


**RV: CONTESTACIÓN DEMANDA// RAD:110014003010-2022-00540-00// DTE: GLORIA AMPARO LOPERA BOLÍVAR // DDO: AXA COLPATRIA SEGUROS SA//BPDV**

Juzgado 60 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C. <cmpl60bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Jue 05/10/2023 16:41

Para:Escribiente 02 Juzgado 60 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C. <escribiente02j60cmbta@cendoj.ramajudicial.gov.co>

 1 archivos adjuntos (13 MB)

CONTESTACIÓN 11001400301020220054000 GALB (DCL).pdf;

---

De: Juzgado 10 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C. <cmpl10bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Enviado: jueves, 5 de octubre de 2023 4:39 p. m.

Para: Juzgado 60 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C.

Asunto: RV: CONTESTACIÓN DEMANDA// RAD:110014003010-2022-00540-00// DTE: GLORIA AMPARO LOPERA BOLÍVAR // DDO: AXA COLPATRIA SEGUROS SA//BPDV

Cordial saludo,

Se remite por ser de su competencia.

Con el debido y acostumbrado respeto.

Juzgado 10 Civil Municipal de Bogotá-

---

De: Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Enviado: jueves, 5 de octubre de 2023 4:08 p. m.

Para: Juzgado 60 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C. <cmpl60bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>;

Juzgado 10 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C. <cmpl10bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Cc: Voluntad Abogados <Voluntadabogados@hotmail.com>; notificaciones.juridico@itau.co

<notificaciones.juridico@itau.co>; srojas@gha.com.co <srojas@gha.com.co>; Ana María Barón

Mendoza <abaron@gha.com.co>; Daisy Carolina López Romero <dclopez@gha.com.co>; MARÍA

CAMILA AGUDELO ORTIZ <mcagudelo@gha.com.co>; Brenda Patricia Díaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

Asunto: CONTESTACIÓN DEMANDA// RAD:110014003010-2022-00540-00// DTE: GLORIA AMPARO LOPERA BOLÍVAR // DDO: AXA COLPATRIA SEGUROS SA//BPDV

Señores

JUZGADO SESENTA CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL

RADICACIÓN: 110014003010-2022-00540-00

DEMANDANTE: GLORIA AMPARO LOPERA BOLÍVAR

DEMANDADOS: AXA COLPATRIA SEGUROS SA Y OTRO

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE 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 AXA COLPATRIA SEGUROS SA, 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 860.002.184-6, representada legalmente por la doctora Elisa Andrea Orduz Barreto. Comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar CONTESTACIÓN A LA DEMANDA formulada por la señora Gloria Amparo Lopera Bolívar en contra de mi representada y otro, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la parte Demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

De conformidad con lo preceptuado en el Artículo 3 de la Ley 2213 de 2022, se remite copia del presente mensaje al correo electrónico de las partes procesales.

Comedidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA  
C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

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

Señores

**JUZGADO SESENTA CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.**

E. S. D.

**REFERENCIA:** VERBAL

**RADICACIÓN:** 110014003010-2022-00540-00

**DEMANDANTE:** GLORIA AMPARO LOPERA BOLÍVAR

**DEMANDADOS:** AXA COLPATRIA SEGUROS SA Y OTRO

**ASUNTO:** CONTESTACIÓN DE 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 **AXA COLPATRIA SEGUROS SA**, 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 860.002.184-6, representada legalmente por la doctora Elisa Andrea Orduz Barreto. Comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por la señora Gloria Amparo Lopera Bolívar en contra de mi representada y otro, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la parte Demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

**SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA**

De conformidad con las disposiciones de orden público contenidas en el artículo 278 del Código General del Proceso, y en consideración a los principios de economía procesal y legalidad comedidamente se solicita al Despacho proferir sentencia anticipada debido a que se encuentra vastamente acreditada la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme a lo consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio, en la medida en que desde la ocurrencia del hecho que da base a la acción, es decir desde la calificación de pérdida de capacidad laboral del 07 de junio de 2019, hasta la fecha de presentación de la demanda ante la jurisdicción ordinaria (16 de mayo de 2022) transcurrieron más de dos años, es decir operó el fenómeno prescriptivo.

La norma aludida del Código General del Proceso, fija para el juzgador el deber de proferir sentencia anticipada, cuando se encuentre probada entre otras excepciones, la de prescripción, en los siguientes términos:

*“ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias.*

*Son sentencias las que deciden sobre las pretensiones de la demanda, las excepciones de mérito, cualquiera que fuere la instancia en que se pronuncien, las que deciden el incidente de liquidación de perjuicios, y las que resuelven los recursos de casación y revisión. Son autos todas las demás providencias.*

*En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:*

- 1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.*
- 2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.*
- 3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta indispensable tomar en consideración que en el presente caso nos encontramos ante una clara prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, debido a que la demanda fue presentada con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el hecho que da base a esta demanda, es decir la calificación de pérdida de capacidad laboral efectuada a la señora Gloria Lopera, lo cual ocurrió el día 07 de junio de 2019. De manera que, en el caso bajo estudio la Accionante contaba hasta el 07 de junio de 2021 para promover el ejercicio de esta acción. No obstante, no fue sino hasta el 16 de mayo de 2022 que la parte actora interpuso la demanda, por lo que es dable advertir que en el presente asunto operó la prescripción consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio.

Es más, aún en el evento en que el Honorable Despacho realice el cómputo del término contando una posible interrupción de la prescripción de que trata el inciso final del artículo 94 del Código General del Proceso, la cual podría entenderse que se materializó por medio de la solicitud de indemnización que presentó la actora en el mes de octubre de 2019 y que dio origen a la objeción del 28 de octubre de 2019, incluso así, las acciones derivadas del contrato de seguro de todas maneras se encuentran prescritas, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes en que se radicó la primera solicitud para hacer efectivo el aseguramiento. En este sentido, dado que la demanda fue presentada hasta el 16 de mayo de 2022, es dable advertir que la parte actora promovió la presente acción después del término máximo para su ejercicio, el



cual en este evento era el 13 de febrero de 2022, lo anterior teniendo en cuenta la suspensión de términos que se decretó con ocasión al Covid-19. Lo cual conlleva indefectiblemente a concluir que las acciones que se derivan de contrato de seguro se encuentran prescritas en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio, lo que obsta para que salgan adelante las pretensiones de la demanda y lo que comporta incluso el deber para este honorable despacho de proferir sentencia anticipada para absolver a mi mandante.

## **CAPÍTULO I**

### **PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS**

**Frente al hecho número 1:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con su fecha de nacimiento, pues se trata de circunstancias en las que AXA Colpatria Seguros SA no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al hecho número 2:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el crédito adquirido con Itaú Colombia SA, pues se trata de circunstancias en las que AXA Colpatria Seguros SA no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al hecho número 3:** A mi mandante no le consta los requerimientos que le haya efectuado la entidad financiera a la señora Gloria Lopera a fin de formalizar un contrato de mutuo, pues aquella entidad es completamente diferente a la aseguradora que represento.

**Frente al hecho número 4:** Solo es cierto en cuanto a que, la señora Gloria Amparo Lopera Bolívar solicitó la inclusión en el Seguro de Vida grupo deudor cuyos amparos conciernen a muerte e incapacidad total y permanente.

Sin perjuicio de lo anterior, desde ya se advierte que la póliza vida grupo por la que se inicia este proceso no podrá ser afectada en atención a que, se configuró la prescripción de las acciones del contrato de seguro; asimismo hay una falta de cobertura material al estar ante un riesgo expresamente excluido para todos los amparos consistente en que no se procederá con pago alguno cuando la asegurada con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o al inicio de la vigencia sufra y le haya sido diagnosticada con una enfermedad considerada como grave o crónica. En el mismo sentido se configuró la exclusión para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente consistente en enfermedades preexistentes a la fecha de inicio

de vigencia; y se configuró la nulidad relativa del contrato, por cuanto la asegurada fue reticente en la declaración del riesgo. Todas estas razones implican que el seguro no podrá afectarse y sin duda deberán ser desestimadas las pretensiones de la demanda.

**Frente al hecho número 5:** Si bien es cierto que la Póliza emitida por mi representada ampara la Incapacidad Total y Permanente, la cual corresponde a la emisión de un Dictamen por autoridad competente sobre el 50% de la Pérdida de Capacidad Laboral de la asegurada. Desde ya debe indicarse que la póliza vida grupo no podrá ser afectada en atención a que, se configuró la prescripción de las acciones del contrato de seguro; asimismo hay una falta de cobertura material al estar ante un riesgo expresamente excluido para todos los amparos consistente en que no se procederá con pago alguno cuando la asegurada con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o al inicio de la vigencia sufra y le haya sido diagnosticada con una enfermedad considerada como grave o crónica. En el mismo sentido se configuró la exclusión para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente consistente en enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia; y se configuró la nulidad relativa del contrato, por cuanto la asegurada fue reticente en la declaración del riesgo.

**Frente al hecho número 6:** Es cierto únicamente que la señora Gloria Amparo Lopera suscribió la solicitud de productos persona natural y así deberá considerarlo el despacho para los efectos de declarar las excepciones que aquí se proponen. Pero además se señala que no es cierto que la señora Gloria Lopera gozara de óptimas condiciones médicas para el momento en que suscribió esa declaración de asegurabilidad, porque el mismo dictamen de pérdida de capacidad laboral que aporta con la demanda contiene una serie de resúmenes médicos que indican que la entonces asegurada padecía de trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda, que padecía y conocía con exactitud porque eran enfermedades consistentes y que la acompañaban desde hace varios años antes del 2018.

Pese a que la señora Gloria conocía con exactitud todos sus padecimientos de salud, aquella no los declaró en la etapa precontractual y así vició el consentimiento de mi mandante quien creía estar asegurando a una persona en óptimas condiciones cuando ello no era así, pues pese a sus respuestas en donde afirmaba tener un buen estado de salud, su historial medico demuestra lo contrario.

En este sentido y como se expondrá más adelante, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido

y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Es decir, a pesar de que la señora Gloria Amparo Lopera conocía de sus padecimientos de salud de trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda con anterioridad al mes de septiembre de 2018, él negó la existencia de sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo. Lo anterior sin perjuicio de que el contrato de seguro no presta cobertura material y sus acciones se encuentran totalmente prescritas.

**Frente al hecho número 7:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el pago de las cuotas del crédito adquirido con Itaú Colombia SA, pues se trata de circunstancias en las AXA Colpatria Seguros SA no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al hecho número 8:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación los padecimientos acaecidos con posterioridad al año 2018 pues se trata de circunstancias en las AXA Colpatria Seguros SA no participó. Sin perjuicio de ello, debe indicarse que con anterioridad a dicha data la señora Gloria Amparo Lopera sufría de enfermedades tales como trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda, por lo que es claro que, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Asimismo, se configuró la exclusión para todos los amparos consistente en que no se procederá con pago alguno cuando la asegurada con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o al inicio de la vigencia sufra y le haya sido diagnosticada con una enfermedad considerada como grave o crónica. En el mismo sentido se configuró la exclusión para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente consistente en enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia.

Finalmente, no se puede pasar por alto que en este caso operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio. Lo anterior por cuanto el término inició su conteo el día 07 de junio de 2019, fecha en la que se emitió el dictamen de pérdida de capacidad laboral del 67,14% a la señora Lopera Bolívar, mismo que ella conoció en la misma calenda. Por lo que el fenómeno prescriptivo se configuró el día 07 de junio de 2021, sin embargo la señora Gloria Lopera Bolívar interpuso la demanda hasta el día 16 de mayo de 2022 e incluso contando el término prescriptivo desde la fecha en la que se presentó la primera solicitud de indemnización en octubre de 2019, las acciones que se derivan del contrato de

seguro se encuentran prescritas en tanto no se promovió la demanda en el lapso de dos años contados a partir de esa fecha.

**Frente al hecho número 9:** No es cierto, como se evidencia en el Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, en 1998 se realizó una laminectomía por el TRASTORNO DE DISCO LUMBAR, a saber:

M511	Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR QUE REQUIRIÓ DE LAMINECTOMIA EN EL AÑO 1998 CON RADICULOPATIA CRÓNICA	Enfermedad común
------	--	---	------------------

En ese orden de ideas se demuestra fehacientemente que la señora Lopera Bolívar fue diagnosticado con trastorno de disco lumbar de acuerdo con el fragmento del Dictamen, es decir, con anterioridad al 01 de septiembre de 2018 fecha en que perfeccionó el contrato de seguro. Más aún, cuando estamos ante una patología que fue tomada en cuenta por el ente calificador para fijar un porcentaje de PCL:

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias			
Diagnósticos y origen			
CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Origen
M150	(osteo) artrosis primaria generalizada	OSTEOARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	Enfermedad común
R521	Dolor crónico intratable	DOLOR CRÓNICO INTRATABLE	Enfermedad común
M480	Estenosis espinal	CANAL ESPINAL ESTRECHO CERVICAL ASOCIADO A RADICULOPATIA	Enfermedad común
F510	Insomnio no orgánico	INSOMNIO	Enfermedad común
G448	Otros síndromes de cefalea especificados		Enfermedad común
M511	Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR QUE REQUIRIÓ DE LAMINECTOMIA EN EL AÑO 1998 CON RADICULOPATIA CRÓNICA	Enfermedad común
M799	Trastorno de los tejidos blandos, no especificado	FIBROMIALGIA	Enfermedad común
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CRONICO	Enfermedad común
Deficiencias			

Aunado a ello, la demandante indica que le fueron emitidas incapacidades, lo cual sí es cierto, sin embargo, las mismas se evidencian con anterioridad al año 2018, a saber:

SALUD TOTAL EPS-S S.A.

CERTIFICA

Que al afiliado (a) cotizante **LOPERA BOLIVAR GLORIA AMPARO**, identificado (a) con documento de identidad C.C. 42763991, se le han expedido de forma continua incapacidades por enfermedad general.

Nail*	F. Inicio	F. Fin	Días	Acu	Liquidación	Dx
23748	03/10/2003	03/10/2003	1	1	\$0	G432
304232769	04/09/2004	04/09/2004	1	1	\$0	
304580312	06/28/2004	07/01/2004	4	4	\$42,026	M542
304965330	09/15/2004	09/25/2004	11	11	\$276,800	M432
305659870	02/01/2005	02/05/2005	5	5	\$68,569	G560
306384024	06/15/2005	06/19/2005	5	5	\$70,480	G551
308849766	07/08/2006	07/10/2006	3	3	\$0	G439
310720555	03/10/2007	03/12/2007	3	3	\$0	S602
313005234	10/19/2007	10/22/2007	4	4	\$35,876	
P1559343	05/26/2008	05/27/2008	2	2	\$0	F41
P1912529	02/12/2009	02/19/2009	8	8	\$205,222	M54.4
P2132615	07/14/2009	07/17/2009	4	4	\$43,244	M54.2
P2313493	10/29/2009	11/01/2009	4	4	\$41,558	J00X

De lo anterior solo se colige que el contrato es nulo por la reticencia de la entonces asegurada, pues como se ha explicado no solo trastorno de disco lumbar sino otras enfermedades fueron diagnosticadas previo al año 2018. Así como también se configura una causal de exclusión para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente consistente en enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia.

**Frente al hecho número 10:** En atención a que en el presente hecho se efectúan varias manifestaciones, procederá a pronunciarme en los siguientes términos:

- No es cierto que se hayan generado incapacidades desde el año 2019, pues como se evidencia en el certificado emitido por EPS Salud Total, dichas incapacidades corren desde el año 2003, por lo que es claro que la señora Lopera ya padecía múltiples enfermedades:



**SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

**CERTIFICA**

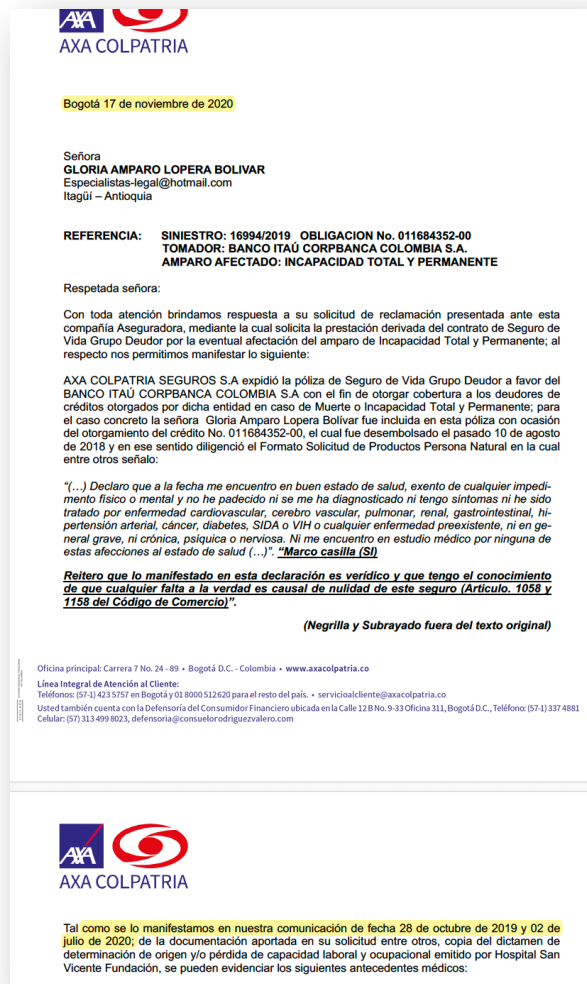
Que al afiliado (a) cotizante **LOPERA BOLIVAR GLORIA AMPARO**, identificado (a) con documento de identidad C.C. 42763991, se le han expedido de forma continua incapacidades por enfermedad general.

Nail*	F. Inicio	F. Fin	Días	Acu	Liquidación	Dx
23748	03/10/2003	03/10/2003	1	1	\$0	G432
304232769	04/09/2004	04/09/2004	1	1	\$0	
304580312	06/28/2004	07/01/2004	4	4	\$42,026	M542
304965330	09/15/2004	09/25/2004	11	11	\$276,800	M432
305659870	02/01/2005	02/05/2005	5	5	\$68,569	G560
306384024	06/15/2005	06/19/2005	5	5	\$70,480	G551
308849766	07/08/2006	07/10/2006	3	3	\$0	G439
310720555	03/10/2007	03/12/2007	3	3	\$0	S602
313005234	10/19/2007	10/22/2007	4	4	\$35,876	
P1559343	05/26/2008	05/27/2008	2	2	\$0	F41
P1912529	02/12/2009	02/19/2009	8	8	\$205,222	M54.4
P2132615	07/14/2009	07/17/2009	4	4	\$43,244	M54.2
P2313493	10/29/2009	11/01/2009	4	4	\$41,558	J00X

- No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el pago de sus incapacidades por parte de su fondo de pensiones, pues se trata de circunstancias en las que AXA Colpatría Seguros SA no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al hecho número 11:** Es cierto que la señora Lopera fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del 67,14%, y deberá tenerse como confesión por apoderado el hecho de que desde el mismo 7 de junio de 2019 la señora Lopera conoció de dicha calificación. Lo anterior toda vez que desde aquella calenda empezó a correr el término de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y en ese entendido solo hasta el 7 de junio de 2021 la señora Lopera podía presentar esta demanda. Pese a ello, lo cierto es que la radicación de aquella tan solo ocurrió el 16 de mayo de 2022 cuando el termino bienal de prescripción ordinario que consagra el articulo 1081 del C.Co ya había fenecido.

**Frente al hecho número 12:** No es cierto tal y como lo afirma el demandante, pues debe indicarse que si bien la señora Gloria Amparo Lopera radicó una solicitud de indemnización el día 04 de noviembre de 2020, esta solicitud no corresponde a la primera solicitud, pues previo a este la Compañía de Seguros había objetado dos solicitudes anteriores efectuadas por la hoy demandante, precisamente se objetó el 28 de octubre de 2019, el 02 de julio 2020. De tal suerte que el día 17 de noviembre de 2020 mi mandante ratificó la objeción al pago como respuesta a la solicitud del 4 de noviembre de 2020 que se itera ya correspondía a una tercera solicitud. Veamos que este aspecto incluso se reseñó en aquella objeción del mes de noviembre de 2020:



Documento: Objeción emitida por AXA Colpatría Seguros SA del 17 de noviembre de 2020

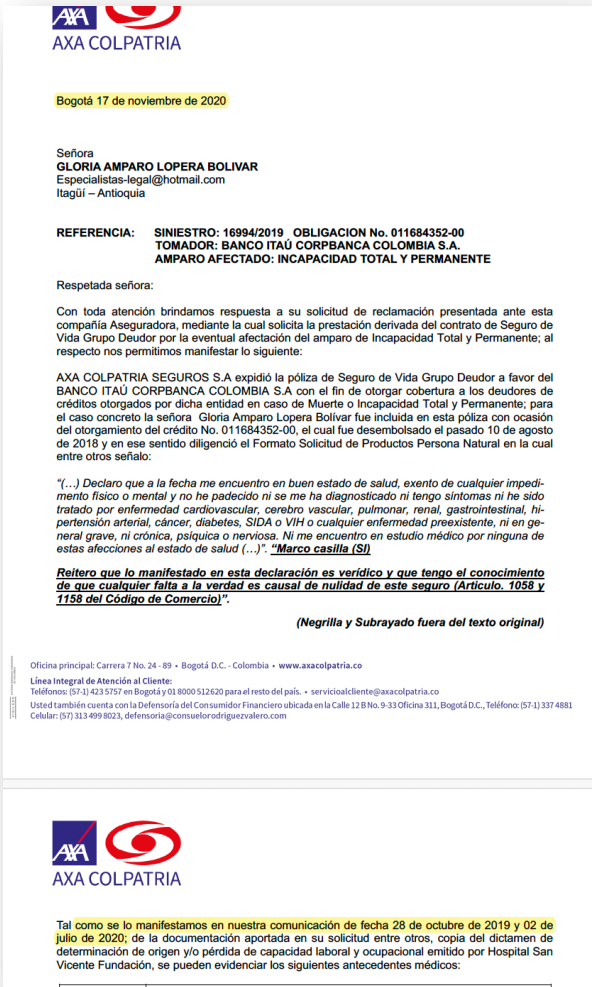
Transcripción esencial: “Tal como se lo manifestamos en nuestra comunicación de fecha 28 de octubre de 2019 y 02 de julio de 2020”

Ahora bien, es importante que este Despacho tenga en consideración que, si aun en gracia de discusión se considerara que en los términos del artículo 94 del CGP el requerimiento al deudor interrumpe el término de prescripción. Lo cierto es que el único acto que podría dar lugar a ello es la solicitud de indemnización del mes de octubre de 2019, que dio lugar a la objeción del 28 de octubre de la misma anualidad. Es decir, que si se considerara aquel hito como una interrupción de la prescripción, desde ahí el término bienal inicia su conteo nuevamente, en consecuencia, la señora Lopera tenía hasta dos años después para incoar la acción, lo cual no ocurrió debido a que esta se radicó tan solo hasta el día 16 de mayo de 2022, es decir por fuera de los dos años que dispone la legislación para el ejercicio de la acción.

Por otra parte, tal y como se ha mencionado el término volvió a iniciar en el mes de octubre de 2019, por lo que es claro que el término bienal concluyó en el mes de octubre de 2021, sin embargo, de virtud de la suspensión de los términos por el Covid-19 que tuvo una duración de 3 meses y 15

días, es necesario aclarar que el término prescriptivo se configuró el día 13 de febrero de 2022, sin embargo la demanda se interpuso solo hasta el 16 de mayo de 2022, es decir 2 años y 3 meses después. Bajo estos términos en uno u otro escenario es claro que el fenómeno prescriptivo ya operó de acuerdo con el artículo 1081 del Código de Comercio.

**Frente al hecho número 13:** No es cierto tal y como lo afirma el demandante, pues debe indicarse que si bien la Compañía Aseguradora había objetado mediante comunicación del día 17 de noviembre, lo cierto es que la señora Gloria Amparo Lopera radicó la solicitud de indemnización por primera vez en el mes de octubre de 2019, pues de hecho por ello la Compañía de Seguros había objetado en una primera oportunidad en fecha del 28 de octubre de 2019 y luego, reiteró en calendas del 02 de julio y 17 de noviembre de 2020 tal y como se informó en la última comunicación emitida por mi representada:



Ahora bien, es importante que este Despacho tenga en consideración que, si aun en gracia de discusión se considerara que en los términos del artículo 94 del CGP el requerimiento al deudor interrumpe el término de prescripción. Lo cierto es que el único acto que podría dar lugar a ello es la solicitud de indemnización del mes de octubre de 2019, que dio lugar a la objeción del 28 de octubre de la misma anualidad. Es decir, que, si se considerara aquel hito como una interrupción de la prescripción, desde ahí el término bienal inicia su conteo nuevamente, en consecuencia, la



señora Lopera tenía hasta dos años después para incoar la acción, lo cual no ocurrió debido a que esta se radicó tan solo hasta el día 16 de mayo de 2022, es decir por fuera de los dos años que dispone la legislación para el ejercicio de la acción.

Por otra parte, tal y como se ha mencionado el término volvió a iniciar en el mes de octubre de 2019, por lo que es claro que el término bienal concluyó en el mes de octubre de 2021, sin embargo, de virtud de la suspensión de los términos por el Covid-19 que tuvo una duración de 3 meses y 15 días, es necesario aclarar que el término prescriptivo se configuró el día 13 de febrero de 2022, sin embargo, la demanda se interpuso solo hasta el 16 de mayo de 2022, es decir 2 años y 3 meses después. Bajo estos términos en uno u otro escenario es claro que el fenómeno prescriptivo ya operó de acuerdo con el artículo 1081 del Código de Comercio.

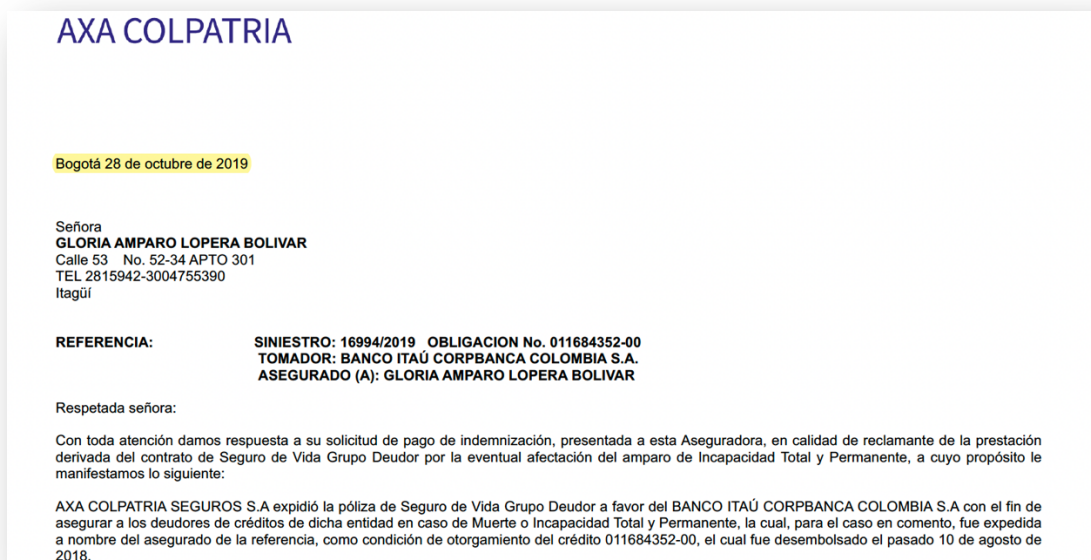
**Frente al hecho número 14:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante con relación a la solicitud presentada ante Itaú Colombia SA, pues se trata de circunstancias en las AXA Colpatria Seguros SA no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al hecho número 15:** No es cierto tal y como lo afirma el demandante, pues en efecto la Compañía de Seguros resolvió la solicitud de indemnización que desde octubre de 2019 realizó la señora Lopera y que reiteró en dos ocasiones más. Incluso debe decirse que con total claridad mi mandante le ha manifestado la razón para no proceder con el pago del seguro y esto se debe a la asegurada fue reticente por cuanto no informó los antecedentes patológicos que padecía previo a la celebración del contrato de seguro y que además se había configurado una exclusión pactada en el negocio aseguraticio, para tales efectos es importante proceder a visualizar la primera comunicación emitida por mi prohijada el día 28 de octubre de 2019:



Ahora bien, no es cierto que mi representada se encuentre faltando al cumplimiento de su obligación contractual, pues el principio de uberrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Es decir, a pesar de que la señora Gloria Amparo Lopera conocía de sus padecimientos de salud de trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda con anterioridad al mes de septiembre de 2018, ella negó la existencia de sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo. Lo anterior sin perjuicio de que el contrato de seguro no presta cobertura material y sus acciones se encuentran totalmente prescritas.

