


**RATIFICACIÓN DE LA CONTESTACIÓN A LA DEMANDA - RAD. 2023-00360 - DTE.
ARMANDO MARTÍNEZ PARRA - DDO. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA // FRS**

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Lun 30/10/2023 11:11 AM

Para: Juzgado 06 Civil Municipal - Tolima - Ibagué <j06cmpaliba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: Diana Marcela Barbosa Cruz <dianabarbosa@bmvabogados.com>; armandomartinezparra31@gmail.com
<armandomartinezparra31@gmail.com>

 2 archivos adjuntos (5 MB)

CONTESTACIÓN DEMANDA Y ANEXOS - ASEGURADORA SOLIDARIA.pdf; CONTESTACIÓN A LA DEMANDA - RAD. 2023-00360 - DTE. ARMANDO MARTÍNEZ PARRA - DDO. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA FRS.pdf;

Señores

JUZGADO SEXTO (6°) CIVIL MUNICIPAL DE IBAGUÉ

E. S. D.

PROCESO:

VERBAL

RADICADO:

730014003006-2023-00360-00

DEMANDANTES:

ARMANDO MARTÍNEZ PARRA

DEMANDADOS:

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.

ASUNTO: RATIFICACIÓN DE LA CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de Apoderado de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con el NIT 860524654-6, representada legalmente por la doctora María Yasmith Hernández Montoya, comedidamente procedo dentro del término legal, manifiesto comedidamente que procedo a **RATIFICAR LA CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** radicada al correo electrónico oficial de este despacho (j06cmpaliba@cendoj.ramajudicial.gov.co) el día 29 de septiembre de 2023, en consecuencia, solicito se tenga por contestada la demanda con dicho memorial y sus anexos.

Atentamente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

Asunto: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA - RAD. 2023-00360 - DTE. ARMANDO MARTÍNEZ PARRA - DDO. ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA // FRS

Fecha: viernes, 29 de septiembre de 2023, 4:52:59 p. m. hora estándar de Colombia

De: Notificaciones GHA

A: Juzgado 06 Civil Municipal - Tolima - Ibagué

CC: dianabarbosa@bmvaabogados.com,
armandomartinezparra31@gmail.com

Datos adjuntos: CONTESTACIÓN DEMANDA Y ANEXOS - ASEGURADORA SOLIDARIA.pdf

Señores

JUZGADO SEXTO (06) CIVIL MUNICIPAL DE IBAGUÉ

E. S. D.

PROCESO: VERBAL

RADICADO: 730014003006-2023-00360-000

DEMANDANTE: ARMANDO MARTÍNEZ PARRA

DEMANDADO: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.**, tal como consta en el poder que se anexa, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con el NIT 860524654-6, representada legalmente por la doctora María Yasmith Hernández Montoya, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar la **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA** formulada por Armando Martínez Parra en contra de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda.

Del señor Juez,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

Señores

JUZGADO SEXTO (06) CIVIL MUNICIPAL DE IBAGUÉ

E. S. D.

PROCESO: VERBAL
RADICADO: **730014003006-2023-00360-000**
DEMANDANTE: ARMANDO MARTÍNEZ PARRA
DEMANDADO: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.**, tal como consta en el poder que se anexa, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con el NIT 860524654-6, representada legalmente por la doctora María Yasmith Hernández Montoya, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar la **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA** formulada por Armando Martínez Parra en contra de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CONSIDERACIÓN PRELIMINAR

Previo al pronunciamiento frente a la demanda, es necesario ponerle de presente al Despacho que en este proceso se hace necesaria la vinculación del BANCO GNB SUDAMERIS como litisconsorte necesario en la medida en que al ser el beneficiario a título oneroso del contrato de seguro, debe comparecer el proceso y pronunciarse sobre la solicitud de afectación del amparo del cual es beneficiario.

Sobre la oportunidad de la solicitud de vinculación del Banco GNB Sudameris como litisconsorte e

ARTÍCULO 61. LITISCONSORCIO NECESARIO E INTEGRACIÓN DEL CONTRADICTORIO. *Cuando el proceso verse sobre relaciones o actos jurídicos respecto de los cuales, por su naturaleza o por disposición legal, haya de resolverse de manera uniforme y no sea posible decidir de mérito sin la comparecencia de las personas que sean sujetos de tales relaciones o que*

intervinieron en dichos actos, la demanda deberá formularse por todas o dirigirse contra todas; si no se hiciere así, el juez, en el auto que admite la demanda, ordenará notificar y dar traslado de esta a quienes falten para integrar el contradictorio, en la forma y con el término de comparecencia dispuestos para el demandado.

*En caso de no haberse ordenado el traslado al admitirse la demanda, **el juez dispondrá la citación de las mencionadas personas, de oficio o a petición de parte, mientras no se haya dictado sentencia de primera instancia**, y concederá a los citados el mismo término para que comparezcan. El proceso se suspenderá durante dicho término.*

Si alguno de los convocados solicita pruebas en el escrito de intervención, el juez resolverá sobre ellas y si las decreta fijará audiencia para practicarlas.

Los recursos y en general las actuaciones de cada litisconsorte favorecerán a los demás. Sin embargo, los actos que impliquen disposición del derecho en litigio solo tendrán eficacia si emanan de todos.

Cuando alguno de los litisconsortes necesarios del demandante no figure en la demanda, podrá pedirse su vinculación acompañando la prueba de dicho litisconsorcio.

En ese sentido, como todos los documentos del contrato de seguro y de la obligación de crédito No. 106681366 dan cuenta de que el beneficiario del contrato de seguro es el Banco GNB Sudameris, es imperativo que el despacho ordene su vinculación al contradictorio para el efectivo ejercicio del derecho a la defensa.

CAPÍTULO I

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL HECHO 1: No me consta lo indicado en este hecho por cuanto la primera póliza expedida por mi representada al señor Armando Martínez Parra inició su vigencia el 31 de julio del año 2016. Luego entonces, cualquier circunstancia ocurrida antes de esta fecha no es del conocimiento de mi representada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 2: No es cierto. Tal como lo indica el demandante en sus hechos, el crédito se tomó en el año 2015 y la póliza inició su vigencia en el 2016; luego entonces la obligación no estaba amparada.

FRENTE AL HECHO 3. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por el Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 4. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por el Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 5. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por el Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 6. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por el Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 7. Es cierto.

FRENTE AL HECHO 8. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por el Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 9. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del

C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 10. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 11. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 12. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Sin embargo, es necesario aclararle al Despacho que los créditos y los seguros son colocados en el mercado por la fuerza externa e interna del Banco GNB Sudameris.

FRENTE AL HECHO 13. No es cierto como se presenta. La póliza No. 9940000002 se expidió de acuerdo a la información suministrada por el asegurado y hoy demandante, el señor Armando Martínez Parra, al Banco GNB Sudameris y remitida a mi representada. En todo caso, es necesario aclararle al Despacho que los créditos y los seguros son colocados en el mercado por la fuerza externa e interna del Banco GNB Sudameris.

FRENTE AL HECHO 14. No es cierto. Para la expedición de la póliza No. 9940000002 la compañía sí efectuó la verificación del riesgo de asegurabilidad a través del formulario diligenciado por el asegurado, en el que, partiendo de la buena fe, se tuvo como cierta la información suministrada por el señor Armando Martínez Parra según la cual no padecía ni había sido diagnosticado de ninguna patología de importancia. No obstante, el asegurado fue reticente al no declarar los antecedentes de diabetes mellitus desde el año 2014, el de retinopatía diabética desde el año 2015, el de hipertensión arterial desde el año 2017, el de desprendimiento de retina en el año 2018, el de cardiopatía isquémica con infarto agudo del miocardio en 2019 y el de enfermedad renal crónica también en 2019, todos estos con relación directa con el diagnóstico de pérdida de visión en ambos

ojos que generó la pérdida de capacidad laboral del 75% con base en la cual el demandante hoy reclama la afectación de la póliza.

Aunado a ello, es menester recordar que no existe obligación legal de la compañía aseguradora realizar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio (aplicación artículo 1158 C.Co). Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

FRENTE AL HECHO 15. Es cierto. Sin embargo, la póliza estuvo vigente solo hasta el 19 de septiembre de 2021.

FRENTE AL HECHO 16. Es cierto.

FRENTE AL HECHO 17. No es cierto como se presenta. Para efectos de claridad al Despacho, se cita textualmente el contenido de la cláusula décima tercera del contrato de seguro:

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.

FRENTE AL HECHO 18. Es cierto. No obstante, en el caso concreto ninguno de estos amparos podrá ser afectado porque la póliza para los hechos objeto de litigio no presta cobertura material ni temporal y, además, el contrato de seguro resulta nulo por la reticencia del asegurado.

FRENTE AL HECHO 19. No es cierto como se presenta. El señor Armando Martínez Parra no declaró ninguno de sus antecedentes médicos causando con ello la nulidad del contrato de seguro por reticencia, empero, ello no significa que mi representada haya avalado tal omisión con la firma de ingreso. Ello, por cuanto no existe obligación legal de la compañía aseguradora realizar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo. En ese orden de ideas, la compañía

aseguradora, partiendo del principio de buena fe, avala la expedición de la póliza de acuerdo al certificado de asegurabilidad, sin que ello implique que cuando se demuestre la reticencia del asegurado no pueda alegarse la nulidad del contrato de seguro, tal como ocurre en el presente caso.

FRENTE AL HECHO 20. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 21. Lo indicado en este hecho configura una confesión del apoderado en los términos del artículo 193 del Código General del Proceso. El apoderado está confesando que las enfermedades son anteriores a la vigencia de la póliza en el año 2021 y, con ello, ratifica la nulidad del contrato de seguro por la reticencia del asegurado ya que para el año 2021, cuando se expidió la última póliza al demandante, ya contaba con el antecedente de pérdida parcial de visión y omitió informar esta situación a la compañía aseguradora.

FRENTE AL HECHO 22. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 23. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 24. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 25. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del

C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 26. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 27. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 28. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 29. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 30. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 31. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 32. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 33. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 34. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 35. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 36. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 37. No es cierto. El dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Armando Martínez Parra bajo ninguna circunstancia materializa el siniestro de amparo de incapacidad total y permanente por cuanto para que ello sucediera, era necesario que la pérdida iniciara y se consumara durante la vigencia de la póliza. Sin embargo, lo anterior no ocurrió porque dada la reticencia del asegurado, el amparo inició cuando ya el señor Armando Martínez padecía de afectaciones graves en su visión. De esa forma, el siniestro nunca se configuró por cuanto para los hechos objeto de litigio la póliza no presta cobertura material ni temporal y, además, el contrato de seguro es nulo por reticencia del asegurado.

FRENTE AL HECHO 38. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 39. No es cierto. En este caso el señor Armando Martínez Parra no podrá ser beneficiario de ninguno de los amparos de la póliza No. 994000003 comoquiera que ha causado la nulidad del contrato de seguro al haber omitido su estado real de salud y las patologías previamente diagnosticadas al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad. Además, es imperioso aclararle al demandante que el beneficiario del amparo no es el demandante, sino el Banco GNB Sudameris, tal como consta en la carátula de la póliza, que por lo demás, no presta cobertura material ni temporal para los hechos objeto de litigio.

FRENTE AL HECHO 40. No es cierto. Lo que en realidad presentó el señor Armando Martínez Parra ante mi representada fue una solicitud de indemnización. No es cierto que se haya presentado una reclamación puesto que esta solo existe cuando ocurre un siniestro y, en este caso no hay siniestro porque la póliza 9940000003 no ampara las enfermedades preexistentes; luego entonces no puede haber reclamación.

FRENTE AL HECHO 41. No es cierto. Lo que en realidad presentó el señor Armando Martínez Parra ante mi representada fue una solicitud de indemnización. No es cierto que se haya presentado una reclamación puesto que esta solo existe cuando ocurre un siniestro y, en este caso no hay siniestro porque la póliza 9940000003 no ampara las enfermedades preexistentes; luego entonces no puede haber reclamación. Por lo tanto el acuse de recibo, corresponde a una solicitud de indemnización y no a una reclamación.

FRENTE AL HECHO 42. Es parcialmente cierto. Empero, se aclara que el verdadero alcance de la objeción corresponde a la omisión del señor Armando Martínez Parra de declarar los antecedentes de diabetes mellitus desde el año 2014, el de retinopatía diabética desde el año 2015, el de hipertensión arterial desde el año 2017, el de desprendimiento de retina en el año 2018, el de cardiopatía isquémica con infarto agudo del miocardio en 2019 y el de enfermedad renal crónica también en 2019.

FRENTE AL HECHO 43. No es un hecho, es una apreciación subjetiva del demandante. Sin embargo, valga la pena aclarar que, inclusive a la luz de la misma sentencia citada por el demandante, es claro que no existe tal obligación legal de la compañía aseguradora de realizar exámenes médicos previos a la expedición de la póliza. Por el contrario, lo que existe es una carga de la aseguradora de demostrar la reticencia del asegurado cuando se alega la nulidad del contrato de seguro por esta causa. Es decir, en tanto no es obligación del sector asegurador practicar

exámenes médicos previos a la suscripción del seguro, esta siempre puede alegar la nulidad del contrato demostrando que las preexistencias eran claramente conocidas por el asegurado con anterioridad a la suscripción del contrato.

En este caso, se encuentra plenamente demostrada la reticencia, pues es claro que el señor Armando Martínez conocía de sus preexistencias y no las informó. Ello por cuanto sus antecedentes habían sido diagnosticados e informados al asegurado, tal como consta en las historias clínicas de la Clínica Nuestra Señora del Rosario y de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, según la respuesta brindada por el Banco GNB Sudameris al asegurado. Además, es evidente que preexistencias como la diabetes mellitus desde el año 2014, el de retinopatía diabética desde el año 2015, el de hipertensión arterial desde el año 2017, el de desprendimiento de retina en el año 2018, el de cardiopatía isquémica con infarto agudo del miocardio en 2019 y el de enfermedad renal crónica también en 2019, son patologías con suficientes efectos notorios en la vida de los pacientes, por lo cual no es dable pensar, siquiera, que el señor Martínez podía no conocer de ellas.

FRENTE AL HECHO 44. No es un hecho, se trata simplemente de una “cita” jurisprudencial del demandante. No obstante, debe llamar la atención el Despacho en que en este hecho no se incluye la referencia de la sentencia que supuestamente se cita. En ese orden, no se puede evidenciar su alcance y veracidad.

FRENTE AL HECHO 45. No es cierto. La Aseguradora Solidaria O.C. no realizó exámenes médicos previos al contrato de seguro por cuanto no existe obligación legal de la compañía aseguradora realizar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo. Se debe aplicar tajantemente el artículo 1158 del C.Co.

