PROCESO VERBAL RAD. 2020-00422 CONTESTACIÓN DEMANDA

TULIO HERNAN GRIMALDO LEON <tgrimaldo@gmail.com>

Mar 12/01/2021 9:06

Para: Juzgado 49 Civil Municipal - Bogota - Bogota D.C. <cmpl49bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC: notificacionesjudiciales@pichincha.com.co <notificacionesjudiciales@pichincha.com.co>; atencionciudadano75@gmail.com <atencionciudadano75@gmail.com>

1 archivos adjuntos (16 MB)

CONTESTACIÓN - WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO.pdf;

Cordial saludo,

En mi calidad de apoderado de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA**remito contestación de la demanda dentro del proceso del asunto, con copia al correo electrónico del demandante, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 806 de 2020.

Se remite un archivo en PDF con 90 folios.

Atte.,

--
Tulio H. Grimaldo León

TULIO HERNÁN GRIMALDO LEÓN
Abogado Especialista en Derecho de Seguros

Señores
JUZGADO CUARENTA Y NUEVE (49) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C
E.S.D.

Ref.: **PROCESO VERBAL**
Demandante: **WOLFRANDO PREDAZA CAMELO**
Demandados: **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y BANCO PICHINCHA S.A**
Radicación: **2020 - 00422**

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

A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

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

a) Frente a la pretensión principal I A, ***NOS OPONEMOS***, toda vez que como viene redactada, lo que se pretende, al final, es el reconocimiento y pago de una suma de dinero a favor del demandnate y con cargo a mi poderdante a la cual no le asiste derecho, pues como se expondrá con las excepciones de mérito de la presente contestación y a lo largo del proceso (i) en el presente proceso se configuró el fenómeno de prescripción extintiva de la acción incoada por el demandante, (ii) el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa, toda vez que el asegurado fue reticente y/o inexacto en la declaración del estado del riesgo, (iii) el evento por el cual se reclama se trata de un riesgo expresamente excluido de la cobertura del contrato de seguro y finalmente, (iv) el asegurado no acreditó los requisitos establecidos en las condiciones generales y particulares de la póliza para solicitar el reconocimiento y pago de la indemnización.

b) Frente a la pretensión principal I B, ***NOS OPONEMOS***, toda vez que como se expondrá con las excepciones de mérito de la presente contestación y a lo largo del proceso, no existe normal legal o estipulación contractual que obligue a la compañía de seguros a evaluar la historia clínica del solicitante

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

antes de expedir la póliza de seguro, pues es al tomador/asegurado quien tiene la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo al momento de solicitar el seguro de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, razón por la cual, no es cierto que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA conociera o debía conocer el estado de salud del señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO al momento de suscribir el contrato de seguro, además como se demostrará también a lo largo del proceso, no hubo "interceptación legal" de la Historia Clínica, pues el demandante dio autorización para la consulta de la misma y por lo tanto, no hay lugar al reconocimiento y pago de intereses moratoios, ni mucho menos desde de la solicitud de seguro, pues no atiende a lo dispuesto en el artículo 1080 del Código de Comercio.

c) Frente a la pretensión principal I C, ***NOS OPONEMOS***, pues como se expondrá con las excepciones de mérito de la presente contestación y a lo largo del proceso (i) en el presente proceso se configuró el fenómeno de prescripción extintiva de la acción incoada por el demandante, (ii) el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa, toda vez que el asegurado fue reticente y/o inexacto en la declaración del estado del riesgo, (iii) el evento por el cual se reclama se trata de un riesgo expresamente excluido de la cobertura del contrato de seguro y finalmente, (iv) el asegurado no acreditó los requisitos establecidos en las condiciones generales y particulares de la póliza para solicitar el reconocimiento y pago de la indemnización.

d) Frente a la pretensión subsidiaria B, ***NOS OPONEMOS***, pues como se expondrá con las excepciones de mérito de la presente contestación y a lo largo del proceso (i) en el presente proceso se configuró el fenómeno de prescripción extintiva de la acción incoada por el demandante, (ii) el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa, toda vez que el asegurado fue reticente y/o inexacto en la declaración del estado del riesgo, (iii) el evento por el cual se reclama se trata de un riesgo expresamente excluido de la cobertura del contrato de seguro y finalmente, (iv) el asegurado no acreditó los requisitos establecidos en las condiciones generales y particulares de la póliza para solicitar el reconocimiento y pago de la indemnización.

e) Frente a la pretensión subsiadiaria C, ***NOS OPONEMOS***, pues como se probará a lo largo del proceso la parte actora no ha probado los supuestos de hecho en que funda su pretensión ni ha acreditado los perjuicios sufridos, además, no existe perjuicio inmaterial alguno por el cual deba responder mi poderdante ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

f) Frente a la pretensión principal II A, ***NOS OPONEMOS***, pues como se probará a lo largo del proceso la parte actora no ha probado los supuestos de hecho en que funda su pretensión y no existe perjuicio inmaterial alguno

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

por el cual deba responder mi poderdante ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

g) Frente a la pretensión principal II B, ***NOS OPONEMOS***, pues como se probará a lo largo del proceso la parte actora no ha probado los supuestos de hecho en que funda su pretensión y no existe perjuicio inmaterial alguno por el cual deba responder mi poderdante ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

h) Frente a la pretensión principal II C, ***NOS OPONEMOS***, pues el negocio jurídico celebrado se celebró de acuerdo a la normatividad vigente y por lo tanto es válido, pues no hay norma legal o contractual que impida a la compañía de seguros acceder a la historia clínica del asegurado para evaluar la reclamación por él presentada. Además, esta pretensión es contraria y excluyente con las demás pretensiones principales, toda vez que el asegurad no puede pedir la "extinción" del contrato celebrado pero al mismo tiempo el pago de uno de lso amapros contratados en el mismo.

i) Frente a la pretensión principal II D, ***NOS OPONEMOS***, pues el negocio jurídico celebrado se celebró de acuerdo a la normatividad vigente y por lo tanto es válido, pues no hay norma legal o contractual que impida a la compañía de seguros acceder a la historia clínica del asegurado para evaluar la reclamación por él presentada. Además, la historia clínica se solicitó a fin de evaluar la reclamación y de ninguna manera se solicitará ni evaluará nuevamnete, pues ya no existe justificación alguna para hacerlo, toda vez que se ha objetado el siniestro.

j) Frente a la pretensión subsidiaria de las pretensiones principales II A y B, ***NOS OPONEMOS***, pues como se demostrará a lo largo del proceso, la compañía de aseguros solicitó la historia clínica del asegurado con ocasión de la autorización dada por éste y consultó la misma ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE para definir el siniestro y emitir la objeción que se acompaña con esta contestación.

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

A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO PRIMERO: Contiene varios hechos y consideraciones frente a las cuales nos pronunciamos así:

a) No nos consta lo relacionado con el contrato de mutuo celebrado entre el señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO y BANCO PICHINCHA S.A, pues

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

se trata de un negocio jurídico del cual no es parte mi poderdante ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

b) Es cierto que el señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO diligenció y firmó la declaración de asegurabilidad en la cual se incluía la autorización para, entre otros, consultar la historia clínica del demandante. En todo caso, nos atenemos al contenido textual y exacto de la misma. Adicionalmente, es necesario señalar que al tomador/asegurado le asiste la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo al momento de contratar el seguro (Art. 1058 y 1158 del Código de Comerio).

c) No es cierto que el demandante fuese obligado a adquirir el crédito con la entidad financiera y obligado a contratar el seguro objeto del presente litigio, máxime cuando en la declaración de asegurabilidad, justo antes del espacio de la firma se indica que solo se debe firmar en constancia de haber leído, entendido y aceptado lo consignado en el documento.

AL HECHO SEGUNDO: No es un hecho (Art. 168 del C.G.P), se trata de consideraciones realizadas por el apoderado de la parte actora respecto de la expedición del seguro por parte de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Sin embargo, es necesario señalar que al tomador/asegurado le asiste la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo al momento de contratar el seguro (Art. 1058 y 1158 del Código de Comerio), aun si la aseguradora decide o no realizar exámenes médicos, tal y como lo ha señalado la Corte Suprema de Justicia.

AL HECHO TERCERO: Contiene varios hechos y consideraciones frente a las cuales nos pronunciamos así:

a) No nos consta lo relacionado con el contrato de mutuo celebrado entre el señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO y BANCO PICHINCHA S.A, pues se trata de un negocio jurídico del cual no es parte mi poderdante ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

b) Es cierto que el señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO diligenció y firmó la declaración de asegurabilidad en la cual se incluía la autorización para, entre otros, consultar la historia clínica del demandante. En todo caso, nos atenemos al contenido textual y exacto de la misma. Adicionalmente, es necesario señalar que al tomador/asegurado le asiste la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo al momento de contratar el seguro (Art. 1058 y 1158 del Código de Comerio).

c) No es cierto que el demandante fuese obligado a adquirir el crédito con la entidad financiera y obligado a contratar el seguro objeto del presente litigio, máxime cuando en la declaración de asegurabilidad, justo antes del espacio

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

de la firma se indica que solo se debe firmar en constancia de haber leído, entendido y aceptado lo consignado en el documento.

AL HECHO CUARTO: Contiene varios hechos y consideraciones frente a las cuales nos pronunciamos así:

a) No nos consta lo relacionado con el dictamen de pérdida de capacidad laboral al cual se hace referencia, toda vez que mi poderdante ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA no fue la entidad que evaluó, diagnosticó y emitió el dictamen, así como tampoco notificó el mismo.

b) Todo lo demás no es un hecho (Art. 168 del C.G.P), se trata consideraciones y suposiciones realizadas por la parte actora.

AL HECHO QUINTO: Es cierto que se presentó solicitud de afectación de la póliza. En todo caso, nos atenemos al contenido textual y exacto de la misma.

AL HECHO SEXTO: Es cierto que mi poderdante emitió la comunicación a la cual se hace referencia. En todo caso, nos atenemos al contenido textual y exacto de la misma. Al respecto, es importante mencionar que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ha actuado dando estricto cumplimiento a la normatividad vigente en la materia y a lo estipulado en el contrato de seguro celebrado.

AL HECHO SÉPTIMO mal enunciado como hecho "SEXTO": Contiene varios hechos y consideraciones frente a las cuales nos pronunciamos así:

a) Es cierto que el señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO presentó solicitud de reconsideración a la objeción emitida por la compañía. En todo caso, nos atenemos al contenido textual y exacto de la misma.

b) Es cierto que mi poderdante emitió la comunicación a la cual se hace referencia. En todo caso, nos atenemos al contenido textual y exacto de la misma. Al respecto, es importante mencionar que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ha actuado dando estricto cumplimiento a la normatividad vigente en la materia y a lo estipulado en el contrato de seguro celebrado.

AL HECHO OCTAVO mal enunciado como hecho "SÉPTIMO": No es un hecho (Art. 168 del C.G.P), se trata de consideraciones subjetivas realizadas por el apoderado de la parte actora respecto de la autorización para consultar su historia clínica. Al respecto, es necesario manifestar que la misma no se uso para fines distintos a los enunciados en la autorización firmada por el asegurado en la declaración de asegurabilidad, adicionalmente, en dicho documento ni en ninguna

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

normal legal se señala que la aseguradora esta en la obligación de consultar la historia clínica del solicitante antes de la expedición del seguro.

AL HECHO NOVENO mal enunciado como hecho "OCTAVO": No es un hecho pertinente, conducente y útil al objeto del litigio (Art. 168 del C.G.P), pues se trata de consideraciones ralacionadas con la representación de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

AL HECHO DÉCIMO mal enunciado como hecho "NOVENO": No nos consta, pues se trata de una comunicación radicada ante una entidad diferente de mi poderdante ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. Sin embargo, resulta pertinente señalar que el contrato de seguro, pertenece a la categoría de contratos privados, que se rigen de acuerdo a las condiciones pactadas en el mismo, claro está, siempre y cuando estas no sean contrarias a las normas de órden público, por lo cual, dicha situación fue AUTORIZADA por el asegurado en la declaración de asegurabilidad y, en este sentido, no vemos que se haya vulnerado ningún derecho del asegurado, máxime cuando dichas consultas solo se hacen con el único fin de evaluar el siniestro antes de generar el pago de la indemnizacción u objetar la reclamación.

EXCEPCIONES DE MERITO

PRIMERA EXCEPCIÓN
PRESCRIPCIÓN EXTINTIVA DE LA ACCIÓN INCOADA POR EL DEMANDANTE

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

> *"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." (destacados ajenos al texto original).*

Con base en dicha norma, en el presente proceso se encuentra probado que:

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

1. Estamos en presencia de una acción derivada del contrato de seguro, pues de las pretensiones de la demanda claramente se desprende que lo que se persigue por la parte actora es el pago de un siniestro en virtud del Seguro de Vida en Grupo Deudores Póliza No. 670 – 16 - 994000000012, razón por la cual se aplican los términos de prescripción previstos en el artículo 1081 del Código de Comercio trascrito.

2. La presente acción encuentra fundamento en el evento ocurrido el día 19 de febrero de 2018, fecha en la cual, según señala y **CONFIESA** (Art. 191 del C.G.P) el demandante en el hecho cuarto de la demanda, fue notificado del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por el Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía.

3. Así entonces, el término para que se configure la prescripción será el ordinario de dos (2) años, el cual comienza a contar desde el momento en el que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho base de la acción, esto ***es el día 19 de febrero de 2018.***

4. Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, resulta claro que para el día 13 de agosto de 2020, fecha en la cual se instauró la demanda que da lugar al presente proceso, ya habían transcurrido más dos años desde el momento en el cual empezó a correr el término de la prescripción.

5. Sin embargo, teniendo en cuenta la solicitud de conciliación extrajudicial y la suspensión de términos decretada por la emergencia sanitaria se hace el siguiente análisis:

    - Según el artículo 94 del C.G.P la reclamación presentada por el asegurado a la compañía interrumpe el término de prescripción, razón por la cual, el término de dos años previsto en el citado artículo 1081 del Código de Comercio vuelve a contar para el asegurado. Así las cosas, y teniendo en cuenta que la reclamación se presentó el 14 de marzo de 2018, dicho término se hubiese cumplido el 14 de marzo de 2020.

    - Ahora bien, de conformidad con lo establecido en el artículo 21 de la Ley 640 de 2001, la conciliación prejudicial suspende el término de prescripción desde la solicitud de conciliación hasta la fecha en la cual se lleve a cabo la audiencia. Para el caso que nos ocupa y de acuerdo a los documentos aportados con la demanda, el 10 de julio de 2019 el señor Wolfrando Pedraza Camelo presentó solicitud de conciliación prejudicial ante el Centro de Conciliación de la Personería de Bogotá D.C, la cual se llevó a cabo el 01 de agosto de 2019 y en la cual se firmó la constancia de no acuerdo.

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

- La suspensión de la prescripción por la solicitud de conciliación prejudicial, la cual operó por 21 días, razón por la cual el término se configuraría el 05 de mayo de 2020, no obstante, con ocasión de la emergencia sanitaria decretada por el Gobierno Nacional, los términos judiciales estuvieron suspendidos entre el 16 de marzo y 30 de junio de 2020.

- Así las cosas, el término de prescripción de la acción incoada por el demandante **se configuró el 19 de julio de 2020**, pero solo hasta el **13 de agosto de 2020** se radicó la demanda por parte del señor Wolfrando Pedraza Camelo.

6. Por lo anterior, es claro que ya operó el fenómeno de prescripción ordinaria de la acción incoada por el demandante.

Teniendo en cuenta lo anterior, solicito al señor Juez declarar probada esta excepción y, de conformidad con lo dispuesto por el numeral 3 del artículo 278 del C.G.P., mediante sentencia anticipada dé por terminado el proceso en favor de mi poderdante, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

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

El 14 de noviembre de 2017 el señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO diligenció y firmó la declaración de asegurabilidad que se acompaña a esta contestación, para tomar y/o ingresar al Seguro de Vida en Grupo Deudores Póliza No. 670 – 16 – 994000000012.

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

> *"Art. 1058.-* ***El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la***

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

> ***inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro****.*
>
> *Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.*
>
> *Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.*
>
> *Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.*
> (…)
>
> *"Art. 1158.- Aunque el asegurador prescinda del examen médico,* ***el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058****, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar".*

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

Como es jurisprudencia reiterada de nuestra Corte Suprema de Justicia y de la Corte Constitucional[1] así como principio rector de la actividad aseguradora nacional e internacional, resulta determinante para la adecuada apreciación, asunción, tasación y eventual limitación o exclusión de las coberturas del seguro a otorgar, la exactitud, veracidad e integralidad de la información suministrada por el eventual asegurado.

Al respecto, debe tenerse en cuenta que mediante sentencia del 1 de septiembre de 2010, MP Edgardo Villamil Portilla, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia

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

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

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

> *"A juicio de la Corte, yerra el Tribunal al negar los efectos deletéreos de la conducta obrepticia de los tomadores y asegurados, pues ella lesiona grandemente el principio de buena fe que es una de las piezas esenciales del contrato de seguro, pues el asegurador ingresa al ámbito negocial en estado de ignorancia y es llevado de la mano a contratar por la información que con total fidelidad le debe suministrar el tomador, que en este caso también resultó ser asegurado.*
>
> *Y para averiguar la importancia que tenía para la aseguradora indagar por los antecedentes penales del tomador y asegurado, sólo es menester resaltar que en el formulario reposa la pregunta por dicho pasado judicial, circunstancia por sí reveladora de que esa información era absolutamente relevante. El curso natural de las cosas indica que si la aseguradora inquiría por los antecedentes judiciales de ambas partes, es porque la suerte de la concesión del amparo también dependía de ese dato.* ***En suma, el profesional del seguro no indaga por datos irrelevantes, ni tiene la carga de probar que lo eran, como razonó equivocadamente el Tribunal.***
>
> ***Entonces, la información suministrada en los cuestionarios que se responden en el umbral de la relación aseguraticia, permite que la aseguradora conozca "la extensión de riesgos que va a asumir en virtud del contrato, [los cuales] tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes.*** *Cuando el asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse como que no tiene importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro" (LXXVII, pág. 17, reiterado en G.J. CLII, pág. 265, también en Sent. Cas. Civ. de 30 de noviembre de 2000, Exp. No. 5743 y 19 de julio de 2005, Exp. No. 5665-01).*
>
> *El artículo 1058 de Código de Comercio en su parte pertinente, dispone que "el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren*

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

*retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro", **dicha norma ha sido analizada como aplicación específica del principio de buena fe inherente al contrato de seguros, pues esta modalidad negocial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, comoquiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca**.*
(…)
*Así las cosas, en el contrato de seguro la exigencia de ubérrima buena fe aumentan en grado superlativo, pues como ha dicho la Corte, en materia de este negocio jurídico, la protección de las partes que concurren requiere el máximo de transparencia posible, **"de modo que las decisiones se tomen con plenitud de información relevante. De esta manera, un contratante no puede quebrar la igualdad, ni tomar ventaja de la ignorancia del otro, especialmente si la ausencia de información de uno de ellos está originada en el silencio del otro que oculta información disponible, información que por ser esencial debe brindarse oportuna y cumplidamente**. En la etapa importantísima de formación del contrato de seguro, cuando el asegurador se apresta a brindar la protección, está a merced del asegurado, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada, puesto que la salud personal [o antecedentes penales, se agrega] viene a estar asociada a la intimidad del asegurado" (Sent. Cas. Civ. de 19 de diciembre de 2005, Exp. No. 566501).*

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

Entonces -y aquí se encuentra la rectificación doctrinaria al Tribunal- en ese escenario la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

> ***<u>contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas</u>****, sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud* [2][1] *, de donde se desprende de modo general, que basta con establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que emerja la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro.*
>
> ***<u>La Corte, en sentencia de septiembre 1 de 2010, reitera que la nulidad del contrato de seguro por reticencia en las declaraciones del estado de riesgo no requiere la demostración por parte de la aseguradora de que tal omisión la llevaría a desistir de la celebración del contrato. Solo es necesario establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que se configure la nulidad relativa del contrato.</u>****" (destacados ajenos al texto original)*

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

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

> *"3. Para dar respuesta a tales denuncias, es necesario señalar que el principio de la buena fe que debe reinar en toda clase de actuaciones, en la especie de estos contratos adquiere especial connotación como un deber precontractual al que se le da gran importancia. El artículo 1058 del código de comercio dispone que el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador; en caso contrario, esto es, si aquel decae en la reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por este, lo hubieran retraído de asegurarlo, o inducido a estipular condiciones más onerosas, se produce la nulidad relativa del mismo.*
>
> *4. Del referido texto legal se puede deducir lo siguiente:*
>
> *4.1. Que el deber del tomador de pronunciarse sinceramente frente al*

[2][1]Sent. Cas. Civ. de 12 de septiembre de 2002, Exp. No. 7011.

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

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

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

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

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

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

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

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

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

> *"Bajo el anterior contexto, en el asunto que ocupa la atención de la Delegatura, del plenario emerge con meridiana claridad que en la fecha de suscripción de la póliza, esto es el 19 de julio de 2012, en el formato de solicitud del seguro de vida ahora reclamado, la señora RUBIELA CASTAÑEDA omitió información importante sobre su estado de salud que debió, con fundamento en el principio de buena fe ya expuesto, poner en conocimiento de la Aseguradora, máxime cuando fueron precisamente algunas de esas patologías que le habían sido diagnosticadas e informadas reiteradamente, nódulos en las cuerdas vocales, faringolaringitis y abuso vocal, las que a la postre resultaron directamente relacionadas con el siniestro ahora reclamado, esto es la pérdida de capacidad laboral del 96% originada por disfonía crónica recurrente secundaria a abuso vocal, y que de acuerdo con el documento obrante a folio 41 de fecha 26 de noviembre de 2012, "CON POBRE RESPUESTA AL TRATAMIENTO MÉDICO DESDE HACE DOS AÑOS MÚLTIPLES CONSULTAS E INCAPACIDADES", lo que significa que para finales del año 2010, la demandante ya estaba sometida a tratamiento. Al respecto, recuérdese que el artículo 1058 del Código de Comercio precisa que "aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar".".*

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

Pues bien, el señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO incurrió en reticencia y/o inexactitud al suscribir la declaración de asegurabilidad que se acompaña, tal como se demostrará a lo largo de este proceso, pues su estado de salud no correspondía con lo manifestado allí.

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

- En el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por el Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML 18-1-152 se lee lo siguiente:

  "II. ANTECEDENTES
  Dentro del expediente del señor IT PEDRAZA CAMELO WOLFRANDO aparece registrada la Junta Médico Laboral No. 1322 del ***28 DE NOVIEMBRE***

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

DE 2001 *y la Junta Médico Laboral No. 575 del* ***27 DE ENERO DEL 2017****, realizada en la ciduad de Bogotá D.C y cuyas conclusiones determinaron:*

Por la Junta Médico Laboral No. 1322 del 28 de noviembre de 2001
(…)
VI. CONCLUSIONES
(…)
B. Clasificaciñon de las lesiones o afecciones y calificación de capacidad para el servicio
INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL – APTO. X.X.X
C. Evalución de la disminución de la capacidad laboral de:
DIEZ Y OCHO PUNTO CERO POR CIENTO (18.0%)
(…)

Por la Junta Médico Laboral No. 575 del 27/01/2017
(…)
III. CONCEPTOS DE ESPECIALISTAS:
1.. PSIQUIATRIA: SISAP EVENTO 223 23/05/2016 (…) Paciente con antecedente de patología mental crónica, por presentar sintomatología de carácter depresivas, y alteración comportamental con características francamente impulsivas e intentos de suicidio que ha requerido dos ocasiones hospitalización por unidad de salud mental, refiere que persiste con alteraciones anímicas y comportamentales. *Se realiza junta médica en presencia de profesionales en psiquiatría psicología social, Educación especial, Doctores Quiroga, Rodríguez, Gutiérrez, García, Janer, Cobos, Conde, Lanús, Moncayo, Flor, Parraga, Cifientes. Luego de valorar al paciente y revisar su historia clínica* ***se determina que tiene un diagnóstico de: trastorno orgánico de la personalidad asociado con epilepsia, trauma cráneo encefálicp y depresión, esta última como un epifenómeno de la lesión frontal, ya que tuvo trauma frontal por el accidente.*** *Al examen mental paciente ingresa por sus propios medios, adecuada presentación personal, ejerce buen contacto visual y verbal, dramático, teatral, alerta, orientado, no alteración sensoperceptiva, afecto no resonante, no delitrios, introspección adecuada juicio de realidad conservado.* ***Al paciente con sintomatología de características comportamentales mal adaptativas, asociado a organicidad y Trauma craneoencefálico pronóstico malo. DX neurosis depresiva, trastorno orgánico de la personalidad asociado a epilepsia. Paciente con restricción total en el porte y uso de armamento, no porte de uniforme, no turnos nocturnos, no permanecer en unidades policiales, continuar tratamiento****. Cierre concepto psiquiatría. 2. NEUROLOGÍA SISAP EVENTO 216 04/05/16 Dr. Daniel Vega RM13352256. Paciente con cuadro de crisis parciales complejas, recibió tratamiento con ac valproico con pobre adherencia a la medicación, sin embargo, refiere disminución de los episodios de alteración parcial de la conciencia (…) 8.* ***SALUD***

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

OCUPACIONAL SISAP EVENTO 221 17/07/16 Dr. Uriel Cruz RM 13841758 antecedente de insomnio, ansiedad, depresión y convulsiones de "dos años de evolución" en tratameinto por salud mental y neurología *(…)*

VI. CONCLUSIONES
A. Antecendentes-Lesiones-Afecciones-Secuelas
1. *NEUROSIS DEPRESIVA,* ***TRASTORNO ORGANICO DE LA PERSONALIDAD ASOCIADO A EPILEPSIA****.*
2. ***HEMIPARESIAS*** *E HIPOESTESIAS DERECHAS DESCARTADAS MEDIANTE POTENCIALES SOMATOSENSORIALES*
3. ***FRACTURA DE EPÍFISIS SUPERIOR DE HUMERO IZQUIERDO***
4. *ESOFAGITIS PÉPTICA GRADO B,* ***HERNIA HIATAL*** *DE 3 CM, GASTRITIS NODULAR ANTRAL*

B. Clasificación de las lesiones o afecciones y calificación de la capacidad para el servicio
INCAPACIDAD PERMANENTE PACIAL – NO APTO. Por Artículo 58g, 68 a y b, REUBICACIÓN LABORAL NO.
C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.
Presenta una disminución de la capacidad laboral de:
Actual: TREINTA Y UN PUNTO TREINTA Y TRES POR CIENTO 31.33%
Total: CINCUENTA Y CINCO PUNTO OCHENTA Y NUEVE POR CIENTO 55.89%
(…)

III. SITUACIÓN ACTUAL
(…)
Se procedió a ponerle de presente el documento constitutivo de la solicitud de convocatoria de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía y se leyó el objeto de su petición, ante lo cual el paciente se ratificó en ella y refiere que ***desea que la patología mental, neurosis depresiva y epilepsia se le califique como enfermedad profesional, ya que fue consecuencia de un accidente en el año 2006****, que le califiquen las parestesias de hemicuerpo derecho, que tiene una malaca en la cabeza.* ***Refiere que en el año 2014 fue valorado por psiquiatría por presentar agresividad alteración en el comportamiento, lo valoran en la Clínica la Inmaculada y lo dejan hospitalizado durante un mes, le dijeron que tenía psicosis y le ordenan medicamrntos, en el 2016 estuvo por 15 días en manejo de Hospital Día, ha continuado con controles periódicos mensuales, última valoracón hace 8 días, en la actualidad medicado con Lorazepam 1 mg, Mirtazapina y ácido valproico, se encuentra incapacitado por psiquiatría desde el año 2014, incapacidad total y a veces parciales****".(destacado ajeno al texto original).*

Con lo anterior se puede evidenciar que el señor WOLFRANDPO PEDRAZA CAMELO había sido diagnosticado y tratado, cuando menos, por ***TRASTORNO DE***

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

LA PERSONALIDAD ASOCIADO A EPILEPSIA, HEMIPARESIAS, FRACTURA DE EPÍFISIS SUPERIOR DE HUMERO IZQUIERDO Y HERNIA HIATAL, diagnosticos por los cuales había recibido tratamiento desde antes de suscribir la declaración de asegurabilidad, esto es desde antes del 14 de noviembre 2017 e ingresar al seguro. Lo anterior, significa que el asegurado también pudo haber sido reticente y/o inexacto respecto de otros padecimientos, los cuales se determinarán a lo largo del proceso y que igualmente generan nulidad por reticencia y/o inexactitud en la declaración del estado del riesgo y que solicito al Delegado declarar en los términos del art. 282 del CGP.

Por su parte, en la declaración de asegurabilidad firmada por la asegurada, incurrió en reticencia e inexactitud, pues su estado de salud no correspondía con lo manifestado en la misma, pues allí afirmó lo siguiente:

"DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD OTRAS LÍNEAS DE CRÉDITO (EMPRESAS Y LIBRANZAS)

MARQUE X

Yo, Wolfrando Pedraza Camelo identificado con cédula de Ciudadania No. 79.715.859

El abajo firmante, declaro que:

(X) En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.