**Frente al hecho número 16:** No es cierto tal y como lo afirma el demandante, pues Axa Colpatria Seguros SA no comete ningún yerro al objetar las solicitudes de indemnización presentadas por la demandante, debido a que la asegurada había sido reticente por cuanto no informó los antecedentes patológicos que padecía previo a la celebración del contrato de seguro y se había configurado una exclusión pactada, para tales efectos es importante proceder a visualizar la primera comunicación emitida por mi prohijada el día 28 de octubre de 2019:



Ahora 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. pues 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. Adicionalmente, debe subrayarse que, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros, por lo que el potencial asegurado tenía el deber de exponer su verdadero estado de salud a fin de que el asegurador tome una decisión frente al negocio aseguratorio.

Frente al hecho número 17: No es cierto como se plantea por el demandante, pues no hay una reclamación en estricto sentido, tan solo se presentó una solicitud de indemnización. Aunado a ello, 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. pues 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. Adicionalmente, debe subrayarse que, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros, por lo que el potencial asegurado tenía el deber de exponer su verdadero estado de salud a fin de que el asegurador tome una decisión frente al negocio aseguratorio. Por otra parte, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Es decir, a pesar de que la señora Gloria Amparo Lopera conocía de sus padecimientos de salud de trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, esteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda con anterioridad al mes de septiembre de 2018, ella negó la existencia de sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo. Lo anterior sin perjuicio de que el contrato de seguro no presta cobertura material y sus acciones se encuentran totalmente prescritas.

**Frente al hecho número 18:** No se trata de un hecho por cuanto no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar, pues es una apreciación subjetiva sin fundamento alguno. Lo anterior por cuanto, es una mera apreciación del abogado que además es errónea porque primero desconoce que de haber siniestro por Incapacidad total y permanente su fecha de ocurrencia correspondería a la fecha de la emisión del dictamen:

PARA EFECTOS DE ESTA COBERTURA, SE ENTIENDE QUE LA FECHA DE SINIESTRO CORRESPONDE A LA FECHA DE LA EMISIÓN DEL DICTAMEN. POR LO TANTO EL VALOR A INDEMNIZAR BAJO ESTE AMPARO CORRESPONDERÁ AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA O MONTO INICIAL A LA FECHA DEL DICTAMEN INCLUIDOS LOS VALORES POR EL CAPITAL, INTERESES CORRIENTES, INTERESES DE MORA, SEGUROS PENDIENTES, HONORARIOS JURÍDICOS Y DEMÁS COSTOS ASOCIADOS A LA DEUDA. LA PRESCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO PARA ESTE AMPARO COMENZARÁ A CORRER DESDE LA FECHA DE EMISIÓN DEL DICTAMEN.

Bajo los anteriores términos es claro que, la fecha de estructuración no tiene ninguna relevancia para los hechos objeto de litigio. Aunado a ello, la Compañía de seguros no tiene la obligación de reconocer suma por la eventual afectación de la póliza, toda vez que, el seguro no presta cobertura debido a que las causas se presentaron cuando la señora Lopera Bolívar no se encontraba asegurada con la póliza objeto de litigio, lo cual se configura en la exclusión para todos los amparos como se desarrollará más adelante.

**Frente al hecho número 19:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación a la solicitud presentada ante Itaú Colombia SA, pues se trata de circunstancias en las AXA Colpatria Seguros SA no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al hecho número 20:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación al proceso en mención, pues se trata de circunstancias en las AXA Colpatria Seguros SA no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al hecho número 21:** En atención a que en el presente hecho se efectúan varias manifestaciones, procederá a pronunciarme en los siguientes términos:

- No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante con relación al proceso en mención, pues se trata de circunstancias en las AXA Colpatria Seguros SA no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.
- No es cierto que mi representada se encuentre faltando al cumplimiento de su obligación contractual, pues el principio de uberrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales



y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Es decir, a pesar de que la señora Gloria Amparo Lopera conocía de sus padecimientos de salud de trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, esteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda con anterioridad al mes de septiembre de 2018, ella negó la existencia de sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo. Lo anterior sin perjuicio de que el contrato de seguro no presta cobertura material y sus acciones se encuentran totalmente prescritas.

**Frente al hecho número 22:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación a las actividades efectuadas por el Cónyuge de la demadante, pues se trata de circunstancias en las AXA Colpatria Seguros SA no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al hecho número 23:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación al proceso en mención, pues se trata de circunstancias en las AXA Colpatria Seguros SA no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al hecho número 24:** No se trata de un hecho por cuanto no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar, pues es una apreciación subjetiva sin fundamento alguno. Lo anterior por cuanto, los contratos de mutuo y de seguro son totalmente independientes y si no fuese así no estaría en curso el proceso ejecutivo que la actora menciona en hechos previos.

**Frente al hecho número 25:** A mi mandante no le consta las condiciones que tenga la entidad financiera para la celebración de contratos de mutuo, pues aquella es una entidad completamente diferente a mi representada.

**Frente al hecho número 26:** En atención a que en el presente hecho se efectúan varias manifestaciones, procederá a pronunciarme en los siguientes términos:

- Es cierto que Axa Colpatria Seguros SA ha devengado la prima con ocasión al contrato de seguro, pues aquel es un derecho que se deriva a su favor por la existencia o ajuste del seguro y que además como la entonces asegurada faltó a la verdad al no declarar sinceramente su estado de salud, aquella vició el consentimiento de mi representada al hacerle creer que aseguraba a una persona en óptimas condiciones cuando aquello no era así. Esta circunstancia además genera el derecho a la Compañía de Seguros para retener la totalidad de la prima a título de pena según el artículo 1059<sup>1</sup> del Código de Comercio debido a la reticencia en que incurrió la señora Gloria Lopera.
- 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. pues 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. Adicionalmente, debe subrayarse que, el principio de uberrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros, por lo que el potencial asegurado tenía el deber de exponer su verdadero estado de salud a fin de que el asegurador tome una decisión frente al negocio aseguraticio.

**Frente al hecho número 27:** No se trata de un hecho por cuanto no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar, pues es una apreciación subjetiva sin fundamento alguno. Sin perjuicio de ello, tal y como se ha indicado no es cierto que 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 ni probar la mala fe para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

Por otra parte es menester dejar expresamente consignado que, la Póliza Vida Grupo Deudores no podrá ser afectada en atención a que ya operó el fenómeno prescriptivo de las acciones del contrato de seguro, así como la Póliza no presta cobertura material por encontrarnos frente a un riesgo excuido de cobertura para todos los amparos consistente y en el mismo sentido se configuró la exclusión para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente consistente en enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia, finalmente es claro que la señora Gloria Amparo Lopera fue reticente al no haber declarado sinceramente las enfermedades padecidas previo a la celebración del contrato de seguro, por lo que el negocio aseguraticio es nulo.

## **CAPÍTULO II**

### **PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES**

---

<sup>1</sup> 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.

**ME OPONGO A LA TOTALIDAD** de las pretensiones incoadas por la Accionante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que en este caso se encuentra patente una falta de cobertura temporal de la póliza en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, pues, las causas del siniestro se manifestaron por fuera del aseguramiento de la demandante; asimismo, existe una falta de cobertura material al estar ante riesgos expresamente excluidos de amparo, por otra parte se configuró la nulidad relativa del contrato, por cuanto la asegurada fue reticente en la declaración del riesgo y finalmente, las acciones del contrato se encuentran prescritas conforme al artículo 1081 del Código de Comercio.

**Oposición frente a la pretensión número 1:** ME OPONGO a la prosperidad de la PRIMERA pretensión invocada por la accionante, en la que se solicita que se afecte la póliza de seguro y en ese sentido se declare el acaecimiento del riesgo, esto es la incapacidad total y permanente de la señora asegurada, dado que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral y que fue plenamente conocido por la señora Gloria Lopera, es decir el 7 de junio de 2019 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de la hoy demandante, es decir en el mes de octubre de 2019. Con ello se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el termino de dos años siguientes al 7 de junio de 2019 o al mes de octubre de 2019 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 16 de mayo de 2022, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

Falta de cobertura material de la póliza por los riesgos expresamente excluidos: no podrá afectarse la póliza de seguro expedida por mi representada, puesto que en este caso se encuentra patente la falta de cobertura material de la mentada Póliza, al encontrarnos frente a un riesgo expresamente excluido de cobertura. Lo anterior, como quiera que se configuró la exclusión para todos los amparos consistente en que no se procederá con pago alguno cuando la asegurada con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o al inicio de la vigencia sufra y le haya sido diagnosticada con una enfermedad considerada como grave o crónica. En el mismo sentido se configuró la exclusión para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente consistente en enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia, pues dentro de sus registros médicos se encontraron las siguientes preexistencias: trastorno de disco lumbar

espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda, enfermedades crónicas y graves.

Nulidad del contrato de seguro: No podrá declararse la ocurrencia de siniestro, puesto que la reseñada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, la asegurada padecía de trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda, enfermedades que no fueron informadas. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que, vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido del trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda que padecía la señora Lopera Bolívar 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 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 de la asegurada.

**Oposición frente a la pretensión número 2:** ME OPONGO a la prosperidad de la SEGUNDA pretensión invocada por la accionante, en la que se solicita que se declare el incumplimiento del contrato por parte de mi representada al no afectar la póliza, sin embargo no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral y que fue plenamente conocido por la señora Gloria Lopera, es decir el 7 de junio de 2019 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de la hoy demandante, es decir en el mes de octubre de 2019. Con ello se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el termino de dos años siguientes al 7 de junio de 2019 o al mes de octubre de 2019 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 16 de mayo de 2022, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

Falta de cobertura material de la póliza por los riesgos expresamente excluidos: no podrá afectarse la póliza de seguro expedida por mi representada, puesto que en este caso se encuentra patente



la falta de cobertura material de la mentada Póliza, al encontrarnos frente a un riesgo expresamente excluido de cobertura. Lo anterior, como quiera que se configuró la exclusión para todos los amparos consistente en que no se procederá con pago alguno cuando la asegurada con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o al inicio de la vigencia sufra y le haya sido diagnosticada con una enfermedad considerada como grave o crónica. En el mismo sentido se configuró la exclusión para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente consistente en enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia, pues dentro de sus registros médicos se encontraron las siguientes preexistencias: trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda, enfermedades crónicas y graves.

Nulidad del contrato de seguro: No podrá declararse la ocurrencia de siniestro, puesto que la reseñada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, la asegurada padecía de trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda, enfermedades que no fueron informadas. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que, vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido del trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda que padecía la señora Lopera Bolívar 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 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 de la asegurada.

**Oposición frente a la pretensión número 3:** ME OPONGO a la prosperidad de la TERCERA pretensión invocada por la accionante, en la que se solicita que se ordene hacer efectivo el amaparo de incapacidad total y permanente, dado que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral y que fue plenamente conocido por la señora Gloria Lopera, es decir el 7 de junio de 2019 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de la hoy demandante, es decir en el mes de octubre de 2019. Con ello se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de

Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el termino de dos años siguientes al 7 de junio de 2019 o al mes de octubre de 2019 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 16 de mayo de 2022, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

Falta de cobertura material de la póliza por los riesgos expresamente excluidos: no podrá afectarse la póliza de seguro expedida por mi representada, puesto que en este caso se encuentra patente la falta de cobertura material de la mentada Póliza, al encontrarnos frente a un riesgo expresamente excluido de cobertura. Lo anterior, como quiera que se configuró la exclusión para todos los amparos consistente en que no se procederá con pago alguno cuando la asegurada con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o al inicio de la vigencia sufra y le haya sido diagnosticada con una enfermedad considerada como grave o crónica. En el mismo sentido se configuró la exclusión para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente consistente en enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia, pues dentro de sus registros médicos se encontraron las siguientes preexistencias: trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, esteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda, enfermedades crónicas y graves.

Nulidad del contrato de seguro: No podrá declararse la ocurrencia de siniestro, puesto que la reseñada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, la asegurada padecía de trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, esteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda, enfermedades que no fueron informadas. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que, vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido del trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, esteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda que padecía la señora Lopera Bolívar 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 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 de la asegurada.

**Oposición frente a la pretensión número 4:** ME OPONGO a la prosperidad de la CUARTA pretensión invocada por la accionante, en la que se solicita que se ordene realizar el pago conforme al riesgo que el demandante reputa realizado y a la condena de intereses moratorios, dado que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral y que fue plenamente conocido por la señora Gloria Lopera, es decir el 7 de junio de 2019 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de la hoy demandante, es decir en el mes de octubre de 2019. Con ello se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el termino de dos años siguientes al 7 de junio de 2019 o al mes de octubre de 2019 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 16 de mayo de 2022, cuando el término bial ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

Falta de cobertura material de la póliza por los riesgos expresamente excluidos: no podrá afectarse la póliza de seguro expedida por mi representada, puesto que en este caso se encuentra patente la falta de cobertura material de la mentada Póliza, al encontrarnos frente a un riesgo expresamente excluido de cobertura. Lo anterior, como quiera que se configuró la exclusión para todos los amparos consistente en que no se procederá con pago alguno cuando la asegurada con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o al inicio de la vigencia sufra y le haya sido diagnosticada con una enfermedad considerada como grave o crónica. En el mismo sentido se configuró la exclusión para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente consistente en enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia, pues dentro de sus registros médicos se encontraron las siguientes preexistencias: trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda, enfermedades crónicas y graves.

Nulidad del contrato de seguro: No podrá declararse la ocurrencia de siniestro, puesto que la reseñada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, la asegurada padecía de trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda, enfermedades que no fueron informadas. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que, vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido del trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda que padecía la señora Lopera Bolívar 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 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 de la asegurada.

**Oposición frente a la pretensión número 5:** Comoquiera que no es una pretensión que se dirige en contra de mi amdnante no es dable realizar oposición. Sin embargo sea preciso indicar que no podrá ordenarsse el pago de indemnización alguna por las razones que extensamente se han manifestado desde la cotestación a los hechos de esta demanda.

**Oposición frente a la pretensión número 6:** ME OPONGO a la prosperidad de la SEXTA pretensión invocada por la accionante, en la que se solicita se efectúe pago por concepto de perjuicios, lo anterior en virtud de que, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada. Sin perjuicio de ello, debe señalarse que, dentro del acervo probatorio no se halla elemento alguno que acredite la supuesta causación de perjuicios ocasionados por mi representada.

**Oposición frente a la pretensión número 7:** ME OPONGO a la prosperidad de la SEPTIMA pretensión invocada por la accionante, en virtud de que mi representada no ha faltado al cumplimiento de su obligación contractual, pues el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Es decir, a pesar de que la señora Gloria Amparo Lopera conocía de sus padecimientos de salud de trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda con anterioridad al mes de septiembre de 2018, ella negó la existencia de sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo. Lo anterior sin perjuicio de que el contrato de seguro no presta cobertura material y sus acciones se encuentran totalmente prescritas. Todo lo antes dicho y razones suficientes para negarse al pago de indemnización alguna son motivos legalmente validos que en ninguna medida implican conductas susceptibles de ser investigadas.

**Oposición frente a la pretensión número 8:** ME OPONGO a la prosperidad de la OCATVA relacionada con la condena en costas y agencias en derecho por sustracción de materia, en tanto

que resulta consecencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada. Por el contrario, solicito se condene en costas y agencias en derecho al extremo actor

### CAPÍTULO III OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Objeto el juramento estimatorio presentado por el Demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso. En lo atinente a la categoría de daños patrimoniales o materiales, específicamente frente al Daño Emergente pretendido. Objeto sean reconocidos en atención a que la parte Demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que estos no fueron cuantificados de manera pormenorizada y además no se aportó prueba del perjuicio cuya indemnización deprecia.

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, cada uno de 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, más aun tratandose de presuntas erogaciones que han afectado su patrimonio y de lo cual debe existir factura o documento equivalente en los términos del estatuto tributario que pruebe o de cuenta de la merma patrimonial que presuntamente se ha causado, sin embargo ninguno de ellos se vislumbra en el pleanario por lo que no son mas que manifestaciones fantasiosas e inciertas que no cumplen con los criterios para ser indemnizados.

Debe mencionarse que la Corte Suprema de Justicia, ha manifestado que los perjuicios provenientes del daño presuntamente causado deben ser ciertos y no meramente hipotéticos, de lo contrario se desnaturaliza el concepto mismo de indemnización bajo el cual se solicitan. Veamos que se ha dicho sobre este particular ha establecido lo siguiente:

*“(…) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, 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”<sup>2</sup> (Subrayado y negrita fuera de texto)*

---

<sup>2</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. Mp. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299 .



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 (...)”<sup>3</sup> (Subrayado fuera del texto original)*

En el caso en concreto, es importante mencionar que, el DAÑO EMERGENTE no se encuentra probado, pues, la parte actora no fundamenta la suma peticionada en soporte alguno, lo cual indica la improcedencia del reconocimiento de dicho perjuicio, pues indica que se debe a erogaciones atribuidas a la asistencia legal, sin embargo sobre el particular, mi representada no puede ser condenada debido a que, no ha incumplido con las obligaciones contractuales que le asisten, pues como se ha mencionado, la actora fue reticente, además la póliza no presta cobertura material y las acciones del contrato de seguro se encuentran prescritas, por otra parte la póliza objeto de litigio no tiene cobertura sobre el concepto que se peticiona, por lo que no podría cargarse a amparo alguno y por ultimo y no menos importante, la demandante no aporta una factura, cuenta de cobro, comprobante o documento equivalente que acredite en efecto el gasto.

Ahora bien, debe indicarse que, la parte activa del litigio no presentó dentro de su escrito demandatorio el juramento estimatorio no efectuó el cálculo solicitado frente al amparo que pretende sea afectado dentro de la póliza emitida por mi representada, lo cual indica que frente a este particular su omisión denota la inviabilidad de que se efectúe una valoración sobre esta como un elemento de prueba, puesto que no fue aportado en debida forma. Sin perjuicio de lo anterior, resulta indispensable tomar en consideración que en el presente caso se presentan las siguientes razones para que sea improcedente afectar la póliza de seguro:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral y que fue plenamente conocido por la señora Gloria Lopera, es decir el 7 de junio de 2019 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de la hoy demandante, es decir en el mes de octubre de 2019. Con ello se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el termino de dos años siguientes al 7 de junio de 2019 o al mes de octubre de 2019 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 16 de mayo de 2022, cuando el término bienal

---

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. Mp Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

Falta de cobertura material de la póliza por los riesgos expresamente excluidos: no podrá afectarse la póliza de seguro expedida por mi representada, puesto que en este caso se encuentra patente la falta de cobertura material de la mentada Póliza, al encontrarnos frente a un riesgo expresamente excluido de cobertura. Lo anterior, como quiera que se configuró la exclusión para todos los amparos consistente en que no se procederá con pago alguno cuando la asegurada con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o al inicio de la vigencia sufra y le haya sido diagnosticada con una enfermedad considerada como grave o crónica. En el mismo sentido se configuró la exclusión para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente consistente en enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia, pues dentro de sus registros médicos se encontraron las siguientes preexistencias: trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda, enfermedades crónicas y graves.

Nulidad del contrato de seguro: No podrá declararse la ocurrencia de siniestro, puesto que la reseñada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, la asegurada padecía de trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda, enfermedades que no fueron informadas. En atención a lo anterior, es importante señalar que las omisiones cobran fundamental relevancia para el perfeccionamiento del contrato de seguro, en virtud de que, vician el consentimiento de la Compañía de Seguros.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido del trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda que padecía la señora Lopera Bolívar 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.

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

#### **CAPÍTULO IV**

#### **EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES**

##### **1. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO**

El Despacho debe tener en consideración que en este caso operó la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio. Lo anterior por cuanto el término bienal inició su conteo el día 07 de junio de 2019, fecha en la que tuvo lugar el hecho que da base a esta demanda, esto es, desde que se calificó con una pérdida de capacidad laboral del 67,14% a la señora Lopera Bolívar y hecho del que ella conoció en ese mismo momento, por lo que la hoy demandante tenía dos años para presentar esta demanda, es decir aquel término se configuró el día 07 de junio de 2021. Luego, como la señora Gloria Lopera Bolívar interpuso la demanda solo hasta el día 16 de mayo de 2022, se concluye que la presentó cuando ya el término de prescripción había fenecido. Incluso, contando el término prescriptivo desde la fecha en la que se presentó la primera solicitud de indemnización en octubre de 2019, las acciones que se derivan del contrato de seguro se encuentran totalmente prescritas, en tanto no se promovió esta demanda en el lapso de dos años contados a partir de esa fecha.

El Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

***“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.***

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

***La prescripción EXTRAORDINARIA será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”***  
*(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En cuanto a la interpretación de las expresiones “hecho que da base a la acción” y “momento en que nace el derecho” la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro<sup>4</sup>:

---

<sup>4</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31- 03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.



*En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.*

***La primera «será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).***

*En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007<sup>5</sup>.*

*...comportan ‘una misma idea’<sup>6</sup>, esto es, que para el caso allí tratado no podían **tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad** ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era **“el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”**, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad<sup>7</sup>, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”.*

De conformidad con lo anterior no queda duda que el termino prescriptivo empezará a contar desde el acaecimiento del hecho que da base a la acción y el conocimiento de aquel por parte del demandante. Tratándose del caso concreto indudablemente la señora Gloria Lopera fue calificada con de pérdida de capacidad laboral el 7 de junio de 2019 y en esa misma calenda ella tuvo conocimiento de aquella situación tal como lo confiesa en el hecho 11 de la demanda. Sin lugar a duda, lo aquí mencionado implica que el momento desde el cual se empezó a contar el termino de prescripción, es del 7 de junio de 2019 y que aquel corresponde al fenómeno ordinario, es decir de dos años. Para que no quede duda del término de prescripción aplicable y el momento en que

<sup>5</sup> Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.

<sup>6</sup> La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

<sup>7</sup> Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

empieza su conteo es prudente referir otro pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en donde ya se ha decantado este tópico:

*“En múltiples oportunidades la Corte ha precisado que la prescripción ordinaria se caracteriza por ser de naturaleza subjetiva, sus destinatarios son todas las personas legalmente capaces, **empieza a correr desde cuando el interesado conoció o debió conocer “el hecho base de la acción” y el término para su configuración es de dos años.** mientras que la extraordinaria, es de carácter objetivo, corre contra toda clase de personas incluidos los incapaces, empieza a contarse desde cuando nace el correspondiente derecho y su término de estructuración es de 5 años.*

(...)

*En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte.”*

Por lo visto, se puede afirmar de manera pacífica que en este caso a la señora Gloria Amparo Lopera le es aplicable el término de prescripción ordinario, por ser la misma asegurada y además completamente capaz quien persigue la prestación que de aquel negocio se pudiere derivar. Pero además el término bienal de prescripción empezó su conteo desde el 7 de junio de 2019 cuando se le expidió el porcentaje de pérdida de capacidad laboral superior al 50% y además del cual conoció en la misma calenda. Por lo tanto, contaba con dos años para formular su demanda y como no lo hizo sino hasta el 16 de mayo de 2022 debe decirse que no interrumpió la prescripción porque aquella ya había fenecido. Incluso tampoco podía interrumpir el termino prescriptivo porque como ya se dijo para el momento de radicación de la demanda ya había transcurrido los dos años que prevé la norma, pero además porque la sola presentación de la demanda no puede interrumpir el término sino que tal como prevé el artículo 94 del CGP, se requiere que el auto admisorio de la demanda se notifique al demandado dentro del año siguiente al que fue notificado en estados, y tal como se puede ver en el plenario, el auto admisorio fue notificado en estados del 13 de julio de 2022 y la notificación personal de mi mandante tan solo ocurrió con el envío por mensaje de datos del 7 de septiembre de 2023, es decir cuando ya había transcurrido más de un año desde el 13 de julio de 2022.

Continuando con lo aquí mencionado, es menester incluso analizar un escenario en el que pudiera considerarse una posible interrupción de la prescripción por la solicitud de indemnización que realizó la señora Lopera, frente a lo cual se anticipa que incluso en ese escenario la prescripción se consolidó con creces. En este sentido, debe considerarse lo preceptuado en el artículo 94 del Código General de Proceso, pues señala que, en todas las clases de prescripciones, el requerimiento privado efectuado por el acreedor al deudor interrumpe el término que se encuentra en curso, siempre y cuando este sea escrito y únicamente por la primera vez que se presente dicha solicitud, a saber:

*“La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tales providencias al demandante. Pasado este término, los mencionados efectos solo se producirán con la notificación al demandado.*

*La notificación del auto admisorio de la demanda o del mandamiento ejecutivo produce el efecto del requerimiento judicial para constituir en mora al deudor, cuando la ley lo exija para tal fin, y la notificación de la cesión del crédito, si no se hubiere efectuado antes. Los efectos de la mora solo se producirán a partir de la notificación.*

*La notificación del auto que declara abierto el proceso de sucesión a los asignatarios, también constituye requerimiento judicial para constituir en mora de declarar si aceptan o repudian la asignación que se les hubiere deferido.*

*Si fueren varios los demandados y existiere entre ellos litisconsorcio facultativo, los efectos de la notificación a los que se refiere este artículo se surtirán para cada uno separadamente, salvo norma sustancial o procesal en contrario. Si el litisconsorcio fuere necesario será indispensable la notificación a todos ellos para que se surtan dichos efectos.*

**El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez.** (Subrayado y negrilla fuera del texto)

En este orden de ideas, para demostrarle al Honorable Despacho que incluso si en gracia de discusión se aceptara que la solicitud de indemnización que realizó la señora Gloria Lopera surte los efectos de interrupción de prescripción conforme a lo previsto en el artículo 94 del CGP, aun así, la prescripción operó. Para el efecto será necesario tener en cuenta cuál es la fecha de ocurrencia

del hecho que da base a la acción y que fue conocido por la hoy demandante, cual fue la fecha de la solicitud de indemnización y tercero cual fue la fecha de presentación de la demanda.

En el caso concreto, el hecho que da base a la acción y que fue plenamente conocido por la señora Lopera ocurrió el 07 de junio de 2019, fecha de la emisión del Dictamen de pérdida de capacidad laboral donde se declara un porcentaje del 67,14, veamos:

7. Concepto final del dictamen

Valor final de la deficiencia (Ponderado) - Título I	33,94%
Valor final rol laboral, ocupacional y otras areas ocupacionales - Título II	33,20%
Pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (Título I + Título II)	67,14%

Origen: Enfermedad

Riesgo: Común

Fecha de estructuración: 02/10/2018

Fecha declaratoria: 07/06/2019

Sustentación fecha estructuración y otras observaciones:

Por parte de medicina laboral, una vez estudiada la historia clínica del paciente GLORIA AMPARO LOPERA BOLÍVAR, se determina que existen secuelas cuantificables derivadas de sus diagnósticos: (1) Trastorno mixto de ansiedad y depresión crónico, (2) Dolor crónico intratable, (3) Osteoartritis primaria generalizada, (3) Fibromialgia, (4) Trastorno de disco lumbar que requirió de laminectomía en el año 1998 con radiculopatía crónica, (5) Canal espinal estrecho cervical asociado a radiculopatía. (6) Insomnio, (7) Cefalea crónica. Por tal motivo se aplica manual de calificación de pérdida de la capacidad laboral y ocupacional contemplado en el decreto 1507 del 2014. \* Se califica título uno con una deficiencia global ponderada de 33.9%. \*\* Se califica rol laboral y ocupacional según título 2 determinándose un 33.2%. \*\*\*Se establece PCLO del 67.14% de origen común, se determina como fecha de estructuración el día 02/10/2018.