FRENTE AL HECHO 46. No es cierto. En primer lugar, Aseguradora Solidaria O.C. no autoriza al Banco GNB Sudameris a diligenciar los formularios de solicitud individual por los asegurados. Sumado a ello, tampoco es cierto que mi representada o el Banco GNB Sudameris conocieran del estado de la salud del señor Armando Martínez pues este nunca informó del mismo a estas compañías. Máxime, por cuanto en todas las declaraciones de asegurabilidad del señor Martínez, este declaró no tener ningún antecedente omitiendo su estado real de salud y causando la nulidad del contrato de seguro por reticencia.

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/>		FECHA DE SOLICITUD DÍA 16 MES 10 AÑO 2019		NÚMERO DE PÓLIZA 994000000002	
DATOS DEL TOMADOR					
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> NIT No. 860.050.750-1		RAZÓN SOCIAL BANCO GNB SUDAMERIS			
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO					
TIPO DE DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI No. 8.704.934		PRIMER APELLIDO Martínez		SEGUNDO APELLIDO Pardo	
PRIMER NOMBRE Armando		SEGUNDO NOMBRE			
DIRECCIÓN DOMICILIO Calle 9 número 10-66 Centro		TELÉFONO FIJO / CELULAR		CIUDAD / MUNICIPIO Ibagué	
DEPARTAMENTO Tolima		CORREO ELECTRÓNICO			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Ibagué		DÍA 21 MES 11 AÑO 1989		GÉNERO M PESO 75 ESTATURA 1.65	
OCUPACIÓN DETALLADA <input type="checkbox"/> Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa		EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO <input checked="" type="checkbox"/> Por servicio <input type="checkbox"/> Por edad <input type="checkbox"/> Por sanidad <input type="checkbox"/> Por invalidez <input type="checkbox"/> Por sustitución			
La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado. En caso de riesgos subestándar o agravados por salud, actividad o deportes, se aplicarán las respectivas extraprimas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito. El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia					
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD					
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?		SI NO		¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)	
Cancer				Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos	
Insuficiencia renal				Hipertensión arterial	
Accidente cerebro vascular				Diabetes mellitus	
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent				Enfermedades mentales	
¿El cliente requiere remisión médica?		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			

*Documento: Declaración de asegurabilidad del 16 de octubre de 2019

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/>		FECHA DE SOLICITUD DÍA 06 MES 08 AÑO 2020		NÚMERO DE PÓLIZA 994000000002	
DATOS DEL TOMADOR					
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> NIT No. 860.050.750-1		RAZÓN SOCIAL BANCO GNB SUDAMERIS			
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO					
TIPO DE DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI No. 8.704.934		PRIMER APELLIDO Martínez		SEGUNDO APELLIDO Pardo	
PRIMER NOMBRE Armando		SEGUNDO NOMBRE			
DIRECCIÓN DOMICILIO Calle 9 número 10-66 Centro		TELÉFONO FIJO / CELULAR 3003271812		CIUDAD / MUNICIPIO Ibagué	
DEPARTAMENTO Tolima		CORREO ELECTRÓNICO			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Ibagué		DÍA 21 MES 11 AÑO 1989		GÉNERO M PESO 75 ESTATURA 1.65	
OCUPACIÓN DETALLADA <input type="checkbox"/> Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa		EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO <input checked="" type="checkbox"/> Por servicio <input type="checkbox"/> Por edad <input type="checkbox"/> Por sanidad <input type="checkbox"/> Por invalidez <input type="checkbox"/> Por sustitución			
La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado. En caso de riesgos subestándar o agravados por salud, actividad o deportes, se aplicarán las respectivas extraprimas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito. El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia.					
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD					
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?		SI NO		¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)	
Cancer				Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos	
Insuficiencia renal				Hipertensión arterial	
Accidente cerebro vascular				Diabetes mellitus	
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent				Enfermedades mentales	
¿El cliente requiere remisión médica?		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			

*Documento: Declaración de asegurabilidad del 06 de agosto de 2020.

RENTE AL HECHO 47. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Sin embargo, es de advertir que el demandante no aporta ninguna prueba que permita acreditar que efectivamente le informó al Banco GNB Sudameris sobre su real estado de salud. Por el contrario, las dos declaraciones de asegurabilidad diligenciadas por el señor Martínez lo que demuestran es que siempre omitió informar sobre su estado real de salud.

FRENTE AL HECHO 48. No es cierto. En primer lugar, es necesario aclarar que quien coloca los créditos y las pólizas en el mercado es el Banco GNB Sudameris como canal autorizado de comercialización de estos productos. Sin perjuicio de ello, igualmente hay que aclarar que el Banco GNB sí informó al señor Armando Martínez, así como a todos los asegurados, de los efectos jurídicos, legales y contractuales del contrario, así como los efectos de la omisión del verdadero estado de salud al momento de la suscripción del seguro.

Aún más, las condiciones del contrato cumplen con los requisitos del artículo 37 del Estatuto del Consumidor pues estas son claras, tanto en la carátula de la póliza como en el condicionado general de la misma, y así mismo fueron informadas y remitidas al asegurado. Por lo tanto, en la medida en que el contrato es claro, y en él se informa la consecuencia de la omisión de la enfermedad preexistente, esto es la exclusión del amparo, es claro que no procede la declaración de ineficacia de las exclusiones del contrato.

3.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES

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

*Documento: Texto informativo de las principales condiciones de la póliza.

FRENTE AL HECHO 49. No es un hecho, es una manifestación del demandante de lo que comprende el deber de información.

FRENTE AL HECHO 50. No es cierto. En primer lugar, es necesario aclarar que quien coloca los créditos y las pólizas en el mercado es el Banco GNB Sudameris como canal autorizado de comercialización de estos productos. Sin perjuicio de ello, en todo caso, el certificado de solicitud firmado por el señor Armando Martínez da cuenta de que se le brindó toda la información del producto.

FRENTE AL HECHO 51. No es cierto. El demandante no afectó la póliza de seguro mediante la solicitud de indemnización reclamación del 26 de abril de 2023, en la medida en que no probó la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del C.Co puesto que, como se ha indicado reiteradamente, a través de la información remitida por el Banco GNB Sudameris, se pudo acreditar la reticencia del asegurado pues no declaró las preexistencias de diabetes mellitus desde el año 2014, el de retinopatía diabética desde el año 2015, el de hipertensión arterial desde el año 2017, el de desprendimiento de retina en el año 2018, el de cardiopatía isquémica con infarto agudo del miocardio en 2019 y el de enfermedad renal crónica también en 2019, todos estos con relación directa con el diagnóstico de pérdida de visión en ambos ojos que generó la pérdida de capacidad laboral del 75% con base en la cual el demandante hoy reclama la afectación de la póliza.

FRENTE AL HECHO 52. No es cierto. No puede haber aplicación al artículo 1053 del Código de Comercio en la medida en lo que presentó el asegurado no fue una reclamación, sino una solicitud de indemnización. No es cierto que se haya presentado una reclamación puesto que esta solo existe cuando ocurre un siniestro y, en este caso no hay siniestro porque la póliza 9940000003 no ampara las enfermedades preexistentes; luego entonces no puede haber reclamación. Por lo tanto el acuse de recibo, corresponde a una solicitud de indemnización y no a una reclamación.

FRENTE AL HECHO 53. Es cierto.

FRENTE AL HECHO 54. No es cierto. Aseguradora Solidaria se ha abstenido de manera justificada a hacer cualquier reconocimiento en favor del señor Armando Martínez dado que la póliza No. 9940000003 no presta cobertura material ni temporal para los hechos objeto de litigio ya que no se amparan enfermedades preexistentes como es el caso del demandante.

FRENTE AL HECHO 55. No es cierto. Aseguradora Solidaria no debe intereses al señor Armando Martínez dado que el beneficiario de la póliza no es el demandante sino el Banco GNB Sudameris. Luego, pese a que no hay lugar a la afectación de la póliza, en el evento en que se considere lo contrario, y si hay lugar a intereses, estos serían a favor del Banco GNB Sudameris y no del demandante.

Sobre el momento en el que se empiezan a causar los intereses moratorios, la Corte Suprema de Justicia ha establecido en distintas oportunidades que estos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

“Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre

de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo¹.

Por lo tanto, es claro que mi prohijada no debe intereses moratorios y de ningún tipo al demandante.

FRENTE AL HECHO 56. No es cierto. Aseguradora Solidaria se encuentra plenamente amparada por la Ley para objetar la afectación de la póliza No. 994000003 por la reticencia del señor Armando Martínez Parra. Al efecto, el artículo 1058 del C.Co dispone textualmente que “*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*”. Razón por la cual el actuar de mi representada es completamente legítimo.

FRENTE AL HECHO 57. No es cierto. Aseguradora Solidaria no es responsable y no está obligada a afectar la póliza No. 994000003 en favor del señor Armando Martínez Parra por cuanto se ha configurado la causal de nulidad del contrato de seguro por reticencia del asegurado. Ello por cuanto el señor Martínez, al diligenciar las declaraciones de asegurabilidad, omitió declarar sobre sus antecedentes médicos de diabetes mellitus desde el año 2014, el de retinopatía diabética desde el año 2015, el de hipertensión arterial desde el año 2017, el de desprendimiento de retina en el año 2018, el de cardiopatía isquémica con infarto agudo del miocardio en 2019 y el de enfermedad renal crónica también en 2019, todos estos con relación directa con el diagnóstico de pérdida de visión en ambos ojos que generó la pérdida de capacidad laboral del 75% con base en la cual el demandante hoy reclama la afectación de la póliza.

FRENTE AL HECHO 58. A mi representada no le consta lo afirmado en este hecho por las Demandantes, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

CAPÍTULO II

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la totalidad de las pretensiones incoadas en la demanda por cuanto las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, por cuanto es fehaciente la nulidad del contrato de seguro por la reticencia del asegurado. Sin perjuicio de ello, me opondré a cada una de las pretensiones puesto que, en todo caso, no hay lugar al reconocimiento de ninguno de los perjuicios solicitados:

¹ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA. ME OPONGO a la declaración de existencia del contrato de seguro “póliza de vida grupo deudores No. 994000003” en la medida de que en este caso ha operado la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia del asegurado. En efecto, en este caso el señor Armando Martínez Parra omitió informar sobre su real estado de salud en la declaración de asegurabilidad para la expedición de la póliza No. 994000003 que amparó la obligación No. 106681366 generando con ello la nulidad relativa del contrato por reticencia del asegurado en los términos del artículo 1058 del C.Co. Justamente, omitió declarar sobre sus antecedentes médicos de diabetes mellitus desde el año 2014, el de retinopatía diabética desde el año 2015, el de hipertensión arterial desde el año 2017, el de desprendimiento de retina en el año 2018, el de cardiopatía isquémica con infarto agudo del miocardio en 2019 y el de enfermedad renal crónica también en 2019, todos estos con relación directa con el diagnóstico de pérdida de visión en ambos ojos que generó la pérdida de capacidad laboral del 75% con base en la cual el demandante hoy reclama la afectación de la póliza.

Una vez analizados las Historias Clínicas emitidas por la Clínica Nuestra Señora del Rosario y la Dirección de Sanidad Policía Nacional, se evidencia que, el señor Armando Martínez Parra, sufrió desprendimiento de retina en ojo izquierdo para el año 2018 intervenido quirúrgicamente y padece de Retinopatía Diabética desde el año 2015.

Dichas patologías dieron lugar a una pérdida de la capacidad laboral del 75%, otorgada por la Junta Regional De Calificación De Invalidez Del Tolima. Claramente, dichos antecedentes fueron diagnosticados con anterioridad al otorgamiento de la obligación No. 106681366 desembolsada el 22 de febrero de 2021, sin que hubiesen sido manifestadas dentro de la declaración de asegurabilidad.

Cabe mencionar que, adicionalmente, padece de Diabetes Mellitus desde el año 2014, Hipertensión Arterial desde el año 2017 y Cardiopatía Isquémica con Infarto Agudo de Miocardio y Enfermedad Renal Crónica desde marzo de 2019.

Así las cosas, la omisión de esta información se constituye en una preexistencia al inicio de la vigencia del seguro que reclama.

*Documento: Respuesta de Aseguradora Solidaria del 03 de noviembre de 2022 a reclamación No. 843-16-2022-38238.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA. ME OPONGO a la afectación de los amparos por incapacidad total o permanente y renta de libre destinación por incapacidad total o permanente de la póliza No. 9940000003 en favor del señor Armando Martínez Parra en la medida en que el contrato de seguro es nulo por reticencia del asegurado. En ese sentido, la póliza no podrá ser afectada. Además, sin perjuicio de la nulidad del contrato, en este caso también es clara la configuración de la exclusión expresa del condicionado de la póliza por las preexistencias de salud del señor Armando Martínez que no fueron declaradas a mi representada y que tampoco fueron aceptadas por esta. Esta exclusión fue debidamente informada al asegurado y también consta de forma clara y expresa en el condicionado general del seguro:

3.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES

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

*Documento: Texto informativo de las principales condiciones de la póliza.

Además, sin perjuicio de la nulidad del contrato de seguro, es necesario indicar que la póliza, en todo caso, tampoco presta cobertura material y temporal para los hechos objeto de litigio por cuanto, al no amparar enfermedades preexistentes, el caso del señor Armando Martínez Parra se encuentra expresamente excluido por el clausulado del seguro. Y aun cuando ello no fuera así, lo cierto que es que el señor Armando Martínez carece de legitimación en la causa por activa para reclamar el amparo de incapacidad total y permanente dado que el beneficiario de este amparo no es él, sino el Banco GNB Sudameris.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA. ME OPONGO a que se declare la ineficacia de pleno derecho de las exclusiones de la póliza No. 9940000003, puesto que, de conformidad con el artículo 37 del Estatuto del Consumidor, Aseguradora Solidaria O.C. cumplió con cada uno de los requisitos para la suscripción del contrato de seguro.

“ARTÍCULO 37. CONDICIONES NEGOCIALES GENERALES Y DE LOS CONTRATOS DE ADHESIÓN. Las Condiciones Negociales Generales y de los contratos de adhesión deberán cumplir como mínimo los siguientes requisitos:

- 1. Haber informado suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales. En los contratos se utilizará el idioma castellano.*
- 2. Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas.*
- 3. En los contratos escritos, los caracteres deberán ser legibles a simple vista y no incluir espacios en blanco, En los contratos de seguros, el asegurador hará*

entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías.

Serán ineficaces y se tendrán por no escritas las condiciones generales de los contratos de adhesión que no reúnan los requisitos señalados en este artículo.”

