salud, absténgase de firmar y solicite mayor información...”, circunstancia que no fue acatada por el asegurado, registrando su huella y firma en el documento en señal de aceptación.

AL HECHO “SÉPTIMO:”. Este hecho está presentado de manera antitécnica, toda vez que, no cumple con los requisitos del artículo 82 del Código General del Proceso, por esta razón, me permito manifestarme separadamente respecto de cada una de las afirmaciones realizadas por el apoderado de la parte demandante:

Es parcialmente cierto. Explico: **Es cierto** que, la póliza de seguro fue expedida en el mes de agosto del 2016, específicamente el 8 de agosto de 2016, renovándose de manera automática. Sin embargo, se aclara que, la última renovación del contrato de seguro corresponde al 8 de agosto de 2019.

Es cierto que la modalidad de pago de la prima era a través de débito automático de la cuenta de ahorros del demandante, de acuerdo con la autorización de descuento que figura en el contrato de seguro:

Periodicidad del pago ANUAL	Valor Prima Anualizada \$518.600,00	Tipo de cuenta Cuenta de Ahorros De Mas	No. Cuenta o tarjeta de crédito 0550197000091839
<p>Autorización de descuento</p> <p>Como asegurado de la póliza de grupo por el valor del seguro anotado en la presente Solicitud - Certificado: Autorizo al Tomador para que según la periodicidad de pago señalada en esta solicitud haga el cargo a mi cuenta de ahorro, cuenta corriente o tarjeta de crédito citada, de acuerdo con mi edad, según la tabla de primas. Para tal fin, me obligo a mantener disponibles, en dicha cuenta, los fondos suficientes para cubrir el importe de la prima. Autorizo para que en caso de cambiar el número de mi tarjeta de crédito o su fecha de vencimiento, el Banco suministre los nuevos datos mencionados para efectuar el descuento correspondiente, entendiéndolo que esto de ningún modo me exime de informar a la Compañía de dichos cambios.</p>			

No es un hecho lo manifestado por el apoderado de la parte demandante, en cuanto que mi representada no brindó información de la póliza o entregara el clausulado, toda vez que, el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador (Art 1058 C. Co), de igual forma el artículo 1158 del Código de Comercio, indica que aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.

Aunado a lo anterior, en la Póliza y Certificado Davida Integral, claramente se señaló: *“No firme sin antes recibir el clausulado”*; circunstancia que no fue acatada por el asegurado, registrando su huella y firma en el documento en señal de aceptación.

Importante:

- No firme sin antes leer y entender el contenido del presente documento.
- Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Artículo 1058 y 1158 del Código del Comercio)
- No firme sin antes recibir el clausulado.

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



Asegurado principal
C.C. No. 10549269

Cónyuge
C.C. No. _____

Nota: Si el cónyuge no se encuentra presente, el asegurado principal puede firmar por poder en su representación.



Huella Índice/derecho del asegurado principal



Representante legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Tomador
Representante legal
Banco Davivienda S.A.

Las demás afirmaciones contenidas en este numeral corresponden a apreciaciones subjetivas del apoderado de la parte demandante, por esta razón, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

AL HECHO "OCTAVO:". Es cierto que, la audiencia de conciliación extrajudicial se llevó a cabo el día quince 15 de julio de 2021 ante la Casa de Justicia de la Alcaldía de Popayán, la cual fue declarada fracasada.

Las demás afirmaciones contenidas en este numeral corresponden a apreciaciones subjetivas del apoderado de la parte demandante, por esta razón, me atengo a lo que se pruebe en el proceso.

II. RESPECTO AL ACÁPITE DENOMINADO "II. DECLARACIONES Y CONDENAS" DE LA DEMANDA

Debo indicar de manera respetuosa que me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, con fundamento en los argumentos expuestos en el presente documento.

A LA "PRIMERA." Me opongo, considerando que operó la nulidad relativa del contrato de seguro, por lo que no puede surgir ninguna obligación de pago de este. En efecto, de conformidad con la historia clínica del demandante, la cual reposa en los archivos de la Nueva EPS sede UT Popayán, se pudo concluir que el demandante presentó antecedentes médicos para el año 2015, tales como: *"PACIENTE ACTUALMENTE CURSANDO CON CUADRO DE ANSIEDAD SE ORDENAN PARACLINICOS Y SE CITA PARA NUEVA CONSULTA Y TRANSTORNO DE ANSIEDAD. NO ESPECIFICADO"*

**nueva
eps**
Sede: UT POPAYAN

Neurológico: **ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO**

Otros: **Normal**

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: **F41**

Tipo Diagnóstico: **Confirmado nuevo**

Finalidad Consulta: **Detección de enfermedad profesional**

Causa Externa: **Enfermedad General**

RESUMEN Y COMENTARIOS

PACIENTE ACTUALMENTE CURSANDO CON CUADRO DE ANSIEDAD SE ORDENAN PARACLINICOS Y SE CITA PARA NUEVA CONSULTA

MEDICAMENTOS

Medicamento: **[REDACTED] (3LETA) TABLETA**

Cantidad: **30**

Dosificación: **TOMAR UNA TAB DE 20 MG CADA 24 HORAS POR 30 DIAS**

Enviado por Profesional : JUAN MIGUEL MOTTA Registro: 65503/2013 [REDACTED]

LABORATORIOS

Resultados de Laboratorios - 902207 HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL

Enviado por Profesional : JUAN MIGUEL MOTTA Registro: 65503/2013

Fecha : 05/03/2015 09:54

Neurologico: **ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO**
Otros: **Normal**

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: **F419 TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO**

Tipo Diagnóstico: **Confirmado nuevo**
Finalidad Consulta: **Detección de enfermedad profesional**
Causa Externa: **Enfermedad General**

RESUMEN Y COMENTARIOS

PACIENTE ACTUALMENTE CURSANDO CON CUADRO DE ANSIEDAD SE ORDENAN PARACLINICOS Y SE CITA PARA NUEVA CONSULTA

MEDICAMENTOS

Medicamento: **FLUOXETINA 20 MG (TABLETA) TABLETA**
Cantidad: **30**
Dosificación: **TOMAR UNA TAB DE 20 MG CADA 24 HORAS POR 30 DIAS**

Enviado por Profesional : JUAN MIGUEL MOTTA Registro: 65503/2013 Fecha : **05/03/2015 09:54**

LABORATORIOS

Resultados de Laboratorios - 902207 HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL

Enviado por Profesional : JUAN MIGUEL MOTTA Registro: 65503/2013 Fecha : 05/03/2015 09:54

Por consiguiente, está demostrado que el demandante incurrió en una reticencia que, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, da lugar a la declaratoria de nulidad del contrato de seguro, en razón a que en la declaración de asegurabilidad, afirmó lo siguiente:

Declaración de asegurabilidad

En mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

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

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

Importante:

- No firme sin antes leer y entender el contenido del presente documento.
- Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Artículo 1058 y 1158 del Código del Comercio)
- No firme sin antes recibir el clausulado.

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

Asegurado principal
C.C. No. **10549269**

Cónyuge
C.C. No.

Nota: Si el cónyuge no se encuentra presente, el asegurado principal puede firmar por poder en su representación.

Huella Índice derecho del asegurado principal

Representante legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Tomador
Representante legal
Banco Davivienda S.A.

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

Así mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado (vida + muerte accidental) máximo de \$140,000,000.

Ahora bien, es preciso señalar que, si al momento de celebrar el contrato de seguro, la Compañía de Seguros Bolívar S.A., hubiera conocido la existencia del verdadero estado de salud del señor Yiner Fernando Cruz, se habría retraído de celebrarlo, lo anterior, de conformidad con el concepto médico de fecha 15 de noviembre de 2019 emitido por Gerencia Médica de esta aseguradora y basado en los documentos aportados a la compañía por la parte demandante.