Nivel de pérdida: Invalidez

Muerte: No

Fecha de defunción:

Ayuda de terceros para ABC y AVD: No

Ayuda de terceros para toma de decisiones: No

Requiere de dispositivos de apoyo: No

Enfermedad de alto costo/catastrófica: No

Enfermedad degenerativa: Si

Enfermedad progresiva: Si

8. Grupo calificador

Claudia Milena Gomez Vega

Médico ponente

Médica Salud, Seguridad y Bienestar

Ahora bien, debe precisarse que en el mes de octubre de 2019 la señora Gloria Amparo Lopera presentó una solicitud de indemnización a mi mandante, lo anterior debido a que, el día 28 de octubre de 2019 mi representada respondió dicha petición, objetando la misma en razón a que, la asegurada había sido reticente por cuanto no informó los antecedentes patológicos que padecía previo a la celebración del contrato de seguro y se había configurado una exclusión pactada, tal como se muestra a continuación:



AXA COLPATRIA

Bogotá 28 de octubre de 2019

Señora  
GLORIA AMPARO LOPERA BOLIVAR  
Calle 53 No. 52-34 APTO 301  
TEL 2815942-3004755390  
Itagüí

REFERENCIA: SINIESTRO: 16994/2019 OBLIGACION No. 011684352-00  
TOMADOR: BANCO ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.  
ASEGURADO (A): GLORIA AMPARO LOPERA BOLIVAR

Respetada señora:

Con toda atención damos respuesta a su solicitud de pago de indemnización, presentada a esta Aseguradora, en calidad de reclamante de la prestación derivada del contrato de Seguro de Vida Grupo Deudor por la eventual afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente, a cuyo propósito le manifestamos lo siguiente:

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A expidió la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudor a favor del BANCO ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A con el fin de asegurar a los deudores de créditos de dicha entidad en caso de Muerte o Incapacidad Total y Permanente, la cual, para el caso en comento, fue expedida a nombre del asegurado de la referencia, como condición de otorgamiento del crédito 011684352-00, el cual fue desembolsado el pasado 10 de agosto de 2018.

Sin perjuicio de ello, debe aclararse al despacho que tal y como lo afirmó la demandante en su escrito, la señora Gloria Amparo Lopera radicó una solicitud de indemnización el día 04 de noviembre de 2020, sin embargo, aquella correspondía a una solicitud que se radicó por TERCERA vez ante mi representada, pues previo a este la Compañía de Seguros ya había objetado en fechas de 28 de octubre de 2019, 02 de julio de 2020 y 17 de noviembre de 2020, veamos:

AXA COLPATRIA

Bogotá 02 de julio de 2020

Señora  
GLORIA AMPARO LOPERA BOLIVAR  
Jairo\_mr93@hotmail.com  
Envigado – Antioquia

REFERENCIA: SINIESTRO: 16994/2019 OBLIGACION No. 011684352-00  
TOMADOR: BANCO ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.  
ASEGURADO (A): GLORIA AMPARO LOPERA BOLIVAR

Respetada señora:

Con toda atención damos respuesta a su comunicación trasladada a esta Aseguradora, mediante el cual manifiesta su inconformismo por la respuesta emitida por esta Aseguradora a la reclamación presentada por la eventual afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente, a cuyo propósito le manifestamos lo siguiente:

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A expidió la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudor a favor del BANCO ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A con el fin de asegurar a los deudores de créditos de dicha entidad en caso de Muerte o Incapacidad Total y Permanente, la cual, para el caso en comento, fue expedida a nombre del asegurado de la referencia, como condición de otorgamiento del crédito 011684352-00, el cual fue desembolsado el pasado 10 de agosto de 2018.

Tal como se lo manifestamos en nuestra comunicación de fecha 28 de octubre de 2019, de la documentación aportada en su solicitud entre otros, copia del dictamen de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional emitido por Hospital San Vicente Fundación, se pueden evidenciar los siguientes antecedentes médicos:

Fecha	Antecedente medico
-------	--------------------



Lo anterior implica que la solicitud de indemnización realizada en octubre de 2019 fue el primer requerimiento y único acto que podría interrumpir la prescripción conforme al artículo 94 del CGP, pues las múltiples solicitudes no tienen dicha virtualidad sino única y exclusivamente la primera. Así las cosas, es innegable que la señora Gloria Lopera tan solo contaba hasta el mes de octubre de 2021 para presentar su demanda, situación que no ocurrió sino hasta el día 16 de mayo de 2022, conforme a las actuaciones registradas, es decir cuando ya había transcurrido más de dos años conforme al término de prescripción ordinaria:

FECHA	ACTO	FECHA	ACTO	FECHA	ACTO
2022-07-06	Al despacho			2022-07-12	
2022-06-22	Recepción memorial	Subsanacion		2022-06-22	
2022-06-10	Fijacion estado	Actuación registrada el 10/06/2022 a las 14:17:36.	2022-06-13	2022-06-13	2022-06-10
2022-06-10	Auto inadmite demanda				2022-06-10
2022-05-17	Al despacho				2022-05-17
2022-05-16	Radicación de Proceso	Actuación de Radicación de Proceso realizada el 16/05/2022 a las 14:19:29	2022-05-16	2022-05-16	2022-05-16

Teniendo en cuenta lo previamente expuesto, se puede resumir lo aquí relatado de la siguiente manera:

- El día 07 de junio de 2019 tuvo lugar el hecho que da base a la acción, es decir la calificación de pérdida de capacidad laboral de la señora Gloria Lopera, y en esa misma calenda aquella conoció de dicha situación conforme lo confesó en el hecho 11 de su demanda.
- Con este primer hito temporal, preliminarmente se indica que el termino de dos años para presentar la demanda fenecería el 7 de junio de 2021, pero contando la suspensión de términos por pandemia que duró 3 meses y 15 días aquel termino se extendería hasta el 22 de septiembre de 2021.
- La demanda se presentó el 16 de mayo de 2022, es decir cuando ya había transcurrido más de dos años desde el hecho que da base a la acción y plenamente conocido por la señora Lopera.
- En un segundo escenario, se encuentra que la señora Gloria Lopera realizó la primera solicitud de indemnización a mi mandante en el mes de octubre de 2019, ello porque el 28 de octubre de 2019 mi mandante objetó su solicitud.
- Si se considera que la solicitud de indemnización del mes de octubre de 2019 interrumpió el término prescriptivo, se encuentra que el termino de dos años para ejercer la acción se extendía hasta el mes de octubre de 2021. sin embargo, en virtud de la suspensión de términos por el Covid-19 que tuvo una duración de 3 meses y 15 días, es necesario aclarar que el término prescriptivo se extendía hasta el día 13 de febrero de 2022.
- La demanda fue radicada hasta el 16 de mayo de 2022, es decir cuando había transcurrido 2 años y 3 meses desde la primera solicitud de indemnización (contando la suspensión por pandemia).
- Pero incluso, si como mal quiere hacer creer la parte demandante al despacho, si se considerara que la solicitud de indemnización que interrumpió la prescripción fue la del 4 de octubre de 2020( que no lo es porque aquella fue una tercera solicitud y no la primera) incluso desde esa fecha la parte demandante debía presentar la demanda hasta el 4 de octubre de 2022 y no solo eso, sino que para servirse de la interrupción generada por aquella radicación debía notificar el auto admisorio de la demanda en el año siguiente. Pero como el auto fue notificado en estados del 13 de julio de 2022 y la notificación personal a mi mandante tan solo ocurrió con el envío por mensaje de datos el 7 de septiembre de 2023, pues la conclusión es que no se interrumpió la prescripción y aquella feneció con creces.

Por lo antes mencionado, no cabe duda de que desde cualquier arista en este caso operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro porque la parte demandante no interpuso su demanda dentro de los dos años siguientes sea desde la fecha en que fue calificada con pérdida de capacidad laboral o desde la primera solicitud de indemnización realizada en octubre de 2019.

En conclusión, teniendo en cuenta que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral y que

fue plenamente conocido por la señora Gloria Lopera, es decir el 7 de junio de 2019 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de la hoy demandante, es decir en el mes de octubre de 2019, se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el termino de dos años siguientes al 7 de junio de 2019 o al mes de octubre de 2019 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 16 de mayo de 2022, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

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

## **2. FALTA DE COBERTURA MATERIAL DEL CONTRATO DE SEGURO**

El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso no podrá afectarse la póliza de seguro expedida por mi representada, puesto que se encuentra patente la falta de cobertura material de la mentada Póliza, dado que, el seguro vida grupo tenía como riesgo asegurado la Incapacidad Total y Permanente siempre y cuando la incapacidad que sufra la señora Gloria Amparo Lopera Bolívar por cualquier causa se ocasione y se manifieste estando asegurada, lo cual no ocurre en atención a que las causas del estado de invalidez se ocasionaron y se manifestaron en los años 1998, 2015, 2016 y en el primer semestre de 2017.

Es menester dejar expresamente consignado que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la compañía aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma cómo se explica que al suscribir el contrato aseguratorio respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos supeditados al cumplimiento de ciertas condiciones generales y particulares estipuladas en el mismo, De tal manera que su obligación condicional solo será exigible si se cumplen con los presupuestos que hayan sido pactados por las partes.

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

*“(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en*



nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual **se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado**”

*Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato asegurativo. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)<sup>8</sup>”. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De lo anterior, es claro que la jurisprudencia ha precisado que el Asegurador a su arbitrio podrá señalar cuales son los riesgos que asume en virtud del contrato de seguro. En el mismo sentido, la Legislación Colombiana estableció en el artículo 1056 del Código de Comercio lo siguiente:

*“ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.”*

Teniendo en cuenta lo manifestado de forma previa, es menester traer a colación la definición de Incapacidad Total y Permanente contenido en las Condiciones Particulares de la póliza objeto de litigio:

*“INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE*

**AMPARA LA INCAPACIDAD QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO ASEGURADO** Y PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE IMPIDAN A LA PERSONA EJERCER SU ACTIVIDAD ECONÓMICA HABITUAL, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE 120 DÍAS Y CUYA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50%, PREVIA

---

<sup>8</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00.

*CALIFICACIÓN DE ALGUNAS DE LAS ENTIDADES FACULTADAS PARA EMITIR DICHA CALIFICACIÓN (EPS, AFP, IPS, ARL ), JUNTA ESPECIAL FUERZAS MILITARES, JUNTA MÉDICA REGIONAL U OTRAS ENTIDADES COMPETENTES.” (Subrayada y Negrita fuera de texto)*

De la definición extraída es posible señalar que, para que proceda la afectación del amparo de ITP, es requisito sine qua non que las causas del estado de invalidez de la señora Gloria Lopera Bolívar se ocasionen y manifiesten estando asegurada, es decir dentro de la vigencia de la póliza. Para el caso bajo estudio, es claro que se quebranta con el presupuesto en mención, por cuanto, las causas de la invalidez de la señora Lopera Bolívar acaecieron por fuera de la vigencia del seguro, pues se manifestaron con anterioridad al 01 de septiembre de 2018, fecha en que inició el aseguramiento.

En otras palabras, las enfermedades de osteoartrosis primaria generalizada evidenciada en resonancia magnética de columna lumbosacra el 28 de diciembre de 2016 y el trastorno de disco lumbar que requirió una laminectomía en 1998 y la presencia de radiculopatía crónica, los cuales fueron causa del estado de invalidez declarado el 7 de junio de 2019, ya se habían manifestado con anterioridad al 1 de septiembre de 2018, fecha de inicio de vigencia del seguro objeto de litigio.

En conclusión, para el caso que hoy se encuentra bajo estudio, los antecedentes patológicos que causaron el estado de invalidez de la señora Lopera Bolívar, los cuales son la osteoartrosis primaria generalizada y el trastorno de disco lumbar fueron diagnosticados desde los años 1998 y 2016, es decir mucho tiempo antes de que la póliza número 53802 por la que hoy se formulan sendas pretensiones, no se encontraba vigente. Este aspecto deja ver una total falta de cobertura porque en ejercicio de la libertad negocial las partes acordaron que el amparo de ITP solo operaría cuando las causas y manifestaciones de aquella se evidencien en vigencia del seguro y como aquel únicamente inició en el año 2018, lo cierto es que los hechos de esta demanda no se enmarcan en los supuestos del amparo otorgado, lo que demuestra una falta de cobertura material de la póliza vida grupo deudores.

### **3. FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLIZA VIDA GRUPO AL ESTAR ANTE UN RIESGO EXPRESAMENTE EXCLUIDO DE AMPARO**

El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso no podrá afectarse la póliza de seguro expedida por mi representada, puesto que en este caso se encuentra patente la falta de cobertura material de la mentada Póliza, al encontrarnos frente a un riesgo expresamente excluido de cobertura. Lo anterior, comoquiera que se configuró la exclusión para todos los amparos consistente en que no se procederá con pago alguno cuando la asegurada con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o al inicio de la vigencia sufra y le haya sido diagnosticada una enfermedad considerada como grave o crónica. En el mismo sentido se configuró

la exclusión para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente consistente en enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia.

En este punto, es importante nuevamente señalar que 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 (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (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 Daños. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Seguro de Vida Grupo en sus Condiciones particulares señala una serie de exclusiones las cuales se describen a continuación:

Dentro de las exclusiones aplicables a todos los amparos se pactó que el asegurador no procederá con pago alguno si la asegurada con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o al inicio de la vigencia sufra y haya sido diagnosticada con una enfermedad considerada como grave o crónica, veamos la literalidad de la exclusión:

*“EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS*

*-CUANDO EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS RESPECTO DE CADA ASEGURADO, **SUFRA Y LE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:** CÁNCER, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, INFECCIÓN POR VIH, SIDA, LEUCEMIA, LINFOMA, DIABETES, HIPERTENSIÓN, **Y/O CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD CONSIDERADA COMO GRAVE O CRÓNICA,** SALVO QUE AXA COLPATRIA PREVIO ESTUDIO ACEPTE CUBRIR TALES ENFERMEDADES EN CONDICIONES ESPECIALES.”*

Asimismo, dentro de las exclusiones aplicables al amparo de incapacidad total y permanente se pactó que el asegurador no procederá con pago alguno si nos encontramos en presencia de enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia:

*“EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE*

*-LESIONES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO RESPECTO DE CADA ASEGURADO, SALVO QUE AXA COLPATRIA PREVIO ESTUDIO ACEPTÉ CUBRIR TALES LESIONES EN CONDICIONES ESPECIALES.”*

Frente a lo anterior, debe decirse que antes de solicitar su vinculación al contrato de seguro vida grupo deudores, la señora Gloria Amparo Lopera padecía de unos antecedentes patológicos que fueron base para la declaratoria de su estado de invalidez, tales como el trastorno de disco lumbar que requirió una laminectomía en 1998 y padecía radiculopatía crónica; además de espondilosis evidenciada por neurocirugía del 01 de marzo de 2016; la lumbalgia padecida años atrás por la caída de una motocicleta en el año 2015; osteocondroticos y osteoartrosicos registrada para la resonancia magnética de columna lumbosacra realizada el 28 de diciembre de 2016; hernia discal, por la cual fue intervenida; y, protrusión foraminal izquierda evidenciada a través de una Resonancia magnética de columna lumbar del 20 de julio de 2018, veamos:

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias			
Diagnósticos y origen			
CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Origen
M150	(osteo) artrosis primaria generalizada	OSTEOARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	Enfermedad común
R521	Dolor crónico intratable	DOLOR CRÓNICO INTRATABLE	Enfermedad común
M480	Estenosis espinal	CANAL ESPINAL ESTRECHO CERVICAL ASOCIADO A RADICULOPATIA	Enfermedad común
F510	Insomnio no orgánico	INSOMNIO	Enfermedad común
G448	Otros síndromes de cefalea especificados		Enfermedad común
M511	Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR QUE REQUIRIÓ DE LAMINECTOMIA EN EL AÑO 1998 CON RADICULOPATIA CRÓNICA	Enfermedad común
M799	Trastorno de los tejidos blandos, no especificado	FIBROMIALGIA	Enfermedad común
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CRONICO	Enfermedad común
Deficiencias			

Lo expuesto de forma previa permite indicar que, los antecedentes de trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda fueron preexistencias al inicio de la vigencia del seguro, esto se puede corroborar a través del dictamen de pérdida de capacidad laboral de la siguiente manera:

- Como se evidencia en el Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, en 1998 se realizó una laminectomía por el trastorno de disco lumbar, a saber:



M511	Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR QUE REQUIRIÓ DE LAMINECTOMIA EN EL AÑO 1998 CON RADICULOPATIA CRÓNICA	Enfermedad común
------	--	---	------------------

Ahora bien, es de precisar que esta patología fue tenida en cuenta por el ente calificador para fijar un porcentaje de PCL tal y como se expuso de forma previa.

- Por otra parte, mediante neurocirugía realizada el 01 de marzo de 2016 se evidencia el padecimiento de espondilosis y lumbalgia:

Conceptos médicos	
Fecha: 01/03/2016	Especialidad: NEUROCIRUGÍA
Resumen:	
hace 6 años por dolor raquídeo crónico que lo relaciona con accidente laboral pero en la resonancia cervical y lumbar solo se vio espondilosis. En septiembre 2015 se cae de la moto sentada con aumento de la lumbalgia que ya tenía de años atrás, dolor en todo el raquis desde cervical con pérdida de la fuerza en extremidades derechas, dice que no puede volver a hacer nada porque todo le duele se le cae fácil. Trae resonancia magnética de columna total que solo muestra leve IDD cervical y en lumbar sin nada de estenosis en canal central ni en canal lateral, es lo mismo que veía en las imágenes de hace 6 años y en la de 2014, no hay ninguna lesión traumática. EMG de miembros superiores de hoy: normal. Ef: las curvas del raquis se conservan, no espasmo paravertebral, movimientos del raquis cervical y lumbar en buen rango, sin déficit radicular ni mielopático en extremidades. Análisis: sin correlación clínico radiológica, alta por neurocirugía, manejo por clínica del dolor.	

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Hospital San Vicente el día 07 de junio de 2019.

Transcripción esencial: *“Hace 6 años por dolor raquídeo crónico que lo relaciona con accidente laboral pero en la resonancia cervical y lumbar solo se vio espondilosis. En septiembre 2015 se cae de la moto sentada con aumento de la lumbalgia que ya tenía de años atrás”*

Como se evidencia en el anterior fragmento, la señora Gloria Amparo Lopera sufrió una caída en la moto por lo que se aumentó la lumbalgia que ya había padecido años atrás, en consecuencia, es claro que con anterioridad a septiembre de 2016 la entonces asegurada ya había padecido dicha patología.

- En fecha del 28 de diciembre de 2016 se realizó una resonancia magnética de columna lumbosacra en donde se evidenciaron cambios osteocondroticos y osteoartrosicos, así como también se registró una protrusión extraforaminal izquierda y abombamiento discal:

Fecha: 28/12/2016	Especialidad: RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA
Resumen:	
Cambios osteocondroticos y osteoartrosicos facetarios. En L5S1 protrusión en base amplia central izquierda, subarticular y parcialmente foraminal que genera mínima disminución del foramen de emergencia radicular izquierdo en vecindad a la raíz descendente S1 sin efecto compresivo. En L4L5 existe protrusión extraforaminal izquierda y abombamiento discal que genera incipiente disminución de la amplitud de los forámenes de emergencia Radicular de predominio izquierdo sin efecto compresivo. En L3L4 existe abombamiento discal asimétrico izquierdo que genera incipiente disminución de la amplitud de los foramen de emergencia radicular izquierdo.	

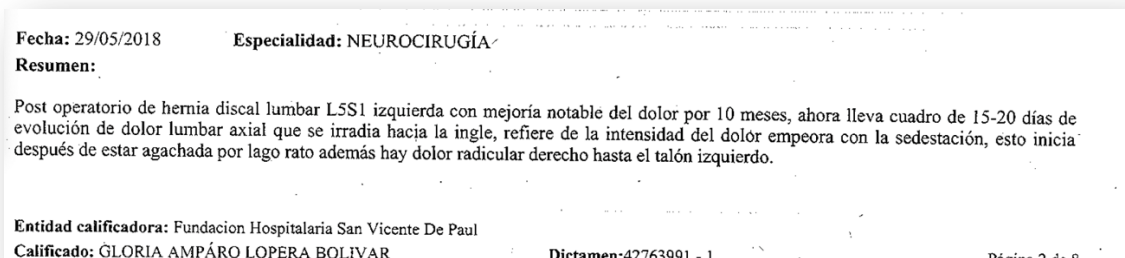


Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Hospital San Vicente el día 07 de junio de 2019.

Transcripción esencial: *“cambios esteocondroticos y osteoartrosicos facetarios en L5S1 protrusión en base amplia central izquierda, subarticular y parcialmente foraminal que genera minima disminución de foramen de emergencia radicular izquierdo en vecindad a la raíz descendente S1 sin efecto compresivo. En L4L5 existe protrusión extraforaminal izquierda y abombamiento discal que general incipiente disminución de la amplitud de los forámenes de emergencia radicular de predominio izquierdo sin efecto compresivo. En L3L4 existe abombamiento discal asimétrico izquierdo que general incipiente disminución de la amplitud de los foramen de emergencia radicular izquierdo”*

Ahora bien, es de precisar que esta patología fue tenida en cuenta por el ente calificador para fijar un porcentaje de PCL tal y como se expuso de forma previa, en donde incluso el dictamen emitido realiza una recopilación de dicha nota de la historia clínica.

- En fecha del 29 de mayo de 2018 se evidencia una intervención quirúrgica por hernia discal:



Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Hospital San Vicente el día 07 de junio de 2019.

Transcripción esencial: *“Post operatorio de hernia discal lumbar L5S1 izquierda con mejoría notable del dolor por 10 meses, ahora lleva cuadro de 15-20 días de evolución de dolor lumbar axial que se irradia hacia la ingle , refiere de la intensidad de dolor empeora con la sedestación esto inicia después de estar agachada por largo rato además hay dolor radicular derecho hasta el talo izquierdo.”*

Como se evidencia el 29 de mayo de 2018 es una fecha previa al inicio a la vigencia de la póliza, por lo que la hernia discal lumbar es una preexistencia que no solo se verificó antes del incio del aseguramiento sino que fue considerada por el equipo calificador para emitir el dictamen de perdida de capacidad laboral de la señora Gloria Arango.

- Finalmente, el 10 de julio de 2018 se registra una protrusión foraminal izquierda evidenciada a través de una Resonancia magnética columna lumbar

Fecha: 20/07/2018      Nombre de la prueba: RESONANCIA MAGNÉTICA COLUMNA LUMBAR  
Resumen:  
Conclusión: cambios post quirúrgicos de la columna lumbar a la altura de L5 en el lado izquierdo secundario a hemilaminectomía, protrusión foraminal izquierda L5S1 contactando la raíz emergente de L5 izquierda en la porción foraminal.

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Hospital San Vicente el día 07 de junio de 2019.

Transcripción esencial: *“Cambios post quirúrgicos de la columna lumbar a la altura de L5 en el lado izquierdo secundario a hemilaminectomía, protrusión foraminal izquierda L5S1 contactando la raíz emergente de L5 izquierda en la porción foraminal”*

Ahora bien, es de precisar que esta patología que ya se señalaba en la historia clínica de la señora Gloria desde el mes de julio de 2018, constituye una preexistencia, y que indudablemente aquella fue tomada en cuenta por el ente calificador para fijar un porcentaje de PCL tal y como se expuso de forma previa.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante dejar expresamente consignado que los antecedentes médicos de trastorno de disco lumbar, espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda fueron preexistencias al inicio de la vigencia del seguro, pues ya se habían diagnosticado a la señora Gloria Arango y claramente se habían manifestado de manera previa al aseguramiento.

En conclusión, los hechos del presente proceso se enmarcan en las exclusiones en las condiciones particulares de la póliza, en tanto se configuró la exclusión para todos los amparos consistente en que no se procederá con pago alguno cuando la asegurada con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o al inicio de la vigencia sufra y le haya sido diagnosticada con una enfermedad considerada como grave o crónica. En el mismo sentido se configuró la exclusión para la cobertura de Incapacidad Total y Permanente consistente en enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de vigencia, lo que a grandes rasgos evidencia la falta de cobertura material de la póliza vida grupo al estar ante un riesgo expresamente excluido de amparo, pues estas preexistencias: trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda son enfermedades crónicas y graves que de hecho llevaron a que la señora Gloria Lopera fuera calificada con pérdida de capacidad laboral.

#### 4. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DE LA ASEGURADA.

Es fundamental que desde ahora el honorable despacho tome en consideración que la asegurada Gloria Amparo Lopera Bolívar, fue reticente, 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, específicamente trastorno de disco lumbar espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda 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.

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**”<sup>9</sup>.* (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la asegurada, 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

---

<sup>9</sup> 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.

que explica la forma de aplicación del fenómeno, verbi gracia, 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 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 en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, 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."<sup>10</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001- 31-03-023-1996-02422-01., la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*"Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será*

---

<sup>10</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.



*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.”<sup>11</sup> (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.*

*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.”<sup>12</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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.

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 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 y negrilla fuera del texto original)*

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, 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 el día 01 de septiembre de 2018, fecha en la cual la asegurada solicitó su aseguramiento, y declaró ostentar un estado de salud normal, puesto que según su declaración no padecía enfermedades de tipo congénito o que incidan sobre los sistemas músculo-esquelético y demás adicciones o afecciones que incidan sobre su estado de salud. Es decir, a pesar de que la señora Gloria Amparo Lopera conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de septiembre de 2018, 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 de la actora, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

**Declaraciones**

Declaro que a la fecha me encuentro en buen estado de salud, exento de cualquier impedimento físico o mental y no he padecido ni se me ha diagnosticado ni tengo síntomas ni he sido tratado por enfermedad cardiovascular, cerebro vascular, pulmonar, renal, gastrointestinal, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, SIDA o VIH o cualquier enfermedad preexistente, ni en general grave, ni crónica, psíquica o nerviosa. Ni me encuentro en estudio médico por ninguna de estas afecciones al estado de salud.

Si ☒ No ☐

Declaro que tanto mis actividades y ocupaciones como mi trabajo han sido y son lícitas y las he ejercido y ejerzo dentro de los marcos legales. No he sido sindicado ni condenado por la justicia penal. Y no he recibido amenazas contra mi vida e integridad.

Si ☒ No ☐

Declaro que no he estado o estoy en un proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral ante alguna entidad calificadora competente o tener una discapacidad.

Si ☒ No ☐

Autorizo a la aseguradora que designen LAS SOCIEDADES para solicitar a cualquier persona o entidad la información de carácter médico y personal que requieran en los casos en los cuales necesite verificar la veracidad de lo que afirmo.

Si ☒ No ☐

Autorizo a la aseguradora que designen LAS SOCIEDADES para consultar en las bases de datos de los seguros de personas, lo relativo, a los riesgos agravados y a las indemnizaciones.

Si ☒ No ☐

Autorizo a la aseguradora que designen LAS SOCIEDADES para solicitar en cualquier momento y de cualquier médico u otro profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar para suministrar a las aseguradoras las historias clínicas y demás información sobre el estado de mi salud. Lo anterior para los efectos exigidos legalmente.