( ) Padezco o he padecido, alguna de las siguientes enfermedades:

☐ Hipertensión Arterial ☐ Hipotiroidismo ☐ Colesterol Alto ☐ Otra enfermedad

☐ Diabetes Mellitus ☐ Hiperlipidemia ☐ Triglicéridos Alto Cúal? _____

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad
Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad

* En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades entonces se entendera que me encuentro en buen estado de salud.

Si ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA hubiera conocido los padecimientos del señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO se habría retraído de celebrar el contrato de seguro y otorgar la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, o se hubiera celebrado el contrato en condiciones más onerosas, tal como se demostrará en el transcurso del presente proceso.

En resumen, el consentimiento de mi representada para el otorgamiento de la póliza de seguro estuvo viciado por cuanto fue inducida en error por la declaración reticente y/o inexacta de la asegurada en cuanto a su estado de salud.

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

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

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

1. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 1056 del Código de Comercio, las compañías de seguros pueden asumir todos o algunos de los riesgos a los cuales está expuesto el interés o el bien asegurado. Dicha norma es el sustento de las llamadas EXCLUSIONES dentro de los contratos de seguro.

2. En relación con dichas exclusiones, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 19 de diciembre de 2008, M.P. Arturo Solarte Rodríguez, ha señalado:

   "7.1. Ha de señalar la Corte, en primer término, que no se evidencia que el fallador de segunda instancia haya dejado de lado el sentido y el alcance del contrato todo para fijarse únicamente en unas pocas cláusulas. La finalidad del contrato de seguro y a lo que apunta la intención común de los contratantes de este tipo de negocios jurídicos es obtener cobertura frente a determinados riesgos, cuya realización conduce al pago de la respectiva indemnización (art. 1054 del C. de Co.). Es claro también que el acuerdo de las partes para que se brinde amparo a una determinada clase de riesgos determina que, en principio, todos aquellos sucesos inciertos que se enmarquen dentro de los parámetros así establecidos sean objeto de la correspondiente cobertura. ***Sin embargo, es igualmente evidente, por así disponerlo la legislación nacional (art. 1056 del C. de Co), que en el contrato de seguro, y, particularmente, por determinación del asegurador, éste, teniendo presentes las restricciones legales, "podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado". En razón de lo anterior, los riesgos cubiertos en el contrato de seguro serán los que correspondan a la clase de amparo que genéricamente se ofrezca, o los que las partes de manera particular y explicita convengan adicionar, siempre y cuando, en uno u otro caso, respecto de los mismos no se establezca expresamente una exclusión por determinación del asegurador, claro está, aceptada por el tomador al perfeccionar la celebración del respectivo contrato."*** *(destacados ajenos al texto original)*

3. En el presente caso, las partes en el contrato, excluyeron de la cobertura los eventos que se hayan producido con anterioridad a la fecha en la cual el asegurado se incluyera en la póliza y las incapacidades derivadas por trastornos mentales, entre otros, los cuales se establecieron en las Condiciones particulares de la póliza suscrita. Dicha cláusula establece lo siguiente:

   "1.2 AMPAROS ADICIONALES
   (…)
   1.2.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

(…)
1.2.1.4 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
1.2.1.4.1 CUANDO EL EVENTO GENERADOR DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE HAYA PRODUCIDO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO.
(…)
1.2.1.4.4 *SE EXCLUYEN LAS INCAPACIDADES RELACIONADAS CON ALTERACIONES MOTORAS SECUNDARIAS A ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS* ***Y LAS DERIVADAS POR TRASTORNOS MENTALES (PSIQUIÁTRICOS)****".* (destacado ajeno al original).

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

a) El señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO suscribió la declaración de asegurabilidad para ser incluido en el Seguro de Vida en Grupo Deudores Póliza No. 670 – 16 - 994000000012, iniciando su cobertura el día en el cual se desembolsó la obligación con el Banco Pichincha S.A.

b) De acuerdo con el el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por el Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML 18-1-152, el señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO tuvo un accidente en el año 2006 lo cual le produjo una enfermedad mental, razón por la cual ha sido valorado por psiquiatría, a tal punto que ha tenido que ser hospitalizado y medicado por su diagnóstico, además, que incapacidades totales y parciales que le han impedido desempeñar su trabajo.

Así las cosas, se encuentra probado que el señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO había padecido de las enfermedades por las cuales fue calificado y se le dio un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 55.89%%. Por lo anterior, mi poderdante ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, no esta obligada al renococimiento ni pago de ninguna suma de dinero a favor del demandante por concepto de indemnización por el amparo de Incapacidad Total y Permanente.

CUARTA EXCEPCIÓN
FALTA DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA PARA ACREDITAR LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE SE RECLAMA

El demandante alega padecer una incapacidad total y permanente cubierta por el seguro contratado y, sin embargo, en el proceso no existe ningún documento o prueba de cara a acreditar el siniestro alegado, por el contrario, de las pruebas aportadas en la propia demanda se colige que NO se cumplen los requisitos señalados en el contrato de seguro para acceder a la cobertura contratada.

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

Debe tenerse en cuenta que el presente litigio tiene origen en un ***contrato de seguro***, el cual pertenece a la categoría de los ***contratos privados*** y, en consecuencia, está regido por las normas y principios señalados en el Código de Comercio y por las condiciones expresamente recogidas en el texto de la póliza.

Nuestro Código de Comercio dispuso en forma clara el principio según el cual el asegurador puede determinar libremente la forma en que asume los riesgos y, en consecuencia, la extensión de su responsabilidad en este aspecto.

Así lo dispone el artículo 1056 del Código de Comercio en los siguientes términos:

> *"Artículo 1056 Código de Comercio. - Asunción de riesgos. Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado."*

Al respecto, en desarrollo de dichas facultades legales (Art. 1056 del Código de Comercio en conc. Art. 1602 del C.C.), así como de las estipulaciones contractuales (Numeral 1.2.1.1 de las condiciones generales y numeral 5 de las condiciones particulares de la Póliza), **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.,** señaló el alcance de la cobertura por Incapacidad Total y Permanente en los siguientes términos:

> *"1.2.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE*
> *1.2.1.1. COBERTURA*
> *ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL Y PREVIO EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, ASUME EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ (DECRETO 1507 DE 2014, O AQUEL VIGENTE AL MOMENTO DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ) SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50% DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD, SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.*
>
> ***PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA, SE TENDRÁN EN CUENTA ÚNICAMENTE LAS NORMAS EMITIDAS EN MATERIA DE RÉGIMEN EN SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANA VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN (FONDO DE PENSIONES, ARL, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ***

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

> ***APLICABLES A LOS REGÍMENES ESPECIALES O EXEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993****". (Destacado ajeno al texto original).*

En relación con el alcance de dicha CONDICIÓN, debe recordarse que nuestra jurisprudencia ha sido reiterada en señalar que la interpretación de los contratos de seguros es RESTRICTIVA, por lo que el Juez debe ceñirse a lo que se recoge en el texto contentivo del contrato, esto es a lo que conste en la póliza de seguro. Entre otras, así lo señala la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 30 de agosto de 2010, M.P. RUTH MARINA DÍAZ RUEDA:

> "*En línea de principio, en el ámbito de los contratos de seguros cuando sea menester asumir la referida labor, esta Corporación en reciente fallo expuso: "(...)* ***debe ser interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley*** *(arts. 1048 a 1050 del C. de Co.),* ***los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria****; que, 'en otras palabras,* ***el contrato de seguro es de interpretación restrictiva y por eso en su ámbito operativo, para determinar con exactitud los derechos y las obligaciones de los contratantes, predomina el texto de la que suele denominarse 'escritura contentiva del contrato'"*** *(destacados ajenos al original)*

En este mismo sentido encontramos la Sentencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia del 8 de septiembre de 2011, MP Ruth Marina Díaz Rueda.

De acuerdo con lo expuesto, es claro que el contrato de seguro celebrado determinó de manera precisa los elementos para que opere la cobertura por la cual se reclama en el presente proceso. Dichos elementos los podemos sintetizar así:

1. Que la incapacidad total y permanente sea calificada de acuerdo con los criterios establecios en el Manual Único de Calificación de Invalidez.

2. Que la incapacidad total y permanente sea igual o superior al 50%.

3. Que el evento generador y la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente se produzcan dentro de la vigencia de la póliza.

De acuerdo con lo anterior, es claro que sólo estaremos en presencia de un siniestro amparado por el seguro si se cumplen ***TODOS*** los requisitos enunciados anteriormente (art. 1056 C.Co. y 1602 del C.C.).

Así las cosas, en el presente caso, no se cumple con las condiciones 1 y 3, toda vez los diagnósticos por lo cuales se calificó al señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO con una PCL superior al 50% estaban antes de suscribir la declaración de

asegurabilidad y el evento generador del trastorno de la personalidad por epilepsia tuvo su origen en un accidente que tuvo el asegurado en el año 2006.

Con base en todo lo expuesto, solicitamos que se declare probada esta excepción y, en consecuencia, se exonere de responsabilidad a la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.**, quién ha actuado en el presente caso en estricto cumplimiento de las disposiciones legales y contractuales, por las razones anteriormente expuestas.

QUINTA EXCEPCIÓN
INEXISTENCIA Y/O INDEBIDA ESTIMACIÓN DE PERJUICIOS EXTRAPATRIMONIALES

La demandante pretende el reconocimiento de perjuicios extrapatrimoniales, en la modalidad de daño moral; al respecto no se puede perder de vista que el monto de la indemnización que se fije debe corresponder con la verdadera dimensión del daño sufrido. Así lo señaló la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 18 de septiembre de 2009[3]:

> *"Por consiguiente, la Corte reitera que la reparación del daño causado y todo el daño causado, cualquiera sea su naturaleza, patrimonial o no patrimonial, es un derecho legítimo de la víctima y en asuntos civiles, la determinación del monto del daño moral como un valor correspondiente a su entidad o magnitud, es cuestión deferida al prudente arbitrio del juzgador según las circunstancias propias del caso concreto y los elementos de convicción."*

Desde luego, corresponde a la parte actora probar los supuestos de hecho en que funda sus pretensiones y necesariamente debe acreditar los perjuicios sufridos, sin embargo, dicha obligación o carga probatoria no ha sido satisfecha dentro del proceso de la referencia, por las siguientes razones:

a) Respecto al perjuicio que el demandante denomina *"Interceptación ilícita de comunicaciones"*, debemos manifestar que no es cierto que la compañía de seguros, "diariamente" como lo señala el demandante, revise o consulte las historias clínicas de sus asegurados, pues además de no ser razonable sería físicamente imposible. La autorización para la solicitud y consulta de la historia clínica se da por parte del solicitante (Art. 34 de la Ley 23 de 1981 y Art. 14 de la Resolución 1995 de 1999) y su único fin, es el de evaluar la reclamación presentada por el asegurado o beneficiario, lo cual ocurrió en el presente caso, toda vez que una vez presentada la reclamación, la compañía de seguros procedió a solicitar la historia clínica del asegurado y no antes, y

[3] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 18 de septiembre de 2009, M.P. Ponente William Namén Vargas. Ref: 20001-3103-005-2005-00406-01

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

después de dicha evaluación no ha vuelto a ser solicitada ni se hará en un momento posterior.

b) Con relación al perjuicio que el demandante denomina *"Agresión contra mi buen nombre"*, no encontramos sustento del mismo, pues de acuerdo con la Sentencia C 489 de 2002 de la Corte Constitucional M.P Rodrigo Escobar Gil *"el buen nombre ha sido entendido por la jurisprudencia y por la doctrina como la reputación, o el concepto que de una persona tienen los demás y que se configura como derecho frente al detrimento que pueda sufrir como producto de expresiones ofensivas o injuriosas o informaciones falsas o tendenciosas", lo cual no se presentó en el caso que nos ocupa,* pues afirmar que el tomador/asegurado ha incumplido las obligaciones dadas por la ley, esto es, la declaración del estado del riesgo al momento de solicitar el seguro tal y como lo establecen los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, no constituye de ninguna manera una expresión ofensiva, injuriosa ni mucho menos falsa, máxime cuando esta afirmación se hace con el fin de acreditar o demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de la responsabilidad de la aseguradora de acuerdo con lo estipulado en el artículo 1077 del Código de Comercio.

c) Finalmente, en lo que respecta al perjuicio denominado *"Violación del derecho a la intimidad",* la sentencia antes citada señala que *"el derecho a la intimidad, está orientado a garantizar a las personas una esfera de privacidad en su vida personal y familiar, al margen de las intervenciones arbitrarias del Estado o de terceros. Comprende de manera particular la protección frente a la divulgación no autorizada de los asuntos que conciernen a ese ámbito de privacidad",* dicho lo anterior, no vemos que se haya violado dicho derecho, pues como se ha dicho en varias oportunidades, existió autorización del asegurado para acceder a su historia clínica, la cual se evaluó para poder definir el trámite del siniestro y no es cierto, como lo afirma el demandante, que se haya usado con "objetivos oscuros y falsos".

Así las cosas, es claro que no existe perjuicio inmaterial alguno por el cual deba responder mi poderdante ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

SEXTA EXCEPCIÓN
LA GENÉRICA

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

PRUEBAS

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

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

1. DOCUMENTALES

a) Certificado de existencia y Representación legal de la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.
b) Poder otorgado por la compañía de seguros para este proceso.
c) Copia del Seguro de Vida en Grupo Deudores Póliza No. 670 – 16 – 994000000012.
d) Copia de las condiciones generales del Seguro de Vida en Grupo Deudores Póliza No. 670 – 16 – 994000000012.
e) Copia de las condiciones particulares del Seguro de Vida en Grupo Deudores Póliza No. 670 – 16 – 994000000012.
f) Copia de la declaración de asegurabilidad firmada por el señor Wolfrando Pedraza Camelo.
g) Copia de la reclamación presentada por el señor Wolfrando Pedraza Camelo.
h) Copia de la objeción emitida por la compañía de seguros.
i) Copia de la reconsideración presentada por el señor Wolfrando Pedraza Camelo.
j) Copia de la respuesta a la reconsideración emitida por la compañía.
k) Copia del dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por el Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

Solicito se llame a declarar al señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO, demandante en el presente proceso, para que declare sobre los hechos objeto de este litigio. Se le podrá notificar en la dirección informada en su demanda.

3. TESTIMONIALES

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

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

a) Los diagnósticos médicos que tenía el señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO antes de suscribir el contrato de seguro, con base en los documentos que pudo revisar;
b) La posible reticencia y/o inexactitud en que incurrió el asegurado, para acreditar la primera excepción de mérito;

Transversal 17A BIS No. 36-60 Oficina 1
Bogotá - Colombia

c) Si la compañía de seguros hubiese aceptado el riesgo, rechazado el riesgo o señalado condiciones más onerosas en caso de conocer el verdadero estado de salud del señor WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO.

DERECHO

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

ANEXOS

Acompaño los documentos relacionados en el capítulo de pruebas documentales.

NOTIFICACIONES

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

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

Cordialmente,

TULIO HERNAN GRIMALDO LEON
C.C. 79’684.206 de Bogotá
T.P. 107.555 del C.S. de la J.

La validez de este documento puede verificarse en la página www.superfinanciera.gov.co con el número de PIN

Certificado Generado con el Pin No: 6991904210148211

Generado el 06 de enero de 2021 a las 11:20:42

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

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el numeral 10 del artículo 11.2.1.4.59 del Decreto 1848 del 15 de noviembre del 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REPRESENTACIÓN LEGAL: El Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA, además de Representante Legal, será el Primer Ejecutivo de SOLIDARIA, será el ejecutor de las decisiones de la Junta de Directores y de la Asamblea General, y el responsable directo de la administración de SOLIDARIA. FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL PRESIDENTE EJECUTIVO. Las funciones y responsabilidades del Presidente Ejecutivo de SOLIDARIA son las siguientes: 1. Planear, organizar, ejecutar y controlar la administración de SOLIDARIA, así como supervisar y controlar todos los negocios y operaciones de SOLIDARIA. 2. Ejercer la Representación Legal de SOLIDARIA y, en tal virtud, celebrar los contratos y operaciones propias de su objeto social y que se relacionen directamente con la existencia y funcionamiento de SOLIDARIA, y llevar la Representación Judicial y Extrajudicial de SOLIDARIA. 3. Autorizar el desembolso de fondos de acuerdo con los negocios propios de la

CERTIFICADO VALIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6991904210148211

Generado el 06 de enero de 2021 a las 11:20:42

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

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

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Carlos Arturo Guzmán Peláez Fecha de inicio del cargo: 11/10/2013	CC - 16608605	Presidente Ejecutivo
Ramiro Alberto Ruíz Clavijo Fecha de inicio del cargo: 11/10/2013	CC - 13360922	Representante Legal
José Iván Bonilla Pérez Fecha de inicio del cargo: 17/01/2019	CC - 79520827	Representante Legal
Nancy Leandra Velasquez Rodriguez Fecha de inicio del cargo: 12/03/2020	CC - 52032034	Representante Legal
Francisco Andrés Rojas Aguirre Fecha de inicio del cargo: 11/10/2013	CC - 79152694	Representante Legal
Maria Yasmith Hernández Montoya Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 38264817	Representante Legal Judicial
Juan Pablo Rueda Serrano Fecha de inicio del cargo: 28/07/2011	CC - 79445028	Representante Legal Judicial

CERTIFICADO VALIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

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

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

Certificado Generado con el Pin No: 6991904210148211

Generado el 06 de enero de 2021 a las 11:20:42

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

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

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

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

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

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

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

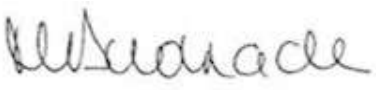
Resolución S.F.C. No 0794 del 11 de mayo de 2006 Lucro Cesante

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

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

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

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



MÓNICA ANDRADE VALENCIA
SECRETARIO GENERAL

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

CERTIFICADO VÁLIDO EMITIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Señores
JUZGADO 49 CIVIL MUNICIPAL
Bogotá, D.C.

Referencia: **RADICADO:** **202000422**
DEMANDANTE. **WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO**
DEMANDADO. **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C**

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

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

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

Cordialmente,

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

Acepto el poder,

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

BOG33720 2020/09/08

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 79.684.206
GRIMALDO LEON

APELLIDOS
TULIO HERNAN

NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

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

1.72 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-JUL-1992 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00002061-M-0079684206-20080328 0000054116A 1 6190007698

REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

Consejo Superior de la Judicatura

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

NOMBRES:

TULIO HERNAN

APELLIDOS:

GRIMALDO LEON

PRESIDENTE CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

EDGAR CARLOS SANABRIA MELO

UNIVERSIDAD

DEL ROSARIO

FECHA DE GRADO

14/07/2000

CONSEJO SECCIONAL

BOGOTA

CEDULA

79684206

FECHA DE EXPEDICION

25/04/20[illegible]

TARJETA N°

107555

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
6700000547

PÓLIZA No: 670 - 16 - 994000000012 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **NEGOCIOS CORPORATIVOS BANCO PICHINCHA** COD. AGENCIA: 670 RAMO: 16

DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO
15	1	2014		1	10	2013	23:59		1	10	2014	23:59	365	7	9	2020
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN		

TIPO DE MOVIMIENTO: NEGOCIO NUEVO TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **BANCO PICHINCHA S.A** IDENTIFICACIÓN: NIT **890200756-7**
DIRECCIÓN: CARRERA 11 NO. 92 - 09 CIUDAD: BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 6501050

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **DEUDORES BANCO PICHINCHA S.A. - CREDIOFICIAL** IDENTIFICACIÓN:
DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:
BENEFICIARIO: **BANCO PICHINCHA Y/O LOS DE LEY** IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: RIESGO NORMAL

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
AMPARO BASICO DE MUERTE	200000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	200000000.00

TEXTOS POLIZA

TOMADOR
==========
BANCO PICHINCHA NIT: 890200756-7

OBJETO DEL SEGURO
==========
AMPARAR CONTRA EL RIESGO DE MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE A LAS PERSONAS NATURALES DEUDORAS DE UN MISMO ACREEDOR DE MANERA QUE EL VALOR DE LA OBLIGACIÓN O CRÉDITO QUEDE CANCELADO AL FALLECER EL DEUDOR.

ASEGURADOS
==========
DEUDORES DEL BANCO PICHINCHA DE LÍNEAS DE CRÉDITO QUE OFRECE EL BANCO:

CRÉDITO CREDIOFICIAL-CV7: CRÉDITO A TRAVÉS DE LA MODALIDAD DE LIBRANZA OTORGADO A FUNCIONARIOS VINCULADOS A ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO/OFICIA. Ó CRÉDITO PARA PENSIONADOS DE LAS FUERZAS MILITARES

BENEFICARIOS
==========
BANCO PICHINCHA S.A. HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA. EL REMANENTE (DIFERENCIA ENTRE EL SALDO INICIAL Y EL SALDO INSOLUTO), TENDRÁ COMO BENEFICIARIOS LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO DE LEY.
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL ASEGURADO
ENTIDAD FINANCIERA
DIRECCION COMERCIAL /TELEFONO
CARRERA 11 NO. 92-09 BOGOTÁ

GRUPO ASEGURABLE
==========
GRUPO ASEGURABLE: VIDA GRUPO DEUDORES SECTOR OFICIAL (APLICA PARA LÍNEA DE CRÉDITO CREDIOFICIAL)
LO CONSTITUYEN EMPLEADOS DEL GOBIERNO, FUERZAS ARMADAS Y DE POLICÍA, CON INCLUSIÓN DE PERSONAL ACTIVO, PENSIONADO, UNIFORMADO Y/O CIVIL, Y PERSONAL DE DIJIN, SIJIN, INPEC Y DAS, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA PERSONA NATURAL VINCULADA A CUALQUIER ENTIDAD O INSTITUCIÓN DEL SECTOR OFICIAL, QUE EN CUALQUIER CALIDAD TENGAN OBLIGACIONES DE CRÉDITO CON BANCO PICHINCHA S.A. MEDIANTE LAS LÍNEAS DE CRÉDITO INDICADAS ANTERIORMENTE.

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

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
DELIMA MARSH S.A.	976	100

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)(8020)000000000070006700000054(3900)00000000000000(96)00000000

FIRMA TOMADOR

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

CURREGO 0

C8DF20780F0FFC7B5B

CLIENTE

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

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

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEGOCIOS CORPORATIVOS BANCO PICHINCHA COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000012** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO PICHINCHA S.A** IDENTIFICACIÓN: NIT **890200756-7**

ASEGURADO: **DEUDORES BANCO PICHINCHA S.A. - CREDIOFICIAL** IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: **BANCO PICHINCHA Y/O LOS DE LEY** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

VALOR ASEGURADO
==========
GRUPO ASEGURABLE: VIDA GRUPO DEUDORES SECTOR OFICIAL
EL VALOR ASEGURADO PARA CADA DEUDOR SERÁ EL VALOR INICIAL DE LA RESPECTIVA OPERACIÓN, INCLUIDOS CAPITAL, INTERESES DEL PLAZO DE GRACIA, INTERESES CORRIENTES Y MORATORIOS, HONORARIOS DE ABOGADO Y CUALQUIERA OTRA SUMA QUE SE RELACIONE CON LA MISMA OPERACIÓN DE CRÉDITO CONTRAÍDA CON BANCO PICHINCHA S.A., QUE HAYA SIDO REPORTADA Y SOBRE LA CUAL SE HAYA CALCULADO LA PRIMA A COBRAR.

EN LOS CASOS EN QUE LLEGASE A EXISTIR REMANENTE DE LA INDEMNIZACIÓN (DIFERENCIA ENTRE EL SALDO INICIAL Y EL SALDO INSOLUTO), ESTE SERÁ GIRADO A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO A LOS DE LEY SEGÚN APLIQUE.

LÍMITE MAXIMO INDIVIDUAL POR DEUDOR
GRUPO ASEGURABLE: VIDA GRUPO DEUDORES SECTOR OFICIAL
EL LÍMITE MÁXIMO A ASEGURAR INDIVIDUAL SE ESTABLECE EN 230 SMMLV (SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES).

NOTA: PARA LOS SOLDADOS PROFESIONALES EL LÍMITE MÁXIMO A ASEGURAR INDIVIDUAL SERÁ DE 30 SMMLV (SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES VIGENTES)

AMPAROS
=========

MUERTE POR CUALQUIER CAUSA
BAJO ESTE AMPARO BÁSICO, LA COMPAÑÍA AMPARA CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A CADA UNO DE LOS DEUDORES DE BANCO PICHINCHA. LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL SERÁ IGUAL AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES, INTERESES DE MORA Y PRIMAS DE SEGURO NO CANCELADAS, SIEMPRE Y CUANDO ESTOS FACTORES SE HAYAN TENIDO EN CUENTA PARA EL CÁLCULO DE LA PRIMA.

INCLUYE EL SUICIDIO, EL HOMICIDIO Y EL SIDA DESDE EL INICIO DE LA COBERTURA Y SIEMPRE Y CUANDO ESTE ÚLTIMO NO SEA PREEXISTENTE.

CLAUSULA DE MUERTE PRESUNTA POR DESAPARICION
EN CASO DE DESAPARECIMIENTO DE ALGÚN ASEGURADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LA INDEMNIZACIÓN CORRESPONDIENTE, CON LA ACREDITACIÓN DE LA CITACIÓN DEL DESAPARECIDO, POR MEDIO DE EDICTOS PUBLICADOS EN EL PERIÓDICO OFICIAL DE LA NACIÓN, DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN EL NUMERAL 2 DEL ARTÍCULO 97 DEL CÓDIGO CIVIL, PREVIA CONSTITUCIÓN DE LA CAUCIÓN CONSAGRADA EN EL ARTÍCULO 1145 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:
CUBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO POR LA LEY 100 DE 1993 Y SUS DECRETOS REGLAMENTARIOS, SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50%. (UNA VEZ AFECTADO ESTE AMPARO CESARA LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA). SIEMPRE QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE HAYA SIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

NO OBSTANTE LO INDICADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA ESTE AMPARO SE EXTIENDE A CUBRIR LA INCAPACIDAD SUSCITADA POR EL INTENTO DE SUICIDIO.

DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL
LA DURACIÓN DE LA COBERTURA DEL SEGURO INICIA DESDE EL MOMENTO DEL DESEMBOLSO Y ESTARÁ VIGENTE HASTA LA CANCELACIÓN TOTAL DE LA DEUDA INCLUYENDO LAS EVENTUALES PRÓRROGAS AUTORIZADAS POR EL BANCO, EXTENDIÉNDOSE TAMBIÉN A LA DURACIÓN DE LOS PROCESOS JUDICIALES QUE SE INICIEN PARA HACER EFECTIVO EL PAGO EN LOS CASOS DE MORA, SIEMPRE CON SUJECIÓN A LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

SE AMPARA DE MANERA AUTOMÁTICA Y SIN NINGÚN TIPO DE REQUISITOS, NI LIMITANTES DE EDAD NI VALOR, CUALQUIER TIPO DE REESTRUCTURACIÓN Y/O REFINANCIACIÓN A LOS CRÉDITOS OTORGADOS, SIEMPRE Y CUANDO NO IMPLIQUE AUMENTO EN EL VALOR ASEGURADO.

AMPARO AUTOMÁTICO
==========
SE CONCEDE AMPARO AUTOMÁTICO PARA DEUDORES QUE CONTRAIGAN OBLIGACIONES HASTA $400.000.000 EN UNA O VARIAS OBLIGACIONES, Y EDAD HASTA 76 AÑOS, CON LA SOLA FIRMA DEL FORMATO DE DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, SIEMPRE Y CUANDO MANIFIESTEN BUEN ESTADO DE SALUD Y/O NO INDIQUEN PADECER ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES PROPUESTAS EN EL FORMULARIO.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEGOCIOS CORPORATIVOS BANCO PICHINCHA COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000012** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO PICHINCHA S.A** IDENTIFICACIÓN: NIT **890200756-7**

ASEGURADO: **DEUDORES BANCO PICHINCHA S.A. - CREDIOFICIAL** IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: **BANCO PICHINCHA Y/O LOS DE LEY** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

ES ENTENDIDO QUE LAS SUMAS MENCIONADAS CORRESPONDEN A CAPITAL DE UNO O VARIO CRÉDITOS DEL MISMO ASEGURADO Y EN CASO DE SINIESTRO LA COMPAÑÍA INDEMNIZARÁ POR CAPITAL HASTA LAS CIFRAS ARRIBA MENCIONADAS, MÁS LOS OTROS CONCEPTOS CORRESPONDIENTES, SIEMPRE Y CUANDO EL CAPITAL MÁS LOS OTROS CONCEPTOS HAYAN SIDO REPORTADOS Y SOBRE ELLOS SE HAYA CALCULADO LA PRIMA A COBRAR.