3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	05 MARZO 2.015 CUADRO A PAROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCIÓN SENSACIÓN DE ANSIEDAD, PÉRDIDA DE LA MOTIVACIÓN, INSOMNIO, QUE ASOCIA A CARGA LABORAL DX: TRANSTORNO DE ANSIEDAD. INICIA MANEJO FLUOXETINA
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	05 MARZO 2.015
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	SI
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, CON UN ANTECEDENTE ASI TAL COMO SE PRESENTA EN LA DOCUMENTACIÓN APORTADA; UNA SOLICITUD DE INGRESO A UNA PÓLIZA SE HABRÍA DECLINADO
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	DECLINADO

Por consiguiente, no hay ninguna obligación a cargo de la Compañía de Seguros Bolívar S.A., derivada del contrato de seguro contenido en la póliza número 3544002607203.

A LA "SEGUNDA:". Me opongo a la condena solicitada por el demandante, considerando que, al no existir obligación indemnizatoria, tampoco existe el derecho al pago de intereses moratorios.

A LA "TERCERA:". Me opongo a la condena solicitada por el demandante, considerando que, al no existir obligación indemnizatoria, tampoco existe el derecho al pago de costas del proceso.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Debo indicar de manera respetuosa que me opongo a la estimación de perjuicios efectuada por la parte demandante en el acápite denominado "IV. COMPETENCIA, CUANTÍA Y JURAMENTO ESTIMATORIO".

Conforme con el artículo 206 del Código General del Proceso ("C.G.P."), "Quien pretenda el reconocimiento de una **indemnización**, compensación o el pago de frutos o mejoras, deberá **estimarlos razonadamente** bajo juramento en la demanda o petición correspondiente, discriminando cada uno de sus conceptos". (Resalto). Este artículo dispuso dos objetivos al regular el juramento estimatorio: la formulación de pretensiones justas y economizar la actividad probatoria, desarrollándolo no solo como medio de prueba, sino también como requisito de la demanda.

En ese sentido, la estimación debe ser detallada y precisa para que la defensa pueda objetarla en concreto². Por tanto, no es suficiente la simple enunciación de la cuantía y los criterios que a su juicio son pertinentes, sino que es necesario que se despliegue un discurso argumentativo, para que la carga procesal señalada por el legislador pueda considerarse satisfecha.

En efecto, la demandante se limitó a señalar la suma de \$48.326.301 como parte del juramento, sin ninguna otra consideración. Por tanto, incumplió con la carga atrás señalada de fundamentarlo debidamente.

Adicionalmente, de acuerdo con el inciso quinto (5°) del mencionado artículo 206 del C.G.P., solicito que ninguna condena hipotética supere los \$48.326.301, pues a ese monto se limitó el juramento hecho por la parte demandante.

² Canosa, Ulises. Artículo publicado en XXXIII Congreso Colombiano de Derecho Procesal, ISSN 2322-6560, Universidad Libre, Bogotá, septiembre de 2012, pág. 33.

4.1. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

De manera respetuosa manifiesto que la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., no es la responsable de indemnizar suma alguna de las reclamadas por el señor Yiner Fernando Cruz, considerando que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, de conformidad con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio, que establece un término de prescripción de dos (2) años, el cual empieza a correr desde el momento en que el interesado, ha tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

En esta medida, en el evento improbable que se decida proferir condena en contra de mi representada, deberá tenerse en cuenta que, cualquier obligación que pudo haber surgido a cargo de la Compañía de Seguros Bolívar S.A. como consecuencia de los hechos que dan base a este proceso, se extinguió por prescripción, de conformidad con la norma ya señalada.

Es de resaltar que, la fecha a partir de la cual empezó a correr la prescripción frente al asegurado ocurrió desde el momento en que fue notificado del dictamen que calificó su pérdida de capacidad laboral del 56,38%, es decir, desde el **11 de julio de 2019**, tal y como lo confesó en el hecho segundo de su demanda, teniendo hasta el **11 de julio de 2021**, para interponer la demanda; sin embargo, esta fue presentada el **7 de marzo de 2022**, ocho (8) meses después.

Ahora bien, en el hipotético caso de dar aplicación al inciso final del artículo 94 del Código General del Proceso a efectos de interrumpir el término prescriptivo, la parte demandante presentó reclamación a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. el **1 de agosto de 2019**, siendo definida mediante comunicación del 19 de septiembre de 2019, razón por la que los dos años volverían a computarse hasta el **1 de agosto de 2021**.

Así mismo, la parte demandante pretendió suspender el término de prescripción el **11 de mayo de 2021**, fecha en la que presentó solicitud de conciliación en el Centro de Conciliación Municipal Casa de Justicia Alcaldía de Popayán, conciliación que se llevó a cabo el día **15 de julio de 2021**, interrumpiendo el término por **64 días**, razón por la cual, contaba hasta el **5 de octubre de 2021**, para radicar la demanda, pero la misma fue radicada hasta el **7 de marzo de 2022**.

Así las cosas, al haber transcurrido más de dos (2) años desde el momento en que la parte demandante tuvo o debió tener conocimiento del hecho que da base a la acción y la fecha de radicación de la demanda, **7 de marzo de 2022**, debe tenerse en cuenta que la eventual obligación indemnizatoria a cargo de mi representada se extinguió por prescripción.

4.2. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA AL MOMENTO DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

El contrato de seguro de vida al alcance del ordenamiento jurídico colombiano, y en desarrollo de la doctrina se ha establecido de carácter “(...) indemnizatorio, en consideración a que la pérdida de la vida, como tal, es objeto de resarcimiento por el asegurador (...) aunque sea indirectamente, tiene un valor (...) lo propio puede decirse de otros seguros de personas, tales como el de accidentes personales, el seguro de enfermedad, el de invalidez, en los que, pese a no mediar cesación de la vida humana, la realización del riesgo asegurado, per se, irroga un perjuicio objetivo de índole netamente económico (...)”.

La Corte Suprema de Justicia definió esta clase de seguros así:

“En el seguro de vida, el riesgo que asume el asegurador es la muerte del asegurado, en el que, se reitera, a diferencia del de daños, que tiene naturaleza indemnizatoria, las partes pueden libremente pactar la suma asegurada, que propiamente no responde al concepto de indemnización, sino al de prestación a cargo del asegurador por la ocurrencia del hecho que según la póliza da origen a la obligación de pagar la cantidad estipulada. Por lo tanto, con la sola ocurrencia del siniestro, debidamente acreditada, por regla general nace la obligación del asegurador de pagar el valor del seguro en la cantidad estipulada en el contrato.

(...)

Ahora bien, el ámbito de aplicación del artículo 2357 del Código Civil se circunscribe a los casos en que la incidencia causal colectiva se tiene en cuenta para determinar el grado de imputabilidad subjetiva de los autores del daño, en particular la víctima, a efecto de que ella asuma una parte de la pérdida. No obstante, el artículo 2357 del Código Civil resulta notoriamente inaplicable a los seguros de vida, en primer lugar, por estar regidos ellos por normas especiales del estatuto mercantil, y en segundo, por no ser de carácter indemnizatorio”.

Teniendo en cuenta lo precedente, y que se trata de la celebración de un contrato de seguro en los mencionados términos, tanto la legislación como la jurisprudencia colombiana han sido enfáticas en resaltar aquellos aspectos imprescindibles a la hora de adquirir este tipo de productos. De esta manera, el artículo 83 de la Constitución Política y el artículo 1058 del Código de Comercio establecen la importancia de obrar de buena fe en este tipo de negocios, indicando:

*“La buena fe constituye un principio que disciplina y constituye un eje fundamental en los contratos de seguro, obligación que **recae en el tomador, quien se encuentra en el deber de declarar de manera cierta todas las circunstancias inherentes al riesgo.** (...) De conformidad con lo anterior, el principio de la buena fe que ampara el contrato de seguro **obliga a las partes a comportarse con honestidad y lealtad desde la celebración hasta que termine la vigencia de este, porque de ello depende la eficacia y cumplimiento de las cláusulas en él previstas**”.* (Resaltado es nuestro).