Si ☒ No ☐

Si cualquiera de estas preguntas ha tenido "No" como respuesta. El solicitante deberá ser evaluado por la

Documento: Formato solicitud productos personal natural

Transcripción esencial: *"Declaro que a la fecha me encuentro en buen estado de salud, exento de cualquier impedimentos físico o mental y no he padecido no se me ha diagnosticado ni tengo síntomas ni he si tratado por enfermedad cardiovascular, cerebro vascular, pulmonar, renal, gastrointestinal, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, SIDA o VIH **o cualquier enfermedad preexistente, ni en general grave, ni crónica**, psíquica o nerviosa. Ni me encuentro en estudio médico por ninguna de estas afecciones al estado de salud.*

*Declaro que tanto mis actividades y ocupaciones como mi trabajo han sido y son lícitas y las he ejercido y ejerzo dentro de los marcos legales. No he sido sindicado ni condenado por la justicia penal. Y no he recibido amenazas contra mi vida e integridad.*

*Declaro que no he estado o estoy en un proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral ante alguna calificadora competente o tener una discapacidad.(...)."*

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora Gloria Amparo Lopera declaró que no padecía de ninguna enfermedad y que su estado de salud era normal, lo cual es falso. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas omisiones 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, debido a que la entonces Asegurada 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.

Es decir, a pesar de que la señora Amparo Lopera Bolívar conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de septiembre de 2018 negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable Despacho tenga en cuenta que la asegurada no informó a mi representada que padecía de trastorno de disco lumbar, espondilosis, lumbalgia, osteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda dichas patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. A continuación, se muestran que estas enfermedades son anteriores a la fecha en que se celebró contrato de seguro:

• **TRASTORNO DE DISCO LUMBAR**

Como se evidencia en el Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral, en 1998 se realizó una laminectomía por el trastorno de disco lumbar, a saber:

M511	Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR QUE REQUIRIÓ DE LAMINECTOMIA EN EL AÑO 1998 CON RADICULOPATIA CRÓNICA	Enfermedad común
------	--	---	------------------

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que la señora Lopera Bolívar fue diagnosticada con trastorno de disco lumbar de acuerdo con el fragmento del dictamen de pérdida de capacidad laboral que relaciona uno a uno los antecedentes médicos de la señora Gloria, es decir, con anterioridad al 01 de septiembre de 2018 fecha en que perfeccionó el contrato de seguro, dicha enfermedad ya se había diagnosticado. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Más aún, cuando estamos ante una patología que fue tenida en cuenta por el ente calificador para fijar un porcentaje de PCL:



Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias			
Diagnósticos y origen			
CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Origen
M150	(osteo) artrosis primaria generalizada	OSTEOARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	Enfermedad común
R521	Dolor crónico intratable	DOLOR CRÓNICO INTRATABLE	Enfermedad común
M480	Estenosis espinal	CANAL ESPINAL ESTRECHO CERVICAL ASOCIADO A RADICULOPATIA	Enfermedad común
F510	Insomnio no orgánico	INSOMNIO	Enfermedad común
G448	Otros síndromes de cefalea especificados		Enfermedad común
M511	Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR QUE REQUIRIÓ DE LAMINECTOMIA EN EL AÑO 1998 CON RADICULOPATIA CRÓNICA	Enfermedad común
M799	Trastorno de los tejidos blandos, no especificado	FIBROMIALGIA	Enfermedad común
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CRONICO	Enfermedad común
Deficiencias			

Por lo anterior, queda plenamente acreditado que la asegurada conocía del trastorno del disco lumbar y omitió ponerlo en conocimiento de mi representada al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad que contiene tanto su huella como su firma como señal de aceptación de las respuestas brindadas. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que los aseguramientos deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del C.Co como resultado de la reticencia con la que la señora Lopera Bolívar estampó su huella y firma en la declaración de asegurabilidad. Máxime, cuando, las enfermedades omitidas tienen nexo de causalidad con la declaratoria de invalidez y cuando los expertos han establecido las complicaciones que podría ocasionar el padecimiento de estas patologías. Es decir, como se observa, son muchos los riesgos para la vida de las personas que sufren estas patologías, lo que confirma la necesidad de que la misma fuese informada a la Compañía Aseguradora.

• **ESPONDILOSIS**

Mediante neurocirugía realizada el 01 de marzo de 2016 se evidencia el padecimiento de espondilosis:

Conceptos médicos	
Fecha: 01/03/2016	Especialidad: NEUROCIRUGÍA
Resumen:	
hace 6 años por dolor raquídeo crónico que lo relaciona con accidente laboral pero en la resonancia cervical y lumbar solo se vio espondilosis. En septiembre 2015 se cae de la moto sentada con aumento de la lumbalgia que ya tenía de años atrás, dolor en todo el raquis desde cervical con pérdida de la fuerza en extremidades derechas, dice que no puede volver a hacer nada porque todo le duele se le car fácil. Trae resonancia magnética de columna total que solo muestra leve IDD cervical y en lumbar sin nada de estenosis en canal central ni en canal lateral, es lo mismo que veía en las imágenes de hace 6 años y en la de 2014, no hay ninguna lesión traumática. EMG de miembros superiores de hoy: normal. Ef: las curvas del raquis se conservan, no espasmo paravertebral, movimientos del raquis cervical y lumbar en buen rango, sin déficit radicular ni mielopático en extremidades. Análisis: sin correlación clínico radiológica, alta por neurocirugía, manejo por clínica del dolor.	

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Hospital San Vicente el día 07 de junio de 2019.

Transcripción esencial: *“Hace 6 años por dolor raquídeo crónico que lo relaciona con accidente laboral pero en la resonancia cervical y lumbar solo se vio espondilosis.*

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que la señora Lopera Bolívar fue diagnosticada con espondilosis de acuerdo con el fragmento del Dictamen de pérdida de capacidad laboral es decir, con anterioridad al 01 de septiembre de 2018 fecha en que perfeccionó el contrato de seguro. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **LUMBALGIA**

Mediante neurocirugía realizada el 01 de marzo de 2016 se evidencia el padecimiento de lumbalgia:

Conceptos médicos	
Fecha: 01/03/2016	Especialidad: NEUROCIRUGÍA
Resumen:	
hace 6 años por dolor raquídeo crónico que lo relaciona con accidente laboral pero en la resonancia cervical y lumbar solo se vio espondilosis. En septiembre 2015 se cae de la moto sentada con aumento de la lumbalgia que ya tenía de años atrás, dolor en todo el raquis desde cervical con pérdida de la fuerza en extremidades derechas, dice que no puede volver a hacer nada porque todo le duele se le car fácil. Trae resonancia magnética de columna total que solo muestra leve IDD cervical y en lumbar sin nada de estenosis en canal central ni en canal lateral, es lo mismo que veía en las imágenes de hace 6 años y en la de 2014, no hay ninguna lesión traumática. EMG de miembros superiores de hoy: normal. Ef: las curvas del raquis se conservan, no espasmo paravertebral, movimientos del raquis cervical y lumbar en buen rango, sin déficit radicular ni mielopático en extremidades. Análisis: sin correlación clínico radiológica, alta por neurocirugía, manejo por clínica del dolor.	

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Hospital San Vicente el día 07 de junio de 2019.

Transcripción esencial: *“Hace 6 años por dolor raquídeo crónico que lo relaciona con accidente laboral pero en la resonancia cervical y lumbar solo se vio espondilosis. En septiembre 2015 se cae de la moto sentada con aumento de la lumbalgia que ya tenía de años atrás”*

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que la señora Lopera Bolívar fue diagnosticada con Lumbalgia de acuerdo con el fragmento del Dictamen de pérdida de capacidad laboral es decir, con anterioridad al 01 de septiembre de 2018 fecha en que perfeccionó el contrato de seguro. Como se evidencia en el anterior fragmento la señora Gloria Amparo Lopera sufre una caída en la moto por lo que se aumentó la lumbalgia que ya había padecido años atrás, en consecuencia, es claro que con anterioridad a septiembre de 2016 la entonces asegurada ya había padecido dicha patología. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

• ESTEOCONDROTICOS Y OSTEOARTROSICOS

En fecha del 28 de diciembre de 2016 se realizó una resonancia magnética de columna lumbosacra en donde se evidenciaron cambios esteocondroticos y osteoartrosicos:

Fecha: 28/12/2016

Especialidad: RESONANCIA MAGNÉTICA DE COLUMNA LUMBOSACRA

Resumen:

Cambios osteocondroticos y osteoartrosicos facetarios. En L5S1 protrusión en base amplia central izquierda, subarticular y parcialmente foraminal que genera mínima disminución del foramen de emergencia radicular izquierdo en vecindad a la raíz descendente S1 sin efecto compresivo. En L4L5 existe protrusión extraforaminal izquierda y abombamiento discal que genera incipiente disminución de la amplitud de los forámenes de emergencia Radicular de predominio izquierdo sin efecto compresivo. En L3L4 existe abombamiento discal asimétrico izquierdo que genera incipiente disminución de la amplitud de los foramen de emergencia radicular izquierdo.

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Hospital San Vicente el día 07 de junio de 2019.

Transcripción esencial: *“cambios esteocondroticos y osteoartrosicos facetarios en L5S1 protrusión en base amplia central izquierda, subarticular y parcialmente foraminal que genera minina disminución de foramen de emergencia radicular izquierdo en vecindad a la raíz descendente S1 sin efecto compresivo.*

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que la señora Lopera Bolívar fue diagnosticada con esteocondroticos y osteoartrosicos de acuerdo con el fragmento del Dictamen de pérdida de capacidad laboral es decir, con anterioridad al 01 de septiembre de 2018 fecha en que perfeccionó el contrato de seguro. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Más aún, cuando estamos ante una patología que fue tenida en cuenta por el ente calificador para fijar un porcentaje de PCL:

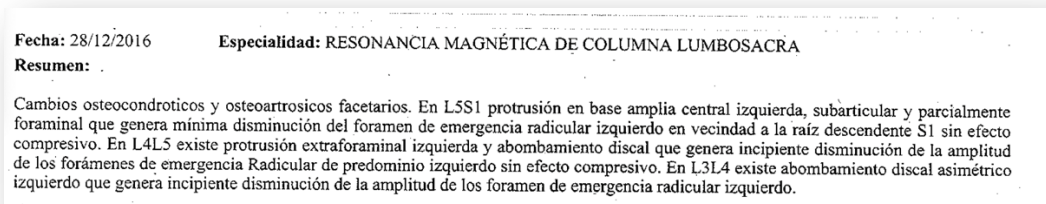
Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias			
Diagnósticos y origen			
CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Origen
M150	(osteo) artrosis primaria generalizada	OSTEOARTROSIS PRIMARIA GENERALIZADA	Enfermedad común
R521	Dolor crónico intratable	DOLOR CRÓNICO INTRATABLE	Enfermedad común
M480	Estenosis espinal	CANAL ESPINAL ESTRECHO CERVICAL ASOCIADO A RADICULOPATIA	Enfermedad común
F510	Insomnio no orgánico	INSOMNIO	Enfermedad común
G448	Otros síndromes de cefalea especificados		Enfermedad común
M511	Trastorno de disco lumbar y otros, con radiculopatía	TRASTORNO DE DISCO LUMBAR QUE REQUIRIÓ DE LAMINECTOMIA EN EL AÑO 1998 CON RADICULOPATIA CRÓNICA	Enfermedad común
M799	Trastorno de los tejidos blandos, no especificado	FIBROMIALGIA	Enfermedad común
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CRONICO	Enfermedad común
Deficiencias			

Por lo anterior, queda plenamente acreditado que la asegurada conocía del esteocondroticos y osteoartrosicos y omitió ponerlo en conocimiento de mi representada al momento de estampar su huella y firma en su formulario de asegurabilidad. En consecuencia, teniendo en cuenta la

envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que los aseguramientos deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del C.Co como resultado de la reticencia con la que la señora Lopera Bolívar estampó su huella y firma en la declaración de asegurabilidad. Máxime, cuando, las enfermedades omitidas tienen nexo de causalidad con la declaratoria de invalidez y cuando los expertos han establecido las complicaciones que podría ocasionar el padecimiento de estas patologías. Es decir, como se observa, son muchos los riesgos para la vida de las personas que sufren estas patologías, lo que confirma la necesidad de que la misma fuese informada a la Compañía Aseguradora.

- **PROTRUSIÓN EXTRAFORAMINAL IZQUIERDA Y ABOMBAMIENTO DISCAL**

En fecha del 28 de diciembre de 2016 se realizó una resonancia magnética de columna lumbosacra en donde se evidenció protrusión extraforaminal izquierda y abombamiento discal:



Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Hospital San Vicente el día 07 de junio de 2019.

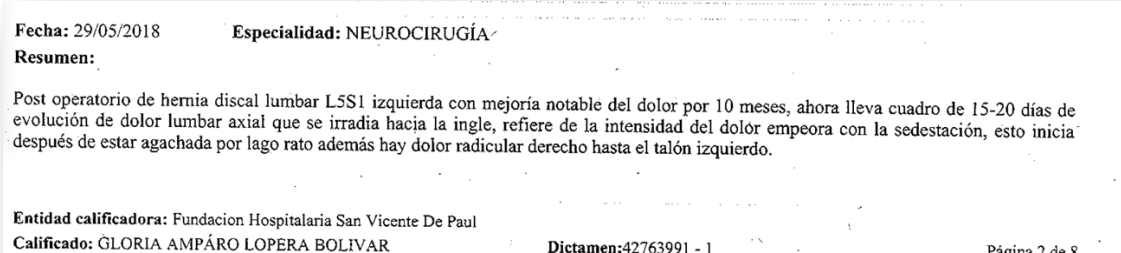
Transcripción esencial: *“cambios esteocondróticos y osteoartrosicos facetarios en L5S1 protrusión en base amplia central izquierda, subarticular y parcialmente foraminal que genera mínima disminución de foramen de emergencia radicular izquierdo en vecindad a la raíz descendente S1 sin efecto compresivo. En L4L5 existe protrusión extraforaminal izquierda y abombamiento discal que genera incipiente disminución de la amplitud de los forámenes de emergencia radicular de predominio izquierdo sin efecto compresivo. En L3L4 existe abombamiento discal asimétrico izquierdo que genera incipiente disminución de la amplitud de los foramen de emergencia radicular izquierdo”*

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que la señora Lopera Bolívar fue diagnosticada con protrusión extraforaminal izquierda y abombamiento discal de acuerdo con el fragmento del Dictamen de pérdida de capacidad laboral es decir, con anterioridad al 01 de septiembre de 2018 fecha en que perfeccionó el contrato de seguro. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.



- **HERNIA DISCAL**

En fecha del 29 de mayo de 2018 se evidencia una intervención quirúrgica por hernia discal:



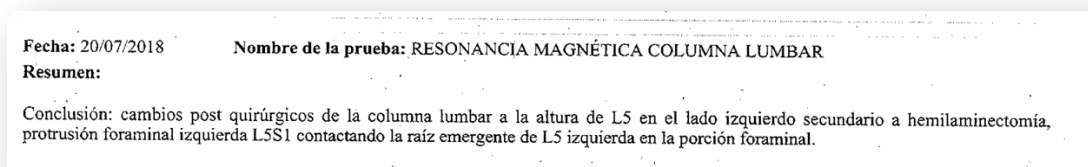
Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Hospital San Vicente el día 07 de junio de 2019.

Transcripción esencial: “Post operatorio de hernia discal lumbar L5S1 izquierda con mejoría notable del dolor por 10 meses, ahora lleva cuadro de 15-20 días de evolución de dolor lumbar axial que se irradia hacia la ingle , refiere de la intensidad de dolor empeora con la sedestación esto inicia después de estar agachada por largo rato además hay dolor radicular derecho hasta el talo izquierdo.”

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que la señora Lopera Bolívar fue diagnosticada con hernia discal de acuerdo con el fragmento del Dictamen de pérdida de capacidad laboral, es decir, con anterioridad al 01 de septiembre de 2018 fecha en que perfeccionó el contrato de seguro. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **PROTRUSIÓN FORAMINAL IZQUIERDA**

El 10 de julio de 2018 se registra protrusión foraminal izquierda evidenciada a través de una Resonancia magnética columna lumbar



Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Hospital San Vicente el día 07 de junio de 2019.



Transcripción esencial: “Cambios post quirúrgicos de la columna lumbar a la altura de L5 en el lado izquierdo secundario a hemilaminectomía, protrusión foraminal izquierda L5S1 contactando la raíz emergente de L5 izquierda en la porción foraminal”

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que la señora Lopera Bolívar fue diagnosticada con protrusión foraminal izquierda con el fragmento del Dictamen de pérdida de capacidad laboral, es decir, con anterioridad al 01 de septiembre de 2018 fecha en que perfeccionó el contrato de seguro. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Por lo anterior, queda plenamente acreditado que la Asegurada conocía de sus antecedentes desde el año 2018 y omitió ponerla en conocimiento de mi representada al momento de celebración del contrato de seguro. Tal circunstancia no es un evento menor, toda vez que el defecto visual por catarata, índice que fue ratificado por encontrar que la patología fue calificada acorde a la gravedad de la enfermedad. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como resultado de la reticencia de la asegurada.

Además resulta importante señalar que todos los antecedentes médicos reseñados en párrafos anteriores fueron anteriores a la fecha en que la señora Lopera solicitó su aseguramiento y en ese orden de ideas era evidente que aquella conociéndolos completamente debido a que fueron dolencias persistentes desde vieja data y que además por su condición de auxiliar de enfermería como se resalta en el propio dictamen de pérdida de capacidad laboral no era posible que olvidara sus dolencias o enfermedades que ya se habían diagnosticado. Es decir, la omisión de la señora Lopera al declarar sinceramente su estado de salud alteró gravemente el riesgo que se pretendía trasladar porque definitivamente todos esos padecimientos otorgaron un peso en el porcentaje de calificación, tal como se muestra a continuación:

Deficiencias									
Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFM1	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Deficiencia por disestesia secundaria a neuropatía periférica o lesión de médula espinal y dolor crónico somático	12	12.5	3	NA	NA	NA	20,00%		20,00%
Valor combinado									20,00%

Deficiencia por trastornos del humor (Eje I)	13	13.2	2	NA	NA	NA	40,00%	40,00%	
							Valor combinado	40,00%	
Deficiencia	Capítulo	Tabla	CFP	CFMI	CFM2	CFM3	Valor	CAT	Total
Complicaciones postoperatorias no neurológicas de la columna lumbar	15	15.3	4	3	3	NA	31,00%		31,00%
Lesión de tejidos blandos y condiciones no específicas de columna cervical	15	15.1	1	3	2	NA	3,00%		3,00%
							Valor combinado		33,07%
Capítulo								Valor deficiencia	
Capítulo 12. Deficiencias del sistema nervioso central y periférico.								20,00%	
Capítulo 13. Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.								40,00%	
Capítulo 15. Deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y la pelvis.								33,07%	
Valor final de la combinación de deficiencias sin ponderar								67,87%	

Conforme a la anterior ilustración es claro que las enfermedades que la señora Gloria Amparo Lopera omitió declarar en la solicitud de productos incidieron en la determinación de la Pérdida de Capacidad Laboral e la entonces asegurada, pues se subrayan deficiencias relativas a complicaciones a nivel de columna cervical y lumbar.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) la señora Gloria Amparo Lopera ya contaba con una serie de diagnósticos de trastorno de disco lumbar, espondilosis, lumbalgia, esteocondroticos, osteoartrosicos, hernia discal y protrusión foraminal izquierda con anterioridad al mes de septiembre de 2018, fecha en la que se perfeccionó el seguro, 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. Maxime cuando las enfermedades que la Asegurada omitió informar fueron la causa directa de la incapacidad total y permanente, en otra palabras, existe una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que la señora Gloria Lopera Bolívar no informó a mi procurada de la existencia de sus antecedentes patológicos en el momento en que solicitó su vinculación a la póliza de seguro en el mes de septiembre del año 2018. 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 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 de la señora Lopera Bolívar debe declararse nulo, debido a que no informó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al

perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes tuvieron relación directa con la declaratoria de invalidez.

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

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

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”.*

El citado artículo demuestra que es facultad de las aseguradoras la realización de exámenes médicos a sus clientes para verificar que la información otorgada por los mismos en la declaración de asegurabilidad es veraz, pues esta carga precontractual a cargo del tomador tiene estrecha relación con el principio de la ubérrima bona fidei, la razón de esto es que, en el contrato de seguros la compañía aseguradora no puede asumir los riesgos sin conocer el grado de peligrosidad que estos encierran, y la única fuente de conocimiento del estado del riesgo que el asegurador tiene es



precisamente, la información que otorga el tomador, ya que se presupone que él tiene contacto directo con el mismo.

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.

Por su parte, 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 jurídico<sup>13</sup>.*

*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 fundamentales<sup>14</sup>. De suerte que si se desdibuja*

---

<sup>13</sup> Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “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.”

<sup>14</sup> Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

*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<sup>15</sup>”. (Subrayado y Negrita 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)<sup>16</sup>*

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 aún, 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 Gutiérrez<sup>14</sup>, 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***

<sup>15</sup> Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

<sup>16</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez. 14 Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01



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.

(...)

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)

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...”<sup>17</sup>

(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

---

<sup>17</sup> LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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 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 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)*

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en Sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Arturo Díaz Murillo expediente 2016-0318 en relación a la realización de exámenes médicos por parte de las aseguradoras manifestó lo que a continuación se transcribe:

*“Así las cosas no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o requerir la Historia clínica de la asegurada para verificar una enfermedad o condición que al momento de diligencia la solicitud sin salvedad manifestó la*

*asegurada no padecer o ratificar un estado del riesgo que fue declarado bajo el supuesto uberrima bona fidei”*

Asimismo, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en la Sentencia del 26 de Octubre de 2016 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Carmen Sofía Orozco contra el Banco Caja Social expediente 2016-0367 (la firma convalida el contenido del documento):

*A la luz de las normas y el precedente judicial citado aunado al análisis del acervo probatorio se tiene que **la omisión de la información sobre el estado de salud tiene gran inferencia en el contrato de seguro cuyo cumplimiento persigue**, y es que se aseveró por la actora que su esposo había informado a la entidad aseguradora las enfermedades que padecía, **por el contrario de la solicitud denominada certificado individual, se extrae que el demandante suscribió el documento sin reparo alguno en su contenido, por lo que avaló con su firma las manifestaciones allí contenidas**, esto es, que su estado de salud era bueno, pese que las historias clínicas allegadas al plenario desmentían tal afirmación.*

*Se tiene que el demandante diligencia la declaración de asegurabilidad con el fin de ser incluido en la póliza de vida grupo deudores, luego al momento de adquirir el crédito fue indagado sobre su estado de salud, y manifestó gozar de un buen estado de salud, sobre el particular, debe señalarse que previo a suscribirse el contrato de seguro, el tomador está en la obligación de declarar los hechos y circunstancias que rodean su estado del riesgo con el fin de que se pueda dar a conocer su extensión y otorgar un consentimiento que no se encuentre errado: con motivo de la declaración en cita **se le permite a la aseguradora valorar oportunamente la conveniencia del riesgo para asumirlo o abstenerse de hacerlo de acuerdo con los presupuestos técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia en virtud de la libertad contractual, así las cosas en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias jurídicas que identifican el riesgo moral y subjetivo y el físico objetivo que inciden en el juicio del asegurador de tal manera que si se omiten o no corresponden a la realidad el contrato estaría sujeto a la ascensión legal de nulidad**” (Subrayado y negrita fuera de texto)*

Por lo anterior, no es admisible que los operadores judiciales y el extremo activo pretendan que, por cada contrato de seguro se realice un examen médico, pues es impensable y poco práctico, debido a que el funcionamiento de los contratos de seguro se perfecciona por prácticas distintas.

Lo anterior en virtud a que, si fuera obligación de las aseguradoras la realización de estos exámenes

médicos, se omitiría la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad y no tendría fundamento alguno el artículo 1058 del Código de Comercio, que prevé la reticencia como causal relativa del contrato de seguro cuando el asegurado/tomador no declara el verdadero estado del riesgo, en otras palabras, dejaría de ser una obligación contractual para la parte asegurada declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, situación inviable para el presente negocio jurídico, pues la piedra angular de este tipo contractual es la UBERRIMA BUENA FE “BONA FIDES.

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 uberrima 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.

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.**

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 arrojar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”.<sup>18</sup> (negrilla y subrayas fuera del texto)”.

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 Gutiérrez 17 , 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 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».”*

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*

---

<sup>18</sup> 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.



*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 y Negrita 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 las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

**7. LA ASEGURADORA AXA COLPATRIA SEGUROS SATIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

La Compañía Aseguradora efectuó el cobro de la prima conforme a lo preceptuado en el artículo 106619, esto es que, el asegurado o tomador cancele la prima según los términos contractuales pactados por las partes. No obstante, en atención a que la señora Gloria Amparo Lopera fue reticente en la declaración del estado del riesgo, la Compañía de Seguros tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena según el artículo 105920 del Código de Comercio.

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que la honorable Superintendencia Financiera de Colombia 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 la señora Gloria Amparo Lopera 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 la Aseguradora AXA Colpatría Seguros SA 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.

<sup>19</sup> ARTÍCULO 1066. <PAGO DE LA PRIMA>. El tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

<sup>20</sup> 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.

8. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del C.Co., lo anterior en atención a lo preceptuado en el artículo 282 del Código General del proceso, el cual indica que, el juez deberá reconocer oficiosamente en la sentencia las excepciones que se prueben dentro del marco del proceso.

**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 Honorable 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.

VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL: EL VALOR ASEGURADO PARA CADA DEUDOR, CORRESPONDERÁ AL VALOR INICIAL DE DEUDA O AL SALDO INSOLUTO DE LA MISMA, SEGÚN CORRESPONDA AL DISEÑO DEL PRODUCTO DEL CRÉDITO. EN AMBOS CASOS, (SALDO INICIAL DE DEUDA O SALDO INSOLUTO) SE INCLUIRÁN EL CAPITAL NO PAGADO MÁS LOS INTERESES CORRIENTES Y DE MORA, HONORARIOS JURÍDICOS, SOBREGIROS, PRIMAS DE SEGURO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA SUMA QUE SE RELACIONE CON LA MISMA OPERACIÓN DE CRÉDITO Y SE HAYA REALIZADO EL PAGO RESPECTIVO DE LA PRIMA.

Documento: Póliza De Seguro De Grupo Deudor Número 53802.

Transcripción esencial: “VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL: EL VALOR ASEGURADO PARA CADA DEUDOR, CORRESPONDERÁ AL VALOR INICIAL DE DEUDA O AL SALDO INSOLUTO DE LA MISMA, SEGÚN CORRESPONDA AL DISEÑO DEL PRODUCTO DEL CRÉDITO. EN AMBOS CASOS, (SALDO INICIAL DE DEUDA O SALDO INSOLUTO) SE INCLUIRÁN EL CAPITAL NO PAGADO MÁS LOS INTERESES CORRIENTES Y DE MORA, HONORARIOS JURÍDICOS, SOBREGIROS, PRIMAS DE SEGURO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA SUMA QUE SE RELACIONE CON LA MISMA OPERACIÓN DE CRÉDITO Y SE HAYA REALIZADO EL PAGO RESPECTIVO DE LA PRIMA.”

Ahora bien, debe aclararse que en el remoto e hipotético caso en el que se condene a mi representada por la póliza expedida, el amparo a afectar es el de Incapacidad Total y Permanente, cuya suma asegurada será el saldo insoluto de la obligación.

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

**2. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.**

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 Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria no puede superarse del valor insoluto de la obligación conforme fue pactado en la póliza:

VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL: EL VALOR ASEGURADO PARA CADA DEUDOR, CORRESPONDERÁ AL VALOR INICIAL DE DEUDA O AL SALDO INSOLUTO DE LA MISMA, SEGÚN CORRESPONDA AL DISEÑO DEL PRODUCTO DEL CRÉDITO. EN AMBOS CASOS, (SALDO INICIAL DE DEUDA O SALDO INSOLUTO) SE INCLUIRÁN EL CAPITAL NO PAGADO MÁS LOS INTERESES CORRIENTES Y DE MORA, HONORARIOS JURÍDICOS, SOBREGIROS, PRIMAS DE SEGURO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA SUMA QUE SE RELACIONE CON LA MISMA OPERACIÓN DE CRÉDITO Y SE HAYA REALIZADO EL PAGO RESPECTIVO DE LA PRIMA.

Documento: Póliza De Seguro De Grupo Deudor Número 53802.