En efecto, el Banco GNB Sudameris, quien es el autorizado para colocar el producto en el mercado, informó suficiente y claramente al señor Armando Martínez Parra sobre los efectos y el alcance de las condiciones generales del seguro. Condiciones que fueron concretas, claras y completas y puestas en conocimiento al asegurado de forma previa mediante la entrega del condicionado general en donde se dice clara y expresamente que la omisión del estado real de salud constituye una exclusión para los amparos ofrecidos en la póliza. De esa forma, la póliza, su condicionado y en especial sus exclusiones son plenamente eficaces y a estas se le deben otorgar todos sus efectos jurídicos. Aún más, en el documento de solicitud individual, que fue firmado por el mismo asegurado, se muestra como se explicaron todas las coberturas y exclusiones pues allí se indican.

FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA. ME OPONGO a que se condene a mi representada a la afectación de la póliza y consecuente pago de los amparos de la misma en tanto esta pretensión es consecuencial a las anteriores y al aquellas improcedentes por la nulidad del contrato por reticencia del asegurado, la falta de cobertura material y temporal y la falta de legitimación en la causa por activa, por sustracción de materia esta también resulta completamente improcedente.

FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA. ME OPONGO a esta pretensión, en tanto que resulta consecuencial a la anterior y comoquiera que no tiene vocación de prosperidad por resultar improcedente, esta también debe ser desestimada. Además es claro que frente al momento en el que se empiezan a causar los intereses moratorios, la Corte Suprema de Justicia ha establecido en distintas oportunidades que estos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

“Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo²”.

² Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

Lo anterior, deja claro que la pretensión del Demandante en este caso no tiene vocación de prosperidad, puesto que los intereses moratorios podrían empezar a causarse solo hasta que el fallo judicial brinde certeza sobre la obligación. Toda vez que antes de proferirse el fallo, no existe certeza sobre la obligación de afectación de la póliza No. 9940000003.

CAPÍTULO III

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Objeto el juramento estimatorio presentado por el demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso en razón a que el contrato no puede hacerse efectivo toda vez que:

- **Nulidad del contrato de seguro por reticencia del asegurado:** El contrato no puede hacerse efectivo por cuanto el señor Armando Martínez Parra, fue reticente. Lo anterior, debido a que, en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado e inclusive, tuvieron relación directa y consecencial con la pérdida de capacidad laboral. De hecho, que de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.
- **Falta de cobertura temporal del contrato de seguro:** es evidente la falta de cobertura temporal de la misma dado que la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad al día 22 de febrero de 2021, es decir, previo al perfeccionamiento del contrato de seguro asociado al crédito No. 106681366. Específicamente, al señor Armando Martínez le fue diagnosticada diabetes mellitus desde el año 2014, retinopatía diabética desde el año 2015, además del episodio de desprendimiento de retina en el año 2018, diagnóstico que resulta vital a efectos del seguro, toda vez que al contrastarlo con el dictamen de PCL, se denota que la pérdida del 75% es debido a la pérdida de la visión en ambos ojos. Esto demuestra que para la fecha en que Aseguradora Solidaria asumió el riesgo, este ya se había empezado a materializar en años previos con el diagnóstico de diabetes mellitus y retinopatía diabética y sobre todo, con el episodio de desprendimiento de retina en el año 2018. En consecuencia, es inviable afectar la póliza No. 994000000003 por la indiscutible falta de cobertura temporal en los términos de los artículos del 1057 y 1073 C.Co.
- **Falta de cobertura material por tratarse de un riesgo expresamente excluido:** En el presente caso es patente la falta de cobertura material puesto que se prueba que dentro de las condiciones particulares de la póliza No. 994000000003 suscrita con Aseguradora

Solidaria de Colombia E.C., se establecieron los parámetros que enmarcan la obligación condicional y la delimitación de la extensión del riesgo asumido por mi prohijada. Así las cosas, se tiene que dentro del presente caso no existe obligación condicional de la compañía de seguros por cuanto las preexistencias del señor Martínez Parra que no fueron declaradas, están expresamente excluidas de cobertura dentro de los amparos otorgados en la póliza suscrita.

- **Falta de legitimación en la causa del señor Martínez para reclamar el amparo de ITP.** el señor Armando Martínez Parra carece absolutamente de legitimación en la causa por activa para reclamar el amparo de incapacidad total y permanente dado que, en virtud de lo pactado en el contrato de seguro, el único beneficiario de este amparo es el Banco GNB Sudameris y no el asegurado.

En este orden de ideas, es preciso reiterar que la parte Demandante tenía entre sus mandatos toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, los daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. Especialmente en este caso, de acuerdo a los términos pactados en el contrato de seguro. Esta teoría ha sido ampliamente desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, debido a que sobre este particular ha establecido lo siguiente:

“(...) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, (...), no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración, como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada.”³

(Subrayado fuera del texto original)

Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(...) la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso; [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (...)”⁴(Subrayado fuera del texto original)

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. Mp. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299 .

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. Mp Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

En efecto, no puede existir reconocimiento de los perjuicios reclamados en la demanda en la medida en que, como se ha indicado amplia y reiteradamente en este escrito, el contrato de seguro es nulo por la reticencia del señor Armando Martínez Parra. En ese sentido, la demanda adolece de una carga probatoria que además de certera, debía ser conducente con el fin de acreditar y demostrar los perjuicios solicitados.

Por las razones antes expuestas, me opongo enfáticamente al juramento estimatorio de la demanda.

CAPÍTULO IV

EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

1. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO

Es fundamental que desde ahora este Despacho tome en consideración que el Asegurado, el señor Armando Martínez Parra, fue reticente. Lo anterior, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado e inclusive, tuvieron relación directa y consecuencial con la pérdida de capacidad laboral. De hecho, que de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras y en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien

*asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia***⁵. (Subrayado fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el Asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. La Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que **(i)** la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y **(ii)** que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.

Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.

En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.” (Subrayado fuera del texto original)

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos

⁵ BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.

*Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro** o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora”.*
(Subrayado fuera del texto original)

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

*“Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las “declaraciones de asegurabilidad” de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.***

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se

tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del año 2017, la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”⁷ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del C.Co, analizando lo siguiente:

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.***

Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.⁸” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

No obstante, y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C.Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

*Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador,** puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra,** es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se*

⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.

*manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.***

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte, involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicientes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima buena fe, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para la fecha en la cual el señor Armando Martínez diligenció el último formulario de solicitud individual para la expedición de la póliza No. 994000003, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor Armando Martínez las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor Armando Martínez conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 22 de febrero de 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía

Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del Martínez, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- Declaración de asegurabilidad que data del 06 de agosto de 2020:

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/>		FECHA DE SOLICITUD 06 MES 20 AÑO 20		NÚMERO DE PÓLIZA 994000000002	
DATOS DEL TOMADOR					
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> NIT No. 860.050.750-1		RAZÓN SOCIAL BANCO GNB SUDAMERIS			
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO					
TIPO DE DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI No. 8704934		PRIMER APELLIDO Martínez		SEGUNDO APELLIDO Parra	
PRIMER NOMBRE Armando		SEGUNDO NOMBRE			
DIRECCIÓN DOMICILIO Calle 9 número 10-66 Centro		TELÉFONO FIJO / CELULAR 300 3271812		CIUDAD / MUNICIPIO Ibague	
DEPARTAMENTO Tolima		LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Ibague 21 11 1989		GÉNERO M	
PESO 75		ESTATURA 1.65			
OCUPACIÓN DETALLADA <input type="checkbox"/> Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa		EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO <input checked="" type="checkbox"/> Por servicio <input type="checkbox"/> Por edad <input type="checkbox"/> Por sanidad <input type="checkbox"/> Por invalidez <input type="checkbox"/> Por sustitución			
La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado. En caso de riesgos subestándar o agravados por salud, actividad o deportes, se aplicarán las respectivas extras primas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito. El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia.					
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD					
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?		SI		NO	
Cáncer				<input checked="" type="checkbox"/>	
Insuficiencia renal				<input checked="" type="checkbox"/>	
Accidente cerebro vascular				<input checked="" type="checkbox"/>	
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent				<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?		SI		NO	
Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos				<input checked="" type="checkbox"/>	
Hipertensión arterial				<input checked="" type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus				<input checked="" type="checkbox"/>	
Enfermedades mentales				<input checked="" type="checkbox"/>	
¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)					
¿Tiene limitación física o mental congénita o adquirida? (Especifique)					
¿El cliente requiere remisión médica?		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Armando Martínez respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Lo mencionado debido a que el Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el Despacho tenga en cuenta que el señor Armando Martínez Parra no informó a mi representada que padecía de diabetes mellitus desde el año 2014, de retinopatía diabética desde el 2015, de hipertensión arterial desde el 2017, que sufrió un desprendimiento de retina en el año 2018 y que además padecía de cardiopatía y enfermedad renal crónica desde el 2019, patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. Lo anterior, se evidencia en las historias clínicas del señor Armando Martínez en la Clínica Nuestra Señora del Rosario y de la Dirección de Sanidad

de la Policía Nacional, cuyo contenido se solicitará mediante prueba por oficio para la debida acreditación de estos hechos en el plenario.

Sin embargo, desde ya debe tenerse en consideración que los antecedentes del señor Martínez son de tal envergadura y de tales consecuencias que es muy poco probable que no el asegurado no hubiera conocido de ellas. Por ejemplo, la diabetes mellitus que padece desde el 2015, inclusive antes del inicio de su relación contractual con el Banco GNB Sudameris, la retinopatía diabética y en especial, el desprendimiento de retina que generó una intervención quirúrgica, no son antecedentes menores como para que fueran pasados desapercibidos por el asegurado. Luego entonces, no se justifica la omisión a la verdad por parte del señor Armando Martínez en su declaración de asegurabilidad y por lo tanto es consecuente la nulidad del contrato de seguro por reticencia. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Armando Martínez Parra suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** el señor Armando Martínez Parra ya contaba con una serie de diagnósticos de diabetes mellitus desde el año 2014, el de retinopatía diabética desde el año 2015, el de hipertensión arterial desde el año 2017, el de desprendimiento de retina en el año 2018, el de cardiopatía isquémica con infarto agudo del miocardio en 2019 y el de enfermedad renal crónica también en 2019, fecha en la que se perfeccionó el seguro con el desembolso del crédito, y **(ii)** que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. Sin embargo, en este caso tenemos que las patologías previas del señor Martínez sí guardaron estrecha y específica relación con la pérdida de capacidad laboral en tanto esta se estructuró por la pérdida de visión del asegurado, consecuencia directa de la patología preexistente de retinopatía diabética y el antecedente de desprendimiento de retina en el año 2018.

Sin perjuicio de lo anterior, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C-232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

“Séptima.- Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.

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

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual, lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente

incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos y que por supuesto el Asegurado debió informar. Lo anterior, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Expresamente se le preguntó al entonces Asegurado (Q.E.P.D), lo siguiente:

CLASE DE VINCULACIÓN ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/>		FECHA DE SOLICITUD 06 MES 20 AÑO 20		NÚMERO DE PÓLIZA 994000000002	
DATOS DEL TOMADOR					
TIPO DE DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input checked="" type="checkbox"/> NIT No. 860.050.750-1		RAZÓN SOCIAL BANCO GNB SUDAMERIS			
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO					
TIPO DE DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI No. 8704934		PRIMER APELLIDO Martínez		SEGUNDO APELLIDO Parra	
PRIMER NOMBRE Armando		SEGUNDO NOMBRE			
DIRECCIÓN DOMICILIO Carrera 9 número 10-66 Centro		TELÉFONO FIJO / CELULAR 300 327 18 12		CIUDAD / MUNICIPIO Ibague	
DEPARTAMENTO Tolima		CORREO ELECTRÓNICO			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Ibague		DÍA 21		MES 11	
AÑO 1989		GÉNERO M		PESO 75	
ESTATURA 1.65		OCUPACIÓN DETALLADA <input type="checkbox"/> Empleado <input checked="" type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa		EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO <input checked="" type="checkbox"/> Por servicio <input type="checkbox"/> Por edad <input type="checkbox"/> Por sanidad <input type="checkbox"/> Por invalidez <input type="checkbox"/> Por sustitución	
La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado. En caso de riesgos subestándar o agravados por salud, actividad o deportes, se aplicarán las respectivas extras primas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito. El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia.					
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD					
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?		SI		NO	
Cancer					
Insuficiencia renal					
Accidente cerebro vascular					
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent					
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?		SI		NO	
Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos					
Hipertensión arterial					
Diabetes mellitus					
Enfermedades mentales					
¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)					
¿Tiene limitación física o mental congénita o adquirida? (Especifique)					
¿El cliente requiere remisión médica?		<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO			

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente que a pesar de que el señor Armando Martínez Parra había sido diagnosticado con diabetes mellitus y retinopatía diabética, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por diabetes y que también negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario. Es decir, omitió el deber de informar de todas las patologías que había padecido hasta esa fecha, es decir, diabetes mellitus desde el año 2014, el de retinopatía diabética desde el año 2015, el de hipertensión arterial desde el año 2017, el de desprendimiento de retina en el año 2018, el de cardiopatía isquémica con infarto agudo del miocardio en 2019 y el de enfermedad renal crónica también en 2019.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento el señor Armando Martínez Parra padecía y conocía de la existencia de su diabetes mellitus desde el año 2014, el de retinopatía diabética desde el año 2015, el de hipertensión arterial desde el año 2017, el de desprendimiento de retina en el año 2018, el de cardiopatía isquémica con infarto agudo del miocardio en 2019 y el de enfermedad renal crónica también en 2019. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de su aseguramiento en los términos

del artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.

En resumen, el señor Armando Martínez Parra fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el Asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido la diabetes mellitus desde el año 2014, el de retinopatía diabética desde el año 2015, el de hipertensión arterial desde el año 2017, el de desprendimiento de retina en el año 2018, el de cardiopatía isquémica con infarto agudo del miocardio en 2019 y el de enfermedad renal crónica también en 2019, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, se solicitará por oficio la historia clínica del señor Armando Martínez para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Armando Martínez Parra debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

2. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1073 DEL C.CO EN RAZÓN A QUE LA INVALIDEZ INICIÓ A ESTRUCTURARSE CON ANTERIORIDAD A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Sin perjuicio de la nulidad del contrato de seguro por la reticencia del asegurado debe decirse que, en todo caso, por los hechos objeto de litigio no podrá afectarse la póliza No. 99400000003 expedida por mi representada. Lo mencionado, puesto que es evidente la falta de cobertura temporal de la misma dado que la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad al día 22 de

febrero de 2021, es decir, previo al perfeccionamiento del contrato de seguro asociado al crédito No. 106681366. Específicamente, al señor Armando Martínez le fue diagnosticada diabetes mellitus desde el año 2014, retinopatía diabética desde el año 2015, además del episodio de desprendimiento de retina en el año 2018, diagnóstico que resulta vital a efectos del seguro, toda vez que al contrastarlo con el dictamen de PCL, se denota que la pérdida del 75% es debido a la pérdida de la visión en ambos ojos. Esto demuestra que para la fecha en que Aseguradora Solidaria asumió el riesgo, este ya se había empezado a materializar en años previos con el diagnóstico de diabetes mellitus y retinopatía diabética y sobre todo, con el episodio de desprendimiento de retina en el año 2018. En consecuencia, es inviable afectar la póliza No. 994000000003 por la indiscutible falta de cobertura temporal en los términos de los artículos del 1057 y 1073 C.Co.