Este deber de buena fe, potencializado en el presente tipo de contratos, se materializa a través del deber y carga que tiene el asegurado de **diligenciar de manera sincera el estado del riesgo en la declaración de asegurabilidad al momento de celebrar el contrato**, pues solamente es de esta actuación que depende la asunción o no del riesgo por parte de la aseguradora, toda vez que no sería justo que esta cancele un valor indemnizatorio por riesgos que evidentemente ocurrirán o que de haberlos conocido antes no se hubiera contratado, tal como sucedió en el caso concreto. Así, el artículo 1058 del Código de Comercio establece que:

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

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. (...)”. (Negritas fuera del texto)

El artículo 1158 del Código de Comercio establece:

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

Ahora bien, es preciso señalar que, sí al momento de celebrar el contrato de seguro, la Compañía de Seguros Bolívar S.A., hubiera conocido la existencia del verdadero estado de salud del señor Yiner Fernando Cruz, se habría retraído de celebrarlo, lo anterior, de conformidad con el concepto médico de fecha 15 de noviembre de 2019 emitido por Gerencia Médica de esta aseguradora y basado en los documentos aportados a la compañía por la parte demandante.

3A. ¿SE ENCONTRARON ANTECEDENTES MEDICOS ANTERIOR A LA TOMA DE LA POLIZA?	05 MARZO 2.015 CUADRO A PAROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCIÓN SENSACIÓN DE ANSIEDAD, PÉRDIDA DE LA MOTIVACIÓN, INSOMNIO, QUE ASOCIA A CARGA LABORAL DX: TRANSTORNO DE ANSIEDAD. INICIA MANEJO FLUOXETINA
3B. ¿DESDE QUE FECHA?	05 MARZO 2.015
3C. ¿HABIA RECIBIDO TRATAMIENTO MEDICO?	SI
3D. ¿DE CONOCER ESTOS ANTECEDENTES ¿SE HUBIERA EXTRAPRIMADO DESDE EL PUNTO DE VISTA MEDICO?	DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO, CON UN ANTECEDENTE ASI TAL COMO SE PRESENTA EN LA DOCUMENTACIÓN APORTADA; UNA SOLICITUD DE INGRESO A UNA PÓLIZA SE HABRÍA DECLINADO
3E. ¿EN QUE PORCENTAJE?	DECLINADO

Es claro entonces el ordenamiento jurídico colombiano, al establecer como efecto la nulidad relativa en aquellos contratos donde se configure la reticencia por parte del asegurado, pues el asegurador celebró un contrato bajo el cual su consentimiento se encontraba viciado por error en los términos del artículo 1266 del Código Civil.

Por su parte y en una interpretación sistemática del artículo 1058 del código de comercio, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha indicado en varios pronunciamientos, que para que la reticencia provoque la nulidad relativa del contrato de seguro de vida, es necesario que se encuentren presentes tres elementos a saber; (i) La existencia de reticencia o inexactitud sobre las circunstancias y hechos que rodean el estado de riesgo (ii) el conocimiento de dichas circunstancias por el tomador/asegurado y su ocultamiento al asegurador (iii) que la aseguradora de haber conocido estos hechos se hubiera retraído de celebrar el contrato o habría estipulado condiciones más onerosas.

El problema de la reticencia y sus efectos en la validez del contrato de seguro ha sido abordado por la Corte Suprema de Justicia en múltiples ocasiones, particularmente en la sentencia del 1º junio de 2007. exp. No. 66001-3103-004-2004-00179-01. Allí se hizo una interpretación del artículo 1058 del Código de Comercio, a partir del cual se establecieron tres (3) deducciones a saber:

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

- No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al asegurado para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha requerido para que dé información objetiva y de suficiente entidad, que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; **sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz.**

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

Estos argumentos fueron reiterados entre otras providencias, en los radicados SC 25 mayo 2012 exp. 05001-3103-001-2006-00038-01; SC 1º sep. 2001 exp. 2003-00400 y en SC2803-2016.

Pues bien, descendiendo al caso bajo estudio encontramos que se cumplen a cabalidad con los presupuestos dictados por la ley y la jurisprudencia de cara la configuración del régimen rescisorio de que trata el artículo 1081 del Código de Comercio.

En primer lugar, luego de haber recibido la reclamación por parte del demandante, la Compañía de Seguros Bolívar S.A., pudo constatar en las historias clínicas que reposan en la Nueva EPS sede UT POPAYAN, que el demandante presentó antecedentes médicos para el año 2015 tales como:

“PACIENTE ACTUALMENTE CURSANDO CON CUADRO DE ANSIEDAD SE ORDENAN PARACLINICOS Y SE CITA PARA NUEVA CONSULTA y TRASTORNO DE ANSIEDAD. NO ESPECIFICADO”

nueva
eps
Sede: UT POPAYAN

Neurologico: **ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO**
Otros: **Normal**

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: **F41**
Tipo Diagnóstico: **Confirmado nuevo**
Finalidad Consulta: **Detección de enfermedad profesional**
Causa Externa: **Enfermedad General**

RESUMEN Y COMENTARIOS

PACIENTE ACTUALMENTE CURSANDO CON CUADRO DE ANSIEDAD SE ORDENAN PARACLINICOS Y SE CITA PARA NUEVA CONSULTA

MEDICAMENTOS

Medicamento: **(B)LETA) TABLETA**
Cantidad: **30**
Dosificacion: **TOMAR UNA TAB DE 20 MG CADA 24 HORAS POR 30 DIAS**
Enviado por Profesional : JUAN MIGUEL MOTTA Registro: 65503/2013

LABORATORIOS

Resultados de Laboratorios - 902207 HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL
Enviado por Profesional : JUAN MIGUEL MOTTA Registro: 65503/2013 **Fecha : 05/03/2015 09:54**

Sede: UT POPAYAN

Neurologico: **ALERTA ORIENTADO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO**
Otros: **Normal**

DIAGNOSTICO

* Dx Ppal: **F419 TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO**
Tipo Diagnóstico: **Confirmado nuevo**
Finalidad Consulta: **Detección de enfermedad profesional**
Causa Externa: **Enfermedad General**

RESUMEN Y COMENTARIOS

PACIENTE ACTUALMENTE CURSANDO CON CUADRO DE ANSIEDAD SE ORDENAN PARACLINICOS Y SE CITA PARA NUEVA CONSULTA

MEDICAMENTOS

Medicamento: **FLUOXETINA 20 MG (TABLETA) TABLETA**
Cantidad: **30**
Dosificacion: **TOMAR UNA TAB DE 20 MG CADA 24 HORAS POR 30 DIAS**
Enviado por Profesional : JUAN MIGUEL MOTTA Registro: 65503/2013 **Fecha : 05/03/2015 09:54**

LABORATORIOS

Resultados de Laboratorios - 902207 HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) MANUAL
Enviado por Profesional : JUAN MIGUEL MOTTA Registro: 65503/2013 **Fecha : 05/03/2015 09:54**

En la declaración de asegurabilidad, el demandante afirmó lo siguiente:

Declaración de asegurabilidad

En mi calidad de Asegurado Principal en nombre propio y en representación de mi cónyuge, con quien actualmente convivo, si se asegura, declaro que:

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

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

Importante:

- No firme sin antes leer y entender el contenido del presente documento.
- Si usted falta a la verdad al suscribir la presente Declaración, el contrato de seguro será nulo. (Artículo 1056 y 1158 del Código del Comercio)
- No firme sin antes recibir el clausulado.

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



Asegurado principal
C.C. No. 10549269

Cónyuge
C.C. No.

Nota: Si el cónyuge no se encuentra presente, el asegurado principal puede firmar por poder en su representación.



Huella Índice derecho del asegurado principal



Representante legal
Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Tomador
Representante legal
Banco Davivienda S.A.

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

A su mismo, la Compañía de Seguros Bolívar S.A. limitará su responsabilidad cuando se suscriban pólizas de seguros de vida tomadas por un mismo asegurado bajo esta misma modalidad, hasta un valor asegurado acumulado (vida + muerte accidental) máximo de \$140.000.000.

De esta forma, resulta claro que la declaración contenida en la declaración de asegurabilidad es contraria a la realidad del estado de salud del demandante al momento de suscribirla, configurándose así una reticencia en la declaración del estado del riesgo.