Transcripción esencial: *“VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL: EL VALOR ASEGURADO PARA CADA DEUDOR, CORRESPONDERÁ AL VALOR INICIAL DE DEUDA O AL SALDO INSOLUTO DE LA MISMA, SEGÚN CORRESPONDA AL DISEÑO DEL PRODUCTO DEL CRÉDITO. EN AMBOS CASOS, (SALDO INICIAL DE DEUDA O SALDO INSOLUTO) SE INCLUIRÁN EL CAPITAL NO PAGADO MÁS LOS INTERESES CORRIENTES Y DE MORA, HONORARIOS JURÍDICOS, SOBREGIROS, PRIMAS DE SEGURO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA SUMA QUE SE RELACIONE CON LA MISMA OPERACIÓN DE CRÉDITO Y SE HAYA REALIZADO EL PAGO RESPECTIVO DE LA PRIMA.”*

Así las cosas, es evidente que, en el remoto e hipotético caso en el que se condene a mi representada por la póliza expedida, el amparo a afectar es el de Incapacidad Total y Permanente, cuya suma asegurada será el saldo insoluto de la obligación.

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

**3. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES ITAU COLOMBIA SA**

En este punto es preciso resaltarle al despacho que en el ámbito de aplicación de las pólizas de

seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, ostenta la naturaleza de asegurada en la póliza. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

*(...) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.*

*En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.<sup>21</sup> (...)*

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores están estructuradas bajo la finalidad de proteger las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que el único beneficiario de cualquier tipo de indemnización únicamente puede ser la entidad bancaria que otorgó el crédito. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

*(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.<sup>22</sup> (...)*

<sup>21</sup> Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

<sup>22</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-251/17



Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única tomadora y beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación financiera número 01168435200. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el tomador del seguro, en este caso Itau Colombia SA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización a la que remotamente hubiera lugar, deberá ser cancelada en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

BENEFICIARIOS: EL TOMADOR HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL CONTEMPLADO EN ESTE DOCUMENTO INCLUIDO UNO O VARIOS CRÉDITOS. EN LOS CASOS QUE EXISTAN UN REMANENTE SERÁ GIRADO A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO O EN SU DEFECTO A LOS DE LEY.	
VIGENCIA	
01 DE SEPTIEMBRE DE 2018 A LAS 00:00 HORAS HASTA AL 31	
CONTRATO:DE AGOSTO DE 2020 A LAS 24:00 HORAS	

Documento: Póliza De Seguro De Grupo Deudor Número 53802.

Transcripción esencial: “BENEFICIARIOS: EL TOMADOR HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL CONTEMPLADO EN ESTE DOCUMENTO INCLUIDO UNO O VARIOS CRÉDITOS. EN LOS CASOS QUE EXISTAN UN REMANENTE SERÁ GIRADO A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO O EN SU DEFECTO A LOS DE LEY.”

Por todo lo anterior, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es Itau Colombia SA, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mí representada. Situación que debe ser tenida en consideración, por lo que consecuentemente, el Despacho no tendrá otra salida que ante una eventual condena en contra de mí procurada, reconocer que la indemnización únicamente puede ser recibida por la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en la póliza de seguro.

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

**CAPÍTULO V**  
**MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

## 1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la Póliza Vida Grupo Deudor No. 53802
- 1.2. Certificado Individual de la Póliza Vida Grupo Deudor
- 1.3. Solicitud de Productos de persona natural suscrita por la demandante
- 1.4. Condiciones generales de la Póliza vida Grupo Deudores
- 1.5. Certificado de incapacidades de la señora Lopera Bolívar emitido por la EPS Salud Total
- 1.6. Comunicación emitida por Axa Colpatria Seguros SA el día 28 de octubre de 2019 correspondiente a la objeción a la solicitud de indemnización
- 1.7. Comunicación emitida por Axa Colpatria Seguros SA el día 02 de julio de 2020 correspondiente a la ratificación de la objeción remitida por segunda ocasión
- 1.8. Comunicación emitida por Axa Colpatria Seguros SA el día 17 de noviembre de 2020 correspondiente a la ratificación de la objeción remitida por tercera ocasión

## 2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora GLORIA AMPARO LOPERA BOLÍVAR, identificada con cédula de ciudadanía No. 42763991 en su calidad de accionante, a fin de que conteste el interrogatorio 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.

## 3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1 Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **AXA COLPATRIA SEGUROS SA**, 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, renovaciones y condiciones de la póliza de vida grupo.

## 4. TESTIMONIALES

- 4.1 Solicito se sirva citar a la doctora MARÍA CAMILA AGUDELO ORTÍZ, asesor externo de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de la Póliza de Seguro en cuanto al alcance de los amparos brindados y el trámite de objeción. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, sus exclusiones y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de

las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio, además que también podrá deponer acerca de las tratativas preliminares al perfeccionamiento de la póliza. La Doctora podrá ser citado en la Calle 22D No. 72-38 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico [camilaortiz27@gmail.com](mailto:camilaortiz27@gmail.com).

## 5. EXHIBICIÓN

- 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 **A LA ACCIONANTE** para que exhiba su Historia Clínica desde 1995 hasta 2018, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que la asegurada sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo; y así mostrar la reticencia con que la entonces asegurada declaró su estado de asegurabilidad. Los documentos se encuentran en poder de la señora Gloria Lopera ya que aquellos corresponden a las atenciones médicas que ella ha recibido de manera personal.

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **EPS SALUD TOTAL**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Lopera Bolívar, historia desde el año 2000 hasta el 2018. La documentación se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió la asegurada. Lo anterior se evidencia en el registro de afiliados de ADRES que se encuentra en página web.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes la señora Gloria Amparo Lopera sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La EPS SALUD TOTAL puede ser notificada en la Av. Carrera 86 # 55A – 75 en la ciudad de Bogotá, y a través del correo electrónico [notificacionesjud@saludtotal.com.co](mailto:notificacionesjud@saludtotal.com.co)

- 5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **HOSPITAL SAN VICENTE**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Lopera

Bolívar desde el año 2000 hasta el 2018. La documentación se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención médico asistencial que recibió la asegurada. Lo anterior se evidencia por cuanto fue la entidad calificadora de la accionante.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes la señora Gloria Amparo Lopera sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. El HOSPITAL SAN VICENTE puede ser notificada en la Calle 64 # 51 D – 154, y a través del correo electrónico [Contactenos@hospitalsanvicente.gov.co](mailto:Contactenos@hospitalsanvicente.gov.co)

## 6. OFICIOS

6.1 Comedidamente ruego se oficie a **EPS SALUD TOTAL** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora Gloria Amparo Lopera desde el año 200 hasta el 2018. 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 artículo 78 del C.G.P.

El propósito de obtener estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes la señora Gloria Amparo Lopera sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La EPS SALUD TOTAL puede ser notificada en la Av. Carrera 86 # 55A – 75 en la ciudad de Bogotá, y a través del correo electrónico [notificacionesjud@saludtotal.com.co](mailto:notificacionesjud@saludtotal.com.co)

6.2 Comedidamente ruego se oficie a **HOSPITAL SAN VICENTE** para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Gloria Amparo Lopera desde el año 200 hasta el 2018. 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 artículo 78 del C.G.P.

El propósito de obtener estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes la señora Gloria Amparo Lopera sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. El HOSPITAL SAN VICENTE puede ser notificada en la Calle 64 # 51 D – 154, y a través del correo electrónico [Contactenos@hospitalsanvicente.gov.co](mailto:Contactenos@hospitalsanvicente.gov.co)

## 7. DICTAMEN PERICIAL

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: **(i)** que de haber conocido **AXA COLPATRIA SEGUROS SA** las patologías de la señora Gloria Amparo Lopera se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar la asegurada eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad la Asegurada. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, 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 en el mismo.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica de la asegurada. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

### ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de AXA Colpatria Seguros SA.



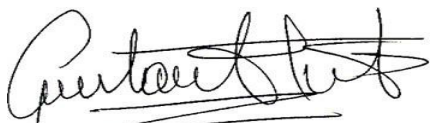
3. Poder debidamente otorgado por la AXA Colpatria Seguros SA.

**NOTIFICACIONES**

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Mi poderdante y el suscrito en la calle 69 N° 4-48 oficina 502, Edificio 69 de la ciudad de Bogotá  
o en ladirección electrónica: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Del señor Juez, respetuosamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.



AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.  
860.002.184-6

SUC.	RAMO	POLIZA No.
29	59	53802

POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR  
TIPO DE POLIZA : VGD ITAU PM

No. FORMULARIO: 0

FECHA SOLICITUD DÍA MES AÑO 21 06 2019	EXPEDICIÓN DÍA MES AÑO 21 06 2019	CERTIFICADO DE RENOVACION	N° CERTIFICADO 27	FECHA DESDE DÍA MES AÑO HORA 01 06 2019 00:00	FECHA HASTA DÍA MES AÑO HORA 01 07 2019 00:00	NÚMERO DE DÍAS 30
TOMADOR ITAU COLOMBIA S.A. DIRECCIÓN TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL				NIT 890.903.937-0 TELÉFONO 5331447		
ASEGURADO ITAU COLOMBIA S.A. DIRECCIÓN TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL				EDAD	NIT 890.903.937-0 TELÉFONO 5331447	
SUCURSAL POLIZA BOGOTA D.C		PUNTO DE VENTA	MONEDA Pesos	TIPO CAMBIO	1.00	

CATEGORIA: 1-DEUDORES ITAU

AMPAROS

VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

AMPARO BASICO DE MUERTE  
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

VER LISTADO DE ASEGURADOS  
VER LISTADO DE ASEGURADOS

**BENEFICIARIOS**

VER CERTIFICADOS DE LOS ASEGURADOS

FORMA DE PAGO: CONTADO 60 DIAS

PRIMA

\$ \*\*\*\*\*

EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCION CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICION INDISPENSABLE PARA EL INICIO DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMERA DE LA POLIZA O FRACCION CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA DE 30 DIAS CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO Y AXA COLPATRIA QUEDARA LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD POR SINIESTROS OCURRIDOS DESPUES DE LA EXPIRACION DE DICHO PLAZO.

GASTOS

\$ \*\*\*\*\*

AJUSTE AL PESO

\$ \*\*\*\*\*

IVA-RÉGIMEN COMÚN

\$ \*\*\*\*\*

PRIMA TOTAL PRIMER AÑO

\$ \*\*\*\*\*

FORMAN PARTE DE ESTE CONTRATO, LAS CLAUSULAS, CONDICIONES GENERALES FORMA 09/07/2018-1306-P-34-P272/VIDAGR/2018-D001

PRIMA SEGÚN FORMA DE PAGO

\$ \*\*\*\*\*

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA LOCALIDAD DE BOGOTA D.C

A LOS 21 DIAS DEL MES DE JUNIO

DEL AÑO 2019

FIRMA AUTORIZADA

EL TOMADOR

DISTRIBUCIÓN DEL COASEGURO				INTERMEDIARIOS			
CÓDIGO	COMPañÍA	% PARTICIPACION	PRIMA	CODIGO	TIPO	NOMBRE	% PARTICIPACION
				54162	Corredor	ITAU CORREDOR DE SEGUROS C	100.00



Línea de Atención al Cliente 57-601 4235757 en Bogotá, 018000512620 resto del país o #247 o página web www.axacolpatria.co contáctenos Escribanos su PQRS. Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero en el buzón defensoria@consuelorodriguezvalero.com, teléfono 3134998023.

Usuario DFBOBADILLAM

- ORIGINAL -

V-2122

POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR No.53802



CERTIFICADO DE: RENOVACION		HOJA ANEXA No. 1
TOMADOR	ITAU COLOMBIA S.A.	NIT 890.903.937-0
DIRECCIÓN	TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO 5331447

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., RENUEVA LA PRESENTE POLIZA PARA EFECTUAR COBRO CORRESPONDIENTE AL MES DE JUNIO DE 2019.

Leasing Financiero Nuevo Apartir del 1 De Septiembre 2018 a la fecha

ESTA PÓLIZA CORRESPONDE A LOS PRODUCTOS: \* CARTERA CONSUMO ANTIGUO DEL 1 DE DICIEMBRE DEL 2016 AL 30 DE AGOSTO 201 (310,338,339,340,344,345,351,354,362,375,378,379,387,411,412,420,435,461,462,120,130,150,440,400,450)

NOTA DE COBERTURA  
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR  
PRIMA MENSUAL 2018 - 2020  
01/01/2017 - 1306 - P - 34 - P272/2017

RAMOSEGURO VIDA GRUPO DEUDOR

TOMADOR: ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.  
NIT: 890.903.937-0

ACTIVIDAD DEL TOMADOR: ENTIDAD FINANCIERA

ASEGURADOS: LAS PERSONAS NATURALES (INCLUIDOS EL DEUDOR PRINCIPAL, DEUDOR SOLIDARIO, CODEUDORES, AVALISTAS Y LOS REPRESENTANTES LEGALES DE SOCIEDADES) DEUDORES DE ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.

BENEFICIARIOS: EL TOMADOR HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA DE ACUERDO CON EL VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL CONTEMPLADO EN ESTE DOCUMENTO INCLUIDO UNO O VARIOS CRÉDITOS. EN LOS CASOS QUE EXISTAN UN REMANENTE SERÁ GIRADO A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS EN LA SOLICITUD DE SEGURO O EN SU DEFECTO A LOS DE LEY.

VIGENCIA  
01 DE SEPTIEMBRE DE 2018 A LAS 00:00 HORAS HASTA AL 31  
CONTRATO: DE AGOSTO DE 2020 A LAS 24:00 HORAS

JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN: COLOMBIA

TIPO Y ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA: PÓLIZA INNOMINADA - FACTURACIÓN Y COBRO MENSUAL

VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL: EL VALOR ASEGURADO PARA CADA DEUDOR, CORRESPONDERÁ AL VALOR INICIAL DE DEUDA O AL SALDO INSOLUTO DE LA MISMA, SEGÚN CORRESPONDA AL DISEÑO DEL PRODUCTO DEL CRÉDITO. EN AMBOS CASOS, (SALDO INICIAL DE DEUDA O SALDO INSOLUTO) SE INCLUIRÁN EL CAPITAL NO PAGADO MÁS LOS INTERESES CORRIENTES Y DE MORA, HONORARIOS JURÍDICOS, SOBREGIROS, PRIMAS DE SEGURO, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA SUMA QUE SE RELACIONE CON LA MISMA OPERACIÓN DE CRÉDITO Y SE HAYA REALIZADO EL PAGO RESPECTIVO DE LA PRIMA.

VALOR ASEGURADO MÁXIMO INDIVIDUAL: EL LÍMITE MÁXIMO INDIVIDUAL DE VALOR ASEGURADO POR DEUDOR SERÁ DE \$10.000.000.000 (DIEZ MIL MILLONES DE PESOS M/CTE.) EN LA CARTERA DE CONSUMO Y LIBRANZA (VALOR QUE CORRESPONDE AL CÚMULO DE TODOS LOS PRODUCTOS DE CRÉDITO QUE TENGA EL ASEGURADO). EN CASO DE PRESENTARSE ALGÚN RIESGO CON VALORES ASEGURADOS SUPERIORES A DICHO MONTO LA ASEGURADORA ESTUDIARÁ LA COLOCACIÓN DEL SEGURO.

INICIACIÓN DE COBERTURA

EL AMPARO ENTRARÁ EN VIGOR RESPECTO DE CADA ASEGURADO DESDE EL MOMENTO EN QUE ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A. EFECTÚA LA APROBACIÓN Y/O DESEMBOLSO DEL CRÉDITO PARA LOS PRODUCTOS MANEJADOS POR LA ENTIDAD.

COBERTURAS

-AMPARO BÁSICO DE VIDA  
-INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

ALCANCE DE LAS COBERTURAS

AMPARO BÁSICO DE VIDA

AMPARA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO, HOMICIDIO, SUICIDIO, SIDA, TERRORISMO, MUERTE POR SECUESTRO Y MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO, A PARTIR DE LA FECHA DE APROBACIÓN Y/O DESEMBOLSO DEL CRÉDITO. MUERTE PRESUNTA POR DESAPARECIMIENTO: SEGÚN LOS TÉRMINOS DE LEY SEÑALADOS EN EL CÓDIGO CIVIL DE LA LEGISLACIÓN COLOMBIANA.

NOTA: EN LA NUEVA LICITACIÓN LA ASEGURADORA DEBE ACEPTAR LOS RIESGOS QUE FUERON APROBADOS EN LA VIGENCIA ANTERIOR Y BAJO LAS CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN QUE REGÍAN EN EL MOMENTO DE LA APROBACIÓN DEL CRÉDITO, AUN CUANDO ÉSTE HAYA SIDO DESEMBOLSADO POSTERIORMENTE.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

USUARIO: DFBODILLAM



POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR POLIZA No.53802



CERTIFICADO DE:      RENOVACION		HOJA ANEXA No. 2	
TOMADOR	ITAU COLOMBIA S.A.	NIT	890.903.937-0
DIRECCIÓN	TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	5331447

AMPARA LA INCAPACIDAD QUE SUFRA EL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA, QUE HAYA SIDO OCASIONADA Y SE MANIFIESTE ESTANDO ASEGURADO Y PRODUZCA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE IMPIDAN A LA PERSONA EJERCER SU ACTIVIDAD ECONÓMICA HABITUAL, SIEMPRE QUE DICHA INCAPACIDAD HAYA EXISTIDO POR UN PERIODO CONTINUO NO MENOR DE 120 DÍAS Y CUYA CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50%, PREVIA CALIFICACIÓN DE ALGUNAS DE LAS ENTIDADES FACULTADAS PARA EMITIR DICHA CALIFICACIÓN (EPS, AFP, IPS, ARL ), JUNTA ESPECIAL FUERZAS MILITARES, JUNTA MÉDICA REGIONAL U OTRAS ENTIDADES COMPETENTES.

PARA EFECTOS DE ESTA COBERTURA, SE ENTIENDE QUE LA FECHA DE SINIESTRO CORRESPONDE A LA FECHA DE LA EMISIÓN DEL DICTAMEN. POR LO TANTO EL VALOR A INDEMNIZAR BAJO ESTE AMPARO CORRESPONDERÁ AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA O MONTO INICIAL A LA FECHA DEL DICTAMEN INCLUIDOS LOS VALORES POR EL CAPITAL, INTERESES CORRIENTES, INTERESES DE MORA, SEGUROS PENDIENTES, HONORARIOS JURÍDICOS Y DEMÁS COSTOS ASOCIADOS A LA DEUDA. LA PRESCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO PARA ESTE AMPARO COMENZARÁ A CORRER DESDE LA FECHA DE EMISIÓN DEL DICTAMEN.

SE ACLARA QUE LA COBERTURA INICIA DESDE LA FECHA APROBACIÓN Y/O DESEMBOLSO DEL CRÉDITO.

EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS

-GUERRA (DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, INVASIÓN, TERRORISMO ACTIVO POR PARTE DEL ASEGURADO, REBELIÓN, SEDICIÓN O ASONADA.  
-FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, LIBERACIÓN SÚBITA DE ENERGÍA ATÓMICA, RADIACIÓN NUCLEAR Y CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.  
-CUANDO EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS RESPECTO DE CADA ASEGURADO, SUFRA Y LE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: CÁNCER, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, INFECCIÓN POR VIH, SIDA, LEUCEMIA, LINFOMA, DIABETES, HIPERTENSIÓN, Y/O CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD CONSIDERADA COMO GRAVE O CRÓNICA, SALVO QUE AXA COLPATRIA PREVIO ESTUDIO ACEPTÉ CUBRIR TALES ENFERMEDADES EN CONDICIONES ESPECIALES.

EXCLUSIONES APLICABLES AL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

-LA INCAPACIDAD PROVOCADA POR EL MISMO ASEGURADO, EN CUALQUIER TIEMPO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.  
-LESIONES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO RESPECTO DE CADA ASEGURADO, SALVO QUE AXA COLPATRIA PREVIO ESTUDIO ACEPTÉ CUBRIR TALES LESIONES EN CONDICIONES ESPECIALES.

EDAD MÁXIMA DE INGRESO Y PERMANENCIA AMPARO BÁSICO DE VIDA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

CRÉDITOS DE CONSUMO (CRÉDITO DE CONSUMO, CRÉDITO ROTATIVO, LIBRANZA PRIVADA, LIBRANZA INSTITUCIONAL, CRÉDITO DE VEHÍCULO, LEASING VEHÍCULO EFECTIVO PLUS, EDUCATIVO), LEASING FINANCIERO Y EMPLEADOS

AMPAROS	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA
BÁSICO: (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA)	69 AÑOS Y 364 DÍAS	HASTA LA TERMINACIÓN DE LA DEUDA O LA VIGENCIA DEL CRÉDITO
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	69 AÑOS Y 364 DÍAS	HASTA LA TERMINACIÓN DE LA DEUDA O LA VIGENCIA DEL CRÉDITO

CRÉDITOS DE LIBRANZA PÚBLICA

AMPAROS - EDAD MÁXIMA DE INGRESO Y EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA

AMPAROS	EDAD MÁXIMA DE INGRESO	EDAD MÁXIMA
DE PERMANENCIA		
BÁSICO: (MUERTE POR CUALQUIER CAUSA)	74 AÑOS Y 364 DÍAS	HASTA LA TERMINACIÓN DE LA DEUDA O LA VIGENCIA DEL CRÉDITO
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	74 AÑOS Y 364 DÍAS	HASTA LA TERMINACIÓN DE LA DEUDA O LA VIGENCIA DEL CRÉDITO

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

CREDITOS DE CONSUMO

CREDITOS DE LIBRANZA  
PUBLICA

CREDITO DE CONSUMO  
CREDITO ROTATIVO  
LIBRANZA PRIVADA  
LIBRANZA INSTITUCIONAL

USUARIO: DFB0BADILLAM



POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR POLIZA No.53802



CERTIFICADO DE: RENOVACION		HOJA ANEXA No. 3	
TOMADOR	ITAU COLOMBIA S.A.	NIT	890.903.937-0
DIRECCIÓN	TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	5331447

CREDITO DE VEHICULO  
LEASING VEHICULO  
EFECTIVO PLUS EDUCATIVO  
LEASING FINANCIERO Y EMPLEADOS

REQUISITOS	HASTA 69 AÑOS + 364 DIAS	HASTA 74 AÑOS + 364 DIAS
I	HASTA \$600.000.000	HASTA \$600.000.00
II	DE \$600.000.001	DE \$600.000.001
	A \$800.000.000	A \$800.000.000
III	DE \$800.000.001	DE \$800.000.001
	EN ADELANTE	EN ADELANTE

CONVENCIÓN DE REQUISITOS:

I. SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO Y DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD DEBIDAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO.

II. SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO Y DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD DEBIDAMENTE DILIGENCIADO Y FIRMADO POR EL ASEGURADO, MÁS EXAMEN MÉDICO - PARCIAL DE ORINA - ELECTROCARDIOGRAMA.

III. LOS ANTERIORES MÁS ANÁLISIS DE SANGRE CON LAS SIGUIENTES PRUEBAS:  
SEROLOGÍA HIV; GLICEMIA; CREATININA; COLESTEROL HDL Y TOTAL; ÁCIDO ÚRICO; TRANSAMINASAS (TGP-TGO); TRIGLICÉRIDOS; CUADRO HEMÁTICO; ANTÍGENO PROSTÁTICO, PARA HOMBRES MAYORES DE CINCUENTA (50) AÑOS;  
LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX SERÁ OPCIONAL DE ACUERDO CON EL CRITERIO MÉDICO EXAMINADOR O EVALUADOR Y TAMBIÉN PARA AQUELLOS CASOS QUE REQUIERAN DE COLOCACIÓN FACULTATIVA.

TODA PERSONA QUE DECLARE ENFERMEDAD DEBERÁ REALIZAR EXÁMENES MÉDICOS Y DE LABORATORIO A CRITERIO DE MÉDICO DE LA ASEGURADORA, SIN IMPORTAR EL VALOR ASEGURADO NI LA EDAD DEL SOLICITANTE.

COSTO DE LOS EXÁMENES:

LOS ASUME 100% LA ASEGURADORA, INCLUYENDO EXÁMENES A DOMICILIO E ILIMITADOS COMO SERVICIO BÁSICO DE LA PROPUESTA.

VALIDEZ DE LOS EXÁMENES MÉDICOS:

CUANDO EL DEUDOR SOLICITE UN NUEVO CRÉDITO O UN DESEMBOLSO ADICIONAL DEL CRÉDITO ACTUAL, LA VALIDEZ DE LAS CALIFICACIONES MÉDICAS SERÁ DE DOCE (12) MESES PARA CUALQUIER PATOLOGÍA.

PROCESO PARA LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS

LOS EXÁMENES MÉDICOS Y DE LABORATORIO DEBERÁN REALIZARSE CON LOS MÉDICOS EN LAS CLÍNICAS Y LABORATORIOS RELACIONADOS EN EL DIRECTORIO MÉDICO ENTREGADO POR LA ASEGURADORA Y ESTA AUTORIZA A ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A. Y/O INTERMEDIARIO DE SEGUROS A ORDENAR LA PRÁCTICA DE ÉSTOS, EN LOS SITIOS INDICADOS EN EL TERRITORIO NACIONAL.

EN LAS CIUDADES FUERA DE BOGOTÁ LOS MÉDICOS EVALUADORES REMITIRÁN DIRECTAMENTE A LA GERENCIA MÉDICA DE LA ASEGURADORA EL RESULTADO DE LOS EXÁMENES MÉDICOS Y DE LABORATORIO, QUIEN SE ENCARGARÁ DE EMITIR LA RESPECTIVA CALIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO E INFORMARÁ A ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A. LA CALIFICACIÓN OBTENIDA.

TIEMPO CALIFICACIÓN MÉDICA:

PARA LOS CLIENTES DENOMINADOS PERSONAL BANK SE DARÁ RESPUESTA POR PARTE DE LA ASEGURADORA DENTRO DE UN (1) DÍA HÁBIL DESPUÉS DE QUE EL ASEGURADO SE PRACTIQUE LA TOTALIDAD DE LOS EXÁMENES MÉDICOS Y/O DE LABORATORIO SOLICITADOS POR LA ASEGURADORA, PARA LOS DEMÁS CLIENTES EL TIEMPO DE RESPUESTA SERÁ DENTRO DE LOS TRES (3) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA PRÁCTICA DEL EXAMEN MÉDICO Y/O LABORATORIO.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD:

INCLUIDA EN EL FORMATO DE SOLICITUD DEL CRÉDITO DE ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A. (QUEDA EN CUSTODIA DEL BANCO)

CLAUSULAS

AMPARO AUTOMÁTICO

CRÉDITOS DE CONSUMO (LIBRANZA PRIVADA, AUTOS, CREDICASH, EFECTIVO PLUS, EDUCATIVO), LEASING FINANCIERO Y EMPLEADOS

QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE NO OBSTANTE LO QUE EN CONTRARIO SE DIGA EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, EL PRESENTE ANEXO SE EXTIENDE A CUBRIR AUTOMÁTICAMENTE A TODAS LAS PERSONAS QUE ENTREN A FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURADO CON UNA EDAD HASTA LOS 69 AÑOS Y 364 DÍAS Y HASTA UN VALOR ASEGURADO MÁXIMO DE (SEISCIENTOS MILLONES) \$ 600.000.000 EN UNO O VARIOS CRÉDITOS SOLO CON EL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD DE SEGURO Y QUE DECLAREN BUEN ESTADO DE SALUD, ES DECIR SIN EXAMEN MÉDICO.





POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR POLIZA No.53802



CERTIFICADO DE: RENOVACION		HOJA ANEXA No. 4	
TOMADOR	ITAU COLOMBIA S.A.	NIT	890.903.937-0
DIRECCIÓN	TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO	5331447

PERSONA QUE DECLARE ENFERMEDAD DEBERÁ REALIZAR EXÁMENES MÉDICOS Y DE LABORATORIO A CRITERIO DE LA ASEGURADORA.