SE ENTIENDE QUE EL AMPARO AUTOMÁTICO HACE REFERENCIA A LAS SUMAS INICIALES PARA OTORGAR COBERTURA SIN REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD (TENIENDO SIEMPRE EN CUENTA QUE EL LÍMITE APLICA EN LA SUMATORIA DE UNO O VARIOS CRÉDITOS TOMADOS POR UN MISMO DEUDOR), EN CONSECUENCIA SI UN DEUDOR TOMA UN CRÉDITO POR EL LÍMITE DEL AMPARO AUTOMÁTICO, TENDRÁ COBERTURA AUTOMÁTICAMENTE INDEPENDIENTEMENTE DE QUE LUEGO, POR EFECTO DE LOS INTERESES Y/O INFLACIÓN, CREZCA EL VALOR DE LA DEUDA; POR LO TANTO EN CASO DE SINIESTRO LA VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD SE EFECTUARÁ CON RESPECTO AL VALOR DEL CRÉDITO EN EL MOMENTO DEL DESEMBOLSO.

TODO DEUDOR ASEGURADO DEBERÁ LLENAR LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD Y EL FORMATO DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS Y SU DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, A TÍTULO GRATUITO DE LOS EXCESOS DEL MONTO ADEUDADO A PAGAR AL BANCO.

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD
==========
HASTA $ 135.585.000 AMPARO AUTOMÁTICO CON DILIGENCIAMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, Y EDAD HASTA 76 AÑOS, CON LA SOLA FIRMA DEL FORMATO DE DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, SIEMPRE Y CUANDO MANIFIESTEN BUEN ESTADO DE SALUD Y/O NO INDIQUEN PADECER ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES PROPUESTAS EN EL FORMULARIO.

NO OBSTANTE, SI EN LA SOLICITUD EL DEUDOR DECLARA ALGUNA DE LAS CONDICIONES DE SALUD PREVIAMENTE DEFINIDAS POR LA ASEGURADORA ESTA PODRÁ EXIGIR LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES MÉDICOS Y/O DE LABORATORIO, CON BASE EN LOS CUALES PODRÁ TOMAR LA DECISIÓN DE ACEPTAR EL RIESGO EN CONDICIONES NORMALES, O CON EXTRA PRIMA, O NO ACEPTARLO.

EXÁMENES MÉDICOS

EDADES HASTA 75 AÑOS.

VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL HASTA $ 400.00.000 (REQUISITOS A)

VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL SUPERIOR A $400.00.000 (REQUISITOS B)

REQUISITOS A:
SOLICITUD INDIVIDUAL (DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD)

REQUISITOS B:
SOLICITUD INDIVIDUAL (FORMA GL-17)
EXAMEN MÉDICO GENERAL
ANÁLISIS DE ORINA (COMPLETO)
ANÁLISIS DE SANGRE (COMPLETO)
- CUADRO HEMÁTICO
- GLICEMIA
- CREATININA
- COLESTEROL (TOTAL Y HDL)
- TRIGLICÉRIDOS
- TRANSAMINASAS
PRUEBA DE H.I.V. (ELISA)
ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO

EL DIRECTORIO MÉDICO Y LAS CLÍNICAS O LABORATORIOS QUE SERÁN UTILIZADOS PARA REALIZAR LOS RESPECTIVOS EXÁMENES SON PARTE INTEGRAL DE ESTA PROPUESTA Y SE ENCONTRARAN EN EL ANEXO NO 1 DE ESTE DOCUMENTO.

SE AUTORIZA A BANCO PICHINCHA ORDENAR LA PRÁCTICA DE LOS EXÁMENES EN LOS SITIOS INDICADOS DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL. ASÍ MISMO INDICARA LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS PARA ESTE PROCESO Y LOS EXÁMENES QUE CUBRE.

DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PRÁCTICA DEL EXAMEN MÉDICO, LA COMPAÑÍA ASEGURADORA INFORMARA A DELIMA MARSH S.A, LA CALIFICACIÓN OBTENIDA.
EN RELACIÓN CON LOS DEUDORES A LOS CUALES SE LES HAYA SOLICITADO PRESENTAR REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD POR PREEXISTENCIAS O POR EDAD, UNA VEZ EXPIRA EL PLAZO DE TRES (3) DÍAS INDICADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, SI LA ASEGURADORA NO EMITE NINGUNA COMUNICACIÓN, SE ENTIENDEN AMPARADOS POR LA PÓLIZA.

LA VALIDEZ DE LAS CALIFICACIONES MÉDICAS SERÁ DE UN (1) AÑO.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEGOCIOS CORPORATIVOS BANCO PICHINCHA COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000012** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO PICHINCHA S.A** IDENTIFICACIÓN: NIT **890200756-7**

ASEGURADO: **DEUDORES BANCO PICHINCHA S.A. - CREDIOFICIAL** IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: **BANCO PICHINCHA Y/O LOS DE LEY** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

CUANDO EL DEUDOR SOLICITE UN NUEVO CRÉDITO O UN DESEMBOLSO ADICIONAL DEL CRÉDITO ACTUAL, LA ASEGURADORA ACEPTARA LA ÚLTIMA CALIFICACIÓN MEDICA REALIZADA, SIEMPRE Y CUANDO TENGA 1 AÑO O MENOS DE VIGENCIA, Y DARÁ COBERTURA HASTA POR EL 50% ADICIONAL AL CUMULO DE CRÉDITOS.

NO APLICACIÓN DE LA CLÁUSULA DE PREEXISTENCIAS PARA LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO

LA ASEGURADORA NO APLICARÁ LA CLÁUSULA DE PREEXISTENCIA PARA LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO PARA NINGÚN ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE LA LÍNEA DE CRÉDITO CRÉDIOFICIAL (APLICA PARA NUEVAS INCLUSIONES O NOVEDADES).

OPERATIVIDAD DE LA PÓLIZA:
==========
LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES SERÁ CONTRATADA A VALOR GLOBAL. NO OBSTANTE EL TOMADOR MENSUALMENTE SOPORTARÁ LOS COBROS CON EL ENVÍO DE LA RELACIÓN DETALLADA DE ASEGURADOS.

CONTINUIDAD DE COBERTURA
==========
SE OTORGA CONTINUIDAD DE COBERTURA SIN EXIGENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD, PARA LOS DEUDORES CON CRÉDITOS Y/O CONTRATO DE LEASING VIGENTES A LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA, SIN NINGÚN TIPO DE LIMITANTE EN SUS CONDICIONES DE SALUD, EDAD, EXCLUSIÓN NI EXIGENCIA Y EN LAS CONDICIONES DE LA ASEGURADORA ANTERIOR.

PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES
==========
PARA EFECTOS DE LA PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES CONTEMPLADA EN EL ARTÍCULO 1081 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL BANCO EN SU CALIDAD DE BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA TIENE EL CARÁCTER DE INTERESADO, POR LO TANTO EL TÉRMINO DE LA PRESCRIPCIÓN COMENZARÁ A CORRER DESDE EL MOMENTO EN QUE BANCO PICHINCHA HAYA TENIDO CONOCIMIENTO DEL SINIESTRO.

RANGO DE EDAD (TANTO PARA VIDA COMO PARA INCAPACIDAD)

MÍNIMA DE INGRESO:	18 AÑOS
MÁXIMA DE INGRESO:	75 AÑOS MÁS 364 DÍAS
PERMANENCIA:	HASTA LA EXTINCIÓN DE LA DEUDA

CLAUSULAS ADICIONALES
==========
AMPLIACIÓN PLAZO AVISO DE SINIESTRO: 90 DÍAS
ARBITRAMENTO: SI

ERRORES E INEXACTITUDES NO INTENCIONALES
==========
SE ENTENDERÁN INCLUIDOS TODOS LOS DEUDORES DEL BANCO PICHICHA, AUN EN CASOS DE ERRORES U OMISIONES INVOLUNTARIOS POR PARTE DEL TOMADOR EN LOS REPORTES, BASES DE DATOS U OTROS. ESTA CONDICIÓN ESTARÁ SUJETA A QUE EL TOMADOR DE AVISO DE LOS CASOS UNA VEZ LOS IDENTIFIQUE, SOLICITE LA RESPECTIVA INCLUSIÓN Y REALICE EL PAGO DE LA PRIMA A LA QUE LA ASEGURADORA TENGA DERECHO POR EL TIEMPO DE COBERTURA DEJADO DE REPORTAR.

ERROR EN LA DECLARACIÓN DE EDAD
==========
SE DEJA SIN VALIDEZ LA CLÁUSULA DE ERROR EN LA DECLARACIÓN DE EDAD, POR HABERSE PACTADO UNA TASA ÚNICA DE RIESGO PARA TODOS LOS ASEGURADOS. LO ANTERIOR RIGE SIEMPRE Y CUANDO LA EDAD VERDADERA ESTÉ DENTRO DE LOS LÍMITES DE ACEPTACIÓN DE LA PÓLIZA.

REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA Y DE AMPAROS ADICIONALES
90 DÍAS

COBERTURA PARA IMC SIN EXTRA PRIMA
INFERIOR A 28 Y SIN PADECIMIENTO DE NINGUNA OTRA PATOLOGÍA

CONVERTIBILIDAD:SI

CLÁUSULA ESPECIAL
==========
PARA EFECTOS DE ESTA PÓLIZA, QUEDA ACORDADO QUE SIEMPRE Y CUANDO EL BANCO PICHINCHA CUMPLA A CABALIDAD CON TODOS LOS CONTROLES INTERNOS QUE LA ORGANIZACIÓN TIENE ESTABLECIDOS PARA LA FINANCIACIÓN DE PRÉSTAMOS E INCLUSIÓN EN LA PÓLIZA TOMADA POR LOS DEUDORES DEL BANCO, LA ASEGURADORA PAGARÁ LAS INDEMNIZACIONES A LAS QUE HAYA LUGAR. SE CONFIRMA QUE ESTA CLÁUSULA HACE REFERENCIA ESPECÍFICAMENTE AL EVENTO DE QUE SE PRESENTE UNA OMISIÓN U ERROR EN EL REPORTE DE LOS ASEGURADOS DENTRO DE LA BASE DE DATOS, DE ACUERDO A RESPUESTA EMITIDA POR EL TOMADOR EN EL PROCESO DE ACLARACIONES A LA INVITACIÓN.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: NEGOCIOS CORPORATIVOS BANCO PICHINCHA COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000012** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO PICHINCHA S.A** IDENTIFICACIÓN: NIT **890200756-7**

ASEGURADO: **DEUDORES BANCO PICHINCHA S.A. - CREDIOFICIAL** IDENTIFICACIÓN:

BENEFICIARIO: **BANCO PICHINCHA Y/O LOS DE LEY** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

PRINCIPIO DE CAUSALIDAD
==========
EN CASO DE INEXACTITUD O RETICENCIA DEL ASEGURADO EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, LA ASEGURADORA SOLO PODRÁ APLICAR LAS SANCIONES CONTEMPLADAS EN EL ARTÍCULO 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y CONCORDANTES, SI LA O LAS CAUSAS QUE ORIGINARON DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL SINIESTRO SON COINCIDENTES CON LA RETICENCIA O INEXACTITUD EN QUE INCURRIÓ EL ASEGURADO.

INCONTESTABILIDAD Y CONVERSIÓN
==========
ESTOS BENEFICIOS TIENEN EFECTO DESDE LA INICIACIÓN DE LA PÓLIZA Y DESDE EL MOMENTO EN QUE TODA PERSONA INGRESE AL GRUPO ASEGURADO.

EXCLUSIONES
==========
EL PROPONENTE ACEPTARÁ, QUE EL REPORTE DE EXCLUSIONES DE PERSONAS ASEGURADAS SE REALICE HASTA CON NOVENTA (90) DÍAS DE RETROACTIVIDAD.

PAGOS COMERCIALES
==========
SE OTORGA UN LÍMITE ACUMULADO ANUAL PARA PAGOS COMERCIALES (INCLUYENDO CASOS POR RETICENCIA) DE CIEN MILLONES DE PESOS ($100.000.000) APLICABLE A TODA LA CARTERA VIDA GRUPO OTRAS LÍNEAS (EL VALOR ES ÚNICO PARA LA TOTALIDAD DE LAS 5 LÍNEAS DE CRÉDITOS Y NO POR LÍNEA DE CRÉDITO) EXISTENTE EN LA VIGENCIA DE LAS PÓLIZAS.

PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACION
==========
MÁXIMO 5 DÍAS CALENDARIO CONTADOS A PARTIR DE FORMALIZAR LA RECLAMACIÓN ANTE LA ASEGURADORA CON LA DOCUMENTACIÓN COMPLETA.

DOCUMENTOS PARA LA ATENCION DE RECLAMOS
==========

PARA EL AMPARO DE MUERTE:

o FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA.
o ORIGINAL O COPIA AUTÉNTICA DEL REGISTRO CIVIL NOTARIAL DE DEFUNCIÓN.
o CERTIFICADO EXPEDIDO POR EL BANCO EN EL CUAL CONSTE EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA A LA FECHA DE FALLECIMIENTO, JUNTO CON LA COPIA DE SOLICITUD DEL SEGURO DE VIDA FIRMADA POR EL DEUDOR FALLECIDO.
o COPIA O FOTOCOPIA DE LA SOLICITUD DEL CRÉDITO Y EL PAGARÉ FIRMADO POR EL DEUDOR FALLECIDO PARA GARANTIZAR EL (LOS) CRÉDITO(S) OTORGADO(S) POR EL BANCO.
o DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA CALIDAD DE BENEFICIARIOS (COPIA AUTÉNTICA Y ORIGINAL DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO O MATRIMONIO, FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA, DECLARACIONES EXTRA JUICIO) EN LOS CASOS QUE SE REQUIERA.

EN EL EVENTO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE REQUERIRÁ:

o HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL TRATAMIENTO CON SU DICTAMEN FINAL Y LAS PRUEBAS QUE DETERMINEN LA EXISTENCIA DE LA INCAPACIDAD.
o CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EMITIDA POR LA JUNTA (REGIONAL O NACIONAL) DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, EN DONDE SE INDIQUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN.
o FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA.
o CERTIFICADO EXPEDIDO POR EL BANCO EN EL CUAL CONSTE EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA A LA FECHA DE LA ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, JUNTO CON LA COPIA DE SOLICITUD DEL SEGURO DE VIDA FIRMADA POR EL DEUDOR INCAPACITADO.
o COPIA O FOTOCOPIA DEL (DE LOS) DOCUMENTO(S) QUE HAYA FIRMADO EL DEUDOR INCAPACITADO, PARA GARANTIZAR EL (LOS) CRÉDITO(S) OTORGADO(S) POR EL BANCO

EXCLUSIONES
==========
LAS INDICADAS EN EL CLAUSULADO DE LAS CONDICIONES GENERALES NO. 150512-1502-34-GL-01 ANEXO GL09

CLAUSULADO
==========
150512-1502-34-GL-01 ANEXO GL09

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES SECTOR FINANCIERO

CONDICIONES GENERALES

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR, Y A LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, QUE HAGAN PARTE DE LAS ENTIDADES DEL SECTOR FINANCIERO LAS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS SUS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR AL BENEFICIARIO LA INDEMNIZACIÓN DE LOS AMPAROS EXPRESAMENTE CONTRATADOS, CON BASE EN LOS VALORES ASEGURADOS PACTADOS E INDICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA Y A LAS DEFINICIONES DE COBERTURA CONTENIDAS EN LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES.

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

CLAUSULA PRIMERA. AMPAROS. COBERTURAS Y EXCLUSIONES

1. AMPARO BÁSICO

1.1 MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

1.1.1 COBERTURA

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

LA SUMA ASEGURADA O LA COMPENSACIÓN INDIVIDUAL POR MUERTE SERÁ EL EQUIVALENTE AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA O SALDO INICIAL, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES CALCULADOS HASTA LA FECHA DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO. EN EL EVENTO DE MORA DE LAS OBLIGACIONES ESTARÁN INCLUIDOS, ADEMÁS, LOS INTERESES MORATORIOS, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO CANCELADAS POR EL DEUDOR Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS POR PARTE DEL TOMADOR PARA EFECTOS DEL COBRO DE LA PRIMA MENSUAL.

Parágrafo:

LA MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO SE PAGARÁ PREVIA PRESENTACIÓN DE LA SENTENCIA DEBIDAMENTE EJECUTORIADA MEDIANTE LA CUAL EL JUEZ HAYA DECLARADO LA MUERTE PRESUNTA DEL ASEGURADO, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 97 DEL CÓDIGO CIVIL.

1.1.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO

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

1.1.2.2. ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICA, RADIOACTIVO).

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

1.1.2.4. EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES.

1.1.2.5. EN TODOS LOS CASOS SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

1.1.3 DECLARACIÓN DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO SOBRE EL ESTADO DE RIESGO

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINEN EL ESTADO DE RIESGO, SEGÚN EL CUESTIONARIO QUE LE SEA PROPUESTO POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA. LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE, CONOCIDOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, LA HUBIEREN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO, O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCEN LA NULIDAD RELATIVA DEL SEGURO.

SI LA DECLARACIÓN NO SE HACE CON SUJECIÓN A UN CUESTIONARIO DETERMINADO, LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD PRODUCEN IGUAL EFECTO SI EL TOMADOR Y/O ASEGURADO A 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 Y/O ASEGURADO, EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA SÓLO ESTARÁ OBLIGADA, EN CASO DE SINIESTRO, A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O LA PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO 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.

ESTA SANCIÓN NO SE APLICA SI ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, ANTES DE CELEBRARSE EL CONTRATO, HA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER LOS 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.

AUNQUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA PRESCINDA DEL EXAMEN MÉDICO, EL ASEGURADO NO PODRÁ CONSIDERARSE EXENTO DE LAS OBLIGACIONES A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, NI DE LAS SANCIONES A QUE SU INFRACCIÓN DÉ LUGAR.

1.2 AMPAROS ADICIONALES

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

1.2.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

1.2.1.1. COBERTURA

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

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA, SE TENDRÁN EN CUENTA ÚNICAMENTE LAS NORMAS EMITIDAS EN MATERIA DE RÉGIMEN EN SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANA VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN (FONDO DE PENSIONES, ARL, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ APLICABLES A LOS REGÍMENES ESPECIALES O EXEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993.

EN TAL CASO SE INDEMNIZARÁ AL BENEFICIARIO POR LA SUMA EQUIVALENTE AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES CALCULADOS HASTA LA FECHA DEL DICTAMEN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. EN EL EVENTO DE MORA DE LAS OBLIGACIONES ESTARÁN INCLUIDOS, ADEMÁS, LOS

INTERESES MORATORIOS, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO CANCELADAS POR EL DEUDOR, Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS POR PARTE DEL TOMADOR PARA EFECTOS DEL COBRO DE LA PRIMA MENSUAL.

SIN PERJUICIO DE CUALQUIER OTRA CAUSA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE CONSIDERA COMO TAL:

A. LA PÉRDIDA TOTAL E IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN EN AMBOS OJOS, NO PREEXISTENTE.
B. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBAS MANOS, A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA O POR ENCIMA DE ELLA.
C. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBOS PIES, A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA O POR ENCIMA DE ELLA.
D. LA AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE, A NIVEL DE LAS ARTICULACIONES YA DEFINIDAS.

LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEBERÁ SER CERTIFICADA POR LOS ENTES AUTORIZADOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN, SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ APLICABLES A LOS REGÍMENES ESPECIALES O EXCEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993.

1.2.1.2. BENEFICIOS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

LOS BENEFICIOS CONTEMPLADOS EN EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, SE OTORGARÁN BAJO LA CONDICIÓN QUE EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE MANIFIESTEN CON POSTERIORIDAD A LA FECHA DE OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA BAJO ESTE SEGURO. Y ANTES DE LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA ESTIPULADA.

1.2.1.3. LÍMITE DE VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE Y SIEMPRE SERÁ EL EQUIVALENTE AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, ENTENDIÉNDOSE POR ESTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES CALCULADOS. EN EL EVENTO DE MORA DE LAS OBLIGACIONES ESTARÁN INCLUIDOS, ADEMÁS, LOS INTERESES MORATORIOS, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO CANCELADAS POR EL DEUDOR, QUE HAYAN SIDO REPORTADOS POR PARTE DEL TOMADOR PARA EFECTOS DEL COBRO DE LA PRIMA MENSUAL.

1.2.1.4. EXCLUSIONES DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

1.2.1.4.4 SE EXCLUYEN LAS INCAPACIDADES RELACIONADAS CON ALTERACIONES MOTORAS SECUNDARIAS A ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS Y LAS DERIVADAS POR TRASTORNOS MENTALES (PSIQUIÁTRICOS).

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

1.2.1.4.6 ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICA, RADIOACTIVO).

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

1.2.1.4.8 EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES.

1.2.1.5. DEDUCCIONES

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

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

1.2.2 ENFERMEDADES GRAVES.

ESTE AMPARO DEBE CONTAR CON AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA GERENCIA DE PERSONAS

1.2.2.1 COBERTURA

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO ADICIONAL, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PAGARÁ AL BENEFICIARIO EL VALOR ASEGURADO ESTIPULADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA HASTA UN MÁXIMO DEL 100% DEL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA LA COBERTURA DE MUERTE, SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO LE SEA DIAGNOSTICADA MÉDICAMENTE POR PRIMERA VEZ Y DESPUÉS DE NOVENTA (90) DÍAS DE HABER INGRESADO A LA PÓLIZA CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE RELACIONAMOS Y DEFINIMOS A CONTINUACIÓN:

A. CÁNCER

ENFERMEDAD PROVOCADA POR LA APARICIÓN DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO DESCONTROLADO Y LA DISEMINACIÓN DE LAS CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DE LOS TEJIDOS NORMALES.

SE INCLUYE EN ESTA DEFINICIÓN LAS LEUCEMIAS, LOS LINFOMAS, LA ENFERMEDAD DE HODGKIN.

B. INFARTO AL MIOCARDIO

MUERTE DE TEJIDO CARDIACO. ESTE SE DEFINE EN PRESENCIA DE PRUEBAS DE NECROSIS MIOCÁRDICA EN UN CONTEXTO CLÍNICO COHERENTE CON ISQUEMIA MIOCÁRDICA AGUDA, ASÍ ESTE, SOLO SE ENMARQUE EN UNA ENFERMEDAD DE FLUJOS LENTOS. EN ESAS CONDICIONES, CUALQUIERA DE LOS CRITERIOS SIGUIENTES CUMPLE EL DIAGNÓSTICO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO:

- DETECCIÓN DE UN AUMENTO O DESCENSO DE LOS VALORES DE BIOMARCADORES CARDIACOS, CON AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES: SÍNTOMAS DE ISQUEMIA, NUEVOS O SUPUESTAMENTE NUEVOS CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DEL SEGMENTO ST-T O NUEVO BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA, APARICIÓN DE ONDAS Q PATOLÓGICAS EN EL ECG, PRUEBAS POR IMAGEN DE NUEVA PÉRDIDA DE MIOCARDIO VIABLE O NUEVAS ANOMALÍAS REGIONALES EN EL MOVIMIENTO DE LA PARED, IDENTIFICACIÓN DE UN TROMBO INTRACORONARIO EN LA ANGIOGRAFÍA O LA AUTOPSIA.
- MUERTE CARDIACA CON SÍNTOMAS DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA Y SUPUESTAS NUEVAS ALTERACIONES ISQUÉMICAS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA O NUEVO BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA, PERO QUE SE PRODUJO ANTES DE DETERMINAR BIOMARCADORES CARDIACOS O ANTES DE QUE AUMENTASEN LOS VALORES DE ESTOS.
- LA TROMBOSIS DE UN STENT DETECTADO EN LA ANGIOGRAFÍA CORONARIA EN EL CONTEXTO DE ISQUEMIA MIOCÁRDICA.

C. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

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

D. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

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

E. AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA

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

F. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

DIAGNÓSTICO CLÍNICO INCUESTIONABLE DE ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (DEMENCIA PRE-SENIL) ANTES DE LA EDAD DE 66 AÑOS Y EMITIDO POR UN ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA Y CONFIRMADO POR HALLAZGOS CARACTERÍSTICOS EN LAS PRUEBAS DE NEUROIMAGEN (TAC, RMN, PET CEREBRAL) LA ENFERMEDAD DEBE PRODUCIR COMO RESULTADO UNA INCAPACIDAD PERMANENTE DE REALIZAR DE MANERA INDEPENDIENTE CUATRO O MÁS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

G. GRAN QUEMADO

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

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

H. ANEMIA APLÁSICA

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

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

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

I. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia ¡Siempre junto a ti!

J. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO SEVERO

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

K. ENFERMEDAD DE PÁRKINSON

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

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

L. ESTADO DE COMA

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

NOTA PARA LAS COBERTURAS DE ENFERMEDADES GRAVES: PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA Y LAS ENFERMEDADES ASOCIADAS, SE CONSIDERAN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA:

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

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

1.2.2.2. LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

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

1.2.2.3 EXCLUSIONES DE ENFERMEDADES GRAVES

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia ¡Siempre junto a ti!

1.2.2.3.2. CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS DESCRITAS ANTERIORMENTE EN EL NUMERAL 1.2.2.

1.2.2.3.3. LESIONES PREMALIGNAS, CÁNCER DE CÉRVIX, PRÓSTATA, SENO O MATRIZ EN SUS ETAPAS INICIALES T1 Y T2 DE LA CLASIFICACIÓN TNM, O CON CLASIFICACIÓN DE GLEASON INFERIOR A CINCO.

1.2.2.3.4. CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR, EN SUS ETAPAS INICIALES T1-2, N0, M0 (DE LA CLASIFICACIÓN TNM). EL RESTO DE ESTADIOS Y CUALQUIER OTRO TIPO DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENTE AL MENCIONADO CON CUALQUIER CLASIFICACIÓN, TENDRÁN COBERTURA.

1.2.2.3.5. LOS TUMORES DE CUALQUIER NATURALEZA DE LA PIEL.

1.2.2.3.6. CÁNCER IN SITU NO INVASIVO DE CUALQUIER ÓRGANO.

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

1.2.2.3.8. ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.

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

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

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

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

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

1.2.2.3.14. EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES.

1.2.2.4 DEDUCCIONES

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

1.2.3 TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES

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

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

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

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

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO:

- EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS, SE ENTIENDE COMO LA INSERCIÓN DE UN ÓRGANO DE UN DONANTE HUMANO EN EL CUERPO DEL ASEGURADO CON RESTABLECIMIENTO DE LAS CONEXIONES ARTERIALES, VENOSAS, LINFÁTICAS Y NERVIOSAS.
- EL TRASPLANTE, ES COMO RECEPTOR Y NUNCA COMO DONANTE.
- EL TRASPLANTE DEBERÁ SER CERTIFICADO POR EL MÉDICO QUE LO PRACTICÓ, QUIEN DEBE CONTAR CON EXPERIENCIA CERTIFICADA Y AVALADA POR LOS ENTES DE CONTROL EN EL TERRITORIO NACIONAL, PARA PRACTICAR LA MEDICINA Y ESTA CLASE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

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

1. DE CORAZÓN

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

2. DE PULMÓN

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

3. DE HÍGADO

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

4. DE PÁNCREAS

POR DIABETES MELLITUS TIPO I.

5. RIÑÓN

POR GLOMERULONEFROSIS CRÓNICA O ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA.

6. MEDULA ÓSEA

POR LEUCEMIAS, LINFOMAS O INMUNODEFICIENCIAS DIFERENTES AL VIH/SIDA.

7. INTESTINO DELGADO

POR FALLO INTESTINAL POR INTESTINO CORTO (TRAUMA ABDOMINAL DIFERENTE A TRAUMA POR ARMA DE FUEGO O IMPACTO CON CUALQUIER TIPO DE EXPLOSIVO).

NOTA.

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

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

1.2.3.1 LÍMITE DEL BENEFICIO

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

1.2.3.2 LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL NO PODRÁ SER SUPERIOR AL VALOR ASEGURADO CONTRATADO PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, ASÍ SEA SOMETIDO A MÁS DE UN TRASPLANTE CUBIERTO MEDIANTE EL PRESENTE ANEXO.

1.2.3.3 EXCLUSIONES DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

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

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

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

1.2.3.3.3 CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LAS MENCIONADAS EN EL NUMERAL 1.2.2

1.2.3.3.4 DROGADICCIÓN O INTOXICACIÓN POR DROGAS, VENENO O LICOR.

1.2.3.3.5 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANO SEA CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, PARA CADA ASEGURADO SE CONSIDERAN COMO CONDICIONES PREEXISTENTES, CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DIAGNOSTICADA O SOMETIDA A TRATAMIENTO, CUIDADO MÉDICO O CIRUGÍA, CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA PRESENTE COBERTURA, ASÍ COMO ENFERMEDADES CONGÉNITAS.

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

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

1.2.3.3.8 A CAUSA DE LESIONES INTENCIONALMENTE INFLIGIDAS A SI MISMO, CUALQUIER INTENTO DE SUICIDIO; SEA QUE EL ASEGURADO SE ENCUENTRE O NO, EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES.