Sin dudas, la suscripción del contrato de seguro estuvo motivada por la inminencia en la ocurrencia del siniestro, cuestión que con toda lógica debió haber sido prevista y conocida por el demandante, configurándose así un proceder de mala fe, suficiente para considerar que el contrato de seguro celebrado entre la Compañía de Seguros Bolívar y el demandante adolece de nulidad.

4.3. INEXISTENCIA DE RIESGO ASEGURABLE COMO ELEMENTO ESENCIAL DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro debe reunir los elementos esenciales, sin los cuales no produciría efecto alguno, de conformidad con lo establecido en el artículo 1045 del Código de Comercio, que establece:

“Art. 1045.- Son elementos esenciales del contrato de seguro:

1. *El interés asegurable;*
2. *El riesgo asegurable;*
3. *La prima o precio del seguro, y*
4. *La obligación condicional del asegurador.*

En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno”.
(Negrilla ajena al texto).

El riesgo asegurable, no es más que el suceso incierto que se asegura. Para el caso particular, no existe riesgo asegurable, considerando que el demandante presentaba síntomas anteriores a la adquisición de la póliza, situación que era de su pleno conocimiento y se omitió informar a la compañía en el momento de adquirir el seguro de vida grupo, razón por la cual, no se configura un siniestro en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, que señala:

“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”.

En efecto, en la demanda obra prueba de que el demandante fue declarado incapaz de conformidad con los artículos 41 y siguientes de la ley 100 de 1993, de acuerdo con el dictamen N° 0440-2019 de fecha 24 de mayo de 2019 expedido por una junta regional de calificación de invalidez de Nariño.

Sin embargo, el demandante omitió informar los padecimientos que tenía al momento de tomar la póliza de vida grupo, por lo que no se estaría hablando de un riesgo asegurable, toda vez que se debe hablar de un suceso incierto, circunstancias que no se dan en el caso concreto, puesto que el señor Yiner Fernando Cruz desde el año 2015, ya había sido diagnosticado con TRASTORNO DE ANSIEDAD.

Por las razones expuestas, de manera respetuosa manifiesto que la Compañía de Seguros Bolívar S.A., no observa la existencia de la obligación indemnizatoria derivada del contrato de seguro de vida y ruego al Despacho declarar probada la presente excepción.

4.4. LÍMITE DE LA RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR

Para que nazca para el asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios que se derivan del incumplimiento total o parcial de un contrato de seguro debe existir un siniestro o realización del riesgo asegurado³.

Una vez sea verificada la existencia del siniestro, y para efectos de determinar la responsabilidad del asegurador, éste no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada⁴. Dentro de la carátula del seguro de vida grupo expedida por mi representada, se establece el valor asegurado relacionado con el amparo que se pretende afectar, que es de incapacidad total y permanente, determina que el valor máximo al que puede resultar condenada la aseguradora en caso de que se pruebe la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida.

Teniendo en cuenta lo anterior, resalto de manera respetuosa que en el hipotético e improbable caso de una condena debe tenerse en cuenta la naturaleza jurídica del Contrato de Seguro mencionado y que el mismo está concebido legalmente para asegurar el pago de la suma correspondiente al valor probado, y hasta el límite del valor asegurado.

4.5. DELIMITACIÓN DE LOS RIESGOS AMPARADOS POR LA PÓLIZA DAVIDA INTEGRAL, EXTENSIÓN DE LA COBERTURA Y EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE COBERTURA

En el caso particular y de acuerdo con los hechos presentados en la demanda, se pretende afectar el amparo de incapacidad total y permanente, esto quiere decir que la cobertura se circunscribe únicamente al riesgo relacionado, de acuerdo con las condiciones del seguro que hacen parte integral del contrato aseguraticio.

Frente al amparo que eventualmente se podrían afectar, se resalta que la carátula de la póliza y el condicionado general que rige el contrato de seguro establece sus límites, condiciones, exclusiones y, en general, los términos en que fue otorgado.

³ Código de Comercio, art. 1072 - “Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”.

⁴ Código de Comercio, art. 1079 - “El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada (...)”

Por las razones expuestas, de manera respetuosa reitero que, en el hipotético e improbable caso de una condena, debe tenerse en cuenta cuáles son los amparos, las extensiones y las exclusiones a la cobertura establecidos en el contrato de seguro expedido por la Compañía de Seguros Bolívar S.A.

4.6. VIOLACIÓN AL PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN EL CONTRATO DE SEGURO

Se define jurisprudencialmente la buena fe como:

“La ausencia de obras fraudulentas, de engaño, reserva mental, astucia o viveza (...). Así pues, la buena fe equivale a obrar con lealtad, con rectitud, con honestidad (...). En general obra de mala fe quien pretende obtener ventajas o beneficios sin una dosis suficiente de probidad o pulcritud(...)”⁵

En este mismo sentido, los artículos 863 y 871 del Código de Comercio y 1603 del Código Civil, en relación con el postulado de la buena fe indican: *“Las partes deberán proceder de buena fe exenta de culpa en el periodo precontractual (...)”, “Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe (...)”⁶ y “Los contratos deben ejecutarse de buena fe (...)”.*

En el presente caso, el demandante, no atendió el principio de la Buena Fe, considerando que ya conocía del diagnóstico de la enfermedad denominada TRASTORNO DE ANSIEDAD y omitió presentar esta información a la Aseguradora, hecho que configura la nulidad relativa del contrato de seguro.

COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A. le presentó al demandante, una declaración de asegurabilidad, sobre lo que es relevante para la Aseguradora en relación con la situación del riesgo, dándole la oportunidad para que declarara cuáles enfermedades padecía, en otras palabras, mi mandante le dio la oportunidad de que declarara su verdadero estado de salud.

Por las razones expuestas, de manera respetuosa le solicito al Despacho declarar probada la presente excepción y exonerar a mi representada del pago de los emolumentos reclamados.

4.7. LAS QUE RESULTEN PROBADAS EN EL PROCESO (GENÉRICA, ECUMÉNICA O INNOMINADA)

De conformidad con lo establecido en el artículo 282 del Código General del Proceso⁶, comedidamente se solicita que en caso de que el Despacho halle probados hechos que constituyan alguna excepción, la reconozca oficiosamente.

V. FUNDAMENTOS DE DERECHO Y RAZONES DE LA DEFENSA

El contrato de seguro, como toda relación contractual, se fundamenta sobre la confianza existente entre las partes, la cual se haya soportada bajo la buena fe contractual. Esto implica una actuación por parte de los particulares ceñida a lo que se expresa en los contratos y a todas las circunstancias que emanan de la naturaleza de sus obligaciones contractuales o las legales.⁷

Por lo tanto, las actuaciones de los particulares, incluyendo aquellas derivadas de la celebración de un contrato de seguros, deben reflejar un estricto seguimiento de la verdad, atender a las obligaciones relativas del contrato, la ley y además estar libres de todo acto fraudulento.

PRESCRIPCIÓN

El concepto denominado prescripción se implementó como consecuencia de la necesidad de eliminar la perpetuidad de ciertas situaciones provocadas por el transcurso del tiempo y la inactividad de los titulares

⁵ Corte Suprema de Justicia, Gaceta LXXXVIII. Pág. 222 a 243.

⁶ **ARTÍCULO 282. RESOLUCIÓN SOBRE EXCEPCIONES.** En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda. (...)

⁷ Véanse el ARTÍCULO 83 de la Carta Política y los artículos 768 y 1603 del Código Civil Colombiano.

de los derechos de las acciones, situaciones que causaban graves perjuicios lesionando los derechos de las personas en contra de quien se dirigieran las mismas.

El artículo 1081 del Código de Comercio consagró un régimen especial de prescripción en materia de seguros, en el cual se dispone el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo y el momento en el cual en que el periodo debe empezar a contarse.