CRÉDITOS DE LIBRANZA PÚBLICA:

QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACEPTADO QUE NO OBSTANTE LO QUE EN CONTRARIO SE DIGA EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, EL PRESENTE ANEXO SE EXTIENDE A CUBRIR AUTOMÁTICAMENTE A TODAS LAS PERSONAS QUE ENTREN A FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURADO CON UNA EDAD HASTA LOS 74 AÑOS Y 364 DÍAS HASTA UN VALOR ASEGURADO MÁXIMO DE (SEISCIENTOS MILLONES) \$ 600.000.000 EN UNO O VARIOS CRÉDITOS SOLO CON EL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD DE SEGURO Y QUE DECLAREN BUEN ESTADO DE SALUD, ES DECIR SIN EXAMEN MÉDICO.

PERSONA QUE DECLARE ENFERMEDAD DEBERÁ REALIZAR EXÁMENES MÉDICOS Y DE LABORATORIO A CRITERIO DE LA ASEGURADORA.

MANEJO DE EXTRAPRIMA:DE ACUERDO A CALIFICACIÓN MÉDICA.

PRINCIPIO DE CAUSALIDAD:

LA EVENTUAL RETICENCIA O INEXACTITUD SOLO PODRÁ SER ALEGADA POR LA ASEGURADORA SI TAL ERROR EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO TIENE RELACIÓN DE CAUSALIDAD CON EL SINIESTRO, POR LO QUE, EN CASO CONTRARIO, LA ASEGURADORA RECONOCERÁ EL VALOR ASEGURADO.

ERRORES INEXACTITUDES:

CUALQUIER ERROR U OMISIÓN INVOLUNTARIO Y ACCIDENTAL EN QUE PUEDA INCURRIR EL TOMADOR DE LA PÓLIZA EN LA INFORMACIÓN REPORTADA A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS., CORRESPONDIENTE A LOS CRÉDITOS DE LOS DEUDORES AMPARADOS POR ESTA PÓLIZA (BASES, CERTIFICACIÓN DE SALDOS DE DEUDA, ETC.), NO EXIME DE RESPONSABILIDAD A LA ASEGURADORA DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE UN SINIESTRO.

REESTRUCTURACIONES Y FINANCIACIONES:

EL BANCO PUEDE REESTRUCTURAR O REFINANCIAR OBLIGACIONES A UN PLAZO DE 120 MESES O MÁS SEGÚN NECESIDAD DEL CLIENTE.

CONTINUIDAD DE COBERTURA

SE OTORGA EL BENEFICIO DE CONTINUIDAD A TODOS LOS DEUDORES DE ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A. QUE A LA FECHA DE INICIACIÓN DEL SEGURO SE ENCONTRABAN AMPARADOS EN LA PÓLIZA ANTERIOR, DEFINIDA COMO LA EXTENSIÓN DE LAS CONDICIONES QUE TRAÍA EL ASEGURADO RESPECTO A EDAD, VALOR ASEGURADO, ESTADO DE SALUD Y CONDICIONES DE SUSCRIPCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ANTERIOR A LA CONTRATACIÓN DE ESTE SEGURO.

REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA

TERMINACIÓN UNILATERAL POR PARTE DE ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A. MEDIANTE AVISO ESCRITO DIRIGIDO A LA ASEGURADORA CON NOVENTA (90) DÍAS HÁBILES DE ANTELACIÓN. EN CASO DE PRODUCIRSE LA TERMINACIÓN POR ESTA CAUSA, LOS CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO TAMBIÉN TERMINARÁN.

TERMINACIÓN DEL CONTRATO

SERÁN CAUSALES DE TERMINACIÓN, ADEMÁS DE LAS LEGALES, LAS SIGUIENTES, LAS CUALES PODRÁ COMUNICAR ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A. EN CUALQUIER MOMENTO A LA(S) COMPAÑÍA(S) DESPUÉS DE ADJUDICADO:

A.DISOLUCIÓN DE LA(S) COMPAÑÍA(S)

B.FUSIÓN DE LA(S) COMPAÑÍA(S) CON OTRA, CUANDO A CRITERIO DE ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A. DICHA FIRMA PIERDA LAS CARACTERÍSTICAS QUE LA HABÍAN HECHO FAVORECEDORA DEL CONCURSO.

C.INCAPACIDAD FINANCIERA, POR CAUSALES TALES COMO EL RETRASO EN EL PAGO DE SALARIOS O PRESTACIONES SOCIALES DE LOS EMPLEADOS DE SU CARGO O DE OTRAS OBLIGACIONES EXIGIBLES.

D.REVOCACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN DE LA(S) COMPAÑÍA(S) DE SEGURO(S) EFECTUADA ANTE LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA.

E.POR EL MUTUO ACUERDO DE LAS PARTES.

F.TERMINACIÓN UNILATERAL POR PARTE DE ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A. MEDIANTE AVISO ESCRITO DIRIGIDO A LA(S) ASEGURADORA(S) CON NOVENTA (90) DÍAS HÁBILES DE ANTELACIÓN.

PARÁGRAFO PRIMERO: EN CASO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO, AXA COLPATRIA ESTARÁ OBLIGADA A TRASLADAR LA CARTERA A LA NUEVA ASEGURADORA QUE SEA SELECCIONADA ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.

REVOCACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA:

EL PERÍODO DE VIGENCIA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO QUE SE TOMEN AL CONCLUIR EL PROCESO DE SELECCIÓN, ES DE DOS (2) AÑOS, DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS QUE SE OFREZCAN EN LAS PROPUESTAS QUE SE RECIBAN, LOS CUALES SERÁN INMODIFICABLES DURANTE TODO EL PLAZO DEL CONTRATO.

LA ASEGURADORA SELECCIONADA NO PODRÁ REVOCAR UNILATERALMENTE LAS PÓLIZAS EXPEDIDAS, Y DEBERÁ CONSIGNAR ESTA CLÁUSULA EXPRESAMENTE EN LOS CONTRATOS DE SEGURO.

PLAZO PARA EL PAGO DE LA PRIMA A LA ASEGURADORA



8687E5599835E8

USUARIO: DFBODILLAM

Línea de Atención al Cliente 57-601 4235757 en Bogotá, 018000512620 resto del país o #247 o página web [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co) contáctenos Escribanos su PQRS. Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero en el buzón [defensoria@consuelorodriguezvalero.com](mailto:defensoria@consuelorodriguezvalero.com), teléfono 3134998023.

SISE-U-002-U

POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR POLIZA No.53802



CERTIFICADO DE:      RENOVACION		HOJA ANEXA No. 5
TOMADOR	ITAU COLOMBIA S.A.	NIT                      890.903.937-0
DIRECCIÓN	TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL	TELÉFONO            5331447

EL PAGO DE LAS PRIMAS DE SEGUROS ORIGINADOS EN EL CONTRATO SE EFECTUARÁ A TRAVÉS DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA PREVIA DE LAS FACTURAS CORRESPONDIENTES Y DE SU ACEPTACIÓN POR PARTE DE ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A., EN UN PLAZO DE SESENTA (60) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INICIO CORRESPONDIENTE AL PERIODO QUE SE ESTÁ FACTURANDO

ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A. DEDUCIRÁ DE LOS PAGOS CORRESPONDIENTES TODOS LOS IMPUESTOS, RETENCIONES Y DESCUENTOS A QUE HAYA A LUGAR EN EL MOMENTO DE HACER ÉSTOS, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES

PAGO DE PRIMAS PARA CRÉDITOS CON PERIODO DE GRACIA:

EL PAGO DE LAS PRIMAS PARA LOS CRÉDITOS DE CONSUMO Y LIBRANZA CON PERIODO DE GRACIA SE HARÁ EN LA VIGENCIA DEL CRÉDITO. ESTOS CRÉDITOS SON REPORTADOS EN EL COBRO CORRESPONDIENTE AL MES EN QUE SE REALICE EL DESEMBOLSO PARA OTORGAR LA COBERTURA.

EN CASO DE SINIESTRO LA COMPAÑÍA DESCONTARÁ DEL PAGO DEL SINIESTRO EL VALOR CORRESPONDIENTE AL PAGO DE LA PRIMA.

BOLSA PARA PAGOS COMERCIALES DE SINIESTROS

MEDIANTE LA PRESENTE CONDICIÓN, AXA COLPATRIA OTORGA UN LÍMITE AGREGADO COMBINADO PARA TODO EL PROGRAMA DE SEGUROS ADJUDICADO (PRODUCTOS NUEVOS DE PRIMA ÚNICA Y PRIMA MENSUAL), DE \$300.000.000 Y EN EL AGREGADO ANUAL COMBINADO PARA LOS PRODUCTOS DE PRIMA ÚNICA Y PRIMA MENSUAL PARA INDEMNIZAR AQUELLOS SINIESTROS QUE SEAN OBJETADOS, POR CUALQUIER CAUSA QUE SE REFIERA A LA NO APLICACIÓN DEL ALCANCE DE LA COBERTURA CONTRATADA.

EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES OBJETO DE ESTE LÍMITE AGREGADO ANUAL SE HARÁ A ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A., TENIENDO EN CUENTA LA SUMA ASEGURADA DE CADA UNA DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS, SEGÚN SEA EL AMPARO AFECTADO.

EL LÍMITE ESTABLECIDO PARA ESTE AMPARO OPERA POR CADA ANUALIDAD PARA TODO EL PROGRAMA DE SEGUROS (PRIMA ÚNICA Y PRIMA MENSUAL), NO TENDRÁ RESTABLECIMIENTO EN CASO DE AGOTARSE EN UNA SOLA ANUALIDAD Y NO ES ACUMULABLE DE UNA ANUALIDAD A OTRA. PODRÁN SER CARGADOS A ESTA CLÁUSULA ÚNICAMENTE LOS SINIESTROS OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA ANUAL, Y RECLAMADOS HASTA 24 MESES DESPUÉS DEL VENCIMIENTO DE LA PÓLIZA

INDEMNIZACIONES

AVISO DE SINIESTRO:730 DÍAS (TIEMPOS DE LEY)

DOCUMENTOS MÍNIMOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS EN EL AMPARO BÁSICO DE VIDA

- FOTOCOPIA DEL REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN
- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA DEL ASEGURADO
- CERTIFICACIÓN DEL SALDO DE LA DEUDA A LA FECHA DEL SINIESTRO
- HISTORIA CLÍNICA
- SENTENCIA JUDICIAL EN CASO DE MUERTE PRESUNTA ((EN LOS CASOS QUE APLIQUE)
- CERTIFICADO DE SOBREGIRO DE CUENTAS CORRIENTES (EN LOS CASOS QUE APLIQUE)

DOCUMENTOS MÍNIMOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS EN EL AMPARO DE ITP

- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA DEL ASEGURADO
- DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL EMITIDA POR LA ENTIDAD COMPETENTE
- CERTIFICACIÓN DEL SALDO DE LA DEUDA A LA FECHA DEL SINIESTRO
- HISTORIA CLÍNICA
- CERTIFICADO DE SOBREGIRO DE CUENTAS CORRIENTES (EN LOS CASOS QUE APLIQUE)

NOTA: EN LOS CASOS EN QUE NO SE PAGUE LA PRIMA DEL SEGURO DE VIDA CORRESPONDIENTE AL MES DEL SINIESTRO, ESTA SERÁ DESCONTADA POR LA ASEGURADORA DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

PLAZO PARA EL PAGO DE SINIESTROS:

UNA VEZ LA AXA COLPATRIA RECIBE TODOS LOS DOCUMENTOS COMPLETOS PROCEDERÁ A REALIZAR EL PAGO DEL VALOR DE LA RECLAMACIÓN DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE RECIBO DE LOS DOCUMENTOS COMPLETOS.

EN CASO DE OBJECCIÓN, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS REMITIRÁ LA RESPECTIVA COMUNICACIÓN AL RECLAMANTE Y/O ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.. DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE RECIBO DE LOS DOCUMENTOS COMPLETOS.

CONDICIONES ECONOMICAS

TASAS A APLICAR SEGÚN PRODUCTO.

CONSUMO/ LIBRANZA / LEASING FINANCIERO	TIPO DE PRIMA	TASA MENSUAL POR MIL	TASA ANUAL POR MIL
LEASING	MENSUAL	0.896	10.752
CONSUMO	MENSUAL	0.945	11.340
LIBRANZA PRIVADA	MENSUAL	0.690	8.828
LIBRANZA PUBLICA	MENSUAL	0.980	11.760



8687E5599835E8

USUARIO:    DFB0BADILLAM

Línea de Atención al Cliente 57-601 4235757 en Bogotá, 018000512620 resto del país o #247 o página web [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co) contáctenos Escribanos su PQRS. Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero en el buzón [defensoria@consulorodriguezvalero.com](mailto:defensoria@consulorodriguezvalero.com), teléfono 3134998023.

SISE-U-002-0

POLIZA DE SEGURO DE GRUPO DEUDOR POLIZA No.53802



CERTIFICADO DE:    RENOVACION		HOJA ANEXA No. 6	
TOMADOR	ITAU COLOMBIA S.A.		NIT            890.903.937-0
DIRECCIÓN	TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL, TERRITORIO NACIONAL		TELÉFONO    5331447

PREFERENCIAL EMPLEADO	MENSUAL	0.313	3.750
CRP	MENSUAL	0.400	4.800
EDUCATIVO	MENSUAL	0.600	7.200

RETORNO BANCO Y/O REMUNERACIÓN POR LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y RECAUDO

CONSUMO/ LIBRANZA / LEASING FINANCIERO	TIPO DE PRIMA	RETORNO BANCO	IVA RETORNO BANCO	% TOTAL RETORNO
LEASING	MENSUAL	44.10%	8.38%	52.48%
CONSUMO	MENSUAL	44.10%	8.38%	52.48%
LIBRANZA PRIVADA	MENSUAL	42.84%	8.14%	50.98%
LIBRANZA PUBLICA	MENSUAL	42.00%	7.98%	49.98%
PREFERENCIAL EMPLEADO	MENSUAL	37.80%	7.18%	44.98%
CRP	MENSUAL	45.00%	8.55%	53.55%
EDUCATIVO	MENSUAL	45.00%	8.55%	53.55%

AL MOMENTO DE PAGAR LA PRIMA MENSUAL ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A. SE DESCONTARÁ EL RETORNO POR CONCEPTO DE ADMINISTRACIÓN Y RECAUDO, DE MANERA MENSUAL Y ADJUNTARA LA CUENTA DE COBRO COMO SOPORTE, CON SUJECCIÓN A LA NORMATIVIDAD TRIBUTARIA

CLAUSULADO: DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES QUE NO SE ENCUENTREN CONTEMPLADOS EN ESTA NOTA DE COBERTURA, APLICAN SEGÚN CLAUSULADO FORMA 01/01/2017 - 1306 - P - 34 - P272/2017 SIEMPRE QUE LOS MISMOS NO CONTRADIGAN NINGUNA DE LAS CLÁUSULAS AQUÍ CONTENIDAS.

LA PRESENTE PÓLIZA OTORGA COBERTURA PARA EL VALOR DEL SALDO INSOLUTO





AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.  
860.002.184-6

SUC.	RAMO	POLIZA No.
29	59	53802

## CONVENIO DE PAGO DE PRIMAS

### ANEXO NUMERO 1 QUE FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA

EN VIRTUD DE LA FORMA DE PAGO DE PRIMAS CONVENIDA EN LA SOLICITUD DEL SEGURO, EN LA CARATULA Y CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA ARRIBA DETALLADA, SE DEJA EXPRESA CONSTANCIA POR MEDIO DEL PRESENTE ANEXO QUE LAS OBLIGACIONES DEL PAGO DE PRIMA POR PARTE DEL ASEGURADO SERAN REALIZADAS EN LAS FECHAS Y POR LOS CORRESPONDIENTES VALORES DETALLADOS EN EL SIGUIENTE CUADRO.

VALOR TOTAL DE LA PRIMA PAGADA : \$\*\*0.00  
FORMA DE PAGO CONVENIDA : CONTADO 60 DIAS

PLAN DE PAGOS

SEGUN EL ARTICULO 1068 DEL CODIGO DE COMERCIO, EL PAGO DE LA PRIMERA PRIMA O FRACCION CONVENIDA PARA SU PAGO ES CONDICION INDISPENSABLE PARA LA INICIACION DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O FRACCION CONVENIDA POSTERIORES A LA PRIMERA Y UNA VEZ TRANSCURRIDO EL PLAZO DE GRACIA DE ( 30 ) TREINTA DIAS CALENDARIO TAL COMO SE DEFINE EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO.

EN MI CALIDAD DE TOMADOR DE LA PÓLIZA REFERENCIADA EN ESTA CARÁTULA, MANIFIESTO EXPRESAMENTE, QUE HE TENIDO A MI DISPOSICIÓN, EL TEXTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA. MANIFIESTO ADEMÁS, QUE DURANTE EL PROCESO DE NEGOCIACIÓN DE LA PÓLIZA, ME HAN SIDO ANTICIPADAMENTE EXPLICADAS POR LA ASEGURADORA Y/O POR EL INTERMEDIARIO DE SEGUROS LAS EXCLUSIONES Y EL ALCANCE O CONTENIDO DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA Y DE LAS GARANTÍAS, Y EN VIRTUD DE TAL ENTENDIMIENTO, LAS ACEPTO Y DECIDO TOMAR LA PÓLIZA DE SEGUROS AQUÍ CONTENIDA.

SE FIRMA EN BOGOTA D.C

EN JUNIO 21

DE 2019

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.

EL ASEGURADO



Línea de Atención al Cliente 57-601 4235757 en Bogotá, 018000512620 resto del país o #247 o página web [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co) contáctenos Escribanos su PQRS. Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero en el buzón [consuelorodriguezvalero.com](mailto:consuelorodriguezvalero.com), teléfono 3134998023.

USUARIO: DFB0BADILLAM

# PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDOR

SUCURSAL	RAMO	PÓLIZA	FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE LAS 0:00 HORAS DEL			VIGENCIA HASTA LAS 00:00 HORAS DEL	CERTIFICADO DE	No CERTIFICADO INDIVIDUAL
29	059	140922	Día 01	Mes 09	Año 2018	Día 01	Mes 09	Año 2018	Mensual Renovable	EXPEDICIÓN	140922
TOMADOR	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S.A.								NIT/C.C.	890.903.937-0	
DIRECCIÓN	Cra. 7 No. 99 - 53					Ciudad	Bogotá		Teléfono	581 8181	
ASEGURADO	GLORIA AMPARO LOPERA								Documento Identidad	42763991	
DIRECCIÓN	CL 53 52 34 AP 301					Ciudad	ITAGUI		Teléfono	2815942	
BENEFICIARIO	ITAU CORPBANCA COLOMBIA S.A. HASTA POR EL VALOR DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.								NIT/C.C.	890.903.937-0	
Fecha de Nacimiento			Actividad						Número de Obligación		
Día 02	Mes 01	Año 1964	ASALARIADOS: PERSONAS NATURALES Y SUCESIONES ILÍQU						011684352-00		
AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS											
AMPAROS					AMPARA		VALOR ASEGURADO				PRIMA POR MILLÓN
MUERTE					SI		SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO				Prima por millón \$ 995
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE					SI		SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO				

LA FECHA DE PAGO ES MENSUAL AL DÍA DE CORTE DEL PRODUCTO ASOCIADO A ESTE CERTIFICADO.

**MORA: ESTA COBERTURA ES DE VIGENCIA MENSUAL, CON RENOVACIÓN AUTOMÁTICA MENSUAL Y PAGOS DE PRIMAS MENSUALES. LA MORA SUPERIOR A TREINTA DÍAS PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO INDIVIDUAL.**

## DECLARO

- TANTO MIS ACTIVIDADES COMO MI PROFESIÓN U OFICIO SON LÍCITOS Y LOS EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES.
- TENGO CONOCIMIENTO QUE EL PRESENTE CERTIFICADO DE SEGURO, SE EXPIDE EN CONSIDERACIÓN A LA VERACIDAD DE LAS DECLARACIONES HECHAS EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD DEL SEGURO QUE EN EL EVENTO DE NO COINCIDIR ELLAS Estrictamente con LA REALIDAD, ESTA QUEDA VICIADA DE NULIDAD (ART. 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO) Y QUE AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., SE RESERVA TODOS LOS DERECHOS QUE PUEDAN ASISTIRLE EN CASO QUE ANTES O DESPUÉS DE PRODUCIRSE EL SINIESTRO SE COMPROBE QUE ESTAS DECLARACIONES NO SEAN VERÍDICAS.
- ACEPTO QUE LA PÓLIZA Y MI INCLUSIÓN EN ELLA SE RENUEVA AUTOMÁTICAMENTE EN FORMA MENSUAL A NO SER QUE POR ESCRITO Y CON ANTELACIÓN NO INFERIOR A TREINTA (30) DÍAS MANIFIESTE A LA ASEGURADORA LO CONTRARIO.
- DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA O EN EL MOMENTO DE LA SOLICITUD ES TOTALMENTE CIERTA Y CONFIABLE.

## CANALES DE ATENCIÓN:

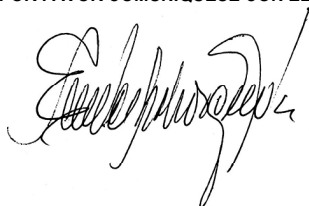
Para atender cualquier solicitud, formular quejas o peticiones por favor comunicarse con las líneas de atención al cliente del Banco Itau en Bogotá 581 8181 a nivel nacional 01 8000 512 633 o podrá consultar la información de las demás ciudades ingresando a [www.itau.co](http://www.itau.co) en la parte izquierda, opción Contáctenos, buscar la ciudad de su interés, y de Axa Colpatría en Bogotá 423 5757, a nivel nacional 018000 512620, desde cualquier celular # 247 [servicioalcliente@axacolpatria.co](mailto:servicioalcliente@axacolpatria.co), o ingresando a [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co)

Para conocer el procedimiento de reclamación por siniestro, plazos y documentación requerida por favor ingresar a [www.itau.co](http://www.itau.co) en la parte izquierda seleccionar opción Productos y Servicios y en la sección de Seguros Seleccionar \*Seguro Vida Deudor Consumo y Libranza - Condicionado

**SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.**  
**SE ADJUNTAN CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO FORMAS (FORMA09/07/2018-1306-P-34-P272/VIDAGR/2018-D001 asociado a la NT 31/01/2011-1306-NT-T-29-P272MAYO/2010)**

**EL ASEGURADO HA DESIGNADO COMO BENEFICIARIO ONEROSO A ITAU CORPBANCA COLOMBIA S.A. EN SU CALIDAD DE ACREEDOR HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO.**

**EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN BOGOTA D.C., A LOS 21 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DE 2018**  
**EN CASO DE SINIESTRO POR FAVOR COMUNÍQUESE CON EL TOMADOR DEL SEGURO**



FIRMA AUTORIZADA

**NOTA: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., ASUME EXCLUSIVAMENTE LA RESPONSABILIDAD DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES RELACIONADAS CON EL PRESENTE CONTRATO FRENTE AL CONSUMIDOR FINANCIERO**

Defensoría del consumidor financiero Teléfono 7456300 Exts 4910, 4911, 4830, 4959, 3412 Fax OP 1 Ext 3473, Correo electrónico defensoría: [cfinanciero@defensoria.com.co](mailto:cfinanciero@defensoria.com.co). Dirección oficina: Calle 12 B # 7-90 Piso 2 Bogotá D.C.



## CLAUSULADO GENERAL

En lo no contemplado en las presentes condiciones particulares, aplica las condiciones generales contenidas en el clausulado 09/07/2018-1306-P-34-P272/VIDAGR/2018-D001 de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., en adelante AXA COLPATRIA, el cual podrá ser consultado en la página web [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co).

### 1. AMPARO BÁSICO

#### 11 MUERTE

CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITES DE SUMA ASEGURADA CONSIGNADOS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, O EN SUS ANEXOS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR Y A LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LAS PERSONAS INDICADAS POR EL TOMADOR, AXA COLPATRIA CUBRE EL RIESGO DE MUERTE, ES DECIR LA CESACIÓN O TERMINACIÓN DE LA VIDA, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

### 1.2 AMPAROS ADICIONALES

#### 1.2.1 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITE DE SUMA ASEGURADA, AXA COLPATRIA CUBRE LAS LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN AL ASEGURADO DESEMPEÑAR TODAS LAS OCUPACIONES O EMPLEOS REMUNERADOS PARA LOS CUALES SE ENCUENTRA RAZONABLEMENTE HABILITADO EN RAZÓN DE SU CAPACITACIÓN, ENTRENAMIENTO O EXPERIENCIA Y QUE VENGA EJERCIENDO HABITUALMENTE EL ASEGURADO HASTA LA TERMINACIÓN DE LA DEUDA O LA VIGENCIA DEL CRÉDITO, SIEMPRE QUE LA INCAPACIDAD O ENFERMEDAD SE ORIGINE Y MANIFIESTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD AMPARADO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA Y HAYA PERSISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE 120 DÍAS CALENDARIO Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO Y SEA CALIFICADA CON DISMINUCIÓN DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%, SEGÚN DICTAMEN EMITIDO POR UN MÉDICO LEGALMENTE HABILITADO PARA CALIFICAR LA INCAPACIDAD (ESPECIALISTA EN MEDICINA LABORAL O SALUD OCUPACIONAL) CON BASE EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ VIGENTE A LA FECHA DE LA CALIFICACIÓN, O POR LA ARL, EPS O AFP A QUE ESTÉ AFILIADO EL ASEGURADO.

**PARÁGRAFO:** AXA COLPATRIA SE RESERVA EL DERECHO DE EXAMINAR AL ASEGURADO Y EN CASO DE DESACUERDO DE AXA COLPATRIA CON EL DICTAMEN MÉDICO O ENTIDAD QUE CERTIFICA LA INVALIDEZ, SE TENDRÁ COMO PRUEBA DEFINITIVA EL DICTAMEN EN FIRME DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ Y/O DE LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES DE ACUERDO A LA LEY.

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO SE CONSIDERA TAMBIÉN COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBAS MANOS A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA, O AMBOS PIES A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, POR LO TANTO UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, AXA COLPATRIA SE LIBERA DE TODA RESPONSABILIDAD BAJO ESTA PÓLIZA.

### 1.3 EXCLUSIONES

AXA COLPATRIA QUEDARÁ LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CUANDO EL SINIESTRO SE PRESENTE COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

#### 1.3.1 GENERALES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS

- GUERRA (DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, INVASIÓN, REBELIÓN, SEDICIÓN O ASONADA;
- FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, LIBERACIÓN SÚBITA DE ENERGÍA ATÓMICA, RADIACIÓN NUCLEAR Y CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
- CUANDO EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS RESPECTO DE CADA ASEGURADO, SUFRA Y LE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: CÁNCER, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, INFECCIÓN POR VIH, SIDA, LEUCEMIA, LINFOMA, DIABETES, HIPERTENSIÓN, Y/O CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD CONSIDERADA COMO GRAVE O CRÓNICA, SALVO QUE AXA COLPATRIA PREVIO ESTUDIO ACEPTÉ CUBRIR TALES ENFERMEDADES EN CONDICIONES ESPECIALES.
- EVENTOS DE TERRORISMO ACTIVO POR PARTE DEL ASEGURADO.
- TERRORISMO RADIOACTIVO, QUÍMICO, BIOLÓGICO Y NUCLEAR\*

#### 1.3.3 APLICABLES AL AMPARO ADICIONAL

##### 1.3.3.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES GENERALES, ESTE AMPARO EXCLUYE:

- LA INCAPACIDAD PROVOCADA POR EL MISMO ASEGURADO EN CUALQUIER TIEMPO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- LESIONES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO RESPECTO DE CADA ASEGURADO SALVO QUE AXA COLPATRIA PREVIO ESTUDIO ACEPTÉ CUBRIR TALES LESIONES EN CONDICIONES ESPECIALES.

### 3.2 EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA

#### CREDITOS DE CONSUMO

**3.2.1 Amparo Básico:** La edad máxima de ingreso a la póliza será de sesenta y nueve (69) años + 364 días. La edad máxima de permanencia será hasta la terminación de la deuda o la vigencia del crédito.