1.2.3.3.9 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS, NO SEA INDICADO POR UN, PROFESIONAL IDÓNEO, CON EXPERIENCIA DEMOSTRADA Y SEA AVALADO POR LOS ENTES DE CONTROL DENTRO DEL TERRITORIO NACIONAL.

1.2.3.3.10 CUANDO EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SEA INDICADO POR PROFESIONALES DE LA SALUD EN EJERCICIO DE PRÁCTICAS DE MEDICINA ALTERNATIVA O POR PERSONAS QUE NO SEAN PROFESIONALES DE LA CIENCIA MÉDICA.

1.2.3.3.11 TRASPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ISLOTES DE LANGERHANS.

1.2.3.3.12 TRASPLANTE DE ÓRGANOS DIFERENTES A LOS MENCIONADOS Y DEFINIDOS EN LA PRESENTE COBERTURA.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1.2.3.3.13 TRASPLANTES DE ÓRGANOS QUE SEAN INDICADOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER O LOS TUMORES DEBIDOS O, COMO CONSECUENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

1.2.3.3.14 CUANDO EL ASEGURADO OBRE EN CALIDAD DE DONANTE.

1.2.3.3.15 EPIDEMIAS, PANDEMIAS E INFECCIONES.

1.2.3.4 DEDUCCIONES

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

1.2.4 AUXILIO FUNERARIO

ESTE AMPARO DEBE CONTAR CON AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA GERENCIA DE PERSONAS

1.2.4.1 COBERTURA

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

1.2.4.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO

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

1.2.4.2.2 ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICA, RADIOACTIVO).

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

1.2.4.2.4 EPIDEMIAS PANDEMIAS E INFECCIONES

1.2.4.2.5 EN TODOS LOS CASOS SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

1.2.4.3 LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

EL VALOR ASEGURADO DE ESTE AMPARO ADICIONAL DEBE SER UN VALOR FIJO Y ACORDADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

1.2.5 CANASTA

ESTE AMPARO DEBE CONTAR CON AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA GERENCIA DE PERSONAS

1.2.5.1 COBERTURA

EN EL EVENTO DE PRESENTARSE EL FALLECIMIENTO O LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA RECONOCERÁ LA SUMA INDICADA PARA ESTE AMPARO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, REALIZANDO UN SOLO PAGO POR TODAS LAS MENSUALIDADES CONTRATADAS, DESTINADA A CUBRIR LOS GASTOS RELACIONADOS CON:

1.2.5.1.1. AUXILIO PARA GASTOS DEL HOGAR
1.2.5.1.2. AUXILIO ECONÓMICO PARA EL PAGO DE GASTOS EDUCATIVOS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia ® ¡Siempre junto a ti!

1.2.5.1.3. AUXILIO POR MATERNIDAD O PATERNIDAD
1.2.5.1.4. AUXILIO ECONÓMICO PARA EL PAGO DE SERVICIOS PÚBLICOS
1.2.5.1.5. AUXILIO ECONÓMICO PARA LA ADECUACIÓN DEL VEHÍCULO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
1.2.5.1.6. AUXILIO DE REPATRIACIÓN
1.2.5.1.7. AUXILIO POR DESEMPLEO

1.2.5.2 EXCLUSIONES DEL AMPARO DE CANASTA

SEGÚN SEA EL CASO, APLICARAN LAS EXCLUSIONES INDICADAS PARA EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE O PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, INDICADAS EN EL PRESENTE CLAUSULADO.

1.2.5.3 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

CLAUSULA SEGUNDA. DEFINICIONES

Para los efectos del presente contrato y donde quiera que se utilicen, las siguientes expresiones significarán:

1. **Sector Financiero**

El sistema financiero colombiano está conformado por un conjunto de organismos e instituciones, tanto públicas como privadas, por medio de las cuales se captan, administran, regulan y dirigen los recursos financieros que se negocian entre los diversos agentes económicos llámense empresas, estado y/o sector público. está integrado por los establecimientos de crédito, las sociedades de servicios financieros y otros establecimientos financieros que agrupan las diferentes líneas de negocio del sector y están vigilados por la superintendencia financiera de Colombia.

2. **Asegurador:**

Compañía aseguradora (Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa) entidad autorizada para el ejercicio de la actividad aseguradora que, mediante un contrato de seguro, se compromete a la cobertura del riesgo objeto de dicho contrato.

3. **Tomador:**

Es la persona jurídica que, por tener interés asegurable, contrata un seguro por cuenta de terceros para asegurar un número determinado de personas. para efectos de la póliza de vida grupo deudores, el tomador es el acreedor; es decir la entidad que otorga el crédito. el tomador, es el responsable del pago de la totalidad de las primas causadas a través de la vigencia de la póliza.

4. **Grupo Asegurado:**

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

Para efectos del seguro de vida grupo deudores, el grupo asegurado será el conformado por los deudores con la posibilidad de extender cobertura a codeudores de la entidad tomadora que adquieran créditos en las diferentes líneas de crédito siempre y cuando sean reportados por el tomador, realizando el pago de prima correspondiente.

5. **Asegurado:**

Es cada una de las personas del grupo asegurado.

6. **Beneficios:**

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

7. **Enfermedad preexistente:**

Es cualquier patología, afección o condición médica, diagnosticada o manifestada con anterioridad a la entrada en vigencia de la póliza o la fecha de ingreso de cada asegurado, sean estas agudas o crónicas, quedaran excluidas de las coberturas otorgadas bajo el contrato de seguro que se celebre, salvo manifestación expresa en contrario de la aseguradora. cuando la patología principal sea preexistente, quedaran además excluidas todas aquellas patologías relacionadas con ella.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

8. Declaración Inexacta o Reticente:

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que le sea propuesto. la reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por Aseguradora Solidaria de Colombia E.C, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducirlo a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato o de sus certificados.

9. Diagnóstico:

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

10. Declaración Inexacta o Reticente:

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que le sea propuesto. la reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por aseguradora solidaria, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducirlo a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato o de sus certificados.

11. Cónyuge:

es la condición civil que se demuestra a través de registro civil de matrimonio o declaración Extra-Juicio de convivencia (unión marital de hecho).

CLAUSULA TERCERA. MODALIDADES DEL SEGURO

- **SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONTRIBUTIVO**
  ES AQUEL CUYA PRIMA ES SUFRAGADA, EN SU TOTALIDAD O EN PARTE, POR LOS INTEGRANTES DEL GRUPO ASEGURADO.

- **SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES NO CONTRIBUTIVO**
  ES AQUEL CUYA PRIMA ES SUFRAGADA EN SU TOTALIDAD POR EL TOMADOR DEL SEGURO.

CLAUSULA CUARTA. EDADES DE INGRESO.

	EDAD MÍNIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE INGRESO TODAS LAS EDADES SON MÁS 364 DÍAS	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA TODAS LAS EDADES SON MÁS 364 DÍAS
AMPARO BÁSICO			
AMPARO BÁSICO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	14 AÑOS	75 AÑOS	INDEFINIDA O HASTA LA FECHA EN QUE DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO
AMPAROS ADICIONALES			
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	14 AÑOS	64 AÑOS	65 AÑOS
ENFERMEDADES GRAVES	14 AÑOS	59 AÑOS	65 AÑOS
AUXILIO FUNERARIO	14 AÑOS	75 AÑOS	INDEFINIDA O HASTA LA FECHA EN QUE DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO
CANASTA	14 AÑOS	75 AÑOS	INDEFINIDA O HASTA LA FECHA EN QUE DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO

CLAUSULA QUINTA. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

TODA PERSONA ESTÁ OBLIGADA A CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD QUE SEÑALE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, COMO LO ES EL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O EXAMEN MÉDICO DEPENDIENDO DE LAS CONDICIONES PARTICULARES QUE SE PACTEN CON EL TOMADOR PARA PODER SER INCLUIDO EN EL GRUPO ASEGURADO.

CLAUSULA SEXTA. VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INDEPENDIENTEMENTE DEL MOMENTO EN QUE LA PERSONA INGRESE A FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURADO, LA PRESENTE PÓLIZA VENCE PARA CADA UNO DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO ASEGURADO, EN LA FECHA EN QUE SE EXTINGA LA DEUDA Y/O LA PÓLIZA SUSCRITA POR PARTE DEL TOMADOR CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA ESTE VIGENTE

CLAUSULA SÉPTIMA. AMPAROS Y EXCLUSIONES

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, CON ESTRICTA SUJECIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITES DE SUMA ASEGURADA, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR Y DE LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES, CONSIGNADAS EN LA PRESENTE PÓLIZA O SUS ANEXOS Y EN SUS SOLICITUDES, LAS CUALES SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO DE SEGURO, CUBRE LOS RIESGOS RELACIONADOS, OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, SALVO LAS EXCLUSIONES CONSIGNADAS EN CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES. IGUALMENTE, FORMAN PARTE DEL CONTRATO, TODAS LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, LOS CERTIFICADOS MÉDICOS Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO, ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, QUE GUARDE RELACIÓN CON EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO.

CLAUSULA OCTAVA. CONTINUIDAD DE COBERTURA.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, OTORGA AL GRUPO ASEGURADO VIGENTE AL MOMENTO DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE PÓLIZA CONTINUIDAD DE LA COBERTURA QUE TUVIERAN CON OTRA ASEGURADORA, LO CUAL IMPLICA QUE SE AMPARAN LAS MISMAS COBERTURAS CONTRATADAS Y HASTA POR EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO, ACEPTANDO DICHOS RIESGOS EN EL ESTADO EN QUE SE ENCUENTREN Y EN IGUALES CONDICIONES DE EDAD, ESTADO DE SALUD, CALIFICACIÓN DE EXTRAPRIMAS, PORCENTAJES, LIMITACIONES DE COBERTURA Y CAUSAS.

PARA EFECTOS DE LAS PREEXISTENCIAS SE CUBREN LAS QUE SE HAYAN ADMITIDO EN LA PÓLIZA ANTERIOR, EXCEPTO PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, TODA VEZ QUE SU COBERTURA Y POR CONSIGUIENTE LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA SE VA A ESTABLECER CON BASE EN LA FECHA DEL EVENTO GENERADOR O ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD.

EN ESTA CLÁUSULA SE APLICARÁN LOS TÉRMINOS, CONDICIONES, ALCANCES DE COBERTURA Y CLÁUSULAS DEFINIDAS POR ASEGURADORA SOLIDARIA, EN EL PRESENTE CONDICIONADO Y CONDICIONES PARTICULARES, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A LAS EDADES DE PERMANENCIA

EN VIRTUD DE ESTA CLÁUSULA, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, SE SUBROGA EN LOS MISMOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE PODRÍAN HABER ASISTIDO A LA ASEGURADORA QUE TENÍA EL RIESGO EN LA VIGENCIA INMEDIATAMENTE ANTERIOR, PARA TAL EFECTO SE DEJA CONSIGNADA LA OBLIGACIÓN DEL TOMADOR CONSISTENTE EN SUMINISTRAR A LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA. RELACIÓN DE LAS PERSONAS ASEGURADAS EN LA COMPAÑÍA ANTERIOR CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN, NOMBRES, APELLIDOS, NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD, FECHA DE NACIMIENTO, SUMA ASEGURADA, COBERTURAS CONTRATADAS, LIMITACIÓN DE COBERTURA, ANOTANDO SI EXISTE ALGÚN TIPO DE EXTRA PRIMA POR SALUD U OCUPACIÓN, SU RESPECTIVO PORCENTAJE Y CAUSA, **ANEXANDO LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DILIGENCIADA POR CADA ASEGURADO EN EL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN.** DEPENDIENDO DE LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD PACTADOS EN LA COMPAÑÍA ANTERIOR EN EL EVENTO QUE EL ASEGURADO VARÍE LAS CONDICIONES DEL CRÉDITO POR REFINANCIACIÓN, RETANQUEO O RERUCTURACIÓN, PERDERÁ LA CONTINUIDAD Y DEBERÁ CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD DE LA PRESENTE PÓLIZA, SO PENA QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, SOLO RESPONDA POR LAS CONDICIONES INICIALES DE ASEGURAMIENTO.

CLAUSULA NOVENA. COBERTURA SIN DILIGENCIAMIENTO DE DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

CON SUJECIÓN A LO ESTIPULADO EN EL CÓDIGO DE COMERCIO Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA, ENTIDAD COOPERATIVA, PODRÁ OTORGAR AL GRUPO ASEGURADO COBERTURA SIN EL DILIGENCIAMIENTO DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, ESTABLECIENDO UNA EDAD MÁXIMA DE INGRESO Y UN VALOR ASEGURADO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia ¡Siempre junto a ti!

MÁXIMO PACTADOS CON EL TOMADOR, LOS DEMÁS ASEGURADOS QUE SUPEREN LA EDAD Y EL VALOR ASEGURADO DEBEN DILIGENCIAR LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD.

CON SUJECIÓN A LO ESTIPULADO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, SE RATIFICA QUE PARA LOS VALORES ASEGURADOS QUE SEAN DESEMBOLSADOS BAJO ESTA CONDICIÓN, SE CUBRIRÁN LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES EN EL AMPARO BÁSICO DE VIDA (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA).

RESPECTO A LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, PARA QUE EXISTA COBERTURA, EL EVENTO GENERADOR DEBE HABERSE DADO POSTERIOR AL INICIO DEL INGRESO COMO ASEGURADO, Y SE TOMARA COMO FECHA DE SINIESTRO LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA. ES DECIR QUE NO HAY COBERTURA DE PREEXISTENCIAS PARA ESTE AMPARO.

CLAUSULA DECIMA. PLAZO PARA LA ENTREGA DE DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD

ES EL TIEMPO EN DÍAS QUE SE ACUERDE CON EL TOMADOR PARA HACER ENTREGA DE LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE SEGURO DEBIDAMENTE DILIGENCIADAS Y EN LAS CUALES LOS SOLICITANTES MANIFIESTAN QUE SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO DE SALUD Y SE CONSTITUYE COMO UNA FACILIDAD PARA EL MANEJO ADMINISTRATIVO DE LA INCLUSIÓN DE ASEGURADOS, DE ACUERDO A LA EDAD Y SUMA ASEGURADA ACORDADA CON EL TOMADOR. LA CLÁUSULA DE AMPARO AUTOMÁTICO NO LIBERA AL SOLICITANTE DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGUROS.

PARA AQUELLAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE SEGURO QUE NO CUMPLAN LA CONDICIÓN ANTERIOR REFERENTE A NO ENCONTRASE EN BUEN ESTADO DE SALUD, ESTAS SOLICITUDES DEBEN SER ENVIADAS DE MANERA INMEDIATA AL MÉDICO SUSCRIPTOR, Y LA COMPAÑÍA PODRÁ: AUTORIZAR EL INGRESO EN CONDICIONES NORMALES, APLICAR UN RECARGO, SOLICITAR INFORME MÉDICO TRATANTE O PRUEBAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS, CONDICIONAR COBERTURAS O NO ACEPTAR EL INGRESO. ESTA CONDICIÓN ES ACEPTADA POR EL TOMADOR.

CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA. GARANTÍA DEL TOMADOR.

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

EL SEGURO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y SU AMPARO ADICIONAL TERMINARÁ POR LAS SIGUIENTES CAUSAS:

A. POR EL NO PAGO DE LA PRIMA DE PARTE DEL TOMADOR, VENCIDO EL PERIODO DE GRACIA.
B. AL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA SI ÉSTA NO SE RENUEVA.
C. POR CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA INDICADA EN CADA AMPARO.
D. CUANDO EL ASEGURADO CANCELE LA TOTALIDAD DE LOS CRÉDITOS OTORGADOS POR LA ENTIDAD TOMADORA.
E. CUANDO ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, REALICE LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE MUERTE, EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES
G. CUANDO AL MOMENTO DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, EL GRUPO ASEGURADO SEA INFERIOR A DIEZ (10) ASEGURADOS PRINCIPALES.
H. CUANDO EL ASEGURADO DEJE DE PERTENECER AL GRUPO ASEGURADO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Aseguradora Solidaria de Colombia ¡Siempre junto a ti!

Parágrafo:

EN EL CASO DE LAS CAUSALES DE TERMINACIÓN PREVISTAS EN LOS LITERALES C, E, G Y H, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA NOTIFICARÁ PREVIAMENTE DICHA CAUSAL AL TOMADOR.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL PARA CADA UNO DE LOS AMPAROS SE DETERMINARÁ DE ACUERDO A LO SIGUIENTE: SERÁ EL EQUIVALENTE AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA O SALDO INICIAL, ENTENDIÉNDOSE POR ESTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES CALCULADOS HASTA LA FECHA DE FALLECIMIENTO Y/O FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO. EN EL EVENTO DE MORA DE LAS OBLIGACIONES ESTARÁN INCLUIDOS, ADEMÁS, LOS INTERESES MORATORIOS, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO CANCELADAS POR EL DEUDOR, Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS POR PARTE DEL TOMADOR PARA EFECTOS DEL COBRO DE LA PRIMA MENSUAL.

CLAUSULA DÉCIMA CUARTA. PAGO DE PRIMAS

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

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 ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA QUEDARÁ LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUÉS DE LA EXPIRACIÓN DE DICHO PLAZO.

CLAUSULA DÉCIMA QUINTA. BENEFICIARIO

EL TOMADOR ADQUIERE EN TODOS LOS CASOS LA CALIDAD DE BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO, HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA; ENTENDIÉNDOSE COMO SALDO INSOLUTO EL SALDO DE CAPITAL, MÁS INTERESES CORRIENTES, MÁS INTERESES DE MORA, MÁS HONORARIOS JURÍDICOS, Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS Y SOBRE LOS CUALES SE HAYA CALCULADO LA PRIMA COBRADA

EN CASO QUE LA PÓLIZA, SEA CONTRATADA POR EL SALDO INICIAL DE LA DEUDA, EL TOMADOR SERÁ EL BENEFICIARIO HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA Y EL REMANENTE (DIFERENCIA ENTRE EL SALDO INICIAL Y EL SALDO INSOLUTO), TENDRÁ COMO BENEFICIARIOS A LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY, CONFORME AL ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO

CLAUSULA DÉCIMA SEXTA. OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

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

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

CLAUSULA DÉCIMA SÉPTIMA. AVISO DE SINIESTRO

EN CASO DE SINIESTRO QUE PUEDA DAR LUGAR A RECLAMACIÓN BAJO LA PÓLIZA, EL TOMADOR DEBERÁ DAR AVISO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, DENTRO

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER SU OCURRENCIA.

CLAUSULA DÉCIMA OCTAVA. ADHESIÓN

SI DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO SE PRESENTAN MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, LEGALMENTE APROBADAS, QUE REPRESENTEN UN BENEFICIO EN FAVOR DEL ASEGURADO, TALES MODIFICACIONES SE CONSIDERARÁN AUTOMÁTICAMENTE INCORPORADAS A LA PÓLIZA, SIEMPRE QUE EL CAMBIO NO IMPLIQUE UN AUMENTO A LA PRIMA ORIGINALMENTE PACTADA Y LAS MISMAS HAYAN SIDO PREVIAMENTE INFORMADAS Y SUMINISTRADAS AL CONSUMIDOR FINANCIERO.

CLAUSULA DÉCIMA NOVENA. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO

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

EN TAL VIRTUD, TANTO EL TOMADOR COMO EL ASEGURADO SE ENCUENTRAN OBLIGADOS A NOTIFICAR POR ESCRITO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS NO PREVISIBLES QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO. LA NOTIFICACIÓN DEBE HACERSE CON UNA ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO, SI ÉSTA DEPENDE DEL ARBITRIO DEL TOMADOR O ASEGURADO, O ES CONOCIDA POR ALGUNO DE ELLOS.

DEPENDIENDO DE LA MODIFICACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PODRÁ MODIFICAR LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y ECONÓMICAS DEL PRESENTE CONTRATO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE TENGA CONOCIMIENTO, DE DICHA MODIFICACIÓN POR PARTE DE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

CLAUSULA VIGÉSIMA. REVOCACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO

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

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

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

EN ESTE CASO, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, DEVOLVERÁ LA PARTE PROPORCIONAL DE LA PRIMA NO DEVENGADA DESDE LA FECHA DE LA REVOCACIÓN.

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

CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. NOTIFICACIONES

CUALQUIER ACLARACIÓN QUE DEBAN SURTIRSE LAS PARTES EN RELACIÓN CON ESTE CONTRATO, DEBERÁ HACERSE POR ESCRITO (SI ASÍ LO EXIGE LA LEY) ENVIANDO A TRAVÉS DE CUALQUIER MEDIO DE COMUNICACIÓN REGISTRADO POR LAS PARTES.

CLAUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL RIESGO DE LAFT

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, SOBRE EL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO SARLAFT; EL TOMADOR, EL (LOS) ASEGURADOS Y EL BENEFICIARIO SE OBLIGAN PARA CON LA ASEGURADORA A DILIGENCIAR EL FORMATO ÚNICO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE (FUCC) DE ACUERDO CON SUS POLÍTICAS PREVIO A LA VINCULACIÓN Y AL MOMENTO DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA ASEGURADORA ACTUALIZA LOS DATOS DE LOS CLIENTES DE FORMA ANUAL ATENDIENDO LAS POLÍTICAS DEFINIDAS AL INTERIOR DE LA MISMA.

SE ENCUENTRAN EXCLUIDAS DE ASEGURAMIENTO TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN LAS LISTAS INTERNACIONALES VINCULANTES PARA COLOMBIA, DE CONFORMIDAD CON EL DERECHO INTERNACIONAL; PERSONAS QUE SE ENCUENTREN EN LA LISTA DE LA OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS (OFFICE OF FOREING ASSETS CONTROL OFAC DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA (U.S. DEPARTMENT OF THE TREASURY). ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA HARÁ USO DE SUS FACULTADES Y REVOCARÁ UNILATERALMENTE EL CONTRATO DE SEGUROS, EN LOS CASOS EN QUE A ELLO HUBIERE LUGAR.

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

AUTORIZO DE MANERA PREVIA, EXPRESA Y VOLUNTARIA A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, O A QUIEN REPRESENTE SUS DERECHOS A CONSULTAR, ALMACENAR, ADMINISTRAR, TRANSFERIR, PROCESAR Y REPORTAR MI INFORMACIÓN A LAS CENTRALES DE INFORMACIÓN O BASES DE DATOS DEBIDAMENTE CONSTITUIDAS RESPECTO AL COMPORTAMIENTO FINANCIERO Y COMERCIAL.

CLAUSULA VIGÉSIMA CUARTA. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL RIESGO DE FRAUDE

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, SOBRE EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO, LA ASEGURADORA PODRÁ REVOCAR EL CONTRATO DE SEGUROS UNILATERALMENTE, EN LOS CASOS EN QUE A ELLO HUBIERE LUGAR; CUANDO SE EVIDENCIA INDICIOS, MALA FE O PRESUNCIÓN DE FRAUDE RESPECTO DEL TOMADOR O ASEGURADO.

CLAUSULA VIGÉSIMA QUINTA. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

EL TOMADOR, QUEDARÁ PRIVADO DE TODO DERECHO DERIVADO DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTA, O SI EN APOYO A ELLA SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.

CLAUSULA VIGÉSIMA SEXTA. DOMICILIO

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

CLAUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA. DISPOSICIONES LEGALES

LAS ANTERIORES CONDICIONES DE AMPAROS DEFINIDOS Y EXCLUSIONES APLICAN SÍ Y SOLO SÍ, SON CONTRATADOS POR EL TOMADOR E INDICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA

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

Aseguradora Solidaria de Colombia
NIT: 860.524.654-6

CONDICIONES PARTICULARES
CARTERA OTRAS LÍNEAS DE CRÉDITO
BANCO PICHINCHA

DATOS DEL TOMADOR

TIPO DE DOCUMENTO:	NIT. ⊗ 890.200.756-7	NOMBRE:	BANCO PICHINCHA S. A.

1. TOMADOR
BANCO PICHINCHA S.A.

2. GRUPO ASEGURADO
Lo constituyen todas las personas que tengan el carácter de deudores, codeudores, deudores solidarios, fiadores, avalistas o, así como el(los) socio(s) principal(es) o representante(s) legal(es) de sociedades de personas u otras sociedades cuando a ello haya lugar, que en cualquier calidad tengan obligaciones de crédito con BANCO PICHINCHA S.A. incluyendo pero no limitando a los empleados del Gobierno, Fuerzas Armadas y de Policía, incluyendo personal activo, pensionados, uniformados y/o civiles y personal de DIJIN, CIJIN, INPEC, CTI, así como cualquier otra persona natural vinculada a cualquier entidad o institución del sector privado y oficial. Mediante las líneas de crédito indicadas:

GRUPO 1
a) Deudores de Banco Pichincha de las líneas de crédito educativo: Crédito dirigido a financiar el pago de matrículas universitarias, tanto en programas de pre-grado como de posgrado.

GRUPO 2
b) Crédito para Financiación de Vehículos Comerciales: Crédito dirigido a financiar la adquisición de vehículos comerciales tanto nuevos como usados.
c) Crédito para Financiación de Vehículos particulares: Crédito dirigido a financiar la adquisición de vehículos particulares tanto nuevos como usados.
d) Crédito de libre inversión: Todas las líneas de crédito de libre inversión actuales y futuras del Banco Pichincha S.A.
e) Crédito Rotativo: Todas las líneas de crédito rotativo actuales y futuras.
f) Financiación de Leasing: Financiación de vehículos particulares y livianos.
g) Mi Pyme: crédito otorgado a capital de trabajo de la empresa
h) Créditos de funcionarios BANCO PINCHINCHA: Línea de crédito dirigida a funcionarios del Banco
i) Demás Líneas de crédito: Todas las demás líneas de crédito actuales y futuras definidas por el Banco Pichincha Créditos Diferentes a los asociados a garantía hipotecaria o leasing habitacional y/o leaseback

Representantes Legales de sociedades tipo responsabilidad limitada, sociedad en comandita, sociedad de hecho y en general aquellas cuya responsabilidad se delimita en cabeza de un represente legal. El Banco reportará la razón de la empresa y en caso de siniestro, la Aseguradora validará la titularidad a través de un documento idóneo, para el caso: Registro. Cámara de Comercio. EL BANCO a través del asesor comercial deberá hacer diligenciar la Solicitud de Seguro de Vida Grupo Deudores al Representa Legal de la empresa.
Para la línea de crédito educativo el amparo recaerá tanto para el titular de la obligación como al estudiante en los casos en que este último no sea el titular.

BENEFICIARIOS
BANCO PICHINCHA S.A. hasta por el valor del saldo insoluto de la deuda a la fecha del siniestro incluyendo capital, intereses corrientes, intereses de mora, gastos y honorarios de cobranza, primas de seguro y cualquier otra suma a cargo del deudor relacionada con la operación del crédito
Beneficiarios definidos por el asegurado, por el saldo restante al momento del siniestro.

3. VIGENCIA
Desde el 01 de noviembre de 2018 a las 00:00 horas hasta el 31 de octubre de 2020 a las 23:59 horas.
La vigencia de la contratación de la póliza colectiva tendrá un término inicial de un (1) año, con posibilidad de renovación automática por única vez por un periodo de un (1) año adicional, con una vigencia máxima de dos (2) años de acuerdo con la normatividad vigente.
La renovación automática opera salvo que el Banco notifique a la Aseguradora la decisión de no renovar la vigencia de la contratación, por medio de comunicación escrita remitida con treinta (30) días calendario de antelación al vencimiento del primer año de vigencia, sin necesidad de justificación alguna de tal decisión, y sin que ello implique un perjuicio a la Aseguradora. La Aseguradora no tiene facultad para notificar su intención de no renovación.

4. DURACION DE LA COBERTURA INDIVIDUAL
La duración de la cobertura del seguro inicia desde el momento del desembolso del crédito y está vigente hasta la cancelación total de la deuda incluyendo las eventuales prórrogas autorizadas por el Banco, extendiéndose también a la duración de los procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el pago en los casos de mora, siempre con sujeción a la vigencia de la póliza.
Para los créditos rotativos o cupos de crédito, sobregiro la cobertura será a partir de la fecha y hora de la utilización.

5. AMPAROS
• AMPARO DE VIDA: (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA)
La compañía aseguradora cubre durante la vigencia de la póliza el riesgo de muerte de los asegurados por cualquier causa, ya sea por causa natural, accidental, incluido suicidio (y consecuencias de su intento), homicidio, terrorismo y la muerte derivada o relacionada con VIH positivo o sida y muerte presunta según los términos de ley.
• COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE E INVALIDEZ:
Incapacidad total y permanente sufrida por el asegurado o que haya sido ocasionada por cualquier causa y se manifieste bajo la vigencia de la póliza, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables de por vida, que le impida al asegurado desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días.

En todo caso dicha incapacidad deberá ser demostrada mediante certificación de EPS, ARL, AFP o junta regional o nacional de calificación de invalidez donde se indique que el asegurado ha sufrido una perdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral con base en el manual único de calificación de invalidez vigente.
El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de estructuración de la correspondiente incapacidad total y permanente.