El artículo mencionado establece:

“ARTÍCULO 1081. PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES. 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.” (Negrilla ajena al texto)

La Corte Suprema de Justicia en sentencia del 29 de junio de 200716, dispuso:

*“En primer término, que una y otra clase de prescripción ostentan diferente naturaleza, pues en tanto **la ordinaria se estructura como subjetiva**, la extraordinaria, por el contrario, se muestra netamente objetiva, como quiera que, in toto, se torna refractaria a cualquier consideración de otro tipo. Ello es así, en la medida en que la comentada disposición hizo depender, **la primera, del “conocimiento” “que el interesado haya tenido o debido tener del hecho que da base a la acción”** y la segunda, del “momento en que nace el respectivo derecho”. En tal virtud, la operancia de aquella implica el “conocimiento” real o presunto por parte del titular de la respectiva acción, en concreto, de la ocurrencia del hecho que la genera, cuestión que dependerá, por tanto, no del acaecimiento del mismo, desde una perspectiva ontológica y, por ende, material, sino del instante en que el interesado se informó de dicho acontecer o debió saber de su realización, vale decir desde que se volvió cognoscible, o por lo menos pudo volverse (enteramiento efectivo o presuntivo, respectivamente).*

(...)

*En suma, a manera de compendio, hay que “insistir en que las **dos clases de prescripción consagradas en el artículo 1081 del Código de Comercio se diferencian por su naturaleza: subjetiva, la primera, y objetiva, la segunda; por sus destinatarios: quienes siendo legalmente capaces conocieron o debieron conocer el hecho base de la acción, la ordinaria, y todas las personas, incluidos los incapaces, la extraordinaria; por el momento a partir del cual empieza a correr el término de cada una: en el mismo orden, desde cuando el interesado conoció o debió conocer el hecho base de la acción y desde cuando nace el correspondiente derecho; y por el término necesario para su configuración: dos y cinco años, respectivamente...”** (Cas. Civ., sentencia de 19 de febrero de 2002, Exp. No. 6011). (Negrilla ajena al texto)*

De acuerdo con lo anterior, la Honorable Corte Suprema de Justicia en relación con la prescripción ordinaria precisó que:

*“...el anotado término de dos años irrumpe desde cuando el titular conoció o debió conocer la ocurrencia del hecho que habilita su ejercicio, como ya tangencialmente se mencionó. Al respecto, desde un ángulo jurídico-temporal, pertinente es destacar que **uno es el momento de ocurrencia del hecho y otro aquél en que el accionante supo o debió saber de su acaecimiento**, sin perjuicio, claro está, de que en casos específicos, como suele suceder con inusitada frecuencia en la praxis, puedan darse las dos circunstancias en un mismo tempus...”* (Negrilla fuera del texto)

Así las cosas, deberá determinarse si la eventual obligación indemnizatoria surgida a cargo de mi representada, con fundamento en la cobertura otorgada por la póliza de seguro de vida y los hechos acaecidos en el caso particular.

Es de resaltar que, la fecha a partir de la cual empezó a correr la prescripción frente al asegurado ocurrió desde el momento en que fue notificado del dictamen que calificó su pérdida de capacidad laboral del 56,38%, es decir, desde el **11 de julio de 2019**, tal y como lo confesó en el hecho segundo de su demanda, teniendo hasta el **11 de julio de 2021**, para interponer la demanda; sin embargo, esta fue presentada el **7 de marzo de 2022**, ocho (8) meses después.

Ahora bien, en el hipotético caso de dar aplicación al inciso final del artículo 94 del Código General del Proceso a efectos de interrumpir el término prescriptivo, la parte demandante presentó reclamación a la Compañía de Seguros Bolívar S.A. el **1 de agosto de 2019**, siendo definida mediante comunicación del 19 de septiembre de 2019, razón por la que los dos años volverían a computarse hasta el **1 de agosto de 2021**.

Así mismo, la parte demandante pretendió suspender el término de prescripción el **11 de mayo de 2021**, fecha en la que presentó solicitud de conciliación en el Centro de Conciliación Municipal Casa de Justicia Alcaldía de Popayán, conciliación que se llevó a cabo el día **15 de julio de 2021**, interrumpiendo el termino por **64 días**, razón por la cual, contaba hasta el **5 de octubre de 2021**, para radicar la demanda, pero la misma fue radicada hasta el **7 de marzo de 2022**.

Así las cosas, al haber transcurrido más de dos (2) años desde el momento en que la parte demandante tuvo o debió tener conocimiento del hecho que da base a la acción y la fecha de radicación de la demanda, **7 de marzo de 2022**, debe tenerse en cuenta que la eventual obligación indemnizatoria a cargo de mi representada se extinguió por prescripción.

PRINCIPIO DE LA BUENA FE

Se define jurisprudencialmente la buena fe como:

“La ausencia de obras fraudulentas, de engaño, reserva mental, astucia o viveza (...). Así pues, la buena fe equivale a obrar con lealtad, con rectitud, con honestidad (...). En general obra de mala fe quien pretende obtener ventajas o beneficios sin una dosis suficiente de probidad o pulcritud(...)”⁸

En este mismo sentido, los artículos 863 y 871 del Código de Comercio y 1603 del Código Civil, en relación con el postulado de la buena fe indican: *“Las partes deberán proceder de buena fe exenta de culpa en el periodo precontractual (...)”, “Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe (...)” y “Los contratos deben ejecutarse de buena fe (...)”.*

RETICENCIA O INEXACTITUD EN EL CONTRATO DE SEGURO

La finalidad de la declaración de asegurabilidad es la de obtener del solicitante información precisa del estado del riesgo, y así la aseguradora decidir cómo tomará el riesgo, establecer adecuadamente el valor de la prima, limitar o excluir coberturas o rechazar la solicitud y no celebrar el contrato de seguro cuando el riesgo no es asegurable.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece:

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

El artículo 1158 del Código de Comercio establece:

⁸ Corte Suprema de Justicia, Gaceta LXXXVIII. Pág. 222 a 243.

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

Al respecto, la Honorable Corte Constitucional, en sentencia número 232 del 15 de mayo de 2004 refiriéndose a este tema afirmó:

“La carga de declarar correctamente el estado del riesgo se incumple por inexactitud o reticencia, es decir, por incurrir en falta de la debida puntualidad o fidelidad en las respuestas o el relato, o por callar, total o parcialmente, lo que debiera decirse (...).”

La Honorable Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 1 de septiembre de 2010, MP. Edgardo Villamil Portilla, indicó:

*“El artículo 1058 de Código de Comercio en su parte pertinente, dispone que “el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro”, **dicha norma ha sido analizada como aplicación específica del principio de buena fe inherente al contrato de seguros, pues esta modalidad negocial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, comoquiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca.***

(...)

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

(...)

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

Vale la pena anotar que el tratadista J. Efrén Ossa en su libro “Teoría General del Seguro” afirma:

*“La inexactitud o la reticencia en la medida en que, conforme a los criterios expuestos, sean relevantes “producen la nulidad relativa del seguro. Generan vicio en el consentimiento del asegurador, a quien inducen en error en su declaración de voluntad frente al tomador. No importa que aquél no reúna las características que lo tipifican a la luz de los arts. 1510, 1511 y 1512 del Código Civil. Se trata, como hemos visto, de un **régimen especial, más exigente que el del derecho común, concebido para proteger los intereses de la entidad aseguradora y, con ellos los de la misma comunidad asegurada, en un contrato que tiene como soporte la buena fe en su más depurada***

expresión y que, por lo mismo, se define unánimemente como contrato de uberrimae fidel". (Negrillas y subrayado fuera de texto).