**3.2.2 Incapacidad total y permanente:** La edad máxima de ingreso a la póliza será de sesenta y nueve (69) años + 364 días. La edad máxima de permanencia será hasta la terminación de la deuda o la vigencia del crédito.

### 3.3 INICIO DE COBERTURA

El amparo entrará en vigor respecto de cada asegurado desde el momento en que Itaú Corpbanca Colombia S.A. efectúa la aprobación y desembolso del crédito.

### 3.6 CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

- Por mora en el pago de la prima anual o de cualquier cuota si la prima anual ha sido fraccionada, vencido el período de gracia de un mes calendario contado a partir de la fecha de pago pactada.
- Por revocación unilateral por escrito del Tomador o del Asegurado.
- Pago del amparo por muerte o incapacidad del Asegurado.
- En el seguro de Vida de Grupo Deudores, además de las anteriores: (i) cuando la obligación se extinga íntegramente. (ii) Para aquellos asegurados conjuntamente por una misma acreencia, en la fecha del fallecimiento o de la declaratoria de incapacidad total y permanente, de uno cualquiera de los asegurados respecto del cual se realice el riesgo cubierto. (iii) Al vencimiento de la vigencia de la póliza en que el Asegurado cumpla la edad que de manera particular se haya consignado en la póliza para el Amparo Básico.

### 3.11 PLAZO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LA PRIMA

El pago de la prima o de la primera cuota en caso de fraccionamiento, es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro. AXA COLPATRIA concede, sin recargo de intereses, un plazo de gracia de un mes calendario contado desde la fecha de inicio de la vigencia o desde el día en que debió hacerse el pago de la prima atrasada. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente, si ocurre algún siniestro AXA COLPATRIA tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del tomador hasta completar la anualidad respectiva. El no pago de la prima durante el plazo de gracia produce la terminación automática del seguro.

### 3.12 DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El tomador y los asegurados individualmente considerados están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan su estado al momento de contratar el seguro. La omisión o la inexactitud en las declaraciones hechas a AXA COLPATRIA darán lugar a las sanciones previstas en los artículos 1058 y 1158 del código de comercio.

### 3.17 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

#### 3.17.1 AVISO DEL SINIESTRO

El tomador, asegurado o beneficiario, según el caso, tiene la obligación de dar aviso a AXA COLPATRIA de toda lesión, pérdida o muerte que pueda dar origen a una reclamación comprendida en los términos de esta póliza, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

#### 3.17.2 FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO

El Asegurado, Tomador o Beneficiario, según el caso, deberá acreditar la ocurrencia del siniestro mediante los documentos probatorios idóneos. Preferiblemente los siguientes:

#### En caso de Muerte:

- Registro de defunción, en el que conste la causa del deceso.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Copia de la historia clínica del asegurado.
- Sentencia Judicial en caso de muerte presunta (En los casos que aplique), el pago de la indemnización estará sujeta a lo establecido en el artículo 1145 del código de comercio
- Solicitud de seguro debidamente diligenciada
- Certificación del saldo de la deuda a la fecha del siniestro
- Certificado de sobregiro de cuentas corrientes (En los casos que aplique)

#### NOTAS:

Para los fallecimientos en el exterior, adicionalmente se debe adjuntar copia de las historias clínicas debidamente apostilladas y autenticadas ante el consulado Colombiano.

#### En caso de Incapacidad Total y Permanente:

- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Certificado médico sobre la incapacidad total y permanente, emitido por un médico legalmente habilitado para calificar la incapacidad (especialista en medicina laboral o salud ocupacional) con base en el manual único de calificación de invalidez vigente a la fecha de la calificación, o por la ARL, EPS o AFP a que esté afiliado el asegurado.
- Copia de la historia clínica.
- Solicitud de seguro debidamente diligenciada por el asegurado
- Certificación del saldo de la deuda a la fecha del siniestro
- Certificado de sobregiro de cuentas corrientes (En los casos que aplique)

### 3.19 PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

AXA COLPATRIA está exonerada de toda responsabilidad y el Tomador, Asegurado o Beneficiario, en su caso, pierden todo derecho procedente del presente Seguro, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieron o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen otros medios o documentos engañosos o dolosos.

### 3.23 NORMAS PARA LA APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN

Las disposiciones contenidas en este Contrato de Seguro se regirán por las leyes vigentes de la República de Colombia que le sean aplicables.

### 3.24 DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad mencionada en la carátula de la Póliza como lugar de expedición.

### 3.25 NOTIFICACIONES

Cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato deberá consignarse por escrito, sin perjuicio de lo establecido en la condición 3.17.1, para el aviso del siniestro y será prueba suficiente de la misma la constancia de su envío por correo físico certificado y/o correo electrónico, dirigido a la última dirección conocida de la otra parte, así como la constancia de "recibido" con la firma respectiva de la parte destinataria.



## Formato solicitud de productos persona natural

### I. Datos personales

Nombres GLORIA AMPARO Primer apellido LOPERA Segundo apellido BOLIVAR  
Tipo de identificación ☒ CC ☐ CE ☐ NP ☐ TI ☐ P ☐ No. de identificación 42763991

### II. Portafolio

Preferencial ☐ Plus ☐ Clásico ☐ Personal ☐

### III. Productos del pasivo

#### Cuentas y CDT's

Cuenta ahorros ☐ Renta virtual ☐ Plazo (días) \_\_\_\_\_  
Cuenta de nómina ☐ CDT's ☐ Plazo (días) \_\_\_\_\_  
Cuenta de ahorro AFC ☐ Otro ☐ Tipo de cuenta \_\_\_\_\_  
Cuenta corriente ☐

#### Cuenta ahorro programado

Valor meta de ahorro \$ \_\_\_\_\_  
Compromiso de ahorro mensual \$ \_\_\_\_\_  
Fecha límite de compromiso: día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Débito automático aplica para AFC / Ahorro programado

Tipo de cuenta a debitar Ahorro ☐ Corriente ☐ Número de cuenta \_\_\_\_\_

### IV. Productos del activo

Crédito personal ☒ Cupo solicitado \$ 37'900 000 Plazo (meses) 60 Valor prima (iva incluido) seguro de desempleo \$ \_\_\_\_\_  
Destino del préstamo: Inversiones  
Crédito rotativo ☐ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_  
Crédito vehículo ☐ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_ Plazo (meses) \_\_\_\_\_ Nuevo ☐ Usado ☐ Valor del vehículo \$ \_\_\_\_\_  
Crédito universitario ☐ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_ Plazo (meses) \_\_\_\_\_ Valor prima (iva incluido) seguro de desempleo \$ \_\_\_\_\_  
Crédito universitario avalado ☐ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_ Plazo (meses) \_\_\_\_\_ Valor prima (iva incluido) seguro de desempleo \$ \_\_\_\_\_  
Compra de cartera ☐ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_ Plazo (meses) \_\_\_\_\_ Valor prima (iva incluido) seguro de desempleo \$ \_\_\_\_\_  
Libranza privada ☐ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_ Plazo (meses) \_\_\_\_\_ Valor prima (iva incluido) seguro de desempleo \$ \_\_\_\_\_  
Convenio \_\_\_\_\_ Destino del préstamo: \_\_\_\_\_  
Libranza pública ☐ Convenio \_\_\_\_\_ Plazo (meses) \_\_\_\_\_ Destino del préstamo: \_\_\_\_\_  
Sobregiro 7/0\* ☐ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_  
Otro ☐ Descripción del producto \_\_\_\_\_ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_

\* Itaú CorpBanca Colombia S.A. estará libremente facultado para conceder o no sobregiros siempre que se disponga en descubierto la cuenta corriente por cualquiera de los medios disponibles, exista o no una aprobación del producto.

Débito automático / Autorización de pago de cuota mensual

Tipo de cuenta a debitar Ahorro ☐ Corriente ☐ Número de cuenta \_\_\_\_\_

#### Tarjeta de crédito

Nueva ☒  
Visa ☒ Tipo de tarjeta platinum Cupo solicitado \$ 10'900 000  
Master Card ☐ Tipo de tarjeta \_\_\_\_\_ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_  
Otro ☐ Tipo de tarjeta \_\_\_\_\_ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_  
Adicional ☐  
Visa ☐ Tipo de tarjeta \_\_\_\_\_ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_  
Master Card ☐ Tipo de tarjeta \_\_\_\_\_ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_  
Otro ☐ Tipo de tarjeta \_\_\_\_\_ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_

#### Tarjeta de crédito amparada

Datos amparado 1 Visa ☐ MasterCard ☐ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Cédula \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Datos amparado 2 Visa ☐ MasterCard ☐ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Cédula \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Datos amparado 3 Visa ☐ MasterCard ☐ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_  
Cédula \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

#### Comentarios

#### Leasing

De vehículo ☐ Plazo (meses) \_\_\_\_\_ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_ Valor del activo \$ \_\_\_\_\_ Prepago % \_\_\_\_\_  
Opción de compra % ó \$ \_\_\_\_\_ Valor prima (iva incluido) seguro de desempleo \$ \_\_\_\_\_  
Financiero ☐ Plazo (meses) \_\_\_\_\_ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_ Valor del activo \$ \_\_\_\_\_ Prepago % \_\_\_\_\_  
Opción de compra % ó \$ \_\_\_\_\_ Valor prima (iva incluido) seguro de desempleo \$ \_\_\_\_\_  
Otro ☐ Plazo (meses) \_\_\_\_\_ Cupo solicitado \$ \_\_\_\_\_ Valor del activo \$ \_\_\_\_\_ Prepago % \_\_\_\_\_  
Opción de compra % ó \$ \_\_\_\_\_ Valor prima (iva incluido) seguro de desempleo \$ \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

#### Crédito de vivienda

##### Crédito hipotecario

Vivienda nueva ☐ Valor del inmueble \$ \_\_\_\_\_ Valor solicitado \$ \_\_\_\_\_ Sistema de amortización \_\_\_\_\_ Plazo \_\_\_\_\_  
Vivienda usada ☐ Valor del inmueble \$ \_\_\_\_\_ Valor solicitado \$ \_\_\_\_\_ Sistema de amortización \_\_\_\_\_ Plazo \_\_\_\_\_  
Remodelación ☐ Valor del inmueble \$ \_\_\_\_\_ Valor solicitado \$ \_\_\_\_\_ Sistema de amortización \_\_\_\_\_ Plazo \_\_\_\_\_  
Compra de cartera ☐ Valor del inmueble \$ \_\_\_\_\_ Valor solicitado \$ \_\_\_\_\_ Sistema de amortización \_\_\_\_\_ Plazo \_\_\_\_\_  
Construcción vivienda propia ☐ Valor del inmueble \$ \_\_\_\_\_ Valor solicitado \$ \_\_\_\_\_ Sistema de amortización \_\_\_\_\_ Plazo \_\_\_\_\_  
Otro ☐ Valor del inmueble \$ \_\_\_\_\_ Valor solicitado \$ \_\_\_\_\_ Sistema de amortización \_\_\_\_\_ Plazo \_\_\_\_\_

Descripción del producto \_\_\_\_\_

Leasing habitacional				
Vivienda nueva	<input type="checkbox"/>	Valor del inmueble \$ _____	Valor solicitado \$ _____	Sistema de amortización _____ Plazo _____
Vivienda usada	<input type="checkbox"/>	Valor del inmueble \$ _____	Valor solicitado \$ _____	Sistema de amortización _____ Plazo _____
LeaseBack	<input type="checkbox"/>	Valor del inmueble \$ _____	Valor solicitado \$ _____	Sistema de amortización _____ Plazo _____
Recolocación	<input type="checkbox"/>	Valor del inmueble \$ _____	Valor solicitado \$ _____	Sistema de amortización _____ Plazo _____
Cesión	<input type="checkbox"/>	Valor del inmueble \$ _____	Valor solicitado \$ _____	Sistema de amortización _____ Plazo _____
Adición	<input type="checkbox"/>	Valor del inmueble \$ _____	Valor solicitado \$ _____	Sistema de amortización _____ Plazo _____
Otro	<input type="checkbox"/>	Valor del inmueble \$ _____	Valor solicitado \$ _____	Sistema de amortización _____ Plazo _____
Descripción del producto _____				
Débito automático				
Tipo de cuenta para el pago AFC <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> No. de cuenta _____				

### V. Filiales

Fondos de inversión colectiva	<input type="checkbox"/>	Negocios de fiducia estructurada	<input type="checkbox"/>	Contrato de comisión	<input type="checkbox"/>
Apt's	<input type="checkbox"/>	Negocio representación legal tenedores	<input type="checkbox"/>	Helm garantía	<input type="checkbox"/>
Fondos de capital privado	<input type="checkbox"/>	Negocio de custodia global y local	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
					Descripción _____

### VI. Declaración de origen de fondos, autorizaciones y seguros

El presente contrato se suscribe entre: (i) LAS SOCIEDADES, es decir: Itaú CorpBanca Colombia S.A. y sus filiales, matriz, vinculadas y relacionadas, entre otras Itaú Asset Management Colombia S.A. Sociedad Fiduciaria, Itaú Securities Services Colombia S.A. Sociedad Fiduciaria, Itaú Comisionista de Bolsa Colombia S.A., Itaú Casa de Valores S.A., Itaú (Panamá) S.A. Itaú Corredor de Seguros Colombia S.A., Itaú BBA Colombia S.A. Corporación Financiera, según corresponda y; (ii) EL CLIENTE, es decir, la persona o personas naturales que suscriben el presente contrato único de vinculación.

#### Declaración de adhesión a normas

Las cláusulas contenidas en el contrato único de vinculación para personas naturales (en adelante CUV), serán aplicables a (i) los contratos que celebren LAS PARTES como consecuencia de la contratación por parte de EL CLIENTE de los servicios ofrecidos por LAS SOCIEDADES y aceptados por EL CLIENTE y (ii) los servicios financieros que, discrecionalmente, presten LAS SOCIEDADES al CLIENTE. El CUV podrá ser consultado en [www.itauc.co](http://www.itauc.co)

Manifiesto que (i) he leído y declaro conocer el CUV, (ii) las inquietudes que he tenido sobre el CUV, LAS SOCIEDADES y sobre las normas de atención al consumidor han sido resueltas por LAS SOCIEDADES satisfactoriamente y (iii) entiendo y acepto que el CUV regula, en lo aplicable, todos los productos y servicios ofrecidos por LAS SOCIEDADES y aceptados por EL CLIENTE.

EL CLIENTE se reserva el derecho de dar por terminado cualquiera de los contratos cuando se produzcan modificaciones al mismo por disposición de la ley, los acuerdos interbancarios o por decisión de LAS SOCIEDADES, dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario siguientes al envío de la comunicación mediante la cual, cualquiera de LAS SOCIEDADES, notifique la modificación. Cualquiera de LAS SOCIEDADES informará a EL CLIENTE de cualquier modificación a los reglamentos de los contratos o servicios financieros, originada en leyes, reglamentos administrativos, acuerdos interbancarios o cambios realizados por ellas, mediante comunicación escrita. Las leyes de orden público económico se entienden incorporadas a los contratos a partir de su vigencia; las restantes modificaciones se entenderán integradas a los contratos pasados los cuarenta y cinco (45) días calendario siguientes al envío de la modificación por cualquiera de LAS SOCIEDADES. La continuación de la relación comercial establecida por el presente contrato a partir de los cuarenta y cinco (45) días calendario siguientes al envío de la comunicación en que cualquiera de LAS SOCIEDADES da noticia de la modificación del mismo, o la utilización por parte de EL CLIENTE de cualquiera de los productos con posterioridad a dicho plazo, constituye manifestación de aceptación a la modificación por parte de EL CLIENTE.

#### Declaración origen de fondos

Quien suscribe la presente solicitud obrando en nombre propio de manera voluntaria y dando certeza de que todo lo aquí consignado es cierto, realiza la siguiente declaración de fuente de fondos a LAS SOCIEDADES:

1. Declaro (amos) que los recursos, fondos, dineros y/o bienes depositados o entregados para este fin, provienen de:

*Salario*

2. Declaro que los recursos entregados y los que manejo a través de LAS SOCIEDADES, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione.

3. No admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas o a cualquier título, entreguen fondos a mi favor provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el código penal colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o a favor de personas relacionadas con las mismas.

#### Declaración para operar en el mercado de valores

No estoy impedido para operar en el mercado público de valores, tengo conocimiento de las normas y reglamentos que regulan el mercado público de valores. Autorizo expresamente a LAS SOCIEDADES, que bajo su objeto social estén habilitadas para ellos, para que sin previa notificación judicial o extrajudicial y de acuerdo con los procedimientos establecidos por la bolsa, venda a través de la misma los valores o títulos adquiridos por mí y otros valores mobiliarios que mantenga en su poder para aplicar el producto de la venta a las obligaciones a mi cargo no cubiertas. Autorizo igualmente a LAS SOCIEDADES para grabar todas las operaciones e instrucciones que le sean dadas sobre nuestras operaciones. Certifico que la información aquí suministrada corresponde a la realidad y puede ser verificada por cualquier medio y autorizo igualmente la inclusión de la información en las bases de datos que para el efecto se constituyan.

#### Autorización grabación de llamadas

Con la firma del presente documento, autorizo de manera expresa e irrevocable a LAS SOCIEDADES, a grabar y conservar en cintas magnetofónicas, registros digitales o en cualquier otro medio que consideren idóneo para el almacenamiento de información, las conversaciones telefónicas de la negociación, acuerdo y ejecución de operaciones, transacciones, solicitudes, quejas o cualquier otra información que resulte entre el suscrito y LAS SOCIEDADES. La información así obtenida y recopilada estará sujeta a reserva en la forma prevista por la ley, sin perjuicio de que pueda utilizarse por LAS SOCIEDADES así autorizadas con fines probatorios, de control, transparencia de operaciones, administración de información, calidad o cualquier otro propósito comercial.

LAS SOCIEDADES estarán libremente facultados a aceptar o negar la solicitud de vinculación contenida en el presente documento. En el caso que los productos solicitados correspondan a cupos de crédito, acepto que serán revocables en cualquier momento. En caso que la presente solicitud sea negada autorizo irrevocablemente a que todos los documentos que entregue para estudio no me sean devueltos y sean destruidos después de quince (15) días de la decisión del rechazo.

#### Autorización débito automático

Autorizo expresamente a LAS SOCIEDADES a que el saldo pendiente de cualquiera de las obligaciones a mi cargo por concepto de los productos de los cuales sea titular, incluyendo tarjetas de crédito, credicash, cupo anexo a cuenta corriente, sobregiro, 7/0, cartera ordinaria o leasing, sea cargado a los depósitos de mi titularidad en el banco, incluyendo cuentas corrientes, de ahorros o depósitos a término o cualquier otro producto que ofrezcan o lleguen a ofrecer y del cual sea titular individual o colectivamente, conjunta o solidariamente.

#### Autorización para desembolso

Autorizo a LAS SOCIEDADES como comercializador de servicios financieros a descontar los valores correspondientes a comisiones, servicios bancarios, seguros e impuestos del valor del desembolso y/o utilidades de cupos de créditos a las tarifas previamente informadas.

Para desembolsos efectuados a terceros diferentes al titular del crédito y/o cupo de crédito, certifico que estos corresponden a mis comercializadores de bienes y servicios.

Si este desembolso y/o utilización de crédito es para el pago de cartera a LAS SOCIEDADES, certifico que LAS SOCIEDADES son mis comercializadores de servicios financieros.

Si este desembolso y/o utilización de crédito es para la compra de divisas, autorizo a transferir estos recursos a LAS SOCIEDADES quienes son mis comercializadores de servicios financieros.

Autorizo a LAS SOCIEDADES el desembolso por cualquier otra suma inferior al monto solicitado que corresponda a la aprobación de crédito que me sea concedida.

#### Autorización envío de información

Autorizo expresamente a LAS SOCIEDADES a enviarme mensajes sobre campañas comerciales, información financiera, movimientos de productos, extractos, cobranzas o cualquier otra información a la dirección de correo electrónico, e-mail, teléfonos, dirección física, canales electrónicos o cualquier otro dato de contacto que haya suministrado en la solicitud de vinculación o en cualquier otro medio de información.

#### Autorización entrega de productos

En caso de no recibir personalmente los productos del banco, autorizo expresamente a que dichos elementos sean recibidos por \_\_\_\_\_

CC No. \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto \_\_\_\_\_

Dirección envío \_\_\_\_\_

#### Autorización desembolso a terceros

Autorizo irrevocablemente a LAS SOCIEDADES para realizar el desembolso del crédito que se llegare a otorgar directo al aliado (Instituciones clínicas o médico, Universidades y otros aliados

y hasta por un valor \$ \_\_\_\_\_

Para desembolsos efectuados a terceros diferentes al titular del crédito y/o cupo de crédito, certifico que estos corresponden a mis comercializadores de bienes y servicios.

Si este desembolso y/o utilización de crédito es para el pago de cartera a Itaú CorpBanca Colombia S.A., certifico que LAS SOCIEDADES son mis comercializadores de servicios financieros.

Si este desembolso y/o utilización de crédito es para la compra de divisas, autorizo a transferir estos recursos a LAS SOCIEDADES quienes son mis comercializadores de servicios financieros.

#### Autorización exención de gravámen movimiento financiero(G.M.F.)

Solicito a LAS SOCIEDADES el beneficio de exención definido por el inciso numeral 1 del artículo 879 del estatuto tributario para la cuenta No. \_\_\_\_\_ de la cual soy titular único y declaro bajo juramento que conozco y acepto que esta exención es aplicable a una cuenta de ahorros por persona. Hago la solicitud en razón a que no he solicitado ni solicitaré el beneficio a ninguna otra cuenta de ahorros en la misma entidad o en otro establecimiento de crédito y que en el evento en que el banco sea obligado a pagar cualquier suma de dinero, me obligo a responder con mi patrimonio por cualquier sanción perjuicio requerimiento, etc., a que se viere expuesto el banco, exonerándole de cualquier tipo de responsabilidad derivada de la marcación de la mencionada cuenta como exenta del G.M.F. (4 x mil). Autorizo a LAS SOCIEDADES a realizar las consultas de verificación necesarias y a reportar a las autoridades competentes, mi identificación y la cuenta de ahorros que he elegido para la exención G.M.F. (4 x mil) en esta solicitud.

#### Seguros

1. Declaro que he sido informado de las condiciones generales del seguro así como acepto su contenido. También conozco que dichas condiciones se encuentran disponibles para consultar en la página web: [www.itauc.co](http://www.itauc.co). En caso de presentarse modificaciones a las condiciones iniciales el Banco informará previamente dichas modificaciones y las publicará en la página web citada previamente, con un plazo que permita al cliente su verificación.

2. Autorización de débito: Autorizo (amos) de manera irrevocable al banco Itaú CorpBanca Colombia S.A. para debitar de cualquier saldo o producto a nuestro favor, sea que seamos titulares del mismo en forma conjunta o separada, la suma total correspondiente a cualquier prima de seguros de la cual sea tomador, con los productos otorgados, o de las que sea adherente contribuyente como la póliza de vida grupo tomada por las sociedades. Exonero desde ya a las sociedades de cualquier responsabilidad que se genere por el no pago

de primas en los eventos en que no existan recursos disponibles para realizar los débitos aquí autorizados.

3. Endoso: El cliente puede contratar una póliza de seguro con una entidad diferente a la compañía aseguradora escogida por el banco para los productos que la requieran, para lo cual debe entregar la póliza endosada al banco previamente al desembolso, la cual debe ser emitida por una aseguradora aceptable por el banco y cubrir los riesgos mínimos exigidos y se comprometo a mantenerla vigente durante toda la duración del crédito.

4. Renovación Automática: Las pólizas de seguros (vida grupo deudor, incendio, automóviles) que acompañan los productos tendrán renovación automática cada año siempre que se mantengan las condiciones iniciales de la póliza. Si estas llegasen a modificarse, el banco deberá notificar (nos) previamente y publicar las nuevas condiciones en la página web: [www.itauc.co](http://www.itauc.co), con un plazo que permita al cliente su verificación.

5. El valor del seguro quedará sujeto a la negociación vigente en cada licitación con las aseguradoras.

6. El banco no actúa como compañía aseguradora. El cumplimiento del contrato de seguros es responsabilidad directa y exclusiva de la aseguradora competente.

#### Declaraciones

Declaro que a la fecha me encuentro en buen estado de salud, exento de cualquier impedimento físico o mental y no he padecido ni se me ha diagnosticado ni tengo síntomas ni he sido tratado por enfermedad cardiovascular, cerebro vascular, pulmonar, renal, gastrointestinal, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, SIDA o VIH o cualquier enfermedad preexistente, ni en general grave, ni crónica, psíquica o nerviosa. Ni me encuentro en estudio médico por ninguna de estas afecciones al estado de salud.

Si ☒ No ☐

Declaro que tanto mis actividades y ocupaciones como mi trabajo han sido y son lícitas y las he ejercido y ejerzo dentro de los marcos legales. No he sido sindicado ni condenado por la justicia penal. Y no he recibido amenazas contra mi vida e integridad.

Si ☒ No ☐

Declaro que no he estado o estoy en un proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral ante alguna entidad calificadoras competente o tener una discapacidad.

Si ☒ No ☐

Autorizo a la aseguradora que designen LAS SOCIEDADES para solicitar a cualquier persona o entidad la información de carácter médico y personal que requieran en los casos en los cuales necesite verificar la veracidad de lo que afirmo.

Si ☒ No ☐

Autorizo a la aseguradora que designen LAS SOCIEDADES para consultar en las bases de datos de los seguros de personas, lo relativo, a los riesgos agravados y a las indemnizaciones.

Si ☒ No ☐

Autorizo a la aseguradora que designen LAS SOCIEDADES para solicitar en cualquier momento y de cualquier médico u otro profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar para suministrar a las aseguradoras las historias clínicas y demás información sobre el estado de mi salud. Lo anterior para los efectos exigidos legalmente.

Si ☒ No ☐

Si cualquiera de estas preguntas ha tenido "No" como respuesta. El solicitante deberá ser evaluado por la aseguradora. Hasta tanto la aseguradora no haya dado su aprobación, el solicitante (CLIENTE) no podrá ingresar a la póliza.

Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del código de comercio). De conformidad con lo estipulado en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, autorizo expresamente a la compañía de seguros que designen LAS SOCIEDADES, para tener acceso a mi historia clínica y a todos aquellos datos que en ella se registren o lleguen a ser registrados y a obtener copia de ese documento y de sus anexos y para compartir, reportar, procesar, solicitar, suministrar o divulgar a cualquier entidad legalmente autorizada para manejar o administrar base de datos, con las entidades del sector financiero, asegurador y con las demás entidades subordinadas o controladas por LAS SOCIEDADES, toda mi información personal que reposa en sus archivos para propósitos comerciales, con el fin de recibir una atención integral como cliente de esta última. Este mandato especial quedará vigente aún después de mi fallecimiento, atendiendo lo dispuesto en los artículos 2195 del código civil y 1284 del código de comercio. La compañía de seguros que designe LAS SOCIEDADES se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no correspondía a la verdad en el momento de aceptarse el seguro (art. 1058 y 1158 del código de comercio).

#### Actualización de información

Declaro que toda la información y/o documentación aportada y consignada en el presente formato, es cierta, veraz y verificable; razón por la cual, autorizo su verificación mientras subsista alguna relación comercial o financiera con cualquiera de LAS SOCIEDADES, y me comprometo actualizar o confirmar la

información y/o documentación al menos una vez al año o cada vez que así lo solicite cualquiera de LAS SOCIEDADES, suministrando los soportes documentales requeridos; faculto a LAS SOCIEDADES para terminar cualquiera de los contratos con ellas celebrados cuando no cumpla con este compromiso o cuando la información suministrada sea errónea, falsa o inexacta. Igualmente me obligo a informar a LAS SOCIEDADES cualquier cambio en la información relacionada con: (i) los datos de contacto, (ii) el lugar de residencia fiscal, y (iii) el lugar de domicilio, a través del formato o los canales definidos por LAS SOCIEDADES, dentro de los 10 días siguientes a la fecha en que se produzca el cambio.