De esta forma, resulta evidente que el riesgo contractualmente amparado por la Aseguradora es aquel que inicie y se consume dentro de la vigencia de la póliza de seguro. En otras palabras, para que sea jurídicamente posible la afectación de la póliza, resulta indispensable que el riesgo asegurado haya acaecido desde sus inicios dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. Al respecto ha indicado el Consejo de Estado:

“32. Dada la naturaleza de la obligación que contrae el asegurador, resulta de la mayor importancia la determinación del momento exacto a partir del cual aquel asume el riesgo que le es trasladado y así mismo, la hora y el día hasta los cuales va tal asunción, puesto que únicamente estará obligado a ejecutar la prestación a su cargo cuando el riesgo se realice dentro de ese lapso, es decir si el siniestro se presenta dentro de esos límites temporales. Al respecto, el artículo 1073 del C. de Co., relativo a la responsabilidad del asegurador, establece que “Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consuma la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.

33. De acuerdo con lo anterior, el legislador sólo concede el derecho a la indemnización a cargo del asegurador, cuando el riesgo se realiza o inicia su realización dentro del periodo amparado por la respectiva póliza. Como lo sostuvo la Sala, “Debe tenerse en cuenta que lo que se exige en el régimen de los contratos de seguros, en cuanto a su vigencia y cobertura, es que el riesgo efectivamente se materialice durante el periodo de vigencia de la póliza, puesto que una cosa es el surgimiento del derecho a obtener la indemnización y otra cosa es el derecho a recibir su pago, el que sí se concreta una vez se hace la

reclamación en la forma establecida por la ley”⁹. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, la Corte Suprema de Justicia ha indicado que los riesgos dentro de la póliza deben ser determinados temporalmente, en el marco de la autonomía de la voluntad de las partes. De modo que los mismos deberán ser respetados puesto que así lo han pactado las partes en el contrato de seguro.

*“Previo a abordar la problemática anunciada, conviene dejar sentado que: Si, por definición, el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño (siniestro) previsto en el contrato, va de suyo que, en el marco de la autonomía de la voluntad y de las normas legales imperativas y relativamente imperativas, las partes deberán acordar la determinación del riesgo cubierto. En efecto, el interés asegurado no es factible hallarlo asegurado bajo cualquier circunstancia o causa, **sin límites temporales**, o en cualquier lugar que se halle o ubique. Por el contrario, se hace necesario delimitar el riesgo causal, **temporal y espacialmente**.”¹⁰ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Frente a este mismo tema, la Corte ha dicho en reiteradas oportunidades que en tratándose de seguros contratados en la modalidad ocurrencia, el hecho dañoso debe indudablemente acontecer durante la vigencia de la póliza. Es decir, que para que nazca obligación condicional del asegurador tendrá que acontecer el hecho dañoso durante la limitación temporal pactada en la póliza, como se lee:

“Por lo dicho, tradicionalmente estos seguros amparan el riesgo de detrimento patrimonial del asegurado, originado en un “hecho externo”, dañoso, indudablemente. Acontecido durante la vigencia de la póliza (seguro basado en la ocurrencia)”¹¹

De lo anterior, es claro que la jurisprudencia ha precisado que es necesario que el hecho ocurra dentro de la vigencia de la Póliza, para que sea jurídicamente posible la afectación de la misma. Por tanto, resulta indispensable que el riesgo asegurado haya iniciado y se haya consumado dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. En el mismo sentido, la legislación colombiana estableció en el artículo 1073 del Código de Comercio que, si la ocurrencia del siniestro empieza a consumarse antes de que el asegurador asuma los riesgos, este no responderá por indemnización alguna, así:

⁹ Consejo de Estado. Sección tercera. Sentencia 25000-23-26-000-2000-02019-01(25472). Consejera Ponente: Danilo Rojas Betancourth.

¹⁰ Corte Suprema de Justicia. SC3893 de 2020. Radicación 2015-00826. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

¹¹ Corte Suprema de Justicia. SC5217 de 2019. Radicación 2008-00102. M.P. Luis Alonso Rico Puerta

“ARTÍCULO 1073. <RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR SEGÚN EL INICIO DEL SINIESTRO>. Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consume la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.”

Sumado a ello, también es necesario analizar el artículo 1057 del C.Co, que indica que el asegurador asume el riesgo desde la hora veinticuatro del día que se perfeccione el contrato:

“ARTÍCULO 1057. <TÉRMINO DESDE EL CUAL SE ASUMEN LOS RIESGOS>. En defecto de estipulación o de norma legal, los riesgos principiarán a correr por cuenta del asegurador a la hora veinticuatro del día en que se perfeccione el contrato.”

En concordancia con lo anterior, es importante establecer que para el presente caso, la ocurrencia del siniestro empezó a materializarse con anterioridad a la asunción de riesgos por parte del asegurador, por ende, es inviable afectar la póliza de vida grupo deudores adquirida por el señor Armando Martínez Parra. En efecto, sus antecedentes patológicos fueron diagnosticados desde el año 2015 inclusive, fecha previa al día en el que la Compañía de Seguros asumió los riesgos con el perfeccionamiento del contrato, esto es, el día **21 de febrero de 2021**, cuando se realizó el desembolso de la obligación No. 106681366, para que finalmente se consolidara el siniestro el 30 de junio de 2022, cuando se calificó la pérdida de capacidad laboral.

Además, en este caso puntualmente, no solo la ley lo indica, sino que también el condicionado de la póliza determinó que el amparo sobre la incapacidad total y permanente tendría lugar cuando el evento que de origen a la misma se produzca dentro de la vigencia del seguro, como se observa:

10.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

Pues bien, para el caso del señor Armando Martínez Para, el siniestro se empezó a consumir en los años 2014 y 2015 con la diabetes mellitus y la retinopatía diabética, enfermedades que, según

el dictamen de pérdida de capacidad laboral del 30 de junio de 2022, fueron la base para que se determinara el estado de incapacidad del asegurado, ya que la PCL del 75% es consecuencia de la pérdida de la visión en ambos ojos. Lo anterior denota la falta de cobertura de la póliza objeto de litigio, puesto que los riesgos fueron asumidos por el asegurador cuando se perfeccionó el contrato de seguro, esto es, el día **22 de febrero de 2021**, fecha posterior al inicio de la consumación del siniestro.

En otras palabras, para que el contrato de seguro prestara cobertura temporal resultaba totalmente necesario que las enfermedades fueran diagnosticadas dentro de la vigencia del seguro. Sin embargo, el diagnóstico de la diabetes mellitus y la retinopatía diabética ocurrieron en 2014 y 2015, respectivamente, e inclusive el episodio de desprendimiento de retina en 2018, cuando la vigencia de la póliza no había ni si quiera iniciado, pues esta empezó el 21 de febrero de 2021 con el desembolso del crédito. En ese sentido, es claro que el contrato de seguro por el cual fue vinculada mi representada no presta cobertura temporal para los hechos base del presente litigio.

En conclusión, la Aseguradora Solidaria de Colombia no podría responder por indemnización alguna, como quiera que es evidente que los hechos por los cuales se discute se encuentran fuera de la cobertura temporal de la póliza, en tanto el Siniestro empezó a consumarse con anterioridad al día 21 de febrero de 2021. Es decir, previo a la asunción del riesgo por parte del asegurador el cual ocurre con el perfeccionamiento del contrato de seguro. Aún más, en aplicación de los artículos 1057 y 1073 del Código de Comercio en adición al condicionado del contrato de seguro, tanto la estructuración como la enfermedad que da base a la misma debe estar en vigencia del contrato de seguro, motivo por el cual, dado que en este caso las enfermedades son preexistentes, el contrato de seguro no presta cobertura desde su delimitación temporal. En consecuencia, no resulta procedente exigir prestación alguna respecto de mi prohijada, por lo cual debe proceder el Despacho a desestimar cualquier pretensión encaminada a obtener indemnización con cargo a la póliza de seguro.

3. FALTA DE COBERTURA MATERIAL DEL CONTRATO DE SEGURO AL ESTAR ANTE RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DE AMPARO.

Sin perjuicio de las excepciones precedentes, se prueba que dentro de las condiciones particulares de la póliza No. 994000000003 suscrita con Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., se establecieron los parámetros que enmarcan la obligación condicional y la delimitación de la extensión del riesgo asumido por mi prohijada. Así las cosas, se tiene que dentro del presente caso no existe obligación condicional de la compañía de seguros por cuanto las preexistencias del señor Martínez Parra que no fueron declaradas, están expresamente excluidas de cobertura dentro de los amparos otorgados en la póliza suscrita.

La obligación condicional se refleja en la voluntad de los contratantes al momento de celebrar el contrato y allí se definen de manera explícita las condiciones del negocio asegurativo. En materia de seguros, el asegurador, según el artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (artículo 1056 del Código de Comercio), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-cause (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del derecho de seguros. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza No. 994000000003 en sus Condiciones Particulares señala una única exclusión, la cual enuncio a continuación, porque al configurarse, no puede condenarse a mi prohijada:

EXCLUSIONES

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

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

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

11. DEFINICIÓN DE PREEXISTENCIA

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

Como se muestra, deberá entonces tenerse en cuenta que dentro del presente caso el señor Armando Martínez antes de ingresar como asegurado dentro de la Póliza 994000000003, esto es, antes de suscribir la Declaración de Asegurabilidad, tenía múltiples preexistencias las cuales no fueron declaradas a la aseguradora. Nótese, señor Juez, que de acuerdo con lo descrito el señor Martínez padecía de múltiples afecciones que no fueron declaradas por su parte, como la diabetes mellitus desde el año 2014, el de retinopatía diabética desde el año 2015, el de hipertensión arterial desde el año 2017, el de desprendimiento de retina en el año 2018, el de cardiopatía isquémica con infarto agudo del miocardio en 2019 y el de enfermedad renal crónica también en 2019. Por lo tanto, al no haber sido declaradas estas preexistencias, debe entonces excluirse tal situación de las coberturas que estaban pactadas dentro de la Póliza suscrita con Aseguradora Solidaria de Colombia O.C. Teniendo en cuenta esto, es dable reiterar que debido a la ocurrencia de la exclusión arriba señalada, la póliza no podrá ser afectada, en tanto la situación se encuentra inmersa en una exclusión. Por ende, la póliza no cubre ninguna solicitud de indemnización.

En conclusión, al configurarse la exclusión previamente mencionada no puede existir responsabilidad en cabeza del Asegurador, dado que el evento que particularmente se discute, ha sido excluido de amparo en virtud de la liberalidad que le asiste a la aseguradora en virtud del Artículo 1053 del Código de Comercio. Por ello, el Despacho no podrá ordenar la afectación de la Póliza de Seguro No. 994000000003, pues las partes acordaron expresamente pactar tal exclusión.

4. FALTA ABSOLUTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA RESPECTO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En esta oportunidad, debe manifestarse al despacho que el señor Armando Martínez Parra carece absolutamente de legitimación en la causa por activa para reclamar el amparo de incapacidad total y permanente dado que, en virtud de lo pactado en el contrato de seguro, el único beneficiario de este amparo es el Banco GNB Sudameris y no el asegurado. Ello por cuanto, debido al objeto mismo de este tipo de contrato de seguro, es lógico que quien reciba este amparo sea el Banco para cubrir el saldo insoluto del crédito.

La legitimación en la causa es el primer presupuesto que se debe revisar antes de realizar cualquier estudio sobre un caso concreto. En un sentido material, la legitimación en la causa implica la relación verdadera que tiene la parte convocada con los hechos que dieron lugar al litigio. Al respecto, el Consejo de Estado ha indicado que:

“(…) la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño. En un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al mismo tiempo,

legitimación material, pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra (...)”¹². (subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, la legitimación en la causa puede ser activa o pasiva, y ambas son un presupuesto procesal para que se dicte una sentencia de fondo favorable a las pretensiones. En palabras del Consejo de Estado:

*“Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, **consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda -legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-**, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. **Corresponde a un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones,** toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante (...)”¹³ (subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En otra oportunidad, esa corporación afirmó que:

“(...) la legitimación material en la causa activa y pasiva, es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado (...)”¹⁴.

Es más, en el mismo sentido que el Consejo de Estado, la Corte Constitucional definió la falta de legitimación en la causa como una cualidad subjetiva de las partes, derivada de la relación de las

¹² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección segunda, subsección A, sentencia del veinticinco (25) de marzo de dos mil diez (2010), Consejero Ponente Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, radicado: 05001-23-31-000-2000-02571-01(1275-08).

¹³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 22 de noviembre de 2001. Expediente No.13.356. M.P. María Elena Giraldo Gómez.

¹⁴ Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 20 de septiembre 2001 C.P Maria Elena Giraldo, Rad: 10973

mismas con el interés sustancial que se discute en el proceso. Al respecto, el tenor literal de la sentencia expuso:

*“2.1. La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. **En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso.** Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces simplemente declararse inhibido para fallar el caso de fondo.”*
(subrayado y negrilla fuera del texto original)¹⁵

Con todo, se puede concluir que, si no existe una relación de la parte demandante con los hechos de la demanda, no habrá legitimación en la causa y el juzgador no podrá proferir una sentencia que acceda a las pretensiones. Ahora bien, para demostrar la falta absoluta de legitimación en la causa por activa en el caso concreto, es indispensable que se tenga en cuenta que en el contrato de seguro identificado con el No. 9940000003 figura como tomador y beneficiario del mismo el Banco GNB Sudameris, tal y como se evidencia en la caratula de la póliza que se aporta por medio de la contestación a la demanda.

Lo anterior quiere decir que, dado que el demandante, esto es, el señor Armando Martínez Parra, no es beneficiario de la póliza de seguro anteriormente mencionada, no se encuentra legitimado en la causa para reclamar las prestaciones que del contrato se derivan. En otras palabras, la única persona que se encuentra legitimada para exigir en un proceso judicial el cumplimiento del contrato de seguro previamente identificado, es aquella que ostente la calidad de beneficiaria del mismo, lo que en el presente caso traduce que el cumplimiento del contrato de seguro únicamente puede ser pretendido por la entidad Bancaria.

La Corte Suprema de Justicia ha sido clara al pronunciarse en el mismo sentido, específicamente en casos análogos y coincidentes en materia de seguros de vida grupo deudores, en donde ha establecido que:

“A partir de dejar sentado, con vista en el contrato de seguro y sus anexos, que el causante era el asegurado, sin que figurara como “beneficiario de dicho contrato”, el sentenciador concluyó que los demandantes no tenían derecho a reclamar valor alguno por concepto de indemnización, porque el seguro de vida tenía como “especial destinación” cubrir el “saldo insoluto de la obligación” a la muerte del deudor asegurado.