6. DEFINICION DE FECHA DE SINIESTRO:
Amparo de muerte por cualquier causa: Fecha de muerte del asegurado o fecha declaratoria de la muerte presunta en caso de desaparecimiento.
ITP: Fecha de estructuración de la incapacidad

7. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

7.1 EDADES MINIMAS Y MAXIMAS DE INGRESO (APLICAN PARA AMBOS AMPAROS):
Mínima de ingreso: 18 años - Para los casos de crédito educativo será de 15 años para el estudiante.
Máxima de ingreso: 76 años

7.2 EDADES MAXIMAS DE PERMANENCIA:
Amparo básico: ilimitada
Amparo de Incapacidad total y permanente: 80 + 364 días.

8. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD
Los solicitantes en el momento de requerir un crédito, deben cumplir con el diligenciamiento de la Solicitud de Seguro de Vida Grupo Deudores y los requisitos de asegurabilidad indicados a continuación, de acuerdo a la edad y valor asegurado.

EDADES	VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	REQUISITOS
HASTA 75 AÑOS + 364 DÍAS	Para persona Natural y/o Jurídica Hasta $250.000.000	A
	Para persona natural de $250.000.001 a $400.000.000	B
	Para persona natural de $400.000.001 a 3.500 SMMLV	C
	Para persona jurídica de $500.000.001 a 3.500 SMMLV	C

CLASE DE PÉRDIDA
A
SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES (Sin Declaración de Asegurabilidad)
B
SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES (Con Declaración de Asegurabilidad)
C
SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES (Con Declaración de Asegurabilidad y Exámenes Médicos)

NOTA: La decisión de aceptar un riesgo con extra prima, o de no aceptar el riesgo, en ningún caso afectará la cobertura o la prima para el mismo deudor en créditos anteriores.

9. REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA
El presente contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por el asegurado en cualquier momento de su ejecución. La compañía por su parte podrá revocarlo dando aviso por escrito con mínimo 120 días de anticipación y en menor tiempo en el evento contemplado en el artículo 22 de la Ley 35 de 1993. En caso de revocación por parte de la aseguradora, esta devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro. En caso de que sea revocado por el asegurado, el importe de la prima devengada y el de la devolución, se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

10. VALOR ASEGURADO
El valor asegurado para cada deudor será el valor inicial de la respectiva operación, incluidos capital, intereses del plazo de gracia, intereses corrientes y moratorios, honorarios de abogado y cualquiera otra suma que se relacione con la misma operación de crédito contraída con BANCO PICHINCHA S.A., si llegase a existir saldo de la indemnización, éste será girado a los beneficiarios designados por el asegurado o a los de ley según aplique.
Para los créditos rotativos el valor asegurado es el Saldo insoluto de la deuda, es decir no aplica remanente.

11. SINIESTROS
11.1 DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN:
Sin perjuicio de la libertad probatoria que tiene el reclamante y solo a título enunciativo e informativo, la compañía señalara la documentación para legalizar la reclamación:
• AMPARO BÁSICO DE VIDA.
* Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
* Original o copia autenticada del registro civil notarial de defunción.
* Certificado expedido por el Banco en el cual conste el saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento.
* Documentos que acrediten la calidad de beneficiarios (copia auténtica y original de registro civil de nacimiento o matrimonio, fotocopia de la cédula de ciudadanía, declaraciones extra juicio) en los casos que se requiera.
* Solicitud de Seguro Vida Grupo Deudores.
Para el caso de muerte presunta por desaparecimiento o desaparición forzada, el banco tendrá en cuenta lo dispuesto en el artículo 1145 del Código de comercio.
• AMPARO DE ITP
En el evento de Incapacidad Total y Permanente se requerirá:
*Historia clínica completa del tratamiento con su dictamen final y las pruebas que determinen la existencia de la incapacidad, emitida por las entidades del sistema de Seguridad Social (EPS, ARL, AFP) las personas que hacen parte de los regímenes especiales como magisterio, fuerzas militares, o de policía, entre otros aportarán como prueba de su ITP el dictamen emitido por la junta Regional o Nacional de calificación de invalidez. En todos los casos los dictámenes determinarán un porcentaje de pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.
* Estructuración de la incapacidad total y permanente emitida por la Empresa Promotora de Salud o la Junta de Calificación de Invalidez.
* Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
* Certificado expedido por el Banco en el cual conste el saldo insoluto de la deuda a la fecha de la estructuración de la incapacidad total y permanente, junto con la copia de solicitud del seguro de vida firmada por el deudor incapacitado.
* Solicitud de seguro vida grupo deudores.
Nota: La Aseguradora brindará asesoría y acompañamiento al deudor en el proceso y trámite de la calificación de invalidez de la Junta Médica Regional o Nacional de invalidez; para lo cual se coloca a disposición del asegurado y de forma gratuita el #789 desde celular (Claro, Tigo y Movistar).
11.2 AMPLIACIÓN DEL PLAZO PARA AVISO DE SINIESTRO
Para efectos de la prescripción de acciones contemplada en el Artículo 1081 del Código de Comercio, El Banco en su calidad de beneficiario de la póliza tiene el carácter de Interesado, por lo tanto, el término de la prescripción comenzará a correr desde el momento en que Banco Pichincha haya tenido conocimiento del siniestro.

12 APLICACIÓN DE CONDICIONES GENERALES
Todas las demás condiciones no estipuladas o modificadas en el presente condicionado, así como la definición de los amparos, se regirán bajo lo estipulado en el clausulado de Condiciones Generales Póliza Vida en Grupo Deudores No. 16/03/2018-1502-P-34-PERSO-CL-SUSV-04-DOOI – 02/08/2017-1502-NT-P-34-P020817003004000"

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
GERENCIA DE PROCESOS Y CALIDAD "CONDICIONES PARTICULARES CARTERAOTRAS LÍNEAS DE CRÉDITO BANCO PICHINCHA – FM-GOPE-2 V.1 08/01/2019

11/18

BANCO PICHINCHA

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
(solo debe ser diligenciado por el deudor)

En el evento de siniestro, autorizo a Banco Pichincha S.A. a descontar del pago de la indemnización el saldo insoluto de la Deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro, el excedente, si lo *hubiere*, solicito le sea entregado a los beneficiarios que se encuentran descritos a continuación en sus respectivos porcentajes.

BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE CÉDULA	PARENTESCO	%

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA CRÉDITOS DE VEHÍCULOS Y/O FUNCIONARIOS DEL BANCO.

MARQUE X

Yo, _____ identificado con cédula de Ciudadania No. _____

Estatura	Peso
m	Kg
IMC	

Declaro que:

( ) En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.

( ) Padezco o he padecido, alguna de las siguientes enfermedades:

☐ Asma	☐ Diabetes gestacional	☐ Hiperlipidemia	☐ Hipertiroidismo	☐ Linfadenitis	☐ Varices en miembros inferiores
☐ Colesterol elevado	☐ Duodenitis	☐ Hipertensión	☐ Hipoglicemia	☐ Reflujo gastroesofágico	☐ Fiebre reumática (sin complicaciones)
☐ Colitis no autoinmunes	☐ Hernia Hiatal	☐ Esofagitis	☐ Hipotensión	☐ Síndrome de colon irritable	☐ Otra enfermedad
☐ Diabetes	☐ Hernia Inguinal	☐ Gastritis	☐ Hipotiroidismo	☐ Triglicéridos elevados	Cúal? _____

Ingiere usted: ☐ De 6 a 20 tragos por semana ☐ Más de 20 tragos por semana Ingiere usted: ☐ De 6 a 20 cigarrillos por semana ☐ Más de 20 cigarrillos por semana

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad
Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad

* En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades entonces se entendera que me encuentro en buen estado de salud.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD OTRAS LÍNEAS DE CRÉDITO (EMPRESAS Y LIBRANZAS)

MARQUE X

Yo, Wolfrando Pedroza Camelo identificado con cédula de Ciudadania No. 79.715.859

El abajo firmante, declaro que:

(X) En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.

( ) Padezco o he padecido, alguna de las siguientes enfermedades:

☐ Hipertensión Arterial	☐ Hipotiroidismo	☐ Colesterol Alto	☐ Otra enfermedad
☐ Diabetes Mellitus	☐ Hiperlipidemia	☐ Triglicéridos Alto	Cúal? _____

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad
Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad

* En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades entonces se entendera que me encuentro en buen estado de salud.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud individual de seguro, que tengo conocimiento que la póliza se otorgará en consideración a la veracidad de estas declaraciones; y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, el seguro otorgado quedará viciado de nulidad en los términos del Artículo 1058 del Código de Comercio. Autorizo a la Aseguradora para que use, consulte y/o reporte a las centrales de información de riesgos, cualquier información relativa a mis hábitos de pago, al cumplimiento que he dado a mis obligaciones y a mi información comercial disponible, sin perjuicio de los estipulado por el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a la aseguradora para acceder a mis historias clínicas y demás documentos sobre mi estado de salud, y a los médicos y entidades hospitalarias para que suministren a dicha aseguradora tales documentos, aun después de mi fallecimiento. Declaro que desarrollo en forma normal mis actividades, que mi profesión u oficio son lícitos y que no tengo ni he tenido amenaza de secuestro o en contra de mi integridad personal en los últimos tres (3) años.

Declaro que acepto las condiciones particulares y generales de la póliza de Vida Grupo a que accede esta solicitud.

Como Constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los 14 días del mes Noviembre del año 2017 en la ciudad de Bogota.

Firma y Huella Solicitante del Seguro

C.C. 79.715.859

Huella índice derecho

El diligenciamiento y suscripción de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la Aseguradora, ni implica obligación alguna de otorga el Seguro de Vida al que accede. La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada por el solicitante del Seguro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | BANCO PICHINCHA S.A. Establecimiento Bancario

Gráficas Colombia Ltda. Nit. 860.077.454-8 PBX: 390 5049 / 47 / 48 / 49 - Bogotá D.C.

Bogotá, 14 de Marzo de 2018

Señores

Banco PICHINCHA

Ciudad

Ref: Derecho de Petición

Por medio de la presente solicito amablemente el reconocimiento de las pólizas suscritas con ustedes por los créditos que ostentaba hasta hoy con el previo certificado de asegurabilidad del siniestro. El anterior fue declarado y reconocido por el Tribunal Médico laboral Militar y de Policía sobre un análisis de mi incapacidad laboral del día de hoy hacia el futuro, asi:

HECHOS

1. Mi único sustento y fuente de ingresos para mi familia ha sido el fruto de mi trabajo realizado en la Policía Nacional de Colombia desde hace 23 años.
2. Desde que tengo uso de razón he consultado a los médicos de la EPS Policía Nacional para proponer soluciones a dolores y afecciones que pudieran haber sido obstáculo para el cumplimiento de mis funciones, sin embargo los diagnósticos cuando los emiten los primeros especialistas se pueden cambiar a libre disposición de los otros médicos sin algún control que pueda afirmar el grado de éxito del tratamiento ni si será curable o no.
3. En el año 2017 firme contrato con ustedes con la recomendación de sus aseguradoras un seguro para proteger sus bienes y así cumplir con sus exigencias.
4. En el año 2017 me encontraba completamente APTO y con la plena convicción de seguir trabajando en la Policía Nacional. Para ese mismo año interpuse varias solicitudes ante el Tribunal Médico y de Policía para que se revisaran varias juntas medico laborales que habían quedado mal calificadas y porque me encontraba en general inconforme; allí también tenia la esperanza que todos estos documentos sirvieran para la solución de mis problemas económicos y laborales pero siempre guarde la ilusión de mantener mi trabajo.
5. En el año 2018 después de esperar un año y de que no me ascendieran por falta de la calificación laboral de la entidad, entonces me citaron para realizarme el Tribunal Medico Laboral; allí se ratificaron en todas las decisiones que habían tomado y asi fueron resueltos todos los recursos que había interpuesto de la inconformidad que presentaba. Esto porque ellos podrían haberse revocado, modificado o ratificado según la ley los actos admiistrativos que hubieran emitido antes otros organismos laborales y asi emitir la *ultima ratio* en materia de diagnostico y capacidad laboral o económica.
6. Hoy después de que el Tribunal Medico laboral haya amputado mi carrera no me queda mas remedio de solicitar el pago del siniestro sobre la poliza que habría firmado con ustedes, por cuanto mis ingresos se verán reducidos al haber pasado semejante tragedia que compromete el minimo vital de los miembros de mi casa. Por esto ruego su consideración y comprensión para que asi pueda superar esa reducción económica que no se había planeado para cuando firme algún contrato con las entidades financieras.
7. Al considerarse su respuesta como entidad pública y entidad vigilada por los entes de control sobre sus documentos algo publico, debo precisar que la espero contestada de fondo y con sus argumentos respetando la jurisprudencia de nuestro país sobre el

contrato de seguro sobre incapacidad total y permanente aplicada al régimen especial de la policía nacional que la denomina incapacidad permanente parcial; claro, en debida forma el acto y con el que se reúna todos los recaudos o elementos nominados por la ley, para que asi, se encuentre jurídicamente habilitado el acto administrativo para producir los efectos regulares que aquella le asigna. En palabras de Carlos Ceus, espero que el "acto sea válido procesalmente(es decir, eficaz en orden al proceso)con el fin de que sea el adecuado al tipo procesal y reuniendo todos los elementos subjetivos (sujetos),instrumentales(medios) y modales (circunstancias) para que sus enunciados en su definición estén avalados por la ley procesal". Porque en contraposición, si el acto llega o es defectuoso *de adrede*, cuando se desplaza o desacomoda en su ejecución respecto del modelo típico, sea por no responder a la estructura formal propuesta por el(requisito de actividad o modal) o por pretender aplicarlo a una finalidad no contemplada en este(requisito objetivo o instrumental) pues me obliga con una carga injusta a utilizar mecanismos de defensa que son costosos como abogados y notificaciones, entonces, por haberlo realizado sin alguna consideración osea que no se reconozca la poliza (legitimación-subjetiva)pues se pierde esa facultad por haberla agotado(posibilidad jurídica-objetivo), de tal manera que haber omitido su ejercicio durante el tiempo procesal legalmente fijado para ejercerla(tiempo-actividad)no puede ser dilatado mas injustamente por ustedes porque a pesar de haberles informado a tiempo el siniestro, su demora perjudica enormemente mi situación econonomica.

PETICIONES

Ya que así se ha cumplido el riesgo que asegure y este se debería entonces reconocerse sobre el posterior pago de la Póliza Individual que fue tomada como seguro de vida;es de aclarar que la Póliza como se evidencia en mi desprendible de pago de mi sueldo que anexo se encuentra descontada la prima de asegurabilidad mes a mes de mi sueldo, es de anotar que la Póliza de asegurabilidad es tomada para el cubrimiento de los riesgos a que estamos sometidos los clientes aunque no hubieren hecho algún examen médico sobre la misma; en ese sentido y al perder mi carrera por mi discapacidad se deberá entonces reconocer el respectivo amparo sobre los créditos que están totalmente cubiertos.

Por esto se debe hacer claridad que no existían hechos dañosos al momento de la suscripción del contrato de seguro que hice con la aseguradora porque no se realizaron ni se realizan los exámenes médicos por la aseguradora tendientes a revisar mi situacion médica y mediante la cual se definieran preexistencias, orden y orígenes de las enfermedades, ni mucho menos si existían diagnosticadas las patologías que hoy si existen definidas por un dictamen médico laboral experto en la materia sobre descarte de diagnósticos; quizás manifiesto lo dicho porque el único que puede medir la probabilidad absoluta de la muerte o una enfermedad curable o incurable será Jesucristo o ¿porque si existen los milagros?, entonces, se deben también tener en cuenta las siguientes precisiones antes de negarme algún derecho del pago del seguro que protege mi credito:

1. Hoy mi sueldo y que percibía mensualmente va a reducirse por el termino o porque finalizo mi carrera ósea que no voy ascender mas y no cumpliré mi proyecto de vida; todo porque asi fue la disposición de la Policía para retirarme del servicio en razón a mi discapacidad insuperable para desempeñar cargos sencillos de cualquier naturaleza, por eso es que los impedimentos que me limitan para el desempeño de mis labores tanto en la institución como en la comunidad son cada vez mas evidentes, tanto asi, que del trabajo que pudiera ir a conseguir de aquí para adelante pues también va a resultar afectado porque nadie recibe a un postulante con calificaciones de enfermedades como las que tengo, es decir al padecer demencia y epilepsia(Hoja No. 7 TML) pues son pocas las posibilidades en las que pueda conseguir un trabajo, y si asi fuera, la carga en que me coloca la aseguradora para pagarle la póliza es además de injusta, inverosímil.
2. Parte del sueldo que recibía es compartido con mi compañera permanente, cuidadora y mi hijo, los dos son víctimas de la violencia en este país, ella es Ana Maria Mosquera Noriega y mi Hijo Adrian Pedraza Mosquera con quienes vivo en una vivienda en arriendo(copia de recibo firmado por el dueño de la casa don Daniel Olaya por 475.000 pesos),y no poseo más bienes de los que les debo a todo el sistema financiero, tengo dos hijos mas por los cuales debo responder por todos sus gastos ya que son menores de 25 años y están estudiando, por esto es que las consecuencias del dictamen médico laboral son desastrosas para mi vida y amenaza mi estabilidad económica y el minimo vital de mi familia, por lo tanto y ante la inactividad laboral a la que me vere expuesto afecta y viola los derechos fundamentales de terceros y mis derechos civiles como ciudadano, por lo tanto solicito tener en cuenta esta declaración como una acción o conducta de buena fe.
3. Solicito el cumplimiento de la Constitución Política de Colombia en el Artículo 47 de la misma para materializar mis derechos desde las instituciones estatales hasta las aseguradoras dirigido a lo que es el verdadero derecho del discapacitado; es decir, si bien el Tribunal Medico Laboral es la *ultima ratio* en temas de diagnosticos médicos, no es menos cierto que los recursos judiciales que utilice antes de este dictamen pudieran ser parte de una estratégica o maniobra por aprovecharme de mi condición. Por lo tanto, quiero recordar que los recursos judiciales no hacen parte de una sanción o sentencia como estamos acostumbrados a pensar en el lenguaje burdo y plano, los recursos judiciales hacen parte del derecho a la defensa y el debido proceso y hasta que estos no se resuelvan pues la persona no será culpable o responsable sino que al contrario mantendrá su condición anterior hasta que este legítimo derecho se resuelva; por esto cuando firme la poliza del seguro con ustedes sabia que la Policía Nacional podía haber utilizado sus mecanismos juridicos y legales para brindarme la oportunidad y el derecho de tanto reubicarme como de ascenderme y asi no hubiera tenido que soportar las inclemencias económicas que hoy sufro por cuenta del dictamen medico laboral que me quito la posibilidad de superarme y de sacar mi familia adelante. Por eso HOY de aquí en adelante veo tanto drásticamente disminuidas mis destrezas físicas y mentales como amenazada mi principal fuente de ingresos, pues mi impedimento para el libre desarrollo de cualquier actividad laboral económicamente productiva comenzó verdaderamente desde el fallo del Tribunal Medico Laboral y no desde las fechas en que firme el contrato de seguro; por lo que no pueden inventarse ahora las aseguradoras para la negativa del pago de la Poliza, que yo conocía mi situación medica cuando no es cierto, me explico, solamente los

diagnosticos de las patologías psiquiátricas los han cambiado varias veces en razón a que las personas no sufren absolutamente alguna enfermedad, siempre los médicos tratan de solucionar esta situación con tratamientos y otras rehabilitaciones pero siempre en búsqueda del conocimiento de una enfermedad y darle manejo, pero esto no es absoluto.

4. Tampoco podrá entenderse la política de preexistencias en los seguros aplicada a este caso; ejemplo, cuando las personas van a su EPS por una gripa o por un cáncer aun no tienen un diagnostico laboral serio del que se pueda llamar preexistencia(defecto en el tiempo), solo es que pueda ser una sospecha y nada mas porque no se sabe ni el origen en el tiempo ni de donde proviene;" *ellos, osea los médicos generales o naturistas siempre son precavidos porque pueden pensionar a una persona por invalidez si solamente le escriben en su formula un diagnostico grave sin haberlo llegado a comprobar un organismo laboral que tiene sus capacidades por ley para el dictamen o diagnostico de una enfermedad; por eso es que el diagnostico medico lo entrega únicamente un organismo medico laboral para el conocimiento científico, o ,¿porque creen que para eso están?".* Pero no por ese hecho es que la persona ya puede ser despedida, al contrario, debe esperarse a que un organismo laboral sea quien califique, evalue y dictamine los serios problemas que las personas pueden padecer si siguen manteniendo las rutinas que asi llevan. Por lo que la simple consulta de un medico o de un examen de sangre no puede proveer la información necesaria sobre alguna patología que pueda existir en el cuerpo, será únicamente un examen riguroso el que explique una incapacidad, y este será únicamente por un organismo laboral, de resto solamente serán especulaciones sin sentido. Sobre lo anterior y para mi caso debo decir que mientras no existiera un dictamen de médicos laborales pues no podría decirse que yo pudiera estar enfermo o que me impidiera suscribir contratos, al contrario, me encuentro en rehabilitación de un problema de salud, mas no se podría decir que existiera alguna discapacidad que me impidiera suscribir semejantes contratos de crédito.

Sobre lo anterior se ha pronunciado la Corte Constitucional mediante sentencia T-696 de 2011 por interpretación de la ley al exigir y para sentar de base como precedente judicial que los diagnósticos no son absolutos en la primera consulta y que estos habrán de resultar en patologías de desarrollo sorpresivo y por lo tanto pueden como no pueden ocurrir y valorar con certeza su temporalidad definitiva es una utopia que no se puede cumplir en este mundo:

(...)

Con base en lo anterior, se debe concluir que *"gozan de amparo constitucional, aquellas patologías de desarrollo incierto y progresivo o recurrente, de carácter eventual, en cuanto que pueden ocurrir o no y no pueden anticiparse con certeza, que no fueron valoradas al momento de clasificar las lesiones y secuelas, valorar la disminución de la capacidad laboral para el servicio y fijar los correspondientes índices para fines de indemnizaciones y por tanto no han sido objeto de protección."* (T-140 de 2008)

5. El decreto de protección de los derechos fundamentales al trabaja a la estabilidad laboral reforzada a la seguridad social al mínimo vital y a la salud al determinar que no podría seguir trabajando por parte del altísimo tribunal médico que elimino mis intenciones por percibir mis salarios de manera total y sin descuentos me convierte en una víctima más dentro de este conflicto armado, lo que implica un menoscabo de mis derechos fundamentales en tanto que en este momento no estoy en condiciones de garantizarme autónomamente el cubrimiento de mis necesidades para garantizar una vida en condiciones mínimas de dignidad, por eso solicito la protección de mis intereses con el pago de la póliza por el siniestro.

6. Hoy no poseo otra fuente de ingreso como casas en arriendo y menos mi cuidadora, que nos permita redituar el sueldo que hoy ganamos proveniente de la Policia Nacional. Al contrario sus enfermedades sumadas a las mias nos ha dejado en constante amenaza para el sostenimiento del hogar y nuestro hijo.

7. Pido hacer efectiva la póliza con ocasión de la incapacidad total y permanente que presento, se debe estar teniendo también en cuenta lo preceptuado en la sentencia de tutela de la honorable Corte Constitucional T-696 de 2011:

   En el año 2004 se expidió la Ley 923 "*Mediante la cual se señalan las normas, objetivos y criterios que deberá observar el Gobierno Nacional para la fijación del régimen pensional y de asignación de retiro de los miembros de la Fuerza Pública*", ésta en su artículo 3.5 y dispone lo siguiente:

   3.5. El derecho para acceder a la pensión de invalidez, así como su monto, será fijado teniendo en cuenta el porcentaje de la disminución de la capacidad laboral del miembro de la Fuerza Pública, determinado por los Organismos Médico Laborales Militares y de Policía, conforme a las leyes especiales hoy vigentes, teniendo en cuenta criterios diferenciales de acuerdo con las circunstancias que originen la disminución de la capacidad laboral. En todo caso no se podrá establecer como requisito para acceder al derecho, una disminución de la capacidad laboral inferior al cincuenta por ciento (50%) y el monto de la pensión en ningún caso será menor al cincuenta por ciento (50%) de las partidas computables para la asignación de retiro.

   La anterior disposición ha sido objeto de interpretación de esta Corporación, la cual ha señalado que para acceder a la pensión de invalidez por parte de los miembros de la fuerza pública se establece un parámetro mínimo de protección que es el 50% de disminución en la capacidad laboral(yo poseo el 55.89%), ésta interpretación fue acogida por la Corte inicialmente en la sentencia T-829 de 2005, cuando se estudió el caso de un agente del escuadrón antimotín que sufrió una disminución de la capacidad laboral del 62.44% a consecuencia de la prestación del servicio y, al cual se le negaba el reconocimiento de la pensión de invalidez por ser la pérdida de capacidad laboral inferior al 75%. En dicha ocasión expresó la Corte:

"En consecuencia, aunque el régimen legal anterior no generaba el derecho a la pensión de invalidez a favor del miembro de la fuerza pública que tuviese una disminución de la capacidad laboral menor del 75%, y por tanto, solo se podía acceder a la misma cuando el porcentaje fuese igual o superior al 75%, ***a partir de la ley 923 de 2004, debe entenderse que esta situación se modificó, pues se reconoce que los miembros de la fuerza pública pueden optar por una pensión cuando la invalidez sea igual o superior al 50%.***"

Leída la interpretación taxativa de la ley hecho por tan excelentísimo tribunal, pues he de solicitar que la póliza sea reconocida ya que poseo una incapacidad total y permanente derivada de mis lesiones que me incapacitan para el desempeño de cualquier trabajo y me diferencian de cualquier cristiano de mi edad, es decir, no puedo trabajar en ninguna empresa y menos poder vender dulces o ser embolador si sufro de los trastornos y soy drogodependiente para lograr sobrevivir de las secuelas que me dejo la guerra en este país.

Con fundamento en la sentencia T 830 de 2014 de la Corte Constitucional se ha interpretado la ley y exige el cumplimiento para llenar vacíos normativos elevados por quienes no logran entender lo caprichosa que puede ser la ley sobre el mínimo vital; el derecho al mínimo vital entonces que ostento por sentirme amenazado en mi situación económica se debe proteger por ser el objeto de la gestión específicamente y por considerarlo que tiene efecto en mi vida y porque una razón de la materia de la cobertura del seguro.

La calificación del TBML que evaluó mi capacidad laboral estimo de acuerdo a la historia clínica lo catastrófica que ha dejado la guerra mi salud, con lo que permite no solamente entender que no podre desempeñarme mas en otra labor ni en otro trabajo sino que también permite saber que la obligaciones generadas de mi empleador para conmigo han sido canceladas y desde ahí quedare desprotegido para muchas prestaciones sociales, por esto no podría afirmarse por parte de la aseguradora que esta calificación es solo una parte de la seguridad social, si es que ella tiene implicaciones graves para mi estabilidad económica y no podre volver a trabajar gracias a ello.

Sobre los exámenes médicos al momento de la firma del contrato, las siguientes sentencias permiten comprender su importancia y su obligatoriedad por parte de las aseguradoras para este tipo de contratos, sin embargo se debe decir que estos exámenes nunca me los ordenaron y menos objetaron por algún tipo de requerimiento o si no con mucho gusto lo hubiera practicado; por eso el acto procesal defectuoso que acostumbran a proponer para alegar preexistencia y reticencia serán solo someras precisiones conceptuales, por eso recuerdo asi las claras precisiones que ha hecho el dignísimo Tribunal:

Sentencia T-316/15

(...)

Caso en que compañía de seguros omitió el cumplimiento de su deber de confirmación del estado de salud de tomadora, por lo que no puede objetar el siniestro bajo el argumento de que la accionante incurrió en reticencia.

La compañía aseguradora se encontraba facultada para conocer la historia clínica de la paciente, por lo que pudo estar al tanto del estado de salud de la tomadora. Así mismo, aquella ha podido y

debido corroborar el estado de salud declarado por la fallecida por medio de la práctica de exámenes médicos o la solicitud de unos recientes, pues solo así habría podido conocer las condiciones vitales de la señora Rosa Tulia Cáceres. De lo anterior se desprende que la compañía de seguros no solo renunció a su potestad de conocer la historia clínica de la tomadora, sino que omitió el cumplimiento de su deber de confirmación del estado de salud de la misma, por lo que no puede ahora objetar el siniestro bajo el argumento de que la accionante incurrió en reticencia.

Sentencia T-832 de 2010

(...)

En esta ocasión se encontró que la aseguradora

"[...] fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora [...] a la póliza de vida grupo deudores.

Sentencia T-751 de 2012

(...)

Se concluyó, que corresponde a la aseguradora corroborar la condición médica del tomador o asegurado, ya sea a través de la realización de exámenes médicos o la entrega de unos recientes, y que esta obligación no se suple con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías. Dada la naturaleza de adhesión que generalmente presenta este tipo de contratos, es la aseguradora quien tiene la responsabilidad de verificar el estado de salud de quien solicita la expedición de la póliza.

Sentencia T-342 de 2013

(...)