En reciente jurisprudencia (año 2016), la Honorable Corte Suprema de Justicia refiriéndose al artículo 1058 del Código de Comercio, indicó lo siguiente:

“Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y sí bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

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

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

ELEMENTOS DEL CONTRATO DE SEGURO

El contrato de seguro es un acuerdo entre una persona denominada asegurador que asume el riesgo que le traslada otra persona llamada tomador, quien se compromete a pagar una prima al asegurador; este contrato debe reunir los elementos esenciales, sin los cuales no produciría efecto alguno, de conformidad con lo establecido en el artículo 1045 del Código de Comercio, que establece:

“Art. 1045.- Son elementos esenciales del contrato de seguro:

- 1. El interés asegurable;*
- 2. El riesgo asegurable;*
- 3. La prima o precio del seguro, y*
- 4. La obligación condicional del asegurador.*

En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno. (Negrilla ajena al texto)

El riesgo asegurable, no es más que el suceso incierto que se asegura. Para el caso particular, no existe riesgo asegurable, considerando que el demandante presentaba síntomas anteriores a la adquisición de la póliza, situación que era de su pleno conocimiento y se omitió informar a la compañía en el momento de adquirir el seguro de vida grupo, razón por la cual, no se configura un siniestro en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, que señala:

*“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro **la realización del riesgo asegurado.**”* (Negrilla ajena al texto)

En el presente caso, no se observa el cumplimiento de los elementos esenciales del contrato de seguro, al contrario, se observa la inexistencia del riesgo asegurable, considerando que el señor Yiner Fernando Cruz fue diagnosticado el cinco (5) de marzo del 2015, es decir con anterioridad a la suscripción de la póliza de vida grupo (8 de agosto de 2016), razón por la cual no se configura siniestro, de conformidad con el artículo 1072 del Código de Comercio.

CARGA DE LA PRUEBA

El artículo 167 de Código General del Proceso establece:

“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”.

Para que nazca para el asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios que se derivan del incumplimiento total o parcial de un contrato de seguro debe existir un siniestro o realización del riesgo asegurado.

Una vez sea verificada la existencia del siniestro, y para efectos de determinar la responsabilidad del asegurador, el artículo 1079 del Código de Comercio establece:

“El asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada (...).”

Respecto al monto de la indemnización en el seguro, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha dicho:

*“El contrato de seguro de daños, según desde el ángulo que se le mire, es meramente indemnizatorio de todo o parte del perjuicio sufrido por el asegurado, o puede entrañar ganancia, pero solo para el asegurador. Tal la razón para que el tomador, **en caso de presentarse el riesgo, no pueda reclamar del asegurador suma mayor que la asegurada, así el daño haya sido superior, ni cifra que exceda del monto del daño, aunque el valor asegurado fuera mayor.** El asegurado logra así, a través del contrato de seguro, la posibilidad de obtener la reparación del detrimento que sufra en su patrimonio a causa del acaecimiento del siniestro; su aspiración no puede ir más allá del alcanzar una compensación del empobrecimiento que le cause la ocurrencia del insuceso asegurado; el contrato le sirve para obtener una reparación, más no para conseguir un lucro.”* (Negrillas fuera de texto).

VI. OBJECCIÓN A LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

De manera respetuosa objeto y me pronuncio sobre las pruebas solicitadas por la parte demandante.

6.1. A LAS SOLICITADAS

6.1.1. PRUEBAS POR PRACTICAR

Objeto la prueba solicitada con oficiar a la Compañía de Seguros Bolívar S.A., para que remita copia auténtica del contrato de seguros a través del cual se otorgó cobertura para los amparos a la vida, incapacidad total permanente y enfermedades graves, considerando que con la contestación de la demanda se aporta tal documento.

VII. PRUEBAS

7.1. DOCUMENTALES

- Poder Especial para representar a la Compañía de Seguros Bolívar S.A.
- Certificado de existencia y representación legal Compañía de Seguros Bolívar S.A., expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
- Certificado de existencia y representación legal de Compañía de Seguros Bolívar S.A., expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.
- Póliza de seguro de vida grupo Davida Integral número 3544002607201.
- Declaración de asegurabilidad.
- Condicionado general que rige la Póliza de seguro de vida grupo Davida Integral número 3544002607201
- Comunicado GO-SV-7971661 del 19 de septiembre de 2019 emitido por la Compañía de Seguros Bolívar S.A.
- Comunicado DNI-SV-R- 7971661 del 21 de noviembre de 2019 emitido por la Compañía de Seguros Bolívar S.A.
- Historia clínica.
- Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral.

- Concepto médico.

7.2. INTERROGATORIO DE PARTE

Respetuosamente solicito al Despacho se llame al señor Yiner Fernando Cruz, dentro del proceso de la referencia, para que absuelva interrogatorio de parte que verbalmente o por escrito le formularé en relación con los hechos planteados en la demanda y las excepciones propuestas.

7.3. TESTIMONIAL

Solicito respetuosamente que se fije fecha y hora para recibir el testimonio de la doctora Luz Marina Campo, ciudadana mayor de edad, médica experta en medicina del seguro de personas, para que declare sobre la enfermedad de depresión que padece el demandante Yiner Fernando Cruz, explicando los argumentos médicos que dan cuenta de por qué el demandante no cumple con los requisitos exigidos en el condicionado general expedido por mi representada y que impiden el pago de la indemnización por incapacidad total y permanente amparado en el seguro de vida grupo Davida Integral número 3544002607201.

La doctora Campo tiene su domicilio en la ciudad de Bogotá y recibirá notificaciones judiciales en la Av. el Dorado número 68 B 31 de la ciudad de Bogotá o a través de este apoderado.

7.4. SOLICITUD DE PRUEBA

Respetuosamente solicito al Despacho se oficie a la Nueva EPS, sede UT Popayán, para que allegue a este proceso copia integra de la historia clínica del señor Yiner Fernando Cruz Varona identificado con cedula de ciudadanía número 10.549.269 expedida en Popayán – Cauca, la cual puede ser notificada al correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co, o en la Dirección Nacional Carrera 85K No. 46A-66 Bogotá D.C.

VIII. NOTIFICACIONES

El demandante recibe notificaciones en la calle 2 # 10 - 42 de la Ciudad de Popayán Cauca, celular No. 3012778831.

El apoderado las recibiré en la calle 8 # 9-48 Edificio Pantoja Oficina 112 de la ciudad de Popayán (C), celular No. 3004451547, correo electrónico alexandergalvis17@gmail.com, los cuales fueron indicados en la demanda.

Con fundamento en el artículo 96 del Código General del Proceso, procederé a indicar bajo la gravedad de juramento el lugar donde la Compañía demandada, y su apoderado, recibirán notificaciones.

Compañía de Seguros Bolívar S.A. recibe notificaciones en la Avenida el Dorado No. 68B-31 o al correo electrónico: notificaciones@segurosbolivar.com

El suscrito, en mi condición de apoderado de la compañía de seguros mencionada, recibo notificaciones en la Calle 127 Bis número 88 - 10 Interior 1, Oficina 501, Bogotá D.C., Celular: 317 432 0175 - Correo Electrónico: hernandezchavarroasociados@gmail.com

Del señor Juez, respetuosamente,



JAIME ENRIQUE HERNÁNDEZ PÉREZ

C.C. 79.938.138 de Bogotá

T.P. 180.264 del Consejo Superior de la Judicatura

Señor
JUEZ TREINTA Y OCHO (38) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ
E. S D.

REFERENCIA: PROCESO EJECUTIVO No. 2021-0184 de SCOTIABANK
COLPATRIA S.A. contra MIGUEL ANGEL GOMEZ PEREIRA.

ASUNTO: PRESENTANDO RECURSO DE REPOSICIÓN CONTRA EL AUTO
DE ACTUACION REGISTRADA EL 03 DE MARZO DE 2022,
NOTIFICADO POR ESTADO DEL DÍA 4 DE MARZO DE 2022.

DARIO ALFONSO REYES GOMEZ, ciudadano colombiano, mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Bogotá, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando como Apoderado Judicial de la parte actora dentro del proceso de la referencia, con absoluto respeto y en ejercicio del derecho consagrado en el artículo 318 del Código General del Proceso, encontrándome dentro del término legal, presento recurso de reposición contra el auto de actuación registrada el 03 de marzo de 2022, notificado por estado del día 04 de marzo de 2022, por medio del cual su Señoría ordena al extremo ejecutante que en el término de 30 días siguientes a la notificación del auto, acredite la radicación del oficio de medidas cautelares en la totalidad de las entidades pertinentes, so pena de decretar el levantamiento de las medidas cautelares respectivas, conforme al artículo 317 CGP, con el objeto que se revoque y en su lugar se requiera a la Secretaria del Despacho a su buen cargo para que elabore el oficio de embargo y le imprima al mismo el trámite reglado en el artículo 11 del Decreto 806 de 2020.