¹⁵ Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Rentería.

Por esto, al constatar que el tomador del seguro, esto es, el Banco Davivienda S. A., aparecía como el “exclusivo titular del crédito”, o lo que es lo mismo, del saldo de la obligación, el ad-quem señaló que dicho acreedor, en su calidad de beneficiario del seguro, como así constaba expresamente, era el “único legitimado para efectuar la reclamación”.

(...)

En suma, como en la sentencia se reconoció que el “único” beneficiario del seguro de vida grupo deudores, era el citado banco, por las razones que adujo, claramente se advierte que en ningún error de hecho, con las características de manifiesto y trascendente, pudo incurrir el Tribunal, porque el adjetivo “único” necesariamente descartaba que otras personas, incluidos los demandantes, por las circunstancias que fueren, pudieran serlo, menos cuando expresamente se refirió, para confirmar la legitimación en causa de aquellos, a todos los hechos que en el cargo segundo se mencionan

Desde luego que nadie desconoce, como así se reconoce en el contexto de la acusación y se afirma desde la propia demanda, que en el contrato de seguros de que se trata, la calidad de beneficiario la tenía el titular del crédito. Distinto es que la condición de beneficiarios del seguro, los demandantes la hicieran derivar del hecho de que el banco acreedor no hubiere insistido ante la aseguradora en la reclamación y en su lugar haya acudido a demandar judicialmente el pago del saldo de la obligación contra uno de los codeudores solidarios.

Por supuesto que la anterior conclusión no fue insular, sino que es el producto de haber dejado sentado que el beneficiario del seguro no podía ser persona distinta del “exclusivo titular del crédito”, porque se trataba de un “contrato de seguro destinado al pago de la deuda” que el asegurado había contraído con el banco beneficiario, y porque lo que se aseguró fue el pago del “saldo insoluto de la obligación” que existiera al momento de ocurrir la muerte del deudor.

Para el Tribunal, entonces, fue intrascendente que los demandantes fueran la “cónyuge” e “hijos” del deudor fallecido, porque el destino de la suma asegurada, convertían al tomador del seguro, beneficiario a su vez del mismo, como el “único” legitimado para reclamar la indemnización, inclusive frente al hecho de que éste no haya insistido en el pago ante la aseguradora y en su lugar hubiere acudido a demandar judicialmente el cobro insoluto de la obligación contra uno de los codeudores solidarios. Como se explicó en el precedente citado por el Tribunal

*(sentencia 025 de 23 de marzo de 2004, expediente 14576), al ocurrir el siniestro, el acreedor del crédito quedaba habilitado para hacer efectivo el valor del seguro de vida grupo deudores, sin menoscabo, claro está, del derecho **que también le asistía de solicitar o exigir el pago de la deuda** “contra los otros codeudores solidarios si los hay”*

(...)

En síntesis, como la cónyuge del deudor fallecido, quien es la recurrente en casación, carecía de la condición de beneficiaria supletiva del seguro de vida grupo deudores, pues existía beneficiario directo a título oneroso, sin que de otra parte quedaran remanentes, surge claro que el Tribunal no pudo violar directamente, por falta de aplicación, las disposiciones que se citaron como violadas”.¹⁶ (Subrayado fuera del texto original).

Como se pudo constatar previamente, para la Corte Suprema de Justicia, especialmente en materia específica de seguros de vida grupo deudores, la legitimación en la causa por activa para reclamar el cumplimiento de las prestaciones que del contrato se derivan, recae únicamente sobre la persona, natural o jurídica, que ostente la calidad de beneficiaria en el seguro de vida.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es claro que el tomador y beneficiario del contrato de seguro identificado con el No. 9940000003 es únicamente el Banco GNB Sudameris. En este sentido, se entiende que la legitimación en la causa por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que el señor Armando Martínez Parra no se encuentra legitimado por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente, en consecuencia, no puede el pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

En conclusión, ruego al Honorable Despacho tener por probada esta excepción debido a que la ley y la jurisprudencia reconocen expresamente que el único legitimado para solicitar el cumplimiento de un contrato de seguro de vida grupo de deudores es el beneficiario del mismo, lo que en nuestro caso representa única y exclusivamente al Banco GNB Sudameris y no al Demandante.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

¹⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Mp Jaime Alberto Arrubla Paucar, sentencia del 29 de septiembre de 2005, expediente C-1100131030162000-22940-01)

5. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.

Sumado a los argumentos previamente expuestos, también deberá tenerse en consideración que, además, tampoco es procedente la afectación de la póliza No. 9940000003 en favor del señor Armando Martínez Parra bajo el argumento de que era deber de la compañía aseguradora realizar exámenes médicos previo a la suscripción del contrato. Lo mencionado, puesto que, como se expondrá a continuación, no existe tal deber legal en cabeza de la compañía de practicar exámenes médicos a los asegurados so pena de no poder alegar posteriormente la nulidad del seguro por reticencia, aplicación artículo 1158 del C.Co.

Pues bien, es desacertado jurídicamente afirmar que en materia específica de seguros de vida existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del C.Co señala, sin lugar a una interpretación diferente, que el asegurado debe cumplir con la carga de ubérrima buena fe y lealtad, y así informar a la compañía aseguradora de todos los aspectos que conforman el riesgo trasladado, so pena que se dé aplicación a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del C.Co. Al respecto, el artículo 1158 del Código de Comercio indica lo siguiente:

“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”.

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es

más, en una reciente providencia, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

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

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, **obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida**. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (*uberrimae bona fidei*), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico¹⁷.*

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales¹⁸. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer”. (Subrayado fuera del texto original) _

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso:

Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al

otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)¹⁷

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos. Más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁸, en donde estableció lo siguiente:

“De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», **el artículo 1158 id previene 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».**

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».**

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

¹⁷ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez.

¹⁸ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

(...)

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

Ahora bien, no sobra resaltar que la doctrina más reconocida en el tema se ha pronunciado en el mismo sentido que los fallos anteriormente expuestos, al establecer:

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...”¹⁹
(subrayado fuera del texto original).

Ahora, no puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C-232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del C.Co., explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

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

¹⁹ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aun, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

6. LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

En concordancia con todo lo anterior, resulta fundamental confirmarle al Honorable Juez que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si

esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

Al respecto, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido muy clara al explicar lo siguiente:

“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 distinguos, 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”. (negrilla y subrayas fuera del texto)”²⁰.

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez²¹, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

“Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las

²⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

²¹ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma». (Subrayas fuera del texto original).

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado. Es más, la Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997, que es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co, ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**”.* (Subrayado fuera del texto original)

Ahora, si bien se tiene conocimiento de pronunciamientos constitucionales frente a la carga de la prueba de la mala fe, debe entenderse que en estos se está cometiendo un yerro, en la medida que la buena fe es exigible del asegurado en el momento precontractual de la declaración del estado del riesgo, y no cuando la aseguradora se encuentra demostrando la reticencia del contrato de seguro.

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de éste último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que **(i)** el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y **(ii)** que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

7. ASEGURADORA SOLIDARIA O.C. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

De conformidad con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que el Despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

“ARTÍCULO 1059. <RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA>. Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”.

En conclusión, dado que el señor Armando Martínez Parra fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su

aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que Aseguradora Solidaria de Colombia O.C. tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

8. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso que se origine en la Ley o en el Contrato con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y prescripción contemplada en el artículo 1081 del C.Co. Así como cualquier otra causal que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de las entidades demandadas y se las exima de toda obligación indemnizatoria, ello, en atención a lo reglado por el artículo 282 del Código General del Proceso.

CAPÍTULO V **EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS**

1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que en este sentido, sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de Aseguradora Solidaria. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores y de igual forma, se deberá tener en cuenta el deducible pactado en el contrato. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

“ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA. *El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”.*

La norma antes expuesta, es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

“Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización”²² (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido. Así las cosas, el límite de la responsabilidad de la Aseguradora corresponde a la suma asegurada individual indicado en la certificación que se aporta, veamos:

²² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

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 RÉGIMENES 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.

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis Aseguradora Solidaria no puede ser condenada por un mayor valor que el expresamente establecido en la Póliza, a la luz del clausulado de la misma; en todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

2. EL BENEFICIARIO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ES ÚNICAMENTE EL BANCO GNB SUDAMERIS

Se propone esta excepción de manera subsidiaria para que, en el evento remoto e hipotético en el que el Despacho encuentre fundamento en las pretensiones de la demanda, en todo caso tenga en cuenta que el único beneficiario del amparo de ITP es el Banco GNB Sudameris, y no el demandante el señor Armando Martínez Parra. De esa forma, en el evento en que se emita una sentencia desfavorable a los intereses de mi representada, el único beneficiario del pago al que haya lugar, será el Banco GNB Sudameris.

CAPÍTULO VI
MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1 Copia de la Póliza de Seguro No. 9940000003 con su respectivo condicionado particular y general.
- 1.2 Objeción presentada por Aseguradora Solidaria de Colombia O.C. frente a la reclamación del señor Armando Martínez Parra.
- 1.3 Derecho de petición radicado ante la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.
- 1.4 Derecho de petición radicado ante la Clínica Nuestra Señora del Rosario de Ibagué.
- 1.5 Derecho de petición radicado ante la Clínica de los Ojos del Tolima.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **ANTONIO MARTÍNEZ PARRA**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor **MARTÍNEZ PARRA** podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado en el Art. 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA O.C.** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza No. 9940000003.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Sírvese citar y hacer comparecer a la Doctora **ANA MARÍA BARÓN MENDOZA**, asesora externo de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, le ilustre al despacho sobre las condiciones del seguro, la forma en que terminaron las pólizas y en

general todos, los hechos relacionados en el presente escrito. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga, en general, sobre los hechos y excepciones propuestas frente a la demanda.

El testigo podrá ser ubicado en la calle 69 No. 4-48 oficina 502 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico: abaron@gha.com.co

- 4.2. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora María Camila Pieschacón, médico de la compañía aseguradora, para que teniendo en cuenta su conocimiento y experticia en la ciencia médica, declare sobre las patologías y preexistencias del señor Armando Martínez y de las conductas que habría adoptado la compañía en caso de haberlas conocido al momento de la solicitud individual de seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga, en general, sobre los hechos y excepciones propuestas frente a la demanda.

La testigo podrá ser citada en el correo electrónico mfonsecap@solidaria.com.co

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1. Debido a que el Ministerio de Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “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. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **AL DEMANDANTE** para que exhiba su Historia Clínica correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2023 en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el Demandante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir las solicitudes de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; con el fin de mostrar la reticencia con que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad.

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los Arts. 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, la Historia Clínica del paciente Armando Martínez Parra correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2023, como quiera que la entidad es la encargada de la prestación del servicio de salud al señor Martínez.

En virtud del Artículo 266 del Código General del Proceso “Quien pida la exhibición expresará los hechos que pretende demostrar y deberá afirmar que el documento o la cosa se encuentran en poder de la persona llamada a exhibirlos, su clase y la relación que tenga con aquellos hechos. Si la solicitud reúne los anteriores requisitos el juez ordenará que se realice la exhibición en la respectiva audiencia y señalará la forma en que deba hacerse”. En tal virtud, afirmo que los documentos solicitados se encuentran en poder de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional toda vez que fue esta entidad quien prestó el servicio de salud al demandante y quien tiene custodia de la historia clínica.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del art. 78 y art. 173 del C.G. del P.

El propósito de la exhibición requerida, es evidenciar el contenido y valoración de la historia clínica del demandante ante la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional para evidenciar las patologías que el Demandante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir las solicitudes de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; todo lo anterior con el fin de mostrar la reticencia con que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad. La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional puede ser citado en la dirección de notificación electrónica disan.asjur-tutelas@policia.gov.co o en la dirección física Calle 44 No. 50-51 de la ciudad de Bogotá.

- 5.3. De conformidad con lo dispuesto en los Arts. 265 y siguientes del C.G.P., se ordene a la **CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, la Historia Clínica del paciente Antonio Martínez Parra correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2023, como quiera que la entidad es la encargada de la prestación del servicio de salud al señor Martínez.

En virtud del Artículo 266 del Código General del Proceso “Quien pida la exhibición expresará los hechos que pretende demostrar y deberá afirmar que el documento o la cosa se encuentran en poder de la persona llamada a exhibirlos, su clase y la relación que tenga con aquellos hechos. Si la solicitud reúne los anteriores requisitos el juez ordenará que se realice la exhibición en la respectiva audiencia y señalará la forma en que deba hacerse”. En tal virtud, afirmo que la historia clínica solicitada se encuentra en poder de la Clínica Nuestra Señora del Rosario, toda vez que fue esta entidad quien tiene a cargo la prestación del servicio de salud del paciente, así como también en quien reposa el documento solicitado.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del art. 78 y art. 173 del C.G. del P.

El propósito de los oficios requeridos es evidenciar las patologías que el Demandante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir las solicitudes de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; con el fin de mostrar la reticencia con que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad. La Clínica Nuestra Señora del Rosario puede ser citada en la dirección de notificación electrónica servicioalcliente.ibague@clinicanuestra.com o en la dirección física Cra 10 sur No. 66 a 70 Glorieta Varsovia de Ibagué, Tolima.

- 5.4. De conformidad con lo dispuesto en los Arts. 265 y siguientes del C.G.P., se ordene a la **CLÍNICA DE LOS OJOS DEL TOLIMA**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, la Historia Clínica del paciente Antonio Martínez Parra correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2023, como quiera que la entidad es la encargada de la prestación del servicio de salud al señor Martínez.

En virtud del Artículo 266 del Código General del Proceso “Quien pida la exhibición expresará los hechos que pretende demostrar y deberá afirmar que el documento o la cosa se encuentran en poder de la persona llamada a exhibirlos, su clase y la relación que tenga con aquellos hechos. Si la solicitud reúne los anteriores requisitos el juez ordenará que se realice la exhibición en la respectiva audiencia y señalará la forma en que deba hacerse”. En tal virtud, afirmo que la historia clínica solicitada se encuentra en poder de la Clínica Nuestra Señora del Rosario, toda vez que fue esta entidad quien tiene a cargo la prestación del servicio de salud del paciente, así como también en quien reposa el documento solicitado.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del art. 78 y art. 173 del C.G. del P.

El propósito de los oficios requeridos es evidenciar las patologías que el Demandante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir las solicitudes de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; con el fin de mostrar la reticencia con que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad. La Clínica de los Ojos del Tolima puede ser citada en la dirección de notificación electrónica atencionalusuario@clinicadeojosdeltolima.com o en la dirección física Cra 4H No. 32 – Esquina, de Ibagué, Tolima.