Para la Sala Sexta de Revisión la aseguradora "[...] omitió realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para determinar el estado de salud del demandante. Además, lo consignado en las denominadas condiciones del contrato de seguro tampoco justifica tal proceder, pues como se explicó, ello evidentemente coloca al actor en indefensión frente a la aseguradora. No es admisible entonces que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, Equidad Seguros alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso del señor Jorge Octavio Ortiz Álvarez a la póliza de seguro de vida deudores".

Según sentencia 316 de 2015

(...)

4.4. En cuanto a las decisiones judiciales mencionadas, es posible llegar a un conjunto de conclusiones respecto a la figura de la reticencia y al principio de buena fe en el marco de los contratos de seguros de vida. Así pues, se tiene que: (i) la falta de declaración de cualquier pre-existencia médica no constituye en sí misma reticencia, puesto que para que pueda hablarse de esta última es necesario probar la mala fe del tomador; (ii) debido a la necesidad de preservar el

interés público, representado en el equilibrio de las partes contractuales, las aseguradoras tienen un conjunto de cargas o deberes que deben cumplir para impedir que con su actuar lesionen derechos fundamentales de sus usuarios, entre ellas, (iii) deben proveer información tan completa como sea posible a los tomadores de seguros en relación con los alcances, exclusiones y cualquier otra circunstancia relativa al contrato de seguro; asimismo, (iv) han de abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y ambiguas en sus contratos de seguros para objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia; (v) las aseguradoras no pueden alegar en su defensa que el tomador/asegurado incurrió en reticencia si conocían o podían conocer los hechos que dieron lugar a dicha reticencia, como en aquellos eventos en los que se abstuvieron de comprobar el estado de salud del asegurado al momento de tomar el seguro, por medio de la práctica de exámenes médicos o la exigencia de unos recientes.

Con base en las condiciones descritas, y al tomar como referente la figura de la reticencia, es posible sintetizar los deberes de las compañías aseguradoras en relación con los tomadores y asegurados en cuatro cargas básicas: (i) claridad; (ii) información; (iii) comprobación y (iv) lealtad.

La carga de claridad se refiere a la transparencia y accesibilidad del lenguaje utilizado para definir las cláusulas del contrato de seguro, el formulario de asegurabilidad y cualquier otro documento referido a la póliza. En los contratos de seguro la claridad en la definición de las condiciones de celebración y ejecución del acto jurídico reviste especial importancia, debido a que la ambigüedad de los acuerdos pactados tiene la potencialidad de afectar el equilibrio contractual que rige las relaciones entre las partes. La carga de claridad es, en este sentido, una salvaguarda que pretende evitar la vulneración de derechos fundamentales de los particulares y garantizar el correcto desarrollo del objeto negocial.

De igual forma, a las compañías de seguros les resulta exigible una carga de información, referida a dotar al tomador de la póliza de todos los datos necesarios para que al momento de celebrar el negocio jurídico relativo al contrato de seguro, el mismo lo haga desde una base de consentimiento informado. La carga de información implica que esta sea veraz y completa, de tal suerte que se evite inducir a error al usuario del servicio. Ello implica, a su vez, un deber de prestar asistencia al asegurado en relación con los trámites y procedimientos necesarios para adquirir la póliza y solicitar su ejecución. Debido a las dificultades que puede representar la complejidad de la documentación referida al contrato de seguro para el tomador, es deber de la aseguradora explicarle a este último cualquier situación que el mismo no comprenda e incluso aquellas cuestiones que, por su propia naturaleza, pueden resultar confusas para el particular.

Adicionalmente, las aseguradoras tienen una carga de comprobación, que consiste en verificar lo señalado por el tomador o asegurado al momento de adquirir la póliza de seguros. Esta carga tiene una especial relevancia en cuanto a las declaraciones de asegurabilidad referidas al estado de salud. Debido a la necesidad de velar por la efectividad del principio de autonomía privada de la voluntad, las compañías de seguro han de cerciorarse que la condición de salud declarada por el cliente sí corresponde a la realidad. Esta carga se fundamenta en que las personas, al adquirir una póliza de seguro, pueden no estar al tanto de su estado actual de salud, por lo que se hace necesario corroborar lo declarado por el cliente. De igual forma, la carga de comprobación también se encuentra justificada en que es la aseguradora la que conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro, por lo que es aquella

quien debe indagar por dichas condiciones. El deber de comprobación puede materializarse de múltiples formas, incluyendo la práctica de exámenes médicos o la exigencia de presentar unos recientes para certificar sus condiciones vitales.

Por último, existe una carga de lealtad que puede entenderse como un mandato general para la aseguradora de evitar cualquier conducta que pueda inducir a error al tomador o que le genere detrimento de forma ilegítima. Esta carga puede entenderse como una prohibición para las aseguradoras de abusar de la autonomía privada de la voluntad para afectar los intereses de su contraparte contractual, en desconocimiento de los mandatos constitucionales.

4.6. Estas cargas resultan exigibles a la compañía de seguros debido a que es indispensable garantizar a los tomadores de seguros un equilibrio entre las partes que concurren en la celebración del negocio jurídico, de tal suerte que se propenda por la exactitud y claridad en las declaraciones de asegurabilidad, con el fin de preservar la buena fe contractual y velar por el respeto de los derechos fundamentales de los ciudadanos.

De la misma manera, en esta línea de pensamiento se puede ver como

En el caso concreto, se observa que la compañía aseguradora no cumplió con la carga de comprobación, en el sentido de verificar lo señalado por la tomadora/asegurada al momento de adquirir la póliza de seguros. Recuerda la Sala que a través de las sentencias T-751 de 2012[123] y T-342 de 2013[124], se precisó que corresponde a las aseguradoras corroborar la condición médica del tomador o asegurado, ya sea a través de la realización de exámenes médicos o la solicitud de entrega de unos recientes, y que esta obligación no se suple con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse de responsabilidad, pues dada la naturaleza de adhesión de este tipo de contratos, es la aseguradora quien tiene el deber de verificar el estado de salud de quien solicita la expedición de la póliza.

De esto concluye en la sentencia T-316 de 2015

Así las cosas, la compañía aseguradora se encontraba facultada para conocer la historia clínica de la paciente, por lo que pudo estar al tanto del estado de salud de la tomadora. Así mismo, aquella ha podido y debido corroborar el estado de salud declarado por la fallecida por medio de la práctica de exámenes médicos o la solicitud de unos recientes, pues solo así habría podido conocer las condiciones vitales de la señora Rosa Tulia Cáceres. De lo anterior se desprende que la compañía de seguros no solo renunció a su potestad de conocer la historia clínica de la tomadora, sino que omitió el cumplimiento de su deber de confirmación del estado de salud de la misma, por lo que no puede ahora objetar el siniestro bajo el argumento de que la accionante incurrió en reticencia.La sala también resolvió el problema jurídico según el cual se presenta porque las aseguradoras no hacen el examen medico de la otra parte que firma el contrato de seguro por incapacidad diciendo: ¿Una aseguradora vulnera el derecho al debido proceso del tomador al negarse a pagar la poliza bajo el argumento de que este no declaro haber padecido una enfermedad, cuando la misma no se encuentra relacionada con la condición que origino el siniestro?. Para contestar este interrogante el tribunal afirmo que *,"en casos en que la aseguradora incumple sus obligaciones minimas , esta no podrá objetar el pago de la indemnización bajo el argumento de la configuración del fenómeno de la reticencia. De esta forma*

,la aseguradora deberá probar suficientemente el elemento subjetivo de la mala fe del tomador, es decir la intención deliberada del tomador de ocultar su condición medica".

Por lo que vuelvo a recordar, que los recursos jurídicos establecidos en Colombia para cumplir con tratados internacionales que reconocen los derechos para defenderse y obtener del aparato estatal un juicio de acuerdo a un debido proceso son obligatorios, por lo que debe entenderse por parte de la aseguradora que al momento de la suscripción del contrato me encontraba en condición de APTO y sin reubicación para el servicio, condiciones *per se* que permiten entender mi capacidad para laborar perfecta y que mi estado de salud estaba intacto.

Sobre el derecho a la defensa que me permitió alegar(recursos) inconformidades de los organismos laborales en el año 2017 hay que decir que claramente la Corte Constitucional lo ha reconocido "como manifestación al debido proceso, y se traduce en la facultad que tiene el interesado para conocer las decisiones que se adopten en el marco de un proceso administrativo que se adelante por la autoridad administrativa e impugnar las pruebas y providencias contrarias a sus intereses. De tal manera que si estas garantías no le son aseguradas, se está bajo el supuesto de que la administración transgredió su derecho de defensa y con el del debido proceso administrativo".En tal razón, ¿si no he sido jugado porque debería declarame yo mismo como culpable para cuando firme el contrato de seguro?.

Es por esto que el debido proceso hace parte inescindible del principio de legalidad, de ello la Corte Constitucional lo instituyo como "el conjunto de garantías previstas en el ordenamiento jurídico a través de las cuales se busca la protección del individuo incurso en una actuación judicial o administrativa para que adelante su tramite y se respeten sus derechos y se logre la aplicación correcta de la justicia.

Específicamente para mi caso, debe ser aplicado este principio y en completa razón entender que mientras los recursos judiciales no se resuelvan pues la persona queda suspendida en su estado y no se prejuzgara por el hecho de presentar su recurso o su defensa sino que al contrario se vigilara que este espacio de tiempo se mantenga hasta tanto no se resuelva el recurso de impugnación.

Ahora, la Corte Constitucional ha definido que hacen parte del debido proceso, los derechos de defensa, de contradicción, de controversia de las pruebas y de publicidad así como los principios de legalidad, de competencia y de correcta motivación de los actos para que así se cumpla la noción del debido proceso.

Por todo lo anterior se debe entender que la aseguradora conocía y podría conocer los hechos siempre y cuando me hubieran realizado los exámenes médicos para que pudieran alegar una preexistencia y reticencia para no pagar el siniestro; pero por mi parte, demostre que los hechos y conducta mia no dan a entender que pueda haber lugar para alegar algún tipo de reticencia por ocultamientos si es que para cuando firme el contrato no me habían resuelto los recursos que había interpuesto y me encontraba con empleo porque mis capacidades laborales estaban bien, por ello no puede eximirse y abstenerse de la obligación del pago del seguro al no haberme realizado los exámenes de ingreso previamente a la suscripción del contrato.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. Según la sentencia T 024 del 2016 de la Corte Constitucional las aseguradoras que no confirman el estado de salud declarado no pueden objetar la reclamación,la corte publico y reafirmo la importancia del deber de confirmación que debe existir por parte de las aseguradoras y del tomador en el momento de la suscripción de la poliza.
2. Para que no quede manto de duda sobre la honestidad con que actue, se puede entender que no adquiri el seguro de vida estando diagnosticado con alguna enfermedad, tan solo adquiri el seguro de vida cuando estaba en perfectas condiciones y porque no había sido declarado el diagnostico, de lo que hace entender que los médicos que permiten la atención medica tan solo son profesionales que especulan y sus procedimientos los llevan a cabo con prueba y erros y asi es que no existirán diagnosticos absolutos sobre alguna queja de salud.Es por esto que hice la declaración con sujeción al cuestionario formulado sin encubrir algúna circunstancia o algún diagnostico si no lo conocía seriamente,por eso si se llega a negar el seguro de vida por incapacidad total y permanente, será una clausula lesiva que me impusieron ustedes dentro del contrato, ya que las ambieguedades que pudieran responderme no estarían en alguna parte del contrato que firme con ustedes y menos me hice a cargo pagar como hoy lo estoy haciendo.De esto ultimo, en la sentencia T152/06 se dijo que la actividad aseguradora no es libre y menos absoluta ya que el interés publico,la efectividad de los derechos fundamentales y demás principios y valores superiores son parte del gobierno de nuestro país.
3. Para el fallo del presente proceso solicito amablemente la aplicación taxativa de la ley primeramente, segundo la interpretación con el precedente judicial para establecer las reglas dentro del mismo y asi permitir el legitimo derecho sustancias a partir de la aplicación de los principios y valores establecidos de tal presupuesto.En esa actuación pueden aplicarse los términos de la sentencia T-832 de 2010 y la sentencia T222 de 2014 y la sentencia T-751 de 2012 y la sentencia T-832 de 2010 de nuestra honorable Corte Constitucional.

PRUEBAS

1. Solicito resultados evaluativos sobre mi condición médica que hayan sido obtenidos por la empresa aseguradora en el que se establezca al menos el tan nombrado sistema básico de Pischinger. Porque como puede entenderse, que por acidosis metabólica un futbolista atlético y en perfecto estado físicamente pueda caer desmayado en el campo como un pollo muerto si no es porque en la ciencia médica nada es absoluto y todos somos organismos diferentes y por eso es que hay cosas en la vida que son inexplicables. Tal vez porque las enfermedades tienen origen en las células y su acidosis, por lo tanto esta es una medida que hasta hoy ha sido imposible comprobar, pero que si así fuera, pues sería un gran alivio para este tipo de casos en donde la aseguradora puede negar un seguro por alegar una preexistencia injusta que jamás podría certificarse por cualquier médico.
2. Demostrar la aseguradora que mediante tratamientos como acupuntura, osteopatía, quiropraxia, magnetoterapia, musicoterapia, terapia fotonica, laser, terapia de color, fisioterapia, radiofrecuencia no existe solución alguna para un diagnostico.

//

DOCUMENTALES

3. Solicito contestar como aseguradora y mediante examen medico riguroso el oficio que radique ante la Policía Nacional No. 061934 el 16 de Junio de 2017 con el cual solicitaba ser tenido encuenta para el campo laboral y la cesación de actividades discriminatorias en contra mia, además solicite el ascenso que me correspondía recibir por aplicar mi caso a la ley.
4. Solicito contestar como aseguradora y mediante examen medico riguroso el oficio que radique ante la presidencia de la republica No. CE3A62AF del 10 Agosto de 2017 para denunciar los planes de la Policía Nacional para desvincularme y no atender a mis llamados para que se cumpliera la ley y así demostrar y probar que no era mi intensión dejar mi trabajo ni mucho menos que tenía preparado algún fraude si es que hasta los últimos días pelee porque no me retiraran y que estaba dispuesto a seguir la batalla.
5. Solicito evaluar la respuesta del documento de contestación de la presidencia de la república No. OFI17-00104622 del 25 de Agosto de 2017 en el que se me ubica y reconoce en una discriminación negativa en el área laboral por parte de la Policía Nacional y que comprobaría mi razón sobre que mi puesto de trabajo estaba siendo perseguido para ser eliminado del campo laboral en la Policía Nacional.
6. Solicito como aseguradora evaluar documento policial que proviene de la Dirección General de la Policía con el cual se comprueba que estaba para cuando firme el contrato de seguro en plenas capacidades porque había sido llamado a curso de ascenso el 24 de Mayo de 2017.
7. Solicito admitir documento No. 132412 del 15 de Diciembre de 2017 en el que peticionaba ante el señor Director de la Policia Nacional y rogaba para que fuera llamado a ascender por cumplir los presupuestos de la ley 1168 de 2007 y asi cumplía una vez mas con el hecho de no querer perder mi trabajo para solicitar una poliza.

Anexo: (1) Uno, desprendible de pago mes de Marzo 2018,(2) Dos, acto administrativo emitido por autoridad medico laboral, Copia oficio No. 061934 el 16 de Junio de 2017,Copia oficio No. CE3A62AF del 10 Agosto de 2017, Copia oficio No. OFI17-00104622 del 25 de Agosto de 2017, Copia oficio llamamiento ascenso del 24 de Mayo de 2017,Copia oficio No. 132412 del 15 de Diciembre de 2017,Copia recibo pago de arriendo en un inquilinato de la Calle 94 a Numero 9-83 del Barrio la Esperanza de Bogotá, Copia registro civil de mi hijo menor, Copia acto administrativo de la Unidad de Victimas RUV de mi cuidadora.

Atentamente

WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO
Cedula : 79715859 de Bogota
Direccion de notificación: Calle 94 a Numero 9-83 del Barrio la Esperanza de Bogotá
Correo electronico: wolp75@icloud.com.
abogadolaboralencolombia@~~hotmail.com~~.
abogadolaboralencolombia@outlook.es.

Bogotá D.C, 12 de junio de 2018
OBSP-18 - 1.188-RUI - 6530

Señores
BANCO PICHINCHA S.A
Calle 20 No 42-81 Piso 4
TEL: 6501050
Bogotá

POLIZA:	994.000.000.012
TOMADOR:	BANCO PICHINCHA S.A
ASEGURADO:	WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO
RECLAMACION:	No. 670 - 16 - 2018 - 31280

Respetados Señores.

Atentamente hemos recibido los documentos mediante los cuales solicitan la afectación del amparo por Incapacidad Total y Permanente, luego de que el pasado 19 de febrero de 2018, fuese calificado el Sr. Wolfrando Pedraza Camelo, por medio del Tribunal Médico Laboral de las Fuerzas Militares, sobre el particular, nos permitimos manifestar lo siguiente:

El Sr. Wolfrando Pedraza Camelo, firmó la declaración de asegurabilidad al momento de solicitar el crédito número 3352467, iniciando su cobertura a partir del 14 de noviembre de 2017, fecha en que fue desembolsado; en la declaración antes enunciada, el asegurado manifestó no padecer ni haber padecido de ninguna enfermedad, en los siguientes términos:

"Para efectos de la elaboración del certificado declaro que: Mi estado de salud es bueno, no padezco, ni he padecido enfermedades congénitas o afecciones tales como: Cardiovasculares, Sida, Hipertensión Arterial, Cáncer ni Diabetes y en la actualidad no sufro de enfermedades agudas o crónicas, afecciones o adicciones que incidan sobre mi estado de salud. No he sido sometido a tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón de las enfermedades mencionadas anteriormente o de dolencias directamente relacionadas con ellas en forma causal o consecuencial. Tanto mis actividades como mi profesión u oficio son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales. He sufrido o sufro de alguna enfermedad? SI NO (…)"

Ahora bien, de la revisión de la documentación aportada como soporte de su reclamación, entre otros, la calificación de invalidez, se establece que las enfermedades motivadoras de la calificación son: Trasrtono de la personalidad, ruptura de ligamento y menisco, hemiparesia, hernia hiatal y fractura de húmeros, patologías diagnosticadaa y tratadas antes de noviembre de 2017, es decir antes de ingresar como asegurado de la póliza que se solicita afectar.

OBSP-18 - 1.188-RUI - 6530

Al respecto, el numeral 1.2.1.2.1 de las Condiciones Generales de la póliza de seguro de vida grupo, en relación con las exclusiones de la cobertura de Incapacidad Total y Permanente, establecen que no habrá lugar a afectar el contrato de seguro bajo dicha cobertura cuando:

"(...) 1.2.1.2.1 Exclusiones, Cuando el evento generador de la Incapacidad Total y Permanente, se haya producido con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado (…)"

Es importante resaltar, que la Aseguradora asume los riesgos de conformidad con el diligenciamiento del cuestionario que considera pertinente para la evaluación del riesgo al momento de hacer la suscripción, dicho formulario debe ser tramitado por cada asegurado. El Sr. Wolfrando Pedraza Camelo, presenta unos antecedentes importantes de salud que no manifestó al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad; esto interfiere con el eficaz desarrollo del contrato de seguro, de acuerdo a lo indicado en el artículo 1058 del Código de comercio, que enuncia:

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

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

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

De acuerdo a los postulados jurídicos, anteriormente enunciados, señalamos que el Sr. Wolfrando Pedraza Camelo omitió informar que era una persona que padecía de trasrtono de la personalidad, ruptura de ligamento y menisco, hemiparesia, hernia hiatal y fractura de húmeros, contexto que no sólo agrava el riesgo, sino que aumenta las probabilidades de complicarlo en el futuro; para nuestro caso particular, podría indicarse que dichos diagnósticos son factores de riesgo, presentándose así un nexo causal entre las circunstancias no mencionadas en la declaración de asegurabilidad y el origen de la calificación de la invalidez del asegurado.

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

OBSP-18 - 1.188-RUI - 6530

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

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

> "*9.- El artículo 871 del Código de Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».*
>
> *Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibidem, según el cual el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro (…) Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (…) Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 (…) Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.*
>
> *Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere 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 inquiere 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.*

OBSP-18 - 1.188-RUI - 6530

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

En consecuencia, dado que las patologías que dieron origen a la incapacidad del Sr. Wolfrando Pedraza Camelo se encontraban presentes al momento de ingresar a la póliza vida grupo deudor que se pretende afectar, Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, le informa que objeta la reclamación presentada y declina el pago de la indemnización solicitada, basándonos en las condiciones generales de la póliza y conforme el artículo 1058 del Código de Comercio.

Con toda atención,

GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Copia NEGOCIOS CORPORATIVOS // Dra. Cristina Vanegas
Intermediario: DELIMA MARSH S.A.

Elaboro: jsanchez

ASEGURADORA SOLIDARIA
OFICINA PPAL
10001
100010055537
Quick

DIRECCION GENERAL
CORRESPONDENCIA
14 AGO 2019
RECIBIDO PARA ESTUDIO Y VERIFICACION

Bogota 12 de Agosto de 2019

Señores
COOPERATIVA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Bogota

Ref: Reclamo

De manera respetuosa solicito que mi HABEAS DATA Y DATOS PERSONALES que ustedes usaron de manera indebida sean reestablecidos o corregidos dentro de mis derechos constitucionales, asi:

RAZONES DE HECHO

1. Aseguradora Solidaria de Colombia contrario a lo que se estipula por la jurisprudencia en la sentencia C-011 de 2008,UTILIZO,CONSULTO Y REPORTO de manera inapropiada mi información privada, reservada y de mi propio conocimiento para EVALUAR Y VERIFICAR mi HISTORIA CLINICA MEDICA MAGNETICA Y FISICA que reposaba en las bases de datos de la POLICIA NACIONAL sin orden judicial." *Aquella que solo interesa al titular en razón a que esta estrechamente relacionada con la proteccion de sus derechos a la dignidad humana,la intimidad y la libertad; como es el caso de los datos sobre la preferencia sexual de las personas ,su credo ideologico o político, su información genética, sus habitos,etc".*Se debe hacer claridad que la información allí contenida además atendio los derechos de mis hijos menores de edad que también fueron objeto de tratamiento medico en las mismas terapias que allí se desarrollaron para conmigo, por lo que pido urgentemente protección para ellos.
2. Para USAR MIS DATOS se valio o utilizo formato llamado DECLARACION DE ASEGURABILIDAD,DECLARACION Y AUTORIZACION de la misma aseguradora y me hizo firmar(informar) obligatoriamente para despojarme de mis derechos establecidos en el Articulo 34 de la ley 23 de 1981.
3. El dia 12 de Junio de 2017 en Bogota firme(informar)para Aseguradora Cooperativa Solidaria la DECLARACION DE ASEGURABILIDAD y el 16 de Junio de 2017 fue aceptada mediante correo por el Banco Pichincha dentro del procedimiento que se llevaría a cabo para otorgar la cobertura(seguro) una vez evaluada y verificada la información que allí se consignaba por mi.
4. El dia 14 de Noviembre de 2017 firme(informe) para Aseguradora Cooperativa Solidaria la DECLARACION DE ASEGURABILIDAD dentro del procedimiento que se llevaría a cabo para otorgar la cobertura(seguro) una vez evaluada y verificada la información que allí se consignaba por mi.
5. Para el mes de Noviembre y Diciembre de 2017 se realizo el desembolso del dinero que había solicitado durante todo el 2017, por cuanto había pasado la etapa de estudio del crédito y había esperado a que la aseguradora se reservara el derecho de otorgar la cobertura firmada(informada) del dia 12 de Junio de 2017 y el 14 de Noviembre de 2017 tal, es decir cumpli tal y como lo exigen dentro del mismo criterio de asegurabilidad que firme(informe) que en su parte final dice,*"La aseguradora se reserva el derecho a otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada por el solicitante del seguro".*Osea se tomaron 6 meses para el desembolso del dinero junto a la cobertura.
6. ASEGURADORA COOPERATIVA SOLIDARIA declaro cual era el tratamiento que había hecho o como había obrado con mis datos de la DECLARACION DE ASEGURABILIDAD antes de la firma del contrato mediante oficio del 12 de junio de 2018. Alli claramente confeso cual había sido el uso a mis datos personales o "Informacion sensible" y del porque había perdido mi libertad a ejercer el control de mis datos.

   6.1"El señor Wolfrando Pedraza Camelo firmo la declaración de asegurabilidad al momento de solicitar el crédito numero 3352467".

   6.2"Es importante resaltar,que la aseguradora asume los riesgos de conformidad con el diligenciamiento del cuestionario que considera pertinente para la evaluación del riesgo al momento de hacer la suscripción"(12 de junio de 2017 y 14 de noviembre de 2017)(...)
7. Aseguradora cooperativa solidaria de Colombia según oficio del 12 de Junio de 2018 NO estaba facultada según la misma empresa para solicitar la autorizacion de mis datos personales y administración de los mismos, ya que como se vio NO lo acepto(oficio 12 de junio de 2018) y solo fue una parte del recuadro de la declaración de asegurabilidad que le gusto , es decir, la que denomina declaración de asegurabilidad otras líneas de crédito(empresas y libranzas), en tanto que la

DECLARACION Y AUTORIZACION que esta debajo de la anterior, pues como no les conviene a ellos, NO la confiesan como que se hubiera llenado por mi, lo cual no es asi. Para la practica de las pruebas pueden ustedes ver la declaración nuevamente y aceptar que si tenían la autorizacion y por eso si obtuvieron, compilaron, sustrajeron, ofrecieron, vendieron, intercambiaron, enviaron, compraron, interceptaron, divulgaron, modificaron empleando códigos personales,datos personales contenidos en ficheros, archivos, bases de datos o medios semejantes mi información clínica privada. Para terminar de consumarlo ustedes como empresa han reclutado a mis hijos dentro de esta falla empresarial y los hacen victimas dentro de este suceso.

8. Aprovechando la confianza depositada por mi revelaron o dieron a conocer el contenido de la información en perjuicio de mi familia y mi vida misma.
9. Ahora, asi como la objeción presentada, no pueden utilizar el corredor de seguros como lo hicieron para inculparlo por su error, ya que ustedes confesaron que ustedes eran la empresa encargada del administración, manejo, tratamiento y almacenamiento de mis datos.

CONCLUSIONES

- Los datos personales obtenidos por ustedes no fueron para el uso que se les autorizo, es decir, nunca autorice para que los datos de la historia clínica fueran tratados de forma fraudulenta para conseguir desconocerme mis propios derechos, y menos la autorice para defraudar a terceros como son mis hijos que resultan comprometidos porque ustedes no me garantizaron la seguridad de los datos personales y el habeas data.
- Entiendase que el cuestionario y las circunstancias averiguadas tiene que ver con mi estado de salud, se debe hacer claridad entonces que el asegurador no hace una pregunta expresa sobre determinada circunstancia por lo que se debe precisar que no la toma encuenta para formarse una opinión respecto del estado del riesgo[1],sin embargo, aunque no tuviera importancia para el asegurador saber todo mi estado de salud por el cuestionario personal, se puede ver como utilizo la HISTORIA CLINICA MEDICA magnética y física que reposaba en las bases de datos de la Policia Nacional para sus maniobras de captación ilegal de datos.
- Se debe analizar como la aseguradora cooperativa solidaria quiere negar su responsabilidad respecto del acceso al historial medico personal y de mi familia con su lectura a los documentos de la historia clínica reservada en la Policia Nacional y que tiene en su poder desde el 12 de Junio de 2017 en adelante, y peor aun, hasta tres años después de mi muerte. A partir de lo dicho, se puede evidenciar lo que la autorizacion puede servirle a la aseguradora, solo es en lo que a la empresa le conviene. Porque como vimos dijo en el oficio el 12 Junio de 2018 que no la tenia (autorizacion) y esto es faltar a la verdad, unicamente podría afirmarse con lo que confiesa en el oficio del 12 de Junio de 2018, que la aseguradora se ha valido de esa ausencia supuesta por ellos para negarme los derechos al seguro que provenían de esa autorizacion, mas aun, si claramente tienen hoy todos los permisos de almacenamiento de la historia clínica que les concedi y están vigentes. Ahora, y si la tenían porque era la única forma de autorizarme el crédito, pues carece de todo sentido que hoy digan en el oficio del 12 de Junio de 2018 que la vieron pero en solo un poco, lo que revela es que como que no les conviene, entonces han rematado diciendo sobre que mis datos personales no eran los que vieron y menos que ese informante o firmante no era yo el que los había autorizado.
- La compañía aseguradora encartada utilizo la información correspondiente a historial medico sensible personal para el estudio de los riesgos y asi otorgo mi cobertura del seguro con los estudios que hizo desde el 12 de Junio de 2017 sobre el crédito que se desembolso el mes de Noviembre y Diciembre de 2017, por lo que la detección, monitoreo y control se ha hecho y se probo con lo contestado por la empresa de manera fraudulenta, por lo que sin objetivo preciso para lo cual fuere informada la autorizacion de intervención de la información es una clara violación a mis derechos como Colombiano.
- De ese mismo modo, en virtud de su declaración *"la aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura (seguro de vida deudores)una vez EVALUADA Y VERIFICADA la información aquí consignada por el solicitante del seguro"* ,se puede afirmar que el criterio de asegurabilidad y autorizacion que ustedes utilizaron para ver mi historia clínica medica personal donde se contenia información privada de mis consultas a los médicos y de mi familia que estaba asistiendo conmigo a algunos especialistas como parte del protocolo en atención medica, les permitió conocer mi origen racial o

[1] C.S.J.Cas.Civil,sentencia de 19 de Diciembre de 2005,M.P.EDGARDO VILLAMIL PORTILLA.exp.1997-5665-01-

étnico, mi orientación política, mis convicciones filosóficas y religiosas, mi presencia en organizaciones de derechos humanos que contenían información reservada, mis datos relativos a la salud, a la vida sexual y los datos biométricos.