El recurso acá presentado se soporta en las siguientes:

RAZONES Y FUNDAMENTOS

- Recibí del correo electrónico oficial de su Juzgado, el día 7 de marzo de 2021, el link del expediente del proceso que nos ocupa, y luego de revisar minuciosamente dicho expediente, no encontré en él la imagen del oficio de embargo dirigido a las entidades bancarias mencionadas en mi escrito de esa solicitud.
- No estando elaborado el Oficio de embargo mediante el cual se comunica a las entidades bancarias la medida cautelar decretada, resulta **imposible** para la parte actora atender el requerimiento realizado mediante el auto atacado.
- Adicionalmente, tenemos que hoy en día las entidades bancarias no están recibiendo oficios de embargo en físico, ni desde cualquier correo electrónico, sino que exigen que se les remitan por el correspondiente medio técnico y desde el correo electrónico oficial de la Autoridad Judicial, 'soportados en el artículo 11 del decreto 806 de 2020.

Por todo lo anterior, comedidamente elevo al Despacho a su buen cargo la siguiente:

PETICION

Sírvase revocar el auto de actuación registrada el 03 de marzo de 2022, notificado por estado del día 04 de marzo de 2022, y en su lugar requerir a la Secretaría para que elabore el oficio de embargo y le imprima al mismo el trámite reglado en el artículo 11 del Decreto 806 de 2020.

Del Señor Juez, atentamente,



DARIO ALFONSO REYES GOMEZ
C.C. 79.505.120 de Bogotá
T.P. 82.407 del C. S. d la J.

Correo Electrónico Inscrito en el Registro Nacional de Abogados:
reyesdaalf@gmail.com

SEÑOR

JUEZ TREINTA Y OCHO (38) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTA D.C.

E. S. D.

**REF: PROCESO DECLARATIVO VERBAL DE PERTENENCIA POR
PRESCRIPCIÓN EXTRAORDINARIA ADQUISITIVA DE DOMINICIO
N° 2020 – 000118**

**DEMANDANTE: TILCIA VARGAS GARCIA Y ARMANDO ARDILA
MEDINA.**

**DEMANDADOS: CLAUDIA AMALIA FERNANDEZ MORALES, FABIAN
ERNESTO VALENZUELA FERNANDEZ Y DEMAS PERSONAS
INDETERMINADAS.**

ANTONIO MARÍA FERNANDEZ ROZO, mayor de edad, vecino y residente de esta ciudad, abogado en ejercicio, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.350.216 de Bogotá D.C., y Tarjeta Profesional No. 68.756 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en calidad de **CURADOR AD LITEM**, al señor Juez me dirijo con el debido respeto, a fin de manifestar ante su despacho, que por medio del presente, escrito me permito **DAR CONTESTACION A ESTA DEMANDA, TRASLADO QUE DESCORRO EN LOS SIGUIENTES TERMINOS:**

I - A LOS HECHOS (FUNDAMENTOS FACTICOS)

AL 1: ES CIERTO, teniendo en cuenta los títulos de tradición que se allegan con esta demanda y de los cuales refiere el demandante dentro de esta Litis.

AL 2: ES CIERTO, teniendo en cuenta el documento calendado 23 de diciembre de 1996, que se anexo con la demanda.

AL 3: NO ME CONSTA, pues este aspecto se debe de probar en su momento procesal oportuno.

AL 4: NO ME CONSTA, pues este aspecto se debe de probar en su momento procesal oportuno.

AL 5: NO ME CONSTA, pues este aspecto se debe de probar en su momento procesal oportuno.

AL 6: NO ME CONSTA, pues este aspecto se debe de probar en su momento procesal oportuno.

AL 7: NO ME CONSTA, pues este aspecto se debe de probar en su momento procesal oportuno.

AL 8: NO ME CONSTA, pues este aspecto se debe de probar en su momento procesal oportuno.

AL 9: NO ME CONSTA, pues este aspecto se debe de probar en su momento procesal oportuno.

AL 10: ES CIERTO, teniendo en cuenta las facturas de consumo de los diferentes servicios públicos domiciliarios que se aportan con esta demanda.

AL 11: NO ME CONSTA, pues este aspecto se debe de probar en su momento procesal oportuno.

AL 12: ES CIERTO, teniendo en cuenta todos los documentos que acreditan el pago de impuesto predial y complementarios, de los años gravables, entre 1997 y 2019, que se anexaron con la demanda.

AL 13: NO ES UN HECHO, su contenido hace ver más una pretensión y parte de su sustento jurídico.

AL 14: NO ME CONSTA, que se pruebe en desarrollo de este proceso.

AL 15: NO ME CONSTA, pues este aspecto se debe de probar en su momento procesal oportuno.

II - A LAS PRETENSIONES

A LA PRIMERA: NO ME OPONGO, siempre y cuando dentro del proceso quede totalmente demostrado todos los elementos jurídicos necesarios que la Ley establece sobre este particular.

A LA SEGUNDA: NO ME OPONGO, siempre y cuando se cumpla con lo expresado en el numeral anterior de este escrito.

A LA TERCERA: NO ME OPONGO, si prosperan las pretensiones.

EXCEPCIONES DE MERITO

EXCEPCIONES INNOMINADAS

Señor Juez, ruego a usted también tener como excepciones de mérito, las **INNOMINADAS QUE CONSAGRA EL ARTÍCULO 282 DEL C.G.P** el cual nos enseña que cuando el Juez halle probados los hechos que constituyan una excepción, deberá reconocerla oficiosamente en la Sentencia.

PRUEBAS

INTERROGATORIA DE PARTE

Sírvase señor Juez, citar y hacer comparecer ante su despacho, a los aquí demandantes **TILCIA VARGAS GARCIA Y ARMANDO ARDILA MEDINA**, a fin de que **ABSUELVA INTERROGATORIO DE PARTE**, en cuestionario que formularé, en forma oral, en fecha y hora que su despacho fije para que dentro de audiencia correspondiente así lo hagan, con la ritualidad que la Ley procesal ordena sobre este particular, al igual que se efectuó el reconocimiento de documentos a que haya lugar.

NOTIFICACIONES

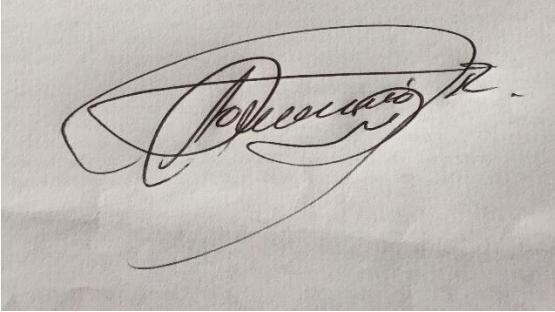
DEMANDANTE en la dirección aportada en el libelo de la demanda.

SUSCRITO: Carrera 81 # 24 D 68 Piso 2do de Bogotá D.C
Correo electrónico: con.jur.2013@gmail.com
Celular: 3132734333

ANEXOS

Sin anexos.

Del señor Juez, atentamente

A photograph of a handwritten signature in black ink on a light-colored paper. The signature is highly stylized and cursive, appearing to read 'Antonio María Fernández Rozo'.

ANTONIO MARIA FERNANDEZ ROZO
CC: 19.350.216 DE BOGOTÁ D.C.
T.P. 68.756 DEL C.S. DE LA J.
con.jur.2013@gmail.com
CELULAR: 3132734333

Señor
JUEZ 38 CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ.
E. S. D.

REF: PROCESO EJECUTIVO DE SCOTIABANK COLPATRIA S.A. Vs. JAVIER IGNACIO CASTRO SUAREZ.

RAD- 2022/0392.

FRANKY J. HERNANDEZ ROJAS, identificado como figura al pie de mi firma, obrando en mi condición de apoderado especial de la parte actora en el proceso de la referencia, comedidamente me permito presentar liquidación del crédito ejecutado con corte el 06 de Septiembre de 2022:

1. PAGARÉ No. 20744004027 - 20756119924

1.1.POR CONCEPTO DE CAPITAL

La suma de **\$53,660,534.61** pesos mcte, por concepto por concepto de capital. La parte demandada no realizó abonos.