6. OFICIOS

- 6.1. Comedidamente ruego se oficie a la **DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, la Historia Clínica del paciente Armando Martínez Parra correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2023, como quiera que la entidad es la encargada de la prestación del servicio de salud al señor Martínez.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del art. 78 y art. 173 del C.G. del P.

El propósito de la exhibición requerida, es evidenciar el contenido y valoración de la historia clínica del demandante ante la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional para evidenciar las patologías que el Demandante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir las solicitudes de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; todo lo anterior con el fin de mostrar la reticencia con que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad. La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional puede ser citado en la dirección de notificación electrónica disan.asjur-tutelas@policia.gov.co o en la dirección física Calle 44 No. 50-51 de la ciudad de Bogotá.

- 6.2. Comedidamente solicito al Despacho que se oficie al **CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, la Historia Clínica del paciente Armando Martínez Parra correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2023, como quiera que la entidad es la encargada de la prestación del servicio de salud al señor Martínez.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del art. 78 y art. 173 del C.G. del P.

El propósito de los oficios requeridos es evidenciar las patologías que el Demandante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir las solicitudes de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; con el fin de mostrar la reticencia con que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad. El Hospital Militar Central puede ser citado en la dirección de notificación electrónica servicioalcliente.ibague@clinicannuestra.com o en la dirección física Cra 10 sur No. 66 a 70 Glorieta Varsovia de Ibagué, Tolima.

- 6.3. De conformidad con lo dispuesto en los Arts. 265 y siguientes del C.G.P., se ordene a la **CLÍNICA DE LOS OJOS DEL TOLIMA**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, la Historia Clínica del paciente Antonio Martínez Parra correspondiente al periodo que va desde

el año 2010 hasta el año 2023, como quiera que la entidad es la encargada de la prestación del servicio de salud al señor Martínez.

En virtud del Artículo 266 del Código General del Proceso “Quien pida la exhibición expresará los hechos que pretende demostrar y deberá afirmar que el documento o la cosa se encuentran en poder de la persona llamada a exhibirlos, su clase y la relación que tenga con aquellos hechos. Si la solicitud reúne los anteriores requisitos el juez ordenará que se realice la exhibición en la respectiva audiencia y señalará la forma en que deba hacerse”. En tal virtud, afirmo que la historia clínica solicitada se encuentra en poder de la Clínica Nuestra Señora del Rosario, toda vez que fue esta entidad quien tiene a cargo la prestación del servicio de salud del paciente, así como también en quien reposa el documento solicitado.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del art. 78 y art. 173 del C.G. del P.

El propósito de los oficios requeridos es evidenciar las patologías que el Demandante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir las solicitudes de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; con el fin de mostrar la reticencia con que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad. La Clínica de los Ojos del Tolima puede ser citada en la dirección de notificación electrónica atencionalusuario@clinicadeojosdeltolima.com o en la dirección física Cra 4H No. 32 – Esquina, de Ibagué, Tolima.

CAPÍTULO VII

ANEXOS

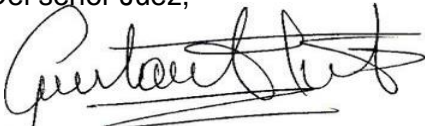
1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder especial otorgado al suscrito para actuar en este trámite.
3. Certificado de existencia y representación legal de Aseguradora Solidaria de Colombia O.C. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

CAPÍTULO VIII

NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Calle 69 No. 4-48 Oficina 502 de la ciudad de Bogotá, o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co
- Mi procurada, Aseguradora Solidaria de Colombia, recibirá notificaciones en la calle 100 No. 9 A - 45 Piso 12, de la ciudad de Bogotá D.C, correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co
- El Demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relacionan en su libelo.

Del señor Juez,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
8430001274

PÓLIZA No: 843 - 16 - 994000000003 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS COD. AGENCIA: 843 RAMO: 16			
DIA 1	MES 10	AÑO 2020	FECHA DE EXPEDICIÓN
DIA 30	MES 9	AÑO 2020	VIGENCIA DESDE
HORAS 23:59		A LAS	
DIA 30	MES 9	AÑO 2021	VIGENCIA HASTA
HORAS 23:59		A LAS	
365		DÍAS	
DIA 30	MES 9	AÑO 2020	FECHA DE IMPRESIÓN
TIPO DE MOVIMIENTO: NEGOCIO NUEVO TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION			

DATOS DEL TOMADOR

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

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

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

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

DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:

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

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: **DEUDORES DEL BANCO- LIBRANZA**

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
AMPARO BASICO DE MUERTE	350000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	350000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1060000.00
RENTA MUERTE Y/O ITP	1908000.00

CATEGORIA: **CONTINUIDAD**

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
AMPARO BASICO DE MUERTE	350000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	350000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1060000.00
RENTA MUERTE Y/O ITP	1908000.00

TEXTOS POLIZA

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

VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

CONFORME EL NUMERAL 1.6. LA VIGENCIA TÉCNICA DE LOS SEGUROS Y DE LOS CONTRATOS DE LA PÓLIZAS DE SEGUROS QUE SE CONTRATA ES POR EL TÉRMINO DE DOS (2) AÑOS, A PARTIR DE LAS CERO (00:00) HORAS DEL 1º DE OCTUBRE DE 2020, CON EXPEDICIÓN ANUAL Y REVISIÓN DE TASA PARA LA SEGUNDA ANUALIDAD, ACORDE CON LA TABLA ESTABLECIDA EN EL ANEXO NO 2, UTILIZADA EN PROPORCIÓN A LA SINIESTRALIDAD ANUAL PRESENTADA POR CADA UNA DE LAS PÓLIZAS DE VIDA GRUPO DEUDORES DURANTE EL PERÍODO CONTRATADO.

o NO OBSTANTE, EL BANCO GNB SUDAMERIS, SE RESERVA EL DERECHO DE HACER USO DE LAS CLÁUSULAS DE REVOCACIÓN EN LOS TÉRMINOS ESTIPULADOS POR EL CÓDIGO DE COMERCIO PUDIENDO DAR POR TERMINADO TOTAL O PARCIALMENTE SU VÍNCULO CON LA ASEGURADORA EN CUALQUIER MOMENTO Y EN LOS TÉRMINOS DE LA LEY.

VIGENCIA PRIMERA ANUALIDAD:
01 DE OCTUBRE DE 2020 A LAS 00:00 HORAS, HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2021 A LAS 24:00 HORAS.

VIGENCIA SEGUNDA ANUALIDAD:

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

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

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

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000843000127

FIRMA TOMADOR

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

C6DC23780F0FFD7C58

CLIENTE



JGUAYACAN843 0

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

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 8601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES SECTOR TRADICIONAL

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, 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 SUJECCIÓN 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 REPRESENTA 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 EXMEN 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 RÉGIMENES 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 RÉGIMENES 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.

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

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 ENTE 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.
- 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.

Clausula segunda. Definiciones

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

1. Asegurador:

Compañía aseguradora (Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa) 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.

2. Tomador:

Es la persona jurídica que, por tener interés asegurable, contrata un seguro por cuenta de terceros para asegurar un número determinado de personas. 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.

3. 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.

4. Asegurado:

Es cada una de las personas del grupo asegurado.

5. Beneficios:

Con 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.

6. 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.

7. 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.

8. Diagnóstico:

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

9. 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.

10. 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

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.

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 DICHS 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 LAS PERSONAS QUE SUPEREN LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN ESTA CLÁUSULA DEBERÁN CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA; ENTIDAD COOPERATIVA, ESTIME CONVENIENTES.

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

CON SUJECCIÓN 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. AMPARO AUTOMÁTICO

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 ENCONTRARSE 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.

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 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 FOREIGN 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 REPRESENTA 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 FRAUDULENTE, O SI EN APOYO A ELLA SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.

CLAUSULA VIGÉSIMA 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.

USBGNS/2235

Bogotá D.C. 15 de Noviembre de 2022

Señor (a)

DIANA MARCELA BARBOSA CRUXZ

Calle 5 No. 3 - 33 barrio la Pola edificio BMV Abogados

Tel. 6082792926

IBAGUÉ - [Tolima]

REF.: **Siniestro 843-16-2022-38438 - Banco GNB Sudameris**
Asegurado: ARMANDO MARTINEZ PARRA CC. 8704934

Apreciado(a) señor(a):

Cordialmente nos permitimos remitir copia de la comunicación emitida por la Compañía de Seguros, en respuesta al requerimiento presentado.

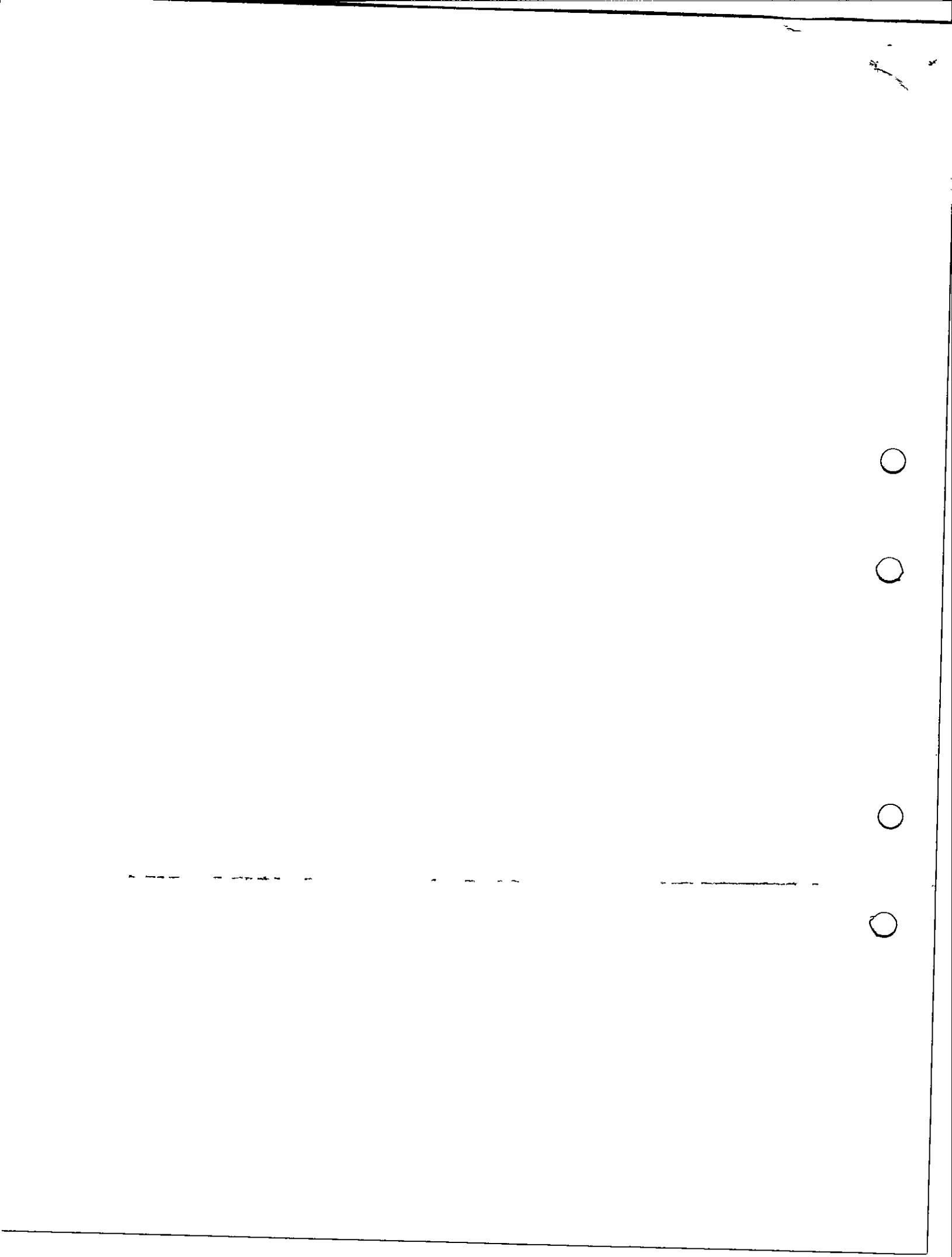
Es importante mencionar que Aon Risk Services Colombia S.A., es un corredor de Seguros vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia, con el objeto social exclusivo y excluyente, el cual solamente lo faculta para ejercer las labores de corretaje e intermediación de seguros.

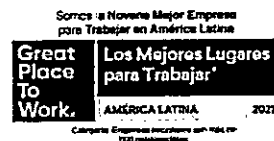
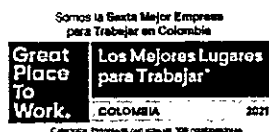
Cordial saludo,



MARITZA SANABRIA CHAVEZ
Ejecutiva de Cuenta
Diagonal 27 No. 6 - 70
Tel. 3433900 Ext. 21031

AON





Bogotá D.C, 03 de noviembre de 2022
OBSP-22 - 3.203-RUI - 87200

Señores
BANCO GNB SUDAMERIS S A
Carrera 7 #75 - 85
TELÉFONO: 3433900
E- MAIL: dmramirez-aon@gnbsudameris.com.co
Bogotá, D.C.

REFERENCIA. PÓLIZA: 994.000.000.003
TOMADOR: BANCO GNB SUDAMERIS S A
ASEGURADO: ARMANDO MARTÍNEZ PARRA
RECLAMACIÓN: No. 843 - 16 - 2022 - 38438
AMPARO: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Respetados Señores:

De manera atenta nos permitimos informar que, hemos recibido los documentos mediante los cuales se solicita la afectación de los amparos de Incapacidad Total y Permanente y Renta por Incapacidad Total y Permanente de la póliza en referencia, con ocasión a la pérdida de capacidad laboral del asegurado Armando Martínez Parra, calificada el 30 de junio de 2022 y estructurada el pasado 03 de junio de 2021.

Sobre el particular nos referimos en los siguientes términos:

La póliza de seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000003 tiene como objeto amparar los deudores del Banco GNB Sudameris contra los riesgos de Muerte o Incapacidad Total y Permanente, cuya realización pueda aparejarle al Banco un perjuicio económico.

Una vez analizados las Historias Clínicas emitidas por la Clínica Nuestra Señora del Rosario y la Dirección de Sanidad Policía Nacional, se evidencia que, el señor Armando Martínez Parra, sufrió desprendimiento de retina en ojo izquierdo para el año 2018 intervenido quirúrgicamente y padece de Retinopatía Diabética desde el año 2015.