VIOLACION DE PRINCIPIOS

1. Al de veracidad por el registro, detección y divulgación de datos parciales y fraccionados, a lo que se traduce en que deliberadamente se inducen al error premeditado de ustedes mismos para defraudar la responsabilidad que les asistía sobre la obligación pactada conmigo.
2. Al principio de finalidad porque no se informó que la historia clínica médica sensible mía que les entregaba el 12 de Junio de 2017 hacia parte de un fraude para desconocer la finalidad que en realidad acoge la autorización en la declaración de asegurabilidad. Es decir, no me informaron previamente que la historia clínica solamente seria utilizada por ustedes como defensa en un proceso judicial que yo les impusiera para el pago de la poliza, además no la utilizaron para la finalidad de la misma autorización, que era, para que corroboraran mis antecedentes médicos mucho antes de la entrega del dinero o de que el contrato se firmara como se pueden dar cuenta con la firma de la declaración de asegurabilidad del 12 de Junio de 2017.
3. Por infraccion al principio de veracidad o calidad al tratar mis datos provenientes de la historia clínica reservada de forma parcial,incompleta,fraccionada, lo que me induce al mismo error sin salida por culpa de su falta de seriedad.
4. Violación al principio de finalidad por no haber informado previamente sobre que el uso de los datos de la historia clínica reservada iba a servir para que la empresa aseguradora únicamente se lucrara y defender asi sus intereses económicos.
5. Por afectar el principio de libertad al obtener la aseguradora mis datos personales que provenían de la historia clínica sensible para divulgarlos en medios de comunicación masiva con ausencia de mandato legal o judicial y sin que la autorizacion que les entregue sea o fuera aceptada y asegurada por ustedes mismos.
6. Por infringir el principio de regulación restingida, porque irregularmente ustedes han administrado ilimitadamente mis datos personales afectando asi su naturaleza.
7. Por violar el principio de transparencia, porque como empresa aseguradora no garantizo mi derecho a obtener información acerca de la existencia de datos que me concernían.
8. Por violar el principio de temporalidad porque la información que les concedi con la autorizacion para conocer sobre mi vida personal fue suministrada a todos los analistas de riesgos de la empresa para el conocimiento y análisis de los mismos el 12 de Junio de 2017 sobre si aprobar o no la cobertura del seguro mucho antes del desembolso del dinero o de la firma del contrato, por lo que la empresa aseguradora la siguió utilizando de forma fraudulenta hasta para servirle de insumo mi historial médico y así objetar o desconocer su obligación económica que me asiste con datos que solo a mi me pertenecen.
9. Por violación del principio de interpretación integral de derechos constitucionales, porque no interpretaron en armonía con sus formatos en un plano de equilibrio con el derecho a la información previsto en el articulo 20 de la Constitucion y los demás derechos constitucionales aplicables.
10. Por infringir el principio de seguridad, porque no manejaron la recolección de los datos con las medidas técnicas que eran necesarias sobre mi información genética y biológica para asegurar los registros evitando asi su adulteración y utilizando esto último como excusa para adulterar la autorización de la declaración de asegurabilidad y seguir con el uso de la misma ilícitamente.
11. Por adulterar los datos que yo entregue con las copias de la historia clínica e informe y declarar hechos no constitutivos del derecho para asi defraudarme, manifestando gravemente que sus respuestas provenían del formulario de asegurabilidad cuando no es asi, por lo que atentaron como empresa aseguradora en Colombia el principio de confidencialidad.

RAZONES DE DERECHO

- El Articulo 15 de la Constitucion Política de Colombia establece" todas las personas tienen Derecho a su intimidad personal y familiar y a su buen nombre y el estado debe respetarlos y hacerlos respetar (...).
- Sentencia C-734 de 2011 sobre el suministro de la información médica privada a terceros.

- Según ley 795 de 2003 que modifica el Decreto 663 de 1993 establece el deber de reserva de las entidades financieras denominada "reserva financiera", segun el Articulo 72 del Estratuto Organico del sistema financiero(EOSF) que establece claramente el deber que tienen las entidades vigiladas por la SFC,de utilizar de manera apropiada ,absteniéndose de utilizar indebidamente o divulgar información sujeta a reserva.
- Circular Externa 052 de 2007(modificada por la CE 042 de 2012),disposición incorporada actualmente al numeral segundo del capitulo primero del titulo segundo, parte primera de la Circular Externa 029 de 2014 expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia, la cual tuvo como objetivo establecer requisitos y calidad en el manejo de la información.
- Decreto 4327 de 2005 y el Estatuto Organico del sistema financiero en su literal c del numeral 1 del articulo 11 se ha considerado necesario que en Colombia se debe instruir a las entidades sometidas para el manejo de la información a través de los diferentes medios y canales utilizados para la distribución de los productos y servicios que ofrecen a sus clientes y usuarios.
- Circular Externa 042 de 2012 que modifico la CE 052 de 2007 y circular 029 de 2014 expedida por la SFC en donde establece los requisitos minimos de seguridad y calidad en el manejo de la información.
- Circular Externa 052 de 2004 referente al Sistema de Administracion de Riesgo Crediticio(SARC) en su numeral 2.4.6 denominado "mecanismos de divulgación en relación con los reportes de información a centrales de riesgo".
- Ley 1266 de 2008 que entro a regular con el claro objetivo de desarrollar el derecho constitucional que tienen las personas de conocer,actualizar y verificar la información que se haya recogido de estas en las bases de datos.
- El contrato de seguro se encuentra debidamente definido y desarrollado a partir de los artículos 1306 y subsiguientes del Codigo de Comercio,asi como también se establecen ciertas disposiciones regulatorias que le son extensibles en el Decreto 663 de 1993(EOSF)y la cirtuclar Externa Basica Juridica 029 de 2014(la cual recogio el contenido de la Circular Externa 007 de 1996).
- ley 1581 2012 para efectos de garantizar la debida protección de datos personales y sensibles de los consumidores que acceden al mercado para solicitar seguros y estos procedan a analizar los riesgos particulares de cada cliente, con el objeto de determinar si resulta procedente o no la asegurabilidad, de acuerdo con lo establecido en el articulo 1056 del Codigo de Comercio.
- Ley 1273 de 2009 mediante la cual se adiciono el bien jurídico tutelado denominado"De la protección de la información y de los datos".
- Ley 1328 de 2009 imparte especiales lineamientos en materia de protección al consumidor financiero y los compromisos para no develar la información sensible de los consumidores sin autorizacion.
- Según la ley 1581 de 2012 autorizacion consiste en el consentimiento que debe mediar siempre que se pretenda utilizar por parte de las compañías de seguros e intermediarios de seguros la información personal de consumidores financieros(tomadores,asegurados, beneficiarios).En relación con la autorizacion para el tratamiento de datos personales, en reiteradas oportunidades la Superintendencia de Industria y Comercio se ha pronunciado sobre el particular, estableciendo que "en materia de manejo de información personal, el consentimiento exigido es además calificado , por cuanto debe ser previo, expreso e INFORMADO.Sobre el particular, en la Sentencia C-1011 de 2008 se sostuvo que tales características concretan la libertad del individuo frente al poder informatico(...).En relación con el carácter previo, la autorizacion debe ser suministrada, en una etapa anterior a la incorporación al dato (...). En relación con el carácter expreso, la autorizacion debe ser inequívoca,razón por la cual, al contrario de lo sostenido por algunos intervinientes, no es posible aceptarse la existencia, dentro del ordenamiento jurídico colombiano, de un consentimiento tacito.
- Resolucion 1995 de 1999 "La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

PETICION

1. Se corrija el documento de fecha 12 de Junio de 2018 emitido por su entidad y el cual afecta gravemente mis derechos, e inmediatamente se pague el saldo insoluto de la obligación Poliza 994.000.000.012 al crédito del Banco Pichincha

3352467 por existir la clara vulneración de mis derechos a la intimidad, buen nombre y dignidad, dado que como empresa infringieron textos normativos que regulan el uso indebido de la información privada, privilegiada,reservada y sensible como consumidor de servicios o cliente suyo. Vale la pena destacar, que aun no se encuentra terminada la relación contractual con usted que administra mis datos(según el formato solo puede fenecer hasta dentro de 3 años después a que yo muera)por lo que posee mi historia clínica medica en su totalidad magnética y física sobre mi salud, y es por esto, que no debe la empresa seguir haciendo el mismo uso que ha venido dándole para defraudar esta relación negocial, por lo tanto solicito que mi historia clínica que le entregue el 12 de Junio de 2017 por medio de la autorizacion de asegurabilidad sea guardada y protegida como lo dicta la ley, a lo que debe informarme con soporte mensualmente que los datos que usted ha recibido el 12 de Junio de 2017 están protegidos completamente para la protección de los mismos dentro de los términos de la ley; pero además, tiene que suspender sus actos ilícitos e ilegales sobre mi información, porque al estarla exponiendo o exhibiendo a terceros como ya se comprobó con el oficio del 12 de Junio de 2018 se seguirá afectando como hasta hoy mi vida y mi familia para lo que no son cargas que como ciudadano deba soportar.

2. Si el punto anterior no se resuelve de manera satisfactoria con lo pedido para mi como afectado y mi familia, y como la única manera de resarcir su daño comprobado al uso indebido para provecho propio de la información contenida en historia clínica reservada, personal y sensible es este, solicito entonces amablemente informar del tratamiento de protección que ustedes le han hecho y le van a dar a las copias de mi historia clínica magnética y física que tienen en su poder. Asi mismo, suplico que la información de mis hijos menores de edad que mi historia clínica contiene no sea expuesta mas por su empresa para provecho y asi obtener la compilación, sustracción, venta, intercambio, envio y divulgación de la misma como quedo probado con el oficio del 12 de Junio de 2018 en el que ustedes aceptaron por la misma aseguradora solidaria, que yo había firmado la autorizacion para que ustedes sacaran o extrajeran copia de las bases de datos de la Policia sobre mi historial de salud. Pero mas alla de que ofrecieron y de que usaron la información medica de mi historia clínica para su provecho, solicito dejar de emplear los códigos personales que provienen de la historia clinica para contestar las reclamaciones que haga sobre el siniestro que ustedes no quieren pagar, toda vez que como ya se dijo ustedes me pidieron la autorizacion y yo la firme dos veces, y fue para que únicamente se usara antes de la firma del contrato, pero nunca, para que sirviera la copia en todo momento para manosearla después del contrato o para un proceso judicial; en tanto que solicito, se me entregue la copia magnética y física de la copia misma que ustedes poseen o tienen en sus oficinas de mi historia privada clínica que fue pedida o requerida a la Policia Nacional desde el 12 de Junio de 2017.

Anexo: (1)Copia Declaración de asegurabilidad día 12 de Junio de 2017, (2)Copia declaración de asegurabilidad 14 de Noviembre de 2017,(3)Copia oficio 12 de Junio de 2018 firmado por la misma aseguradora.

Atentamente

WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO
CC. 79715859
Correo electrónico: Abogadolaboralencolombia@outlook.es

BANCO PICHINCHA

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
(solo debe ser diligenciado por el deudor)

En el evento de siniestro, autorizo a Banco Pichincha S.A. a descontar del pago de la indemnización el saldo insoluto de la Deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro, el excedente, si lo hubiere, solicito le sea entregado a los beneficiarios que se encuentran descritos a continuación en sus respectivos porcentajes.

BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE CÉDULA	PARENTESCO	%

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA CRÉDITOS DE VEHÍCULOS Y/O FUNCIONARIOS DEL BANCO.

MARQUE X

Yo, _____ identificado con cédula de Ciudadanía No. _____

Estatura	Peso
m	Kg

IMC

Declaro que:

( ) En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.

( ) Padezco o he padecido, alguna de las siguientes enfermedades:

☐ Asma ☐ Diabetes gestacional ☐ Hiperlipidemia ☐ Hipertiroidismo ☐ Linfadenitis ☐ Varices en miembros inferiores
☐ Colesterol elevado ☐ Duodenitis ☐ Hipertensión ☐ Hipoglicemia ☐ Reflujo gastroesofágico ☐ Fiebre reumática (sin complicaciones)
☐ Colitis no autoinmunes ☐ Hernia Hiatal ☐ Esofagitis ☐ Hipotensión ☐ Síndrome de colon irritable ☐ Otra enfermedad
☐ Diabetes ☐ Hernia Inguinal ☐ Gastritis ☐ Hipotiroidismo ☐ Triglicéridos elevados Cúal? _____

Ingiere usted: ☐ De 6 a 20 tragos por semana ☐ Más de 20 tragos por semana Ingiere usted: ☐ De 6 a 20 cigarrillos por semana ☐ Más de 20 cigarrillos por semana

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad
Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad

* En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades entonces se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD OTRAS LÍNEAS DE CRÉDITO (EMPRESAS Y LIBRANZAS)

MARQUE X

Yo, Wolfrando Pedraza Camelo identificado con cédula de Ciudadanía No. 79715859

El abajo firmante, declaro que:

(X) En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.

( ) Padezco o he padecido, alguna de las siguientes enfermedades:

☐ Hipertensión Arterial ☐ Hipotiroidismo ☐ Colesterol Alto ☐ Otra enfermedad
☐ Diabetes Mellitus ☐ Hiperlipidemia ☐ Triglicéridos Alto Cúal? _____

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad
Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad

* En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades entonces se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud individual de seguro, que tengo conocimiento que la póliza se otorgara en consideración a la veracidad de las declaraciones contenidas en esta solicitud y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, el seguro quedará viciado de nulidad en los términos del Artículo 1058 del código de comercio.

Declaro que conozco los fines para los cuales serán tratados mis datos o los de la persona que represento en el marco del seguro, así: (i) Atención de solicitudes, gestión integral del seguro y contratos con las Compañías; (ii) Transmisión de mis datos a terceros para el cumplimiento del contrato de seguro; (iii) Control y prevención del fraude; (iii) Consultar y usar la información de bases de datos públicas o privadas, legalmente autorizadas; (iv) Con fines de verificación del riesgo crediticio, solicite, procese, verifique y consulte, a los operadores de bancos de datos o centrales de información autorizados por la legislación, incluidos DATACREDITO y CIFIN; (v) Fines estadísticos, de consulta, y técnico-actuariales; (vi) Trasferir o transmitir información a terceros con quienes celebre contratos de transferencia o transmisión de datos.

Autorizo a la aseguradora para que use, consulte y/o reporte a las centrales de información de riesgos, cualquier información relativa a mis hábitos de pago, al cumplimiento que he dado a mis obligaciones y a mi información comercial disponible, sin perjuicio de lo estipulado por el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a la aseguradora para acceder a mis historias clínicas y demás documentos sobre mi estado de salud, y a los médicos y entidades hospitalarias para que suministren a dicha aseguradora tales documentos, aun después de mi fallecimiento.

Declaro que desarrollo en forma normal mis actividades, que mi profesión u oficio son lícitos y que no tengo ni he tenido amenaza de secuestro o en contra de mi integridad personal en los últimos tres (3) años.

Declaro que acepto las condiciones particulares y generales de la póliza de Vida Grupo a que accede esta solicitud.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los 12 días del mes Junio del año 2017 en la ciudad de Bogotá.

LOS SIGUIENTES TEXTOS SON INDEPENDIENTES ENTRE SÍ. CON CADA REGISTRO USTED OTORGA O NO, UNA AUTORIZACIÓN EN RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES:

SI (X) NO ( ) 1. Autorizo a las Compañías para que con mis datos efectúe la promoción de programas de beneficios, realice la oferta de productos o servicios de las Compañías, realización de encuestas y otros fines comerciales, financieros o publicitarios a través de mensajes de texto (SMS), correo electrónico, , entre otros, y/o comparta mis datos con terceros vinculados o con los que tengan o llegare a tener algún tipo de relación comercial

SI (X) NO ( ) 2. Autorizo a las Compañías para que comparta mis datos con terceros que efectúen o apoyen su gestión de cobranza.

SI (X) NO ( ) 3. Autorizo a las Compañías para que permitan el tratamiento de mis datos personales a sus matrices, filiales, subsidiarias, vinculadas o controladas.

Como titular de la información, conozco que me asisten los derechos previstos en la Ley, en especial, conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior,

Firma del Cliente

Wolfrando Pedraza Camelo

Nombre

C.C. No. 79715859 de Bogotá

Recuadro de la huella digital

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Gráficas Cosmos Ltda. NIT. 860077464-8 PBX 3538447 / 67 / 48 - Bogotá D.C.

MA-GEN-FM-002 V4 REV DIC 2016

11/18

BANCO PICHINCHA

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD
(solo debe ser diligenciado por el deudor)

En el evento de siniestro, autorizo a Banco Pichincha S.A. a descontar del pago de la indemnización el saldo insoluto de la Deuda a la fecha de ocurrencia del siniestro, el excedente, si lo hubiere, solicito le sea entregado a los beneficiarios que se encuentran descritos a continuación en sus respectivos porcentajes.

BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE CÉDULA	PARENTESCO	%

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD PARA CRÉDITOS DE VEHÍCULOS Y/O FUNCIONARIOS DEL BANCO.

MARQUE X

Yo, _____ identificado con cédula de Ciudadanía No. _____

Estatura	Peso
m	Kg

IMC

Declaro que:

( ) En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.

( ) Padezco o he padecido, alguna de las siguientes enfermedades:

- ☐ Asma
- ☐ Colesterol elevado
- ☐ Colitis no autoinmunes
- ☐ Diabetes
- ☐ Diabetes gestacional
- ☐ Duodenitis
- ☐ Hernia Hiatal
- ☐ Hernia Inguinal
- ☐ Hiperlipidemia
- ☐ Hipertensión
- ☐ Esofagitis
- ☐ Gastritis
- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Hipoglicemia
- ☐ Hipotensión
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Linfadenitis
- ☐ Reflujo gastroesofágico
- ☐ Síndrome de colon irritable
- ☐ Triglicéridos elevados
- ☐ Varices en miembros inferiores
- ☐ Fiebre reumática (sin complicaciones)
- ☐ Otra enfermedad

Cúal? _____

Ingiere usted: ☐ De 6 a 20 tragos por semana ☐ Más de 20 tragos por semana

Ingiere usted: ☐ De 6 a 20 cigarrillos por semana ☐ Más de 20 cigarrillos por semana

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad
Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad

* En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades entonces se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD OTRAS LÍNEAS DE CRÉDITO (EMPRESAS Y LIBRANZAS)

MARQUE X

Yo, Wolfgando Pedroza Camelo identificado con cédula de Ciudadanía No. 79.715.859

El abajo firmante, declaro que:

(X) En la fecha me encuentro en buen estado de salud y mi habilidad física no se encuentra de alguna manera reducida.

( ) Padezco o he padecido, alguna de las siguientes enfermedades:

- ☐ Hipertensión Arterial
- ☐ Diabetes Mellitus
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Hiperlipidemia
- ☐ Colesterol Alto
- ☐ Triglicéridos Alto
- ☐ Otra enfermedad

Cúal? _____

En caso de haber padecido alguna enfermedad de las mencionadas anteriormente explique:

Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad
Enfermedad	Año Diagnóstico	Tratamiento	Estado Actual de la Enfermedad

* En caso de no haber marcado ninguna de las enfermedades entonces se entenderá que me encuentro en buen estado de salud.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud individual de seguro, que tengo conocimiento que la póliza se otorgará en consideración a la veracidad de estas declaraciones; y que en el evento de no coincidir ellas estrictamente con la realidad, el seguro otorgado quedará viciado de nulidad en los términos del Artículo 1058 del Código de Comercio. Autorizo a la Aseguradora para que use, consulte y/o reporte a las centrales de información de riesgos, cualquier información relativa a mis hábitos de pago, al cumplimiento que he dado a mis obligaciones y a mi información comercial disponible, sin perjuicio de los estipulado por el Artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo a la aseguradora para acceder a mis historias clínicas y demás documentos sobre mi estado de salud, y a los médicos y entidades hospitalarias para que suministren a dicha aseguradora tales documentos, aun después de mi fallecimiento. Declaro que desarrollo en forma normal mis actividades, que mi profesión u oficio son lícitos y que no tengo ni he tenido amenaza de secuestro o en contra de mi integridad personal en los últimos tres (3) años.

Declaro que acepto las condiciones particulares y generales de la póliza de Vida Grupo a que accede esta solicitud.

Como Constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los 14 días del mes Noviembre del año 2017 en la ciudad de Bogota.

Firma y Huella Solicitante del Seguro

C.C. 79.715.859

Huella índice derecho

El diligenciamiento y suscripción de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la Aseguradora, ni implica obligación alguna de otorga el Seguro de Vida al que accede. La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada por el solicitante del Seguro.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | BANCO PICHINCHA S.A. | Establecimiento Bancario

Grafica Colonia Ltda. Nit. 860271.184-1 PBX: 2035441 / 421 41 41 - Bogotá D.C.

BANCO PICHINCHA

Bogotá 16/06/2017

Señor (es):
PEDRAZA CAMELO WOLFRANDO
Ciudad

Respetado Señor(a):

Para el **BANCO PICHINCHA** es muy grato darle la bienvenida a nuestra entidad. Queremos informarle que se realizó la apertura de la cuenta RENDIPROPOSITO NO. 410674464 Solicitada a su nombre.

A continuación relacionamos los documentos, reglamentos y servicios asociados al producto:

- Tarjeta débito y asignación de clave
- Asignación de clave Banca Virtual
- Chequera (aplica sólo para cta. cte.)
- Brochure Información útil
- Cuadernillo de reglamentos

Ahora que forma parte de nuestro Banco, esperamos mantener y fortalecer esta nueva relación comercial, prestándole un excelente servicio para la atención integral de sus necesidades y expectativas financieras.

Cordialmente,

PAOLA PIZA USAQUEN
OFICINA 7 AGOSTO
CRA 24 # 63 D 15
6501050 EXT. 812034

Bogotá D.C, 23 de agosto de 2019
OBSP-19 - 4.776-RUI - 6530

Señor
WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO
CALLE 94A No 5-20
TELEFONO 3204263104
BOGOTA- CUNDINAMARCA

POLIZA:	**994.000.000.012**
TOMADOR:	**BANCO PICHINCHA S.A**
ASEGURADO:	**WOLFRANDO PEDRAZA CAMELO**
RECLAMACION:	**No. 670 - 16 - 2018 - 31280**

Respetado Sr. Wolfrando.

En respuesta a su comunicación de fecha 12 de agosto de 2019, mediante el cual solicita se revise los términos de objeción contenidos en nuestra comunicación OBSP-18-1188-RUI-6530, a continuación, nos permitimos informar:

Sea ésta la oportunidad de aclarar que el manejo de datos personales realizados por Aseguradora Solidaria De Colombia Entidad Cooperativa, se rige bajo los parámetros establecidos en la Ley 1581 De 2012, encontrándose plenamente facultada por usted, mediante autorización expresa realizada en la declaración de asegurabilidad, en donde manifestó haber leído entendido y aceptado la información que se encontraba registrada en el formulario de declaración de asegurabilidad, con el cual facultaba a la aseguradora para darle tratamiento a sus datos, situación que se ratifica con firma y huella. Poniendo de presente que el tratamiento de los mismos únicamente ha sido empleado en virtud de contrato de seguro de la referencia.

Por otra parte, una vez hemos revisado los soportes que obran en el expediente, contrastados con los argumentos expuestos en su comunicación, no encontramos argumentos que permitan reconsiderar nuestra decisión, toda vez que la reticencia, se configura al momento en que se le pregunta en la declaración de asegurabilidad de manera expresa "*¿ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente? ¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?"* con omisión de la respuesta.

Como se mencionó en el comunicado de objeción, el artículo 1058 del Código de Comercio, indica que se debe informar el estado real del riesgo, y por ello se pregunta los diagnósticos o tratamientos que haya tenido el asegurado, con el fin de evaluar las condiciones de asegurabilidad, siendo el trastorno de la personalidad, ruptura de ligamento y menisco, hemiparesia, hernia hiatal y fractura de humero, unas patologías importantes como antecedentes que usted debió informar al momento de diligenciar la solicitud individual de seguro para el crédito el día 14 de noviembre de 2017.

OBSP-19 - 4.776-RUI - 6530

Por lo anterior, teniendo en cuenta que no hay elementos nuevos que modifiquen la decisión de la Aseguradora, nos permitimos ratificar los términos de objeción ya que usted no manifestó los antecedentes médicos arriba mencionados como se evidencia en los documentos aportados en su momento para el estudio de la reclamación.

Con toda atención,

GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Intermediario: Nova Seguros // Alejandro Fajardo.
Elaboro: jsanchez
Revisó: Gadiaz

CONSECUTIVO No. 68151

ACTA DE TRIBUNAL MÉDICO LABORAL DE REVISIÓN MILITAR Y DE POLICÍA No.**TML18-1-152** MDNSG-TML- 41.1 REGISTRADA AL FOLIO No. 298 DEL LIBRO DE TRIBUNAL MÉDICO LABORAL.

LUGAR Y FECHA: BOGOTÁ, D.C. 19 de febrero del 2018

INTERVIENEN: **CT. MED. JOSÉ LUIS GÓMEZ RUEDA**
Representante Dirección de Sanidad Fuerza Aérea Colombiana
ST. MED. JULIO CESAR PADILLA AGREDO
Representante Dirección de Sanidad Ejército Nacional
DR. CIRO JOEL JOYA HERNANDEZ
Representante Dirección de Sanidad Policía Nacional

ASUNTO: SESIÓN DEL TRIBUNAL MÉDICO LABORAL DE REVISIÓN MILITAR Y DE POLICÍA PARA ANALIZAR LAS MODIFICACIONES DE SECUELAS E INCONFORMIDADES PRESENTADAS POR EL SEÑOR **IT PEDRAZA CAMELO WOLFRANDO** IDENTIFICADO CON LA CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 79.715.859 EXPEDIDA EN BOGOTÁ, D.C., CONTRA LA JUNTA MÉDICA LABORAL No. **1322 DEL 28 DE NOVIEMBRE DE 2001, Y LA JUNTA MEDICO LABORAL No. 575 del 27 DE ENERO DEL 2017** REALIZADAS EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ, D.C.