1.2.POR CONCEPTO DE INTERESES DE PLAZO.

La suma de **\$6,371,837.49** pesos mcte, por concepto de intereses remuneratorios. La parte demandada no realizó abonos.

1.3.POR CONCEPTO DE INTERESES DE MORA SOBRE EL CAPITAL.

La suma de **\$6,275,396.54** pesos mcte, por concepto de intereses de mora causados desde el 06 de Abril de 2022 hasta el día 06 de Septiembre de 2022.

INTERESES MORA PAGARÉ No. 20744004027 - 20756119924								
RESOLUCIÓN	VIGENCIA		INTERES ANUAL	INTERES MORA		CAPITAL	DÍAS	LIQUIDACION
	DESDE	HASTA	BANCARIO CORRIENTE	ANUAL	MENSUAL			
382	06/04/2022	30/04/2022	19.05	28.57	2.1163	\$ 53,660,534.61	25	\$ 946,337.71
498	01/05/2022	31/05/2022	19.71	29.56	2.1816	\$ 53,660,534.61	31	\$ 1,209,664.45
617	01/06/2022	30/06/2022	20.40	30.59	2.2490	\$ 53,660,534.61	30	\$ 1,206,836.90
801	01/07/2022	31/07/2022	21.28	31.91	2.3348	\$ 53,660,534.61	31	\$ 1,294,602.01
973	01/08/2022	31/08/2022	22.21	33.31	2.4248	\$ 53,660,534.61	31	\$ 1,344,546.10
1126	01/09/2022	06/09/2022	23.50	35.24	2.5476	\$ 53,660,534.61	6	\$ 273,409.37
						\$ 53,660,534.61		\$ 6,275,396.54

La parte deudora no realizó abonos a los intereses de mora.

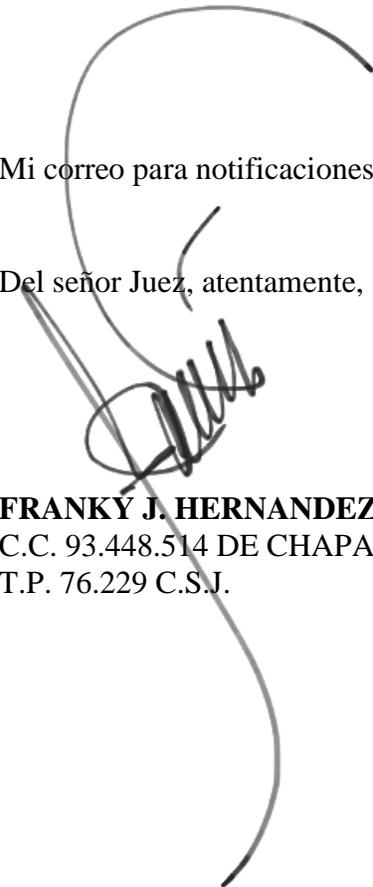
2. CUADRO RESUMEN

OBLIGACIÓN	20744004027 - 20756119924
CAPITAL ACELERADO	\$53,660,534.61
INTERESES DE PLAZO	\$6,371,837.49
INTERESES DE MORA	\$6,275,396.54
TOTAL	\$66,307,768.64

Respetuosamente solicito la aprobación de la presente liquidación y la entrega al demandante de los recursos dinerarios que se encuentren embargados y a disposición de su despacho.

Mi correo para notificaciones es: frankyhernandezrojas@bancanegocios.info

Del señor Juez, atentamente,



FRANKY J. HERNANDEZ ROJAS
C.C. 93.448.514 DE CHAPARRAL-TOL
T.P. 76.229 C.S.J.

Señor
JUEZ 38 CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ.
E. S. D.

REF: PROCESO EJECUTIVO DE SCOTIABANK COLPATRIA S.A. Vs. JAVIER IGNACIO CASTRO SUAREZ.

RAD- 2022/0392.

FRANKY J. HERNANDEZ ROJAS, identificado como figura al pie de mi firma, obrando en mi condición de apoderado especial de la parte actora en el proceso de la referencia, comedidamente me permito presentar liquidación del crédito ejecutado con corte el 06 de Septiembre de 2022:

1. PAGARÉ No. 20744004027 - 20756119924

1.1.POR CONCEPTO DE CAPITAL

La suma de **\$53,660,534.61** pesos mcte, por concepto por concepto de capital. La parte demandada no realizó abonos.

1.2.POR CONCEPTO DE INTERESES DE PLAZO.

La suma de **\$6,371,837.49** pesos mcte, por concepto de intereses remuneratorios. La parte demandada no realizó abonos.

1.3.POR CONCEPTO DE INTERESES DE MORA SOBRE EL CAPITAL.

La suma de **\$6,275,396.54** pesos mcte, por concepto de intereses de mora causados desde el 06 de Abril de 2022 hasta el día 06 de Septiembre de 2022.

INTERESES MORA PAGARÉ No. 20744004027 - 20756119924								
RESOLUCIÓN	VIGENCIA		INTERES ANUAL	INTERES MORA		CAPITAL	DÍAS	LIQUIDACION
	DESDE	HASTA	BANCARIO CORRIENTE	ANUAL	MENSUAL			
382	06/04/2022	30/04/2022	19.05	28.57	2.1163	\$ 53,660,534.61	25	\$ 946,337.71
498	01/05/2022	31/05/2022	19.71	29.56	2.1816	\$ 53,660,534.61	31	\$ 1,209,664.45
617	01/06/2022	30/06/2022	20.40	30.59	2.2490	\$ 53,660,534.61	30	\$ 1,206,836.90
801	01/07/2022	31/07/2022	21.28	31.91	2.3348	\$ 53,660,534.61	31	\$ 1,294,602.01
973	01/08/2022	31/08/2022	22.21	33.31	2.4248	\$ 53,660,534.61	31	\$ 1,344,546.10
1126	01/09/2022	06/09/2022	23.50	35.24	2.5476	\$ 53,660,534.61	6	\$ 273,409.37
						\$ 53,660,534.61		\$ 6,275,396.54

La parte deudora no realizó abonos a los intereses de mora.

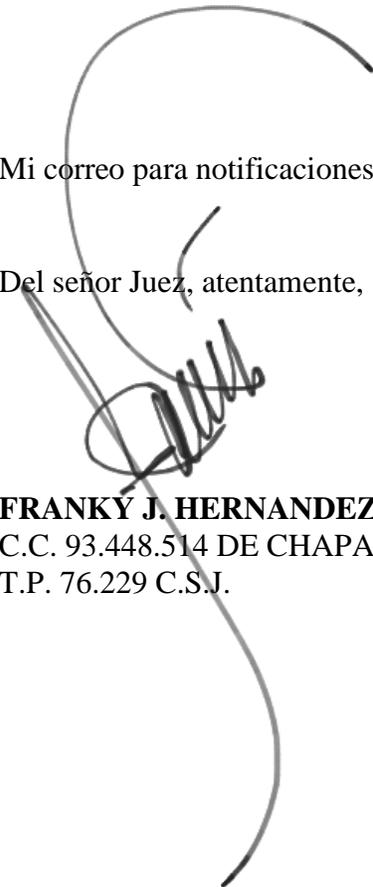
2. CUADRO RESUMEN

OBLIGACIÓN	20744004027 - 20756119924
CAPITAL ACELERADO	\$53,660,534.61
INTERESES DE PLAZO	\$6,371,837.49
INTERESES DE MORA	\$6,275,396.54
TOTAL	\$66,307,768.64

Respetuosamente solicito la aprobación de la presente liquidación y la entrega al demandante de los recursos dinerarios que se encuentren embargados y a disposición de su despacho.

Mi correo para notificaciones es: frankyhernandezrojas@bancanegocios.info

Del señor Juez, atentamente,



FRANKY J. HERNANDEZ ROJAS
C.C. 93.448.514 DE CHAPARRAL-TOL
T.P. 76.229 C.S.J.