Dichas patologías dieron lugar a una pérdida de la capacidad laboral del 75%, otorgada por la Junta Regional De Calificación De Invalidez Del Tolima. Claramente, dichos antecedentes fueron diagnosticados con anterioridad al otorgamiento de la obligación No. 106681366 desembolsada el 22 de febrero de 2021, sin que hubiesen sido manifestadas dentro de la declaración de asegurabilidad.

Cabe mencionar que, adicionalmente, padece de Diabetes Mellitus desde el año 2014, Hipertensión Arterial desde el año 2017 y Cardiopatía Isquémica con Infarto Agudo de Miocardio y Enfermedad Renal Crónica desde marzo de 2019.

Así las cosas, la omisión de esta información se constituye en una preexistencia al inicio de la vigencia del seguro que reclama.

Ciertamente, la aseguradora asume los riesgos de conformidad con el diligenciamiento del cuestionario que considera pertinente para la evaluación del riesgo al momento de hacer la suscripción, dicho

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12



OBSP-22 - 3.203-RUI - 87200

formulario debe ser tramitado por cada asegurado. Ahora bien, el asegurado presentaba antecedentes importantes de salud y no los manifestó, esto interfiere con el eficaz desarrollo del contrato de seguro, de acuerdo con 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 con los postulados jurídicos, anteriormente enunciados, señalamos que el asegurado, omitió informar que presentaba las patologías ya enunciadas, contexto que no sólo agrava el riesgo, sino que aumentaba las probabilidades de complicarlo en el futuro; para nuestro caso particular, podría indicarse que dichos diagnósticos fueron un factor que agravaban el riesgo y que, de ser conocidos por la aseguradora, la hubiesen inhibido de contratar las coberturas bajo las condiciones reales.

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

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

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

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

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibidem, según el cual el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro (...). Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...). Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpa 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.

inexistencia de
que se le piden
H.C. ni tampoco
de le hizo exámenes
médicos
¿Acididad posiblemente
la aseguradora?

12



1



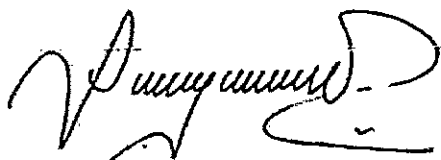
OBSP-22 - 3.203-RUI - 87200

Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca.

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

En concordancia con lo enunciado, Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, lamenta informar la imposibilidad de proceder favorablemente con su solicitud y resuelve objetar su petición, declinando cualquier pago pretendido, por cuanto las patologías enunciadas, no fueron declaradas al ingreso a la póliza, generando sí las consecuencias previstas en la ley y en el contrato de seguro.

Con toda atención,



GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Copia SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS

Intermediario: AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORREDORES DE SEGUROS

Elaboró: AVBEJARANO

Revisó: MORAMIREZ

Aprobó: ACALVO



GCA/DP 17839

Bogotá D.C., 24 de abril de 2023

Señor
ARMANDO MARTÍNEZ PARRA
felipehuertas.velez@gmail.com
Calle 5 No. 3 - 33
Barrio La Pola
Ibagué (Tolima)

Asunto: Derecho de Petición

Respetado señor Martínez:

Nos referimos al Derecho de Petición remitido por usted a nuestra Entidad, mediante el cual solicita información del crédito que presenta con el Banco, teniendo en cuenta las razones expuestas en su comunicación.

Sobre el particular, le informamos que usted se encuentra vinculado comercialmente con nuestra Entidad a través de la obligación No. 106681366, desembolsada el día 22 de febrero de 2021, por un monto de Cincuenta y Ocho Millones Quinientos Mil Pesos (\$58.500.000,00) M/Cte., a un plazo de 132 meses, con cuotas fijas mensuales cada una por valor de Ochocientos Quince Mil Doscientos Cuarenta y Cinco Mil Pesos (\$815.245,00) M/Cte., con primera fecha de pago prevista para el día 10 de abril del año 2021 y en lo sucesivo el día 10 de cada mes, hasta completar el plan de pagos pactado.

De la misma manera, aclaramos que para el otorgamiento de el/(los) crédito(s) es indispensable que los deudores contraten un seguro de vida con cualquier entidad aseguradora, con el fin de respaldar la obligación adquirida en caso de siniestro. Para el presente caso, usted adquirió la póliza No. 994000000002 con la compañía Aseguradora Solidaria de Colombia, como se evidencia en la copia de la "*Solicitud Individual para Seguro de Vida Grupo Deudores*" suscrita por usted y en aceptación de su contenido. Anexo 1.

Anotamos, que el contrato de servicio de la póliza de seguro convenida entre el Banco GNB y Aseguradora Solidaria de Colombia tuvo vencimiento hasta el día 19 de septiembre de 2021, por lo que nuestro Banco al ser el tomador y beneficiario del seguro que cubre el crédito, procedió a realizar un nuevo contrato de servicios con la aseguradora Suramericana, para continuar cubriendo los créditos de libranza que antes se encontraban amparados por Aseguradora Solidaria de Colombia, sin que para este proceso se haya requerido que los titulares de dichos créditos suscribieran un nuevo contrato de seguro con Suramericana, posteriormente la póliza convenida con la mencionada compañía venció el 28 de febrero de 2023, efectuándose un nuevo contrato de servicios con Positiva Compañía de Seguros, la cual se encuentra vigente a la fecha, tal como se evidencia en la certificación de coberturas, Anexo 2.

www.gnbsudameris.com.co

Línea Telelibranzas en Bogotá (57) 601 7399959 y 018000112914 en Otras ciudades

GCA/DP 17839

Vale la pena aclarar, que usted solicitó la afectación de la póliza de seguro por Incapacidad Total y Permanente con la Aseguradora Solidaria de Colombia (teniendo en cuenta la fecha del siniestro), no obstante, la aseguradora luego del estudio realizado determinó que no había lugar a la afectación de la póliza de seguro que ampara el crédito a su cargo, toda vez que, la póliza excluye las enfermedades o accidentes preexistentes o diagnosticados antes de la suscripción de la solicitud de seguro, que a su vez no fueron declarados por usted.

Ahora bien, precisamos que su obligación al día 3 de junio de 2021 se encontraba al día en pagos, presentando los siguientes saldos aproximados:

- Capital: \$58.053.288,00
- Intereses corrientes: \$129.784,88
- Seguros: \$140.400,00

Total: \$58.323.472,88

No obstante, confirmamos que a la fecha su crédito se encuentra vigente y al día en pagos presentando el siguiente saldo a la fecha:

- Capital: \$ 51.995.103,00
- Intereses corrientes: \$206.247,00
- Seguros: \$0,00

Total: \$ 52.201.350,00

Finalmente, resaltando que si usted requiere esta información de manera certificada, la misma tendrá un costo de \$35.700,00 según se establece en el documento "*Tarifas y Comisiones Vigentes Persona Natural*", Anexo 3.

Cordialmente,


GERENCIA CANALES DE ATENCIÓN
Miguel T.

www.gnbsudameris.com.co

Línea Telelibranzas en Bogotá (57) 601 7399959 y 018000112914 en Otras ciudades

CERTIFICA

Que el señor **ARMANDO MARTÍNEZ PARRA**, identificado con cédula de ciudadanía número **8.704.934**, se encuentra vinculado contractualmente con el Banco GNB Sudameris S.A., desde el año 2015 a través de las obligaciones adquiridas bajo la modalidad de libranza que relacionamos en el documento adjunto a esta comunicación (Ver Anexo).

Se expide a solicitud del cliente, en la ciudad de Bogotá D.C., a los veinte (20) días del mes de febrero de 2023.

Cordialmente,


GERENCIA CANALES DE ATENCIÓN

Natalia P.

\$11.900 IVA Incluido

armandomartinezparra31@gmail.com

APB 137430



Anexo

	Crédito No.	Fecha Desembolso	Valor	Fecha de Cancelación	ESTADO
1	104224465 (104339811)	30/11/15	\$ 34.000.000,00	28/07/2017	Cancelada - por medio del desembolso del crédito de Refinanciación No. 104866333
2	104866324	28/06/2017	\$ 574.795,20	28/07/2017	Cancelada - por medio del desembolso de la segunda etapa No. 104866333
3	104866333	28/07/2017	\$ 38.200.000,00	25/05/2018	Cancelada - por medio del desembolso del crédito de Refinanciación No. 105382746
4	105382746	25/05/2018	\$ 38.400.000,00	21/03/2019	Cancelada - por medio del desembolso del crédito de Refinanciación No. 105968702
5	105968702	21/03/2019	\$ 40.000.000,00	29/07/2019	Cancelada - por medio del desembolso del crédito de Refinanciación No. 106126397
6	106126397	29/07/2019	\$ 42.600.000,00	12/11/2019	Cancelada - por medio del desembolso del crédito de Refinanciación No. 105225096
7	106224860	12/11/2019	\$ 50.180.412,00	22/02/2021	Cancelada - por medio del desembolso del crédito de Refinanciación No. 106681366
8	106479504	30/09/2020	\$ 3.677.350,76	22/02/2021	Cancelada - por medio del desembolso de la segunda etapa No. 106681366
9	106681366	22/02/2021	\$ 58.500.000,00	-	Vigente



CASUR

Caja de Sueldos de Retiro
de la Policía Nacional

NIT. 899.999.073-7

Fecha generación: 09/03/2023 12:50 PM

AGOSTO DE 2022

Desprendible No: 112439378
Documento: 8704934
TITULAR: AG MARTINEZ PARRA ARMANDO
Código Verificación: 2303DAKP07

75-IBAGUE DETOL
BANCO POPULAR CONSIGNACIONES
armando.martinez934@casur.gov.co
00000

Valor Asignación:	\$ 1,942,263	DEDUCCIONES	VALOR	CUOT-P
Valor Adicional:	\$ 0	BANGNBSUDPRE	\$ 815,245	114
Total Devengado:	\$ 1,942,263	1%CASURAUTOM	\$ 19,423	000
		AUXILIOMUTUO	\$ 5,200	000
		4%SERVICMEDI	\$ 77,690	000
		Total Deducido:	\$ 917,558	

NETO A PAGAR	\$ 1,024,705
70% ASIGNACION 70.00 DIAS LIQ 030 AMR \$1,942,263.00	

PARTIDAS LIQUIDABLES

DESCRIPCION DE LA PARTIDA	VALOR	TOTAL
SUELDO BASICO	.00	\$ 1,382,148
PRIMA DE ANTIGÜEDAD	20.00	\$ 276,430
PRIMA DE ACTIVIDAD	20.00	\$ 276,430
DOCEAVA PRIMA DE NAVIDAD	.00	\$ 245,331
SUBSIDIO FAMILIAR	43.00	\$ 594,324
Total:		\$ 2,774,662
70% ASIGNACION:		\$ 1,942,263



CASUR

Caja de Sueldos de Retiro
de la Policía Nacional

NIT. 899.999.073-7

Fecha generación: 09/03/2023 12:46 PM

FEBRERO DE 2023

Desprendible No: 113123619
Documento: 8704934
TITULAR: AG MARTINEZ PARRA ARMANDO
Código Verificación: 2303HTHT01

75-IBAGUE DETOL
BANCO POPULAR CONSIGNACIONES
armando.martinez934@casur.gov.co
00000

Valor Asignación:	\$ 1,942,263	DEDUCCIONES	VALOR	CUOT-P
Valor Adicional:	\$ 0	1% CASUR AUTOM	\$ 19,423	000
Total Devengado:	\$ 1,942,263	BANGNBSUDPRE	\$ 815,245	108
		AUXILIO MUTUO	\$ 4,650	000
		4% SERVICIO MEDICINA	\$ 77,690	000
		Total Deducido:	\$ 917,008	

NETO A PAGAR	\$ 1,025,255
---------------------	---------------------

70% ASIGNACION 70.00 DIAS LIQ 030 AMR \$1,942,263.00

PARTIDAS LIQUIDABLES

DESCRIPCION DE LA PARTIDA	VALOR	TOTAL
SUELDO BASICO	00	\$ 1,382,148
PRIMA DE ANTIGÜEDAD	20.00	\$ 276,430
PRIMA DE ACTIVIDAD	20.00	\$ 276,430
DOCEAVA PRIMA DE NAVIDAD	00	\$ 245,331
SUBSIDIO FAMILIAR	43.00	\$ 594,324
Total:		\$ 2,774,662
70% ASIGNACION:		\$ 1,942,263



CASUR

Caja de Sueldos de Retiro
de la Policía Nacional

NIT. 899.999.073-7

Fecha generación: 09/03/2023 12:47 PM

ENERO DE 2023

Desprendible No: 113009070
Documento: 8704934
TITULAR: AG MARTINEZ PARRA ARMANDO
Código Verificación: 2303MAID02

75-IBAGUE DETOL
BANCO POPULAR CONSIGNACIONES
armando.martinez934@casur.gov.co
00000

Valor Asignación:	\$ 1,942,263	DEDUCCIONES	VALOR	CUOT-P
Valor Adicional:	\$ 0	AUXILIOMUTUO	\$ 2,750	000
Total Devengado:	\$ 1,942,263	4%SERVICMEDI	\$ 77,690	000
		1%CASURAUTOM	\$ 19,423	000
		BANGNBSUDPRE	\$ 815,245	109
		Total Deducido:	\$ 915,108	

NETO A PAGAR

\$ 1,027,155

ASIGNACION 70.00 DIAS LIQ 030 AMR \$1,942,263.00

PARTIDAS LIQUIDABLES

DESCRIPCION DE LA PARTIDA	VALOR	TOTAL
SUELDO BASICO	.00	\$ 1,382,148
PRIMA DE ANTIGÜEDAD	20.00	\$ 276,430
PRIMA DE ACTIVIDAD	20.00	\$ 276,430
DOCEAVA PRIMA DE NAVIDAD	.00	\$ 245,331
SUBSIDIO FAMILIAR	43.00	\$ 594,324
Total:		\$ 2,774,662
70% ASIGNACION:		\$ 1,942,263



CASUR

Caja de Sueldos de Retiro
de la Policía Nacional

NIT. 899.999.073-7

Fecha generación: 09/03/2023 12:48 PM

DICIEMBRE DE 2022

Desprendible No: 112894584
Documento: 8704934
TITULAR: AG MARTINEZ PARRA ARMANDO
Código Verificación: 2303AKSI03

75-IBAGUE DETOL
BANCO POPULAR CONSIGNACIONES
armando.martinez934@casur.gov.co
00000

Valor Asignación:	\$ 1,942,263	DEDUCCIONES	VALOR	CUOT-P
Valor Adicional:	\$ 0	4%SERVICMEDI	\$ 77,690	000
Total Devengado:	\$ 1,942,263	AUXILIOMUTUO	\$ 3,750	000
		1%CASURAUTOM	\$ 19,423	000
		BANGNBSUDPRE	\$ 815,245	110
		Total Deducido:	\$ 916,108	

NETO A PAGAR:

\$ 1,026,155

ASIGNACION 70.00 DIAS LIQ 030 AMR \$1,942,263.00

PARTIDAS LIQUIDABLES

DESCRIPCION DE LA PARTIDA	VALOR	TOTAL
SUELDO BASICO	.00	\$ 1,382,148
PRIMA DE ANTIGÜEDAD	20.00	\$ 276,430
PRIMA DE ACTIVIDAD	20.00	\$ 276,430
DOCEAVA PRIMA DE NAVIDAD	.00	\$ 245,331
SUBSIDIO FAMILIAR	43.00	\$ 594,324
Total:		\$ 2,774,662
70% ASIGNACION:		\$ 1,942,263



CASUR

Caja de Sueldos de Retiro
de la Policía Nacional

NIT. 899.999.073-7

Fecha generación: 09/03/2023 12:48 PM

NOVIEMBRE DE 2022

Desprendible No: 112780315
Documento: 8704934
TITULAR: AG MARTINEZ PARRA ARMANDO
Código Verificación: 2303DPQE04

75-IBAGUE DETOL
BANCO POPULAR CONSIGNACIONES
armando.martinez934@casur.gov.co
00000

Valor Asignación:	\$ 1,942,263	DEDUCCIONES	VALOR	CUOT-P
Valor Adicional:	\$ 1,942,263	4%SERVICMEDI	\$ 77,690	000
Total Devengado:	\$ 3,884,526	AUXILIOMUTUO	\$ 4,000	000
		1%CASURAUTOM	\$ 19,423	000
		BANGNBSUDPRE	\$ 815,245	111
		Total Deducido:	\$ 916,358	

NETO A PAGAR	\$ 2,968,168
--------------	--------------

SIGNACION 70.00 DIAS LIQ 030 AMR \$1,942,263.00

PARTIDAS LIQUIDABLES

DESCRIPCION DE LA PARTIDA	VALOR	TOTAL
SUELDO BASICO	.00	\$ 1,382,148
PRIMA DE ANTIGÜEDAD	20.00	\$ 276,430
PRIMA DE ACTIVIDAD	20.00	\$ 276,430
DOCEAVA PRIMA DE NAVIDAD	.00	\$ 245,331
SUBSIDIO FAMILIAR	43.00	\$ 594,324
Total:		\$ 2,774,662
70% ASIGNACION:		\$ 1,942,263



CASUR

Caja de Sueldos de Retiro
de la Policía Nacional

NIT. 899.999.073-7

Fecha generación: 09/03/2023 12:49 PM

OCTUBRE DE 2022

Desprendible No: 112666313
Documento: 8704934
TITULAR: AG MARTINEZ PARRA ARMANDO
Código Verificación: 2303RUFM05

75-IBAGUE DETOL
BANCO POPULAR CONSIGNACIONES
armando.martinez934@casur.gov.co
00000

Valor Asignación:	\$ 1,942,263	DEDUCCIONES	VALOR	CUOT-P
Valor Adicional:	\$ 0	AUXILIO MUTUO	\$ 4,700	000
Total Devengado:	\$ 1,942,263	4% SERVICIO MEDIO	\$ 77,690	000
		BANCO POPULAR SUDPRE	\$ 815,245	112
		1% CASURAUTOM	\$ 19,423	000
		Total Deducido:	\$ 917,058	

NETO A PAGAR	\$ 1,025,205
--------------	--------------

75-IBAGUE DETOL 70.00 DIAS LIQ 030 AMR \$1,942,263.00

PARTIDAS LIQUIDABLES

DESCRIPCION DE LA PARTIDA	VALOR	TOTAL
SUELDO BASICO	.00	\$ 1,382,148
PRIMA DE ANTIGÜEDAD	20.00	\$ 276,430
PRIMA DE ACTIVIDAD	20.00	\$ 276,430
DOCEAVA PRIMA DE NAVIDAD	.00	\$ 245,331
SUBSIDIO FAMILIAR	43.00	\$ 594,324
Total:		\$ 2,774,662
70% ASIGNACION:		\$ 1,942,263



CASUR

Caja de Sueldos de Retiro
de la Policía Nacional

NIT. 899.999.073-7

Fecha generación: 09/03/2023 12:49 PM

SEPTIEMBRE DE 2022

Desprendible No: 112552632
Documento: 8704934
TITULAR: AG MARTINEZ PARRA ARMANDO
Código Verificación: 2303RSAA06

75-IBAGUE DETOL
BANCO POPULAR CONSIGNACIONES
armando.martinez934@casur.gov.co
00000

Valor Asignación:	\$ 1,942,263	DEDUCCIONES	VALOR	CUOT-P
Valor Adicional:	\$ 0	BANGNBSUDPRE	\$ 815,245	113
Total Devengado:	\$ 1,942,263	1%CASURAUTOM	\$ 19,423	000
		4%SERVICMEDI	\$ 77,690	000
		AUXILIOMUTUO	\$ 4,900	000
		Total Deducido:	\$ 917,258	

NETO A PAGAR

\$ 1,025,005

ASIGNACION 70.00 DIAS LIQ 030 AMR \$1,942,263.00

PARTIDAS LIQUIDABLES

DESCRIPCION DE LA PARTIDA	VALOR	TOTAL
SUELDO BASICO	00	\$ 1,382,148
PRIMA DE ANTIGÜEDAD	20.00	\$ 276,430
PRIMA DE ACTIVIDAD	20.00	\$ 276,430
DOCEAVA PRIMA DE NAVIDAD	.00	\$ 245,331
SUBSIDIO FAMILIAR	43.00	\$ 594,324
Total:		\$ 2,774,662
70% ASIGNACION:		\$ 1,942,263

DERECHO DE PETICIÓN - ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA // FRS

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Vie 29/09/2023 16:42

Para:disan.asjur-tutelas@policia.gov.co <disan.asjur-tutelas@policia.gov.co>

 3 archivos adjuntos (291 KB)

IBA46023.pdf; certificado superfinanciera agosto 2023.pdf; DP DISAN POLICIA.pdf;

Señores

DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de Apoderado Especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA ENTIDAD COOPERATIVA.**, tal como consta en el poder que se anexa, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con el NIT 860524654-6, representada legalmente por la doctora María Yasmith Hernández Montoya, quien es Demandada dentro del proceso verbal promovido por **ARMANDO MARTÍNEZ PARRA**, que cursa actualmente en Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 730014003006-2023-00360-000; me permito presentar ante ustedes **DERECHO DE PETICIÓN** en los términos del artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso.

ATENTAMENTE,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

DERECHO DE PETICIÓN - ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA // frs

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Vie 29/09/2023 16:45

Para:servicioalcliente.ibague@clinicamuestra.com <servicioalcliente.ibague@clinicamuestra.com>

 3 archivos adjuntos (292 KB)

IBA46023.pdf; certificado superfinanciera agosto 2023.pdf; DP CLINICA.pdf;

Señores

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE IBAGUÉ

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de Apoderado Especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA ENTIDAD COOPERATIVA.**, tal como consta en el poder que se anexa, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con el NIT 860524654-6, representada legalmente por la doctora María Yasmith Hernández Montoya, quien es Demandada dentro del proceso verbal promovido por **ARMANDO MARTÍNEZ PARRA**, que cursa actualmente en Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 730014003006-2023-00360-000; me permito presentar ante ustedes **DERECHO DE PETICIÓN** en los términos del artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso.

ATENTAMENTE,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

DERECHO DE PETICIÓN - ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA // FRS

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Vie 29/09/2023 16:46

Para:atencionalusuario@clinicadeojosdeltolima.com <atencionalusuario@clinicadeojosdeltolima.com>

 3 archivos adjuntos (291 KB)

DP OJOS.pdf; IBA46023.pdf; certificado superfinanciera agosto 2023.pdf;

Señores

CLÍNICA DE OJOS DEL TOLIMA

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de Apoderado Especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA ENTIDAD COOPERATIVA.**, tal como consta en el poder que se anexa, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con el NIT 860524654-6, representada legalmente por la doctora María Yasmith Hernández Montoya, quien es Demandada dentro del proceso verbal promovido por **ARMANDO MARTÍNEZ PARRA**, que cursa actualmente en Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 730014003006-2023-00360-000; me permito presentar ante ustedes **DERECHO DE PETICIÓN** en los términos del artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso.

ATENTAMENTE,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

Señores

CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO DE IBAGUÉ

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de Apoderado Especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA ENTIDAD COOPERATIVA.**, tal como consta en el poder que se anexa, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con el NIT 860524654-6, representada legalmente por la doctora María Yasmyth Hernández Montoya, quien es Demandada dentro del proceso verbal promovido por **ARMANDO MARTÍNEZ PARRA**, que cursa actualmente en Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 730014003006-2023-00360-000; me permito presentar ante ustedes **DERECHO DE PETICIÓN** en los términos del artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito respetuosamente se expida con destino al proceso adelantado en Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 730014003006-2023-00360-000, los siguientes documentos y/o informes:

- Historia Clínica del señor Armando Martínez Parra identificado con Cédula de Ciudadanía No. 8.704.934 desde el año 2000 hasta el año 2023.

HECHOS

1. En la actualidad, ante el Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 730014003006-2023-00360-000, se adelanta un proceso verbal iniciado por el señor Armando Martínez Parra en contra de mi representada.
2. Como quiera que el objeto del proceso es afectar la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 9940000003, de la cual mi representada alega la nulidad por reticencia del asegurado. Por tal razón, la información que usted brinde será aportada como prueba del estado de salud y la reticencia del demandante al proceso.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991,
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

*“Artículo 14.
Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”*

De acuerdo con lo anterior, agradezco que los documentos solicitados sean remitidos al correo relacionado en el aparte de notificaciones y al correo de notificaciones del Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué j06cmpaliba@cendoj.ramajudicial.gov.co

ANEXOS

Certificado de existencia y representación legal de Aseguradora Solidaria y el poder especial otorgado al suscrito.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 69. No 4-48 oficina 502 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la correspondiente respuesta en el correo notificaciones@gha.com.co

Respetuosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gustavo', with a stylized flourish at the end.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

Señores

CLÍNICA DE OJOS DEL TOLIMA

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de Apoderado Especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA ENTIDAD COOPERATIVA.**, tal como consta en el poder que se anexa, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con el NIT 860524654-6, representada legalmente por la doctora María Yasmyth Hernández Montoya, quien es Demandada dentro del proceso verbal promovido por **ARMANDO MARTÍNEZ PARRA**, que cursa actualmente en Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 730014003006-2023-00360-000; me permito presentar ante ustedes **DERECHO DE PETICIÓN** en los términos del artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito respetuosamente se expida con destino al proceso adelantado en Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 730014003006-2023-00360-000, los siguientes documentos y/o informes:

- Historia Clínica del señor Armando Martínez Parra identificado con Cédula de Ciudadanía No. 8.704.934 desde el año 2000 hasta el año 2023.

HECHOS

1. En la actualidad, ante el Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 730014003006-2023-00360-000, se adelanta un proceso verbal iniciado por el señor Armando Martínez Parra en contra de mi representada.
2. Como quiera que el objeto del proceso es afectar la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 9940000003, de la cual mi representada alega la nulidad por reticencia del asegurado. Por tal razón, la información que usted brinde será aportada como prueba del estado de salud y la reticencia del demandante al proceso.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991,
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

*“Artículo 14.
Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”*

De acuerdo con lo anterior, agradezco que los documentos solicitados sean remitidos al correo relacionado en el aparte de notificaciones y al correo de notificaciones del Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué j06cmpaliba@cendoj.ramajudicial.gov.co

ANEXOS

Certificado de existencia y representación legal de Aseguradora Solidaria y el poder especial otorgado al suscrito.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 69. No 4-48 oficina 502 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la correspondiente respuesta en el correo notificaciones@gha.com.co

Respetuosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gustavo Alberto Herrera Ávila', with a stylized flourish at the end.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

Señores

DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de Apoderado Especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA ENTIDAD COOPERATIVA.**, tal como consta en el poder que se anexa, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con el NIT 860524654-6, representada legalmente por la doctora María Yasmyth Hernández Montoya, quien es Demandada dentro del proceso verbal promovido por **ARMANDO MARTÍNEZ PARRA**, que cursa actualmente en Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 730014003006-2023-00360-000; me permito presentar ante ustedes **DERECHO DE PETICIÓN** en los términos del artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito respetuosamente se expida con destino al proceso adelantado en Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 730014003006-2023-00360-000, los siguientes documentos y/o informes:

- Historia Clínica del señor Armando Martínez Parra identificado con Cédula de Ciudadanía No. 8.704.934 desde el año 2000 hasta el año 2023.

HECHOS

1. En la actualidad, ante el Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué, bajo el número de radicación 730014003006-2023-00360-000, se adelanta un proceso verbal iniciado por el señor Armando Martínez Parra en contra de mi representada.
2. Como quiera que el objeto del proceso es afectar la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 9940000003, de la cual mi representada alega la nulidad por reticencia del asegurado. Por tal razón, la información que usted brinde será aportada como prueba del estado de salud y la reticencia del demandante al proceso.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991,
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

*“Artículo 14.
Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. (...) Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”*

De acuerdo con lo anterior, agradezco que los documentos solicitados sean remitidos al correo relacionado en el aparte de notificaciones y al correo de notificaciones del Juzgado Sexto Civil Municipal de Ibagué j06cmpaliba@cendoj.ramajudicial.gov.co

ANEXOS

Certificado de existencia y representación legal de Aseguradora Solidaria y el poder especial otorgado al suscrito.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 69. No 4-48 oficina 502 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la correspondiente respuesta en el correo notificaciones@gha.com.co

Respetuosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gustavo Alberto Herrera Ávila', with a stylized flourish at the end.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

Señores
JUZGADO 6 CIVIL MUNICIPAL
Ibagué

Referencia:	RADICADO:	202300360
	DEMANDANTE.	ARMANDO MARTÍNEZ PARRA
	DEMANDADO.	ASEGURADORA SOLIDARIA

JUAN PABLO RUEDA SERRANO, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número **79.445.028** de **Bogotá**, 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 **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, identificado como aparece al pie de su firma, para que en nombre de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA** se notifique y asuma la defensa de la Compañía dentro del proceso de la referencia.

El doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, 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 notificaciones@gha.com.co

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

Cordialmente,



JUAN PABLO RUEDA SERRANO
C. C. No. **79.445.028** de **Bogotá**
Representante Legal Judicial

Acepto el poder,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA
C. C. No. 19.395.114 de
T. P. No. 39116

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 9187931207096266

Generado el 02 de agosto de 2023 a las 16:38:42

**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 artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

NIT: 860524654-6

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 9187931207096266

Generado el 02 de agosto de 2023 a las 16:38:42

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

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

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

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

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

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

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

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



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 9187931207096266

Generado el 02 de agosto de 2023 a las 16:38:42

**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

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



**NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARIA 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."