En Bogotá, D.C. el día 15 de febrero del 2018, se reunieron los médicos integrantes del Tribunal Médico Laboral, con el fin de dar aplicación al artículo 21 del Decreto 1796 de 2000, actuando como última instancia de las reclamaciones contra las decisiones de las Juntas Médico Laborales, para lo cual se procederá a analizar:

I. SOLICITUD

El señor **IT PEDRAZA CAMELO WOLFRANDO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.715.859 expedida en Bogotá, D.C., natural de Bogotá, D.C.-Cundinamarca, nacido el 12 de octubre de 1975, de 42 años de edad, residente en la Carrera 64A Numero 22-14 Apartamento 901 Torre 4 Salitre alto reservado –Bogotá. D.C., Teléfonos: 3125926603,Correo Electrónico: wolo75@icloud.com , mediante oficio radicado en el Ministerio de Defensa Nacional el día 28 de abril de 2017 realizó la convocatoria del Tribunal Médico Laboral al presentar modificación de secuelas , con los resultados de la Junta Médica que le fue practicada, argumentando que: " *Solicito al honorable Tribunal Medico Laboral se sirva modificar la calificación de las secuelas hechas dentro de la misma junta en relación con las lesiones surgidas dentro del servicio como Policía y con fundamento base en los motivos que expondré a continuación: Ortopedia Como se puede ver en la Junta 1322 que anexo, la artrosis degenerativa fue calificada con un decreto que no la contenía como una enfermedad incapacitante, al contrario, el día de hoy mi rodilla mantiene una limitación funcional en un porcentaje mayor del que fue calificado, hasta tal punto que la secuela es incapacitante y el dolor es constante al querer caminar nada más. La limitación funcional coexiste en la rodilla izquierda y el 10% con el que fue valorado ya no lo es hoy. Las Cicatrices y queloides Son extensos que interfieren con las funciones de las regiones valoradas dentro de la misma junta medico laboral 1322, y no corresponden al grado de afectación que se debió considerar con el defecto estético en la cara, el oído, la cabeza del lado izquierdo. Pelvis A pesar de haber sido valorada la fractura en pelvis dentro de los antecedentes de la JML 1322, no se consideró para la valoración medico laboral completa en un examen riguroso y así determinar lesiones que poseía y son latentes hoy. Piel En la misma junta se analizaron mis antecedentes médicos, pero al momento de la calificación de las enfermedades de acuerdo a la normatividad no se demuestra su aplicación, así: -Poseo pérdida total de cuero cabelludo en la ceja izquierda junto a desfiguración facial en la misma zona de la ceja izquierda que estrecharon concéntricamente el campo visual y me produce dentro de otros síntomas lagrimeo. -Poseo perdida del cuero cabelludo también en la cabeza en la región parietal izquierda donde se produjo la cicatriz y perdida del cuero cabelludo en la cara interna de la rodilla que no fueron valoradas dentro de la JML 1322. -Además de la disminución funcional en*

el oído izquierdo poseo deformidad física en el mismo oído causada por cicatriz hipertrófica retro articular del pabellón auricular izquierdo que no fueron valoradas dentro del mismo examen JML 1322. -Tanto en el pabellón auricular izquierdo, la región parietal izquierda a nivel del cuero cabelludo y cicatriz ensanchada alopécica en ceja izquierda y en la cara interna de la rodilla no fueron valoradas como Lesiones que dejaran como secuelas las discromías que hoy demuestro en mi presentación personal, lo cual, es notable la alteración estética de mis lesiones y que no fueron valoradas de acuerdo al texto normativo. Y *mediante oficio del 26 de mayo de 2017 I. Se aclare desde la visión lineal de la condición de discapacidad ya que deficiencia es provocada en si por una enfermedad laboral, la discapacidad implica una restricción o falta de capacidad para realizar una actividad pero no una deficiencia total si tiene tratamiento, la minusvalía fue calificada por la JML 575 del 27 de Enero de 2017 nada más, ya que si bien existe una barrera que me impide desarrollar el rol que se espera de un individuo de iguales características como las mías, no es menos cierto que pueda desarrollar mejor otras funciones. 2. De ser posible, señores honorable Tribunal Medico Laboral, cualificar la verdadera, legal y real valoración a las limitaciones en la actividad para el desempeño o realización de actividades, y así evaluar desde los factores ambientales la viabilidad de mi servicio, ya que al cambiar quizás el ambiente físico, social y actitudinal en el las personas viven podría yo tener una segunda oportunidad dentro de la institución. 3. De las estructuras corporales dichas por la clasificación internacional de discapacidades y las actividades de participación se puede decir que las funciones corporales se deben evaluar por la gravedad y no por señales subjetivas de los médicos. 4. Se otorgue la reubicación laboral de acuerdo a mi disminución de capacidad. 5. Se revoque las decisiones de la JML 575 del 270117 por ser contrarias al derecho y no estar ajustadas a la ley 6. Se otorguen los reconocimientos económicos de acuerdo al literal C del artículo 24 del decreto 1796 del 2000.", (sic).*

Mediante Resolución No. 61 del 29 de junio de 2017, y por Resolución N° 28 del 15 de febrero del 2018 se autoriza la Junta Médico Laboral No. 575 del 27 de enero del 2017, el Señor Secretario General del Ministerio de Defensa Nacional en su calidad de Presidente del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía, autorizó la presente convocatoria

II. ANTECEDENTES

Dentro del expediente del señor **IT PEDRAZA CAMELO WOLFRANDO** aparece registrada la Junta Médico Laboral No. **1322 DEL 28 DE NOVIEMBRE DE 2001** y la **Junta Medico Laboral No. 575 del 27 DE ENERO DEL 2017,** realizada en la ciudad de Bogotá, D.C., y cuyas conclusiones determinaron:

- **Por la Junta Medico Laboral N° 1322 del 28 de noviembre de 2001**

Al paciente le fue efectuado examen sicofísico general para la presente diligencia, la cual se verifica de acuerdo con el concepto y la intervención personal del especialista

Se le ha practicado Junta Médica Laboral: NO

Se le ha practicado Tribunal Médico Laboral: NO

Antecedentes del Informativo: 1. No. 003, del 221097, MEBOG, Literal A. Accidente de tránsito, herida en las piernas y fractura en el acetábulo Izquierdo (Oreja y luxación pelvis). 2. No. 002/01 del 040401 MEBOG: Literal A. Actividad deportiva, fractura trabecular platillo tibial Izquierdo. X.X.X.

III. CONCEPTOS DE ESPECIALISTAS:
1° ORTOPEDIA: 250900: Ruptura L.C.M. Rodilla Izquierda, lesión menisco; tratamiento quirúrgico limitación funcional mínima del 10%, artrosis secundaria mínima DR. LUIS PEÑARANDA. Papel de seguridad folio No 0002550. 230800: Trauma de pelvis no reciente. No secuelas DR. LUIS PEÑARANDA Papel de segundad folio No. 0006488 2° CIRUGÍA PLÁSTICA: 060598: Cicatriz de 5 centímetros en región parietal Izquierda a nivel del cuero cabelludo cicatriz hipertrófica retroauricular, 1/3 proximal del pabellón auricular izquierdo. Cicatriz ensanchada alopécica en ceja

izquierda y cicatriz de 12 centímetros en cara interna de la rodilla sin alteración funcional, DR. DAVID DIAVANERA. 3° NEUROCIRUGIA: 280601 : TCE. Sin secuelas *DR.* CESAR BUITRAGO Papel de seguridad folio No. 0004398. X.X.X

VI. CONCLUSIONES.

A. Antecedentes-Lesiones-Afecciones-Secuelas

1° Artrosis leve rodilla izquierda X.X.X.

2° Cicatriz pabellón auricular y ceja izquierda X.X.X.

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

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL - APTO. X.X.X.

C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.

Presenta una disminución de la capacidad laboral de:

DIEZ Y OCHO PUNTO CERO POR CIENTO (18.0%)

D. Imputabilidad del servicio.

De acuerdo al Artículo 24 del Decreto 1796/2000 le corresponde el literal: A: EN EL SERVICIO PERO NO POR CAUSA Y RAZON DEL MISMO. X.X.X.

E. Fijación de los correspondientes índices.

De acuerdo al Artículo 24 del Decreto 1796/ 2000, le corresponde los siguientes índices:

A.1° NUMERAL 1-191	LITERAL	–	INDICE	7
A.2° NUMERA L 10-003-	LITERAL	a	INDICE	1

Nota: El numeral A. 1° está relacionado con el Informe administrativo No. 002/2001 del 040401, MEBOG, Literal A. El numeral A. 2° está relacionado con el informe administrativo No. 003 del 221097, MEBOG, Literal A. X.X.X

- **Por la Junta Medico Laboral N° 575 del 27/01/2017**

Al paciente le fue efectuado examen psicofísico general para la presente diligencia el 27/02/15 **Dra. Ángela Castañeda,** quien solicita ortopedia y psiquiatría. El 12/01/16 La sala solicitó salud ocupacional, gastroenterología, neurología, fisiatría.

Se le ha practicado Junta Médica Laboral:

No.1322 28/11/2001, BOGOTA D.C., POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 003/97 MEBOG, LITERAL A DCL 18%, INCAPACIDAD NO AMERITA INCAPACIDAD, APTO INDICES ASIGNADOS 10-003 a 1, 1-191.7

No.1193 23/07/2007, BOGOTA D.C., POR INFORME ADMINISTRATIVO N° 001/05 DEL 05/02/05 PLOCO, LITERAL B DCL 18%, INCAPACIDAD NO AMERITA INCAPACIDAD, APTO INDICES ASIGNADOS 0,

Se le ha practicado Tribunal Médico Laboral:

TML No. 16-650 mdnsg-tml41.1 del 10/11/2016, BOGOTA D.C., Folio Registro Nro. 141, Tribunal Médico Modifica la JML 1193 dcl anterior 18 DCL actual 6.56 y DCL total 24.56.INDICES asignados 1 - 108 a Indices 2 derecho.

Antecedentes del Informativo:

N1. 2016-001 13/05/16 ESMEB, LITERAL A, Accidente por Arrollamiento, CONTUSION PIERNA IZQUIERDA, TRAUMA CONTUNDENTE EN CABEZA, TRAUMA HOMBRO IZQUIERDO.

III. CONCEPTOS DE ESPECIALISTAS:

1. PSIQUIATRIA: SISAP EVENTO 223 23/05/16 **MESA DE EXCUSADOS: Dra. Pilar Hernández** psiquiatra, **Dr. Alejandro Lombana** psiquiatra, **Dra. Lelis Sánchez** salud ocupacional, **Dra. Liliana Munevar** psicología. Paciente con antecedente de patología mental crónica, por presentar sintomatología de características depresivas, y alteración comportamental con características Francamente impulsivas e intentos de suicidio que ha requerido dos ocasiones hospitalización por unidad de salud mental, refiere que persiste con alteraciones anímicas y comportamentales. Se realiza junta médica en Presencia de profesionales en psiquiatría psicología Social, Educación Especial, **Doctores Quiroga, Rodríguez, Gutiérrez, García, Janer, Cobos, Conde, Lanús, Moncayo, Flor, Parraga,** Cifuentes. Luego de valorar al paciente y revisar su historia clínica se determina que tiene un diagnóstico de: trastorno orgánico de la personalidad asociado a epilepsia, trauma cráneo encefálico y depresión, esta última como un epifenómeno de la lesión frontal ya que tuvo trauma frontal por el accidente. Al examen mental paciente ingresa por sus propios medios, adecuada presentación personal, ejerce buen contacto visual y verbal, dramático, y teatral, alerta, orientado, no alteración sensoperceptiva, afecto no resonante, no delirios, introspección adecuada

juicio de realidad conservado. Al paciente con sintomatología de características comportamentales mal adaptativas, asociado a organicidad y Trauma craneoencefálico pronostico malo. DX, neurosis depresiva, trastorno orgánico de la personalidad asociado a epilepsia. Paciente con restricción total en el porte y uso de armamento, no porte de uniforme, no turnos nocturnos, no permanecer en unidades policiales, continuar tratamiento. Cierre concepto psiquiatría. 2. **NEUROLOGIA SISAP EVENTO 216** 04/05/16 **Dr. Daniel vega** RM13352256. Paciente con cuadro de crisis parciales complejas, recibió tratamiento con ac valproico con pobre adherencia a la medicación, sin embargo refiere, disminución de los episodios de alteración parcial de la conciencia. Antecedentes Enfermedad vascular cerebral antiguos en arteria cerebral media izquierda. Estable hemodinamicamente, alerta orientado PINR 3+ no compromiso oculomotor ni de pares bajos, hemiparesia, hemihipoestesia derecha. no signos meníngeos, cuadro compatible con crisis parciales complejas. Se continua ácido valproico a 250 mg cada 12 h. se insiste en la importancia de la adherencia a la medicación. Video telemetría de 18 h normal. 3. **FISIATRIA SISAP EVENTO 225** del 26/05/16 **DR CAMILO CHAVEZ** Registro médico 80032574 MC: "tuve un trauma en la cabeza 'a: - Trauma craneoencefálico en 2006. - en seguimiento por psiquiatría, neurología y ortopedia con dx de trastorno de la personalidad, crisis parciales complejas y gonalgia con condromalacia (no manejo Qx). - refiere sensación de hemiparesia y de hipoestesia derechas. - limitación funcional secundaria: marcha con tropiezos. Se revisa Resonancia Magnética Cerebral: pequeña zona de malacia - giro pos central izquierdo. Puede corresponder a infarto antiguo vs. Secuelas de trauma. Refiere: "los impulsos me llegan tarde, cuando algo me toca no lo siento de inmediato sino que llega tarde". Buen estado general. - circunferencia extremidades: brazo derecho 31.5 cm, izquierdo 31 cm. muslos 51 cm bilateralmente. – fuerza muscular: 3-/5 en abductores y flexores de hombro derechos. 4/5 en resto de extremidades (hallazgo no reproducible; al desvestirse tenia iguales arcos de movilidad activa). - sensitivo: hipoestesia en muslo derecho y en mano derecha. Con estimulo no hay contracción de abdominales tanto derechos como izquierdos. - tono muscular normal. - marcha sin laterpulsion. *N* paciente con síntomas referidos que no son reproducibles al examen físico. Adicionalmente no hay hallazgos que sugieran compromiso completo de hemicuerpo no hay diferencia en el tropismo muscular. Se evaluara la vía somato sensorial de manera objetiva mediante potenciales evocados somato sensoriales de 4 extremidades. 4. **ORTOPEDIA SISAP EVENTO 162** del 16/07/15 **Dra. Blanca Magaña** RM289692. Fractura de epífisis superior de humero. Clínicamente el hombro izquierdo presenta una movilidad casi completa aun con cierto dolor, signos de pinzamiento dudosos. Secuelas: dolor hombro izquierdo con movimiento repetitivos o de fuerza de hombro los cuales deben ser evitados continuar manejo sintomático. 5. **COLONOSCOPIA** 18/01/16 **DOCTOR HERNAN BALLLEN** RM79285258 Reporte de colonoscopia normal.6.EVDA 02/06/16 Resultado biopsia gastritis crónica, hernia hiatal H. pylori **++/+++ Dra. Consuelo Barandita.** Resultado del 01/06/16: esofagitis péptica grado B, hernia hiatal de 3 cm, gastritis nodular antral. 7. POTENCIALES SOMATOSENSORIALES NERVIOS MEDIANO Y TIBIAL BILATERAL de la 12/09/16 respuesta reproducible con tiempos de conducción normales y simétricos, conclusión: estudio dentro de límites normales. Dra. Carolina Mancipe RM46373829. 8. **SALUD OCUPACIONAL SISAP EVENTO 221** 17/05/16 **Dr. Uriel Cruz** RM13841758 antecedente de insomnio ansiedad, depresión y convulsiones de " dos años de evolución" en tratamiento por salud mental y neurología. Labora en ESMET como responsable de proyección social durante 2 años, en la in situación 21 años. Con excusa total y parcial de servicio dos años. Actualmente excusado total desde hace 2 meses. Concepto final de viabilidad de reubicación laboral: funcionario con antecedente de enfermedad vascular cerebral antigua en arteria cerebral media, crisis parciales complejas, trastorno orgánico de la personalidad, en tratamiento por neurología y salud mental con mejoría parcial. Excusa total y parcial de servicio en los dos últimos años. Informa el funcionario que no sabe; cuantas veces he convulsionado, ni cuánto tiempo llevo excusado del servicio porque la que sabe todo eso es mi esposa y ella no vino; por lo anterior y teniendo en cuenta los cargos desempeñados, el tiempo en la institución, los conceptos de los médicos tratantes y sus patologías, se considera que no presenta habilidades ni destrezas para realizar labores administrativas, de instrucción ni de docencia ni actividades que tiendan a fortalecer las relaciones de la comunidad con la institución Policía Nacional

IV. SITUACION ACTUAL

Esta JML es autorizada por el Señor Director de Sanidad, mediante oficio N°.6 del 06/01/2017 DISAN-ARMEL.

V. ANALISIS DE LA SITUACION

Paciente en buenas condiciones generales. Talla 1.62. Peso 77 kg TA: 125/80 FC: 74, FR: 16, Cabeza: Normal. Cardiopulmonar: Ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, no agregados pulmonares con adecuada ventilación de ambos campos pulmonares. Abdomen: no masa ni mega lías. Miembros Superiores: hombro izquierdo con limitación al realizar movimientos de aducción y abducción y rotación por dolor, fuerza y tono normales, pinza y agarre normal. Miembros Inferiores: arcos de movilidad articular dentro de límites normales con clic a la flexión forzada de la rodilla izquierda (ya calificada en JML), marcha punta talón normal Realiza cuclillas sin dificultad. Columna Vertebral: Normal. Neurológico: marcha normal, polígona de sustentación normal, no se parecía adiadococinecia ni movimientos oculares a normales . Examen Mental: consiente, alerta, orientado en tres esferas, juicio y raciocinio conservados, afecto plano.

Se revisan antecedentes medico laborales suministrado por el Área sin foliar, se revisa Historia Clínica en el Sistema integral de salud de la Policía Nacional (SISAP). SI TIENE TML, SI TIENE JML PREVIA. LOS MIEMBROS DE LA JUNTA MEDICA LABORAL LUEGO DE VALORAR AL PACIENTE Y ANALIZAR EL CASO DECIDEN DEJAR AL PACIENTE NO APTO SIN POSIBILIDAD DE REUBICACION LABORAL YA QUE PRESENTA UNA PATOLOGIA DE ORDEN MENTAL Y NEUROLOGICO , LA CUAL LE IMPIDE REALIZAR LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA POLICIA NACIONAL, DE IGUAL FORMA NO ES POSIBLE SU REUBICACION EN LABORES ADMINISTRATIVAS O DE DOCENCIA O DE INSTRUCCIÓN YA QUE EL PACIENTE TIENE RESTRICCION AL PORTE Y USO DE ARMAMENTO, TURNOS NOCTURNOS, NO USO DE UNIFORME Y NO PUEDE PERMANECER EN UNIDADES DE POLICIALES.

VI. CONCLUSIONES.

A. Antecedentes-Lesiones-Afecciones-Secuelas

1. NEUROSIS DEPRESIVA, TRASTORNO ORGANICO DE LA PERSONALIDAD ASOCIADO A EPILEPSIA.
2. HEMIPARESIAS E HIPOESTESIAS DERECHAS DESCARTADAS MEDIANTE POTENCIIALES SOMATOSENSORIALES
3. FRACTURA DE EPÍFISIS SUPERIOR DE HUMERO IZQUIERDO
4. ESOFAGITIS PÉPTICA GRADO B, HERNIA HIATAL DE 3 CM, GASTRITIS NODULAR ANTRAL

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

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL - **NO APTO. Por Artículo 58 g, 68 a y b, REUBICACION LABORAL NO.**

C. Evaluación de la disminución de la capacidad laboral.

Presenta una disminución de la capacidad laboral de:

Actual: TREINTA Y UN PUNTO TREINTA Y TRES PORCIENTO 31.33 %

Total: CINCUENTA Y CINCO PUNTO OCHENTA Y NUEVE PORCIENTO 55.89% D.Imputabilidad del servicio.

De acuerdo al Artículo 24 del Decreto 1796/2000 le corresponde el literal:

En el servicio piro no por causa y razón del mismo, es decir, enfermedad y/o accidente común, Se trata de Accidente Común.

E. Fijación de los correspondientes índices.

De acuerdo al Artículo 71 del Decreto 094/1989, modificado y adicionado por el Decreto Ley 1796 de 2000, le corresponde los siguientes índices:

A.1 GRUPO 3 ARTICULO 79 SECCION B SICOSIS ORGANICA NUMERAL 3-017 LITERAL a 9 INDICES

A.2. NO AMERITA ASIGNACION DE INDICE LESIONAL

A.3. GRUPO 1 ARTICULO 77 SECCION G MIEMBROS SUPERIORES NUMERAL 1-086 LITERAL izq. 2 INDICES

A.4. GRUPO 8 ARTICULO 84 ESOFAGO NUMERAL 8-026 LITERAL b 8 INDICES

NOTA: A1 Y A3 RELACIONADO CON INFORME 2016-001 13/05/16 ESMEB, LITERAL A, A4 ORIGEN COMUN.

III. SITUACIÓN ACTUAL

El señor IT **PEDRAZA CAMELO WOLFRANDO** se presentó solo a la sesión del Tribunal el día 15 de febrero del 2018, y exhibió el documento de identidad No. 79.715.859 expedida en Bogotá, D.C.

Manifestó bajo la gravedad de juramento que no le ha sido practicado otro Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía, por la misma Junta Médico Laboral objeto de la presente revisión. Acto seguido se le hizo saber que en el evento de faltar a la verdad el presente pronunciamiento no generará reconocimiento prestacional alguno y se tramitarán las acciones legales correspondientes.

Se procedió a ponerle de presente el documento contentivo de la solicitud de convocatoria de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía y se leyó el objeto de su petición, ante lo cual el paciente se ratificó en ella y refiere que desea que la patología mental, neurosis depresiva y epilepsia se le califique como enfermedad profesional, ya que fue consecuencia de un accidente del año 2006, que le califiquen las parestesias de hemicuerpo derecho, que tiene una malacia en la cabeza. Refiere que en el año 2014 fue valorado por psiquiatría por presentar agresividad alteración en el comportamiento, lo valoran en la Clínica la Inmaculada y lo dejan hospitalizado durante un mes, le dijeron que tenía Psicosis y le ordenan medicamentos, en el 2016 estuvo por 15 días en manejo de Hospital Día, ha continuado con controles periódicos mensuales, ultima valoración por psiquiatría hace 8 días, en la actualidad medicado con Lorazepam 1 mg, Mirtazapina y ácido valproico, se encuentra incapacitado por psiquiatría desde el año de 2014, incapacidad total y a veces parciales. Desea que lo reubiquen laboralmente. Vive con una hermana, separado con 3 hijos, que vive con la madre. Además refiere que se cayó de su propia altura y s e golpeo el brazo izquierdo el cual operan. Refiere que la rodilla se encuentra cada día peor que tiene una limitación en un porcentaje mayor del qué fue calificado, y a sus cicatrices se le deben considerar el defecto estético.

Capacitaciones:
No aporta
Refiere ser Administrador de Empresas, de la EAN, Año 2003, no aporta certificado.

Documentos que aporta el Paciente:
Ninguno diferente a los aportados en la solicitud de convocatoria.

IV. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Los integrantes del Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía procedieron a efectuar examen físico evidenciando: Paciente en aceptables condiciones generales, ingresa solo por sus propios medios, adecuada presentación personal consciente, alerta orientado en las tres esferas, pensamiento lógico, responde coherentemente al interrogatorio con precisión, mantiene la mirada con los examinadores, juicio y raciocinio conservado, edad cronológica acorde con edad aparente. Rodilla izquierda presenta limitación a los diferentes arcos de movimiento, con roce patelo femoral, además con cicatrices traumáticas a nivel de cara posterior de pabellón auricular izquierdo de 2 cm no visible , otra en arco superciliar izquierda de 2 cm y una tercera en cuero cabelludo, hipocrómicas, no queloideas, no adheridas a planos profundos, no producen limitación funcional. No presenta atrofias musculares en lado derecho de muslos ni de brazos.

V. CONSIDERACIONES

- **Por la Junta Médico Laboral Nº 1322 del 28 de noviembre de 2001**

Con el fin de resolver la situación médico laboral del señor **IT PEDRAZA CAMELO WOLFRANDO**, al cual le fue practicada Junta Médico Laboral No. **1322 DEL 28 DE NOVIEMBRE DE 2001**, realizada en la ciudad de Bogotá, D.C., por parte de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, con los resultados antes consignados y luego de cotejar las conclusiones de ésta con su estado médico laboral actual, se realiza acto médico se examina paciente, se revisan antecedentes médico laborales, la documentación aportada por el calificado, concepto del especialista, y se evidencia:

1. Que el calificado presenta lesión en rodilla izquierda por artrosis ; que ocasiona limitación funcional leve, esta lesión fue calificada con el único numeral e índice lesional que el Decreto 094 de 1989 contempla para este tipo de secuela, por lo anterior se decide Ratificar lo calificado en la Primera Instancia, por corresponder con la realidad física actual del calificado.

2. Respecto a las cicatrices traumáticas descritas y teniendo en cuenta el porcentaje de comprometimiento de la cara y el mínimo defecto estético que producen, estas se encuentran adecuadamente valoradas en la Primera Instancia, y no presenta modificación de la secuela, por lo anterior esta Sala que se decide ratificar lo allí calificado.

3. El calificado es Apto, por estas lesiones calificadas.

4. El origen de los eventos se encuentran relacionados con los Informes Administrativos por Lesiones descritos en el acta de Junta Medico Laboral y calificados en literal A.

VI. DECISIONES

Por las razones anteriormente expuestas, el Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía decide por unanimidad **RATIFICAR** los resultados de la Junta Médico Laboral No. **1322 DEL 28 DE NOVIEMBRE DE 2001,** realizada en la ciudad de Bogotá D.C.

VII. CONSIDERACIONES

- **Por la Junta Medico Laboral N°575 del 27 DE ENERO DEL 2017**

Con el fin de resolver la situación médico laboral del señor **IT. PEDRAZA CAMELO WOLFRANDO,** al cual le fue practicada Junta Médica Laboral No. **575 DEL 27 DE ENERO DEL 2017,** realizada en la ciudad de Bogotá, D.C., por parte de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, con los resultados antes consignados y luego de cotejar las conclusiones de ésta con su estado médico laboral actual, se realiza acto médico se examina paciente, se revisan antecedentes médico laborales, la documentación aportada por el calificado, concepto del especialista, y se evidencia:

1. Que el calificado presenta "Trastorno orgánico de la personalidad asociado a epilepsia, trauma craneoencefálico y depresión, con manejo medico por los especialistas en psiquiatría y neurología, con pobre adherencia al tratamiento y con alteración parcial de la conciencia" por lo que lo calificado como deterioro mental por lesiones cerebrales irreversibles, con pequeña zona de malacia, demencia, alteración cognitiva además con epilepsia, se encuentran adecuadamente valorados y calificado en la Primera Instancia, además por corresponder a la actual aptitud psicofísica, que presenta en el momento, por lo anterior, se RATIFICA lo calificado.

2. Con "sensación de hemiparesiay de hipoestesias derechas que al examen físico el día de hoy los síntomas referidos no son reproducibles, no hay hallazgos que sugieran compromiso completo del hemicuerpo derecho" por lo anterior, la Sala decide RATIFICAR la no asignación de índices lesionales, toda vez que no hay evidencia clínica, ni paraclínica, de este tipo de lesión, es decir, se descartó hemiparesia e hipoestesias derechas.

3. De acuerdo a la endoscopia realizada, presenta hernia hiatal, sin repercusión somática, con esofagitis péptica grado B, lesión que se encuentra adecuadamente valoradas por la Primera Instancia, por lo tanto, se RATIFICA esta calificación.

4. Referente a la lesión del humero izquierdo, presenta una movilidad casi completa, con algo de dolor, lesión adecuadamente calificada, por la Primera Instancia, por lo anterior la Sala decide RATIFICAR lo calificado en la Primera Instancia.

5. Con respecto a la aptitud psicofísica, el funcionario es No Apto para las actividades policiales, ya que presenta alteración psicofísica, que no le permite desarrollar normal y eficientemente la actividad policial, correspondiente a su cargo, grado, empleo o funciones, además con causales de no aptitud tipificadas en el Decreto 094 de 1989

6. Así mismo, respecto a la recomendación de reubicación laboral del calificado, esta Instancia evidencia y considera que en concordancia a lo anteriormente expuesto la patología psiquiátrica que presenta le impiden desarrollar la labor para la cual fue incorporado a la institución, toda vez

que esta patología, le impide permanecer en este tipo de instituciones que genera estresores que pueden agravar la misma : además, el permanecer en un medio jerarquizado, en donde tiene acceso a armamento puede generar un riesgo para su salud, sus compañeros y para la comunidad que legalmente está llamado a proteger y hacen que médica y legalmente no sea apto para la actividad Policial. Es necesario manifestar por parte de esta Instancia que, cuando hay una afección psiquiátrica se considera desde el punto de vista médico, que aun en labores administrativas, reubicar laboralmente al paciente es un acto irresponsable que puede generar indefinidas consecuencias ante una reacción sorpresiva propia de estas enfermedades. En consecuencia, no se recomienda la reubicación laboral del calificado, aunado a que se encuentra incapacitado de forma total y en ocasiones de forma parcial, desde el año de 2014.

7. En lo referente al origen del evento la lesión mental por trauma craneoencefálico y por el trauma del humero izquierdo se encuentran relacionadas con el con el Informe Administrativo por Lesiones N° 2016-001 del 13/05/2016, descrito en el acta de Junta Medico Laboral y calificado en literal A.

VIII. DECISIONES

Por las razones anteriormente expuestas, el Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía decide por unanimidad **RATIFICAR** los resultados de la Junta Médico Laboral No. **575 DEL 27 DE ENERO DEL 2017**, realizada en la ciudad de Bogotá, D.C.

Se imprime en papel de seguridad consecutivo No. 68151-68152-68153-68154-68155-68156-68157-68158.

No siendo otro el motivo de la presente sesión, se da por terminada una vez leída y aprobada por los integrantes de este Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía que en ella intervinieron.

De conformidad con lo señalado en el artículo 22 del Decreto 1796 de 2000 las decisiones contenidas en la presente Acta son irrevocables y obligatorias y contra ellas solo proceden las acciones jurisdiccionales pertinentes.

CT. MED. JOSÉ LUIS GÓMEZ RUEDA
Representante Dirección de Sanidad Fuerza Aérea Colombiana

ST. MED. JULIO CESAR PADILLA AGREDO
Representante Dirección de Sanidad Ejército Nacional

DR. CIRO JOEL JOYA HERNANDEZ
Representante Dirección de Sanidad Policía Nacional

Control de legalidad: CT. ARDILA SANDOVAL DIANA – ASJUR
Elaboro: SV. RODRIGUEZ L – Edna Ramirez -L-Digitador: SP Aureliano Gutierrez Gutierrez