#### Autorización para compartir información

Con fines de administración y control de riesgos, cumplimiento de obligaciones regulatorias, tratamiento de datos y propósitos comerciales relacionados con las actividades de LAS SOCIEDADES, autorizo (amos) expresamente a LAS SOCIEDADES para compartir entre sí toda la información derivada de mis (nuestras) relaciones con LAS SOCIEDADES, incluyendo aspectos jurídicos, económicos, financieros y datos personales, así como a compartir esa misma información con los propósitos indicados con entidades que cuenten con el carácter de matriz o controlante directa o indirecta, incluyendo a Itaú CorpBanca y/o Itaú Unibanco, así como con otras sociedades subsidiarias de estas o vinculadas directa o indirectamente con LAS SOCIEDADES, bien sea que se encuentren domiciliadas en Colombia o en el extranjero, especialmente en Brasil, Chile u otros países. La autorización se extiende al suministro de información a las autoridades que ejercen control, supervisión o jurisdicción sobre cualquiera de las entidades con las cuales puede ser compartida la información.

Igualmente autorizo(amos) para que el presente formato sea remitido a las demás SOCIEDADES y se tenga en cuenta dentro del proceso de vinculación en las demás SOCIEDADES.

Autorizo(amos) a LAS SOCIEDADES para que, en desarrollo de las actividades comerciales que sostenga(amos) y con el fin de profundizarlas, tratar los datos, efectuar control o administración de riesgos o cumplir obligaciones regulatorias, también compartan con terceros incluyendo autoridades, tanto en Colombia como en el exterior, mis datos de orden jurídico, financiero y económico, incluso si se trata de datos personales, privados o semiprivados.

#### Autorización de consulta, administración y reporte

Autorizo, conjunta o individualmente a LAS SOCIEDADES, o a quien en el futuro represente sus derechos u ostente la calidad de acreedor, de manera irrevocable y permanente, para: (i) reportar, procesar, solicitar y divulgar a las autoridades en ejercicio de sus funciones, a las centrales de información financiera y crediticia, a DATA CREDITO, a la bolsa de valores de Colombia como administrador de bases de datos o a cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos que tengan fines de información y con esos mismos fines, financieros, crediticios, estadísticos, de control, supervisión, comerciales, y de consolidación de información, todos mis datos personales económicos, incluyendo la información referente a mi comportamiento comercial y crediticio, tales como el nacimiento, modificación o extinción de obligaciones contraídas con anterioridad o que se llegaren a contraer fruto de contratos financieros o bursátiles celebrados con LAS SOCIEDADES. La autorización otorgada a LAS SOCIEDADES se extiende a la consulta y reporte de toda la información referente a las operaciones que dichas sociedades comisionistas realicen o registren en el sistema por cuenta del suscrito, incluso aquellas realizadas o registradas antes de la presente autorización. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones incluido el mercado de valores, se reflejará en las mencionadas bases de datos. El suscrito declara que conoce y acepta que toda la información relacionada con el reporte de las transacciones realizadas o registradas por parte de LAS SOCIEDADES actuando por mi cuenta y toda aquella relacionada con el nacimiento, modificación o extinción de mis obligaciones surgidas en virtud de dichas operaciones, incluido su manejo y cumplimiento, se someterá a las condiciones de reporte detalladas en el artículo 2.1.8 de la circular única de la bolsa de valores de Colombia (ii) registrar, tratar, utilizar y compartir mis datos personales con sus aliados comerciales y/o proveedores, así como para que LAS SOCIEDADES, aliados comerciales y/o sus proveedores utilicen mis datos personales para contactarme y/o informarme de sus productos y servicios. (iii) para que me sean enviados mensajes sobre los reportes realizados o por realizar a centrales de información, movimientos de productos, información de carácter comercial proveniente de LAS SOCIEDADES, así como de aliados comerciales que pueda resultar de mi interés o que complemente el portafolio de productos y servicios financieros y bursátiles que tenga vigente con aquellas a la dirección electrónica, e-mail, teléfonos, dirección física o cualquier otro dato de contacto que haya suministrado a LAS SOCIEDADES en la solicitud de vinculación o en cualquier otro medio de información. (iv) compilar, usar, circular, notificar, intercambiar mi información que surja de la relación con LAS SOCIEDADES, datos personales, comerciales, sensibles con terceros países y sus autoridades (v) En el evento en que por mi situación aplique, igualmente autorizo a LAS SOCIEDADES para compilar, entregar, compartir, notificar mi información financiera, datos personales, comerciales, tributarios, o de cualquier naturaleza en cumplimiento de regulación de autoridades nacionales o extranjeras.

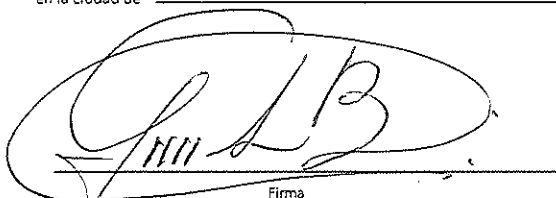
Declaro entender y aceptar que: a) Todo incumplimiento de obligaciones derivadas de los productos o servicios adquiridos, eventos de mora o retardo en el cumplimiento de obligaciones, facultará a LAS SOCIEDADES a efectuar los reportes negativos correspondientes y b) que si en el futuro deseo no recibir información comercial de alguna de LAS SOCIEDADES o aliados comerciales puedo solicitar que cese este envío a través de los medios de contacto puestos a disposición por LAS SOCIEDADES.

Declaro haber recibido los formatos impresos de: cartilla de seguridad y volante depósito seguro los cuales he leído y entendido en su totalidad.

Declaro conocer y aceptar el contenido del presente formulario.

En constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, firmo el documento a los 9 días del mes de agosto del año 2018

en la ciudad de MEDELLIN



Firma

No. documento de identidad

42763991

Nombres y apellidos

Gloria Amparo López Bolívar



Índice der. ☒  
Índice izq. ☐  
Medio der. ☐  
Medio izq. ☐  
Pulgar der. ☐  
Pulgar izq. ☐

Para uso exclusivo de Itaú CorpBanca Colombia S.A. y filiales

Convenio / grupo cargo

N/A

El cliente tiene convenio de nómina con el banco? Si ☐ No ☒ Nombre del convenio

Enviar extractos por excepción a Residencia ☒ Oficina ☐

**POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO**  
**CONDICIONES GENERALES**

**CAPITULO I- AMPAROS Y EXCLUSIONES**

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. QUE EN ADELANTE SE DENOMINARA AXA COLPATRIA, CON SUJECION A LOS TERMINOS, CONDICIONES Y LIMITES DE SUMA ASEGURADA, EN CONSIDERACION A LAS DECLARACION DEL TOMADOR Y DE LOS ASEGURADOS INDIVIDUALES, CONSIGNADAS EN LA PRESENTE POLIZA O EN SUS ANEXOS Y EN SUS SOLICITUDES LAS CUALES SE INCORPORAN A ESTE CONTRATO DE SEGURO, CUBRE LOS RIESGOS QUE A CONTINUACION SE RELACIONAN, OCURRIDOS DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE SEGURO, SALVO LAS EXCLUSIONES CONSIGNADAS EN LA CONDICION 1.3. "EXCLUSIONES".

IGUALMENTE, FORMAN PARTE DEL CONTRATO, 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.

**1 AMPARO BASICO**

**1.1. MUERTE**

CON SUJECIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITES DE SUMA ASEGURADA CONSIGNADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, O EN SUS ANEXOS, EN CONSIDERACIÓN A LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR Y A LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LAS PERSONAS INDICADAS POR EL TOMADOR, AXA COLPATRIA CUBRE EL RIESGO DE MUERTE, ES DECIR, LA CESACIÓN O TERMINACIÓN DE LA VIDA, OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL DE ENFERMEDADES GRAVES Y CUALQUIER INDEMNIZACIÓN PAGADA POR ESTA ÚLTIMA COBERTURA, REDUCIRÁ LA SUMA ASEGURADA PARA ESTE AMPARO BÁSICO. EN CASO DE RENOVACIÓN SE MANTENDRÁ LA SUMA ASEGURADA REDUCIDA.

**1.2. AMPAROS OPCIONALES**

CON SUJECIÓN A LOS TÉRMINOS CONDICIONES Y LÍMITES DE SUMA ASEGURADA, CONSIGNADOS EN LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS, AXA COLPATRIA, PREVIO PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, CUBRE LOS SIGUIENTES AMPAROS CUANDO ASÍ SE INDIQUE EN EL CUADRO DE AMPAROS DE LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE



- INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION.
- INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE O LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR DELITO DE HOMICIDIO O DE LESIONES PERSONALES
- ENFERMEDADES GRAVES
- AUXILIO FUNERARIO
- RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION Y/O UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO

#### 1.2.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITE DE SUMA ASEGURADA, AXA COLPATRIA CUBRE LAS LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES INCURABLES QUE DE POR VIDA IMPIDAN AL ASEGURADO DESEMPEÑAR TODAS LAS OCUPACIONES O EMPLEOS REMUNERADOS PARA LOS CUALES SE ENCUENTRA RAZONABLEMENTE HABILITADO EN RAZÓN DE SU CAPACITACIÓN, ENTRENAMIENTO O EXPERIENCIA Y QUE VENGA EJERCIENDO HABITUALMENTE EL ASEGURADO MENOR DE 65 AÑOS, SIEMPRE QUE LA INCAPACIDAD SE ORIGINE Y MANIFIESTE COMO CONSECUENCIA UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD AMPARADA DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA Y HAYA PERSISTIDO POR UN PERÍODO CONTINUO NO MENOR DE 120 DÍAS CALENDARIO Y NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO Y SEA CALIFICADA CON DISMINUCIÓN DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50% SEGÚN DICTAMEN EMITIDO POR UN MÉDICO LEGALMENTE HABILITADO PARA CALIFICAR LA INCAPACIDAD (ESPECIALISTA EN MEDICINA LABORAL O SALUD OCUPACIÓN) CON BASE EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ VIGENTE A LA FECHA DE LA CALIFICACIÓN O POR LA ARL, EPS O AFP A QUE ESTE AFILIADO EL ASEGURADO.

**PARAGRAFO: AXA COLPATRIA** SE RESERVA EL DERECHO DE EXAMINAR AL ASEGURADO Y EN CASO DE DESACUERDO DE **AXA COLPATRIA** CON EL DICTAMEN MÉDICO O ENTIDAD QUE CERTIFICA LA INVALIDEZ, SE TENDRÁ COMO PRUEBA DEFINITIVA EL DICTAMEN EN FIRME DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ Y/O DE LA JUNTA NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES DE ACUERDO CON LA LEY.

PARA EFECTOS DEL PRESENTE AMPARO LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO SERÁ EL DEL DICTAMEN EN FIRME DEL MÉDICO LEGALMENTE HABILITADO PARA CALIFICAR LA INCAPACIDAD ESPECIALISTA EN MEDICINA LABORAL O SALUD OCUPACIÓN) CON BASE EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ VIGENTE A LA FECHA DE LA CALIFICACIÓN O POR LA ARL, EPS O AFP A QUE ESTE AFILIADO EL ASEGURADO.

PARA EFECTOS DE ESTE AMPARO SE CONSIDERA TAMBIÉN COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA PÉRDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISIÓN DE AMBOS OJOS, AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA O QUIRÚRGICA DE AMBAS MANOS A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN RADICOCARPIANA, O AMBOS PIES A NIVEL DE LA ARTICULACIÓN TIBIOTARSIANA, O DE TODA UNA MANO Y DE TODO UN PIE.

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, POR LO TANTO UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, **AXA COLPATRIA** SE LIBERA DE TODA RESPONSABILIDAD BAJO ESTA PÓLIZA.

TAMPOCO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN POR LO TANTO SI EN VIRTUD DEL MISMO ACCIDENTE **AXA COLPATRIA** HA RECONOCIDO ALGUNA INDEMNIZACIÓN POR DESMEMBRACIÓN, DICHO VALOR SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

ASÍ MISMO, SI SE RECONOCE UNA INDEMNIZACIÓN POR DESMEMBRACIÓN EN EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN EQUIVALENTE AL 100% DE LA SUMA ASEGURADA, EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE QUEDA AUTOMÁTICAMENTE CANCELADO Y **AXA COLPATRIA** LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LOS QUE SE REFIERE A ESTE ÚLTIMO AMPARO.

ESTE AMPARO NO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES Y CUALQUIER INDEMNIZACIÓN PAGADA POR ESTA ÚLTIMA REDUCIRÁ LA SUMA ASEGURADA PARA EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EN CASO DE RENOVACIÓN SE MANTENDRÁ LA SUMA ASEGURADA REDUCIDA.

#### **1.2.2. INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACION**

CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITE DE LA SUMA ASEGURADA, **AXA COLPATRIA** INDEMNIZARÁ AL ASEGURADO O SUS BENEFICIARIOS, CUANDO A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, SUFRA LA MUERTE O CUALQUIERA DE LAS LESIONES O PÉRDIDAS CORPORALES DESCRITAS EN LA SIGUIENTE TABLA DE INDEMNIZACIONES, SIEMPRE Y CUANDO SE PRODUZCA DENTRO DE LOS 180 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES AL ACCIDENTE, SALVO LAS EXCLUSIONES CONSIGNADAS EN LA EXCLUSIÓN 1.3.3.2. DE ESTA PÓLIZA.

EN CASO DE VARIAS PERDIDAS CAUSADAS POR EL MISMO ACCIDENTE, EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN SERÁ LA SUMA DE LOS PORCENTAJES CORRESPONDIENTES A CADA UNA SIN EXCEDER EL TORAL DE LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL PARA EN EL CERTIFICADO PARA CADA ASEGURADO EN PARTICULAR.

**TABLA DE INDEMNIZACIONES**

PERDIDA DE LA VIDA	100% DE LA SUMA ASEGURADA
PERDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA VISTA EN AMBOS OJOS; PERDIDA DE AMBOS PIES POR ENCIMA DEL TOBILLO; O AMBAS MANOS POR ENCIMA DE LA MUÑECA	100% DE LA SUMA ASEGURADA
PERDIDA DE UNA MANO Y UN PIE	100% DE LA SUMA ASEGURADA
PERDIDA DE UNA MANO O UN PIE Y LA VISION DE UN OJO	100% DE LA SUMA ASEGURADA

PERDIDA DEL BRAZO DERECHO SI ES DIESTRO, O IZQUIERDO SI ES ZURDO	70% DE LA SUMA ASEGURADA
PERDIDA TOTAL E IRREPARABLE DE LA AUDICION POR AMBOS OIDOS	70% DE LA SUMA ASEGURADA
PERDIDA DEL BRAZO DERECHO SI ES ZURDO, O IZQUIERDO SI ES DIESTRO	60% DE LA SUMA ASEGURADA
PERDIDA DE UN PIE CONSERVANDO EL TALON; DE UNA MANO CONSERVANDO LA MUÑECA, O DE UN OJO	50% DE LA SUMA ASEGURADA
PERDIDA TOTAL E IRREPARABLE DEL HABLA	50% DE LA SUMA ASEGURADA
PERDIDA DEL DEDO PULGAR DE LA MANO DERECHA SI ES DIESTRO O DE LA IZQUIERDA SI ES ZURDO	25% DE LA SUMA ASEGURADA
PERDIDA DEL DEDO PULGAR DE LA MANO DERECHA SI ES ZURDO O DE LA IZQUIERDA SI ES DIESTRO	15% DE LA SUMA ASEGURADA
PERDIDA DE UN DEDO DE LA MANO EXCEPTO EL PULGAR	10% DE LA SUMA ASEGURADA
PERDIDA DEL DEDO PULGAR DEL PIE	5% DE LA SUMA ASEGURADA
PERDIDA DE UN DEDO DEL PIE EXCEPTO EL PULGAR	3% DE LA SUMA ASEGURADA

EN TODOS LOS CASOS SE ENTIENDE TAMBIÉN POR PERDIDA LA INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y DEFINITIVA DEL ÓRGANO O MIEMBRO LESIONADO E FORMA TAL QUE NO PUEDA DESARROLLAR NINGUNA DE SUS FUNCIONES NATURALES.

EL ASEGURADO QUE RECIBA CUALQUIER INDEMNIZACIÓN IGUAL A LA SUMA TOTAL ASEGURADA POR EL PRESENTE AMPARO OPCIONAL QUEDARA AUTOMÁTICAMENTE EXCLUIDO DE ESTE AMPARO. EN CASO QUE LA INDEMNIZACIÓN SEA POR UN VALOR MOR, CONTINUARA AMPARADO HASTA EL PRÓXIMO VENCIMIENTO NATURAL DE LA PÓLIZA POR LA DIFERENCIA ENTRA LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL Y LAS INDEMNIZACIONES YA PAGADAS. EN CASO DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, EL ASEGURADO QUEDARA AUTOMÁTICAMENTE EXCLUIDO DE ESTA COBERTURA.

TAMPOCO ES ACUMULABLE CON EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR LO TANTO SI EN VIRTUD DEL MISMO ACCIDENTE AXA COLAPTRIA HA RECONOCIDO ALGUNA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DICHO VALOR SERÁ DEDUCIDO DEL QUE PUEDA CORRESPONDER POR EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.

ASÍ MISMO, SI SE RECONOCE UNA INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD EN EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE EQUIVALENTE AL 100% DE LA SUMA ASEGURADA, EL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN QUEDA AUTOMÁTICAMENTE CANCELADO Y AXA COLPATRIA LIBRE DE TODA RESPONSABILIDAD EN LO QUE SE REFIERE A ESTE ÚLTIMO AMPARO.

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO SE ENTIENDE POR ACCIDENTE TODO HECHO O SUCESO IMPREVISTO OCASIONAL, VIOLENTO, SÚBITO, EXTERNO, VISIBLE, REPENTINO E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, COMPROBABLE POR LOS MEDIOS LEGALMENTE ADMISIBLES.

### **1.2.3 INDEMNIZACION ADICIONAL POR MUERTE O LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR DELITO.**

NO OBSTANTE LO PREVISTO EN LA EXCLUSIÓN 1.3.3.2. LITERAL B) DE ESTA PÓLIZA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS CONDICIONES Y LÍMITE DE VALOR ASEGURADO CONSIGNADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS, **AXA COLPATRIA** CUBRE LA MUERTE POR HOMICIDIO Y LAS LESIONES CAUSADAS POR EL DELITO DE LESIONES PERSONALES O LESIONES CULPOSAS, SIEMPRE Y CUANDO NO SE TRATE DE LESIONES O MUERTE EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO U HOMICIDIO EN CASO DE HURTO SIMPLE O CALIFICADO MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN SU RESIDENCIA O LUGAR HABITUAL DE TRABAJO.

TODAS LAS DEMÁS CONDICIONES DEL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN NO MODIFICADA POR LA PRESENTE CLÁUSULA, CONTINÚAN EN VIGOR.

#### **1.2.4. ENFERMEDADES GRAVES**

CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS CONDICIONES Y LÍMITES DE SUMA ASEGURADA, **AXA COLPATRIA** PAGARA AL ASEGURADO COMO ANTICIPO EL PORCENTAJE PACTADO EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA EL CUAL NO PODRÁ EXCEDER EL 50% DE LA SUMA ASEGURADA EN EL AMPARO BÁSICO OTORGADO BAJO LA PRESENTE PÓLIZA, CUANDO DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, LE SEA DIAGNOSTICADA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES CONSIDERADAS COMO GRAVES:

1. INFARTO DE MIOCARDIO
2. CÁNCER
3. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
5. ESCLEROSIS MÚLTIPLE
6. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA COMO CONSECUENCIA DE AFECTACIÓN DE LAS ARTERIAS CORONARIAS QUE REQUIERA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CARDIACA (BY PASS)
7. TRASPLANTE DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS VITALES: CORAZÓN, PULMONES, HÍGADO, PÁNCREAS, MEDULA ESPINAL O RIÑONES.

ESTE AMPARO SOLAMENTE PODRÁ APLICARSE A LAS ENFERMEDADES GRAVES CUANDO SE MANIFIESTEN O SEAN DIAGNOSTICADAS POR PRIMERA VEZ HABIENDO TRASCURRIDO POR LO MENOS CIENTO VEINTE (120) DÍAS CALENDARIO CONTADOS DESDE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO, POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO Y CONFIRMADO POR EVIDENCIAS ACEPTABLES QUE PUEDAN SER CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO.

PARA TODOS LOS EFECTOS PREVISTOS EN EL PRESENTE ANEXO SE ENTIENDE POR:

**1.- INFARTO AL MIOCARDIO:** MUERTE DEL TEJIDO MIOCÁRDICO QUE RESULTA DE LA INSUFICIENCIA ABSOLUTA O RELATIVA DE IRRIGACIÓN SANGUÍNEA. EL INFARTO IMPLICA UN SÍNDROME CLÍNICO DE INICIO AGUDO, CON SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS Y DIAGNOSTICO BASADO EN DOLOR EN PRECORDIO IRRADIADO A EPIGASTRIO, CUELLO Y BRAZO IZQUIERDO, CON CAMBIOS

ELECTROCARDIOGRÁFICOS SECUENCIALES Y ELEVACIÓN PASAJERA EN LOS NIVELES DE ENZIMAS SÉRICAS.

**2.- CÁNCER:** ES EL AUMENTO EN EL NÚMERO DE CÉLULAS ANORMALES QUE DERIVAN DE DETERMINADO TEJIDO NORMAL, INVASIÓN DE TEJIDOS ADYACENTES POR ESTAS CÉLULAS ANORMALES Y DISEMINACIÓN LINFÁTICA O HEMATÓGENA DE CÉLULAS MALIGNAS A GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES Y/O A SITIOS DISTANTES. EL TERMINO CÁNCER INCLUYE TAMBIÉN TUMORES ÓSEOS MALIGNOS, LEUCEMIAS Y LINFOMAS MALIGNOS.

**3. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR:** ES LA PERDIDA SÚBITA DE LA FUNCIÓN CEREBRAL OCASIONADA POR UNA INSUFICIENCIA ABSOLUTA DE IRRIGACIÓN SANGUÍNEA A UNA PARTE DEL TEJIDO NERVIOSO CENTRAL, QUE CAUSE SÍNTOMAS TALES COMO PÉRDIDA PERMANENTE DE MOVIMIENTO, PENSAMIENTO, MEMORIA, LENGUA O SENSACIÓN POR MÁS DE 24 HORAS, PUEDE SER CAUSADA POR TROMBOSIS, EMBOLIA, ESTENOSIS O HEMORRAGIA ARTERIAL CEREBRAL.

DEBE SER DIAGNOSTICADA MEDIANTE PRUEBAS DE FUNCIÓN NEUROLOGÍA REALIZADAS POR UN NEURÓLOGO DESPUÉS DE TRANSCURRIDAS SEIS (6) SEMANAS COMO MÍNIMO CONTADAS A PARTIR DEL ACCIDENTE.

**4.- INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** ES UN ESTADO DE DETERIORO PROGRESIVO E IRREVERSIBLE DE LA FUNCIÓN RENAL, CON INCAPACIDAD GENERAL DE LOS DOS RIÑONES PARA EXCRETAR LOS DESHECHOS NITROGENADOS, REGULAR EL EQUILIBRIO HIDROELÉCTRICO Y SECRETAR HORMONAS, SIEMPRE QUE REQUIERA TRASPLANTE DE RIÑÓN Y/O TRATAMIENTO CON DIÁLISIS RENAL EXTRACORPÓREA AL MENOS UNA VEZ A LA SEMANA. LA NECESIDAD DE DIÁLISIS REGULAR, DEBERÁ ESTAR CERTIFICADA POR UN INFORME NEFROLÓGICO.

**5.- ESCLEROSIS MÚLTIPLE:** ES UN PADECIMIENTO QUE AFECTA SOLO EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, CARACTERIZADO POR ANOMALÍAS NEUROLÓGICAS PROGRESIVAS E IRREVERSIBLES, QUE LLEVAN A UN ESTADO RELATIVO DE INCAPACIDAD SEVERA, CON DISMINUCIÓN DE LA VISIÓN INCOORDINACIÓN, DEBILIDAD E INCONTINENCIA URINARIA.

**6.- AFECTACIÓN DE LAS ARTERIAS QUE REQUIERA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CARDIACA (BY PASS):** ES LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A CORAZÓN ABIERTO CON EL FIN DE CORREGIR LA ESTENOSIS U OCLUSIÓN DE DOS O MÁS ARTERIAS CORONARIAS, REALIZÁNDOSE UNO O MÁS PUENTES ARTERIOCORONARIOS (BY-PASS); SIEMPRE QUE LA NECESIDAD DE LA MENCIONADA INTERVENCIÓN HAYA SIDO APROBADA POR UN MÉDICO ESPECIALISTA Y DIAGNOSTICADA CON UNA ANGIOGRAFÍA CORONARIA.

**7.- TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES:** ES EL REEMPLAZO MEDIANTE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES ÓRGANOS: CORAZÓN, PULMONES, HÍGADO, PÁNCREAS, MEDULA ESPINAL O RIÑONES.



EL ASEGURADO QUE RECIBA CUALQUIER INDEMNIZACIÓN POR CONCEPTO DE ESTE AMPARO, QUEDARA AUTOMÁTICAMENTE EXCLUIDO Y SIN POSIBILIDADES DE RENOVACIÓN DE ESTA COBERTURA.

#### **1.2.5. AUXILIO FUNERARIO**

CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITE DE SUMA ASEGURADA, AXA COLPATRIA RECONOCERÁ CON DESTINO A SOLVENTAR LOS GASTOS FUNERARIO O LOS QUE SE OCASIONEN COMO CONSECUENCIA DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, LA SUMA ESTABLECIDA Y CONSIGNADA EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA.

#### **1.2.6 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION Y/O UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**

CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LÍMITE DE SUMA ASEGURADA, **AXA COLPATRIA** RECONOCERÁ LA RENTA DIARIA CONSIGNADA EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN DEL ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA, POR EL TÉRMINO QUE DURE HOSPITALIZADO Y/O EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, HASTA MÁXIMO POR TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO, CONTINUOS O DISCONTINUOS EN LAS PÓLIZAS DE VIGENCIA, ANUALIZADA Y PROPORCIONAL EN EL RESTO, SALVO ESTIPULACIÓN EN CONTRARIO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.

EN EL CASO DE CUIDADO INTENSIVO LA RENTA DIARIA CORRESPONDE AL DOBLE DE LA RENTA POR HOSPITALIZACIÓN Y SE PAGARA MÁXIMO POR QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO.

LA COBERTURA DE ESTE AMPARO ES ACUMULATIVA PARA CUIDADOS INTENSIVOS Y HOSPITALARIOS, ES DECIR, EN NINGÚN CASO SUMADOS EXCEDERÁN DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO.

### **1.3. EXCLUSIONES**

AXA COLPATRIA QUEDARA LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD BAJO EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO CUANDO EL SINIESTRO SE PRESENTE COMO CONSECUENCIA DIRECTA O INDIRECTA DE:

#### **1.3.1. GENERALES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS:**

A.- GUERRA (DECLARADA O NO), GUERRA CIVIL, INVASION, REBELION, SEDICION O ASONADA.

B.- FISION O FUSIÓN NUCLEAR, LIBERACIÓN SÚBITA DE ENERGÍA ATÓMICA RADIACIÓN NUCLEAR Y CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.

C. CUANDO EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DEL DILIGENCIAMIENTO DE LA SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO Y/O AL INICIO DE LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS RESPECTO DE CADA ASEGURADO SUFRA U LE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: CÁNCER, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, INFECCIÓN POR VIH, SIDA, LEUCEMIA, LINFOMA, DIABETES, HIPERTENSIÓN, Y/O CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD

CONSIDERADA COMO GRAVE O CRÓNICA, SALVO QUE AXA COLPATRIA PREVIO ESTUDIO ACEPTÉ CUBRIR TALES ENFERMEDADES EN CONDICIONES ESPECIALES.

### **1.3.2. APLICABLES AL AMPARO BASICO**

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES GENERALES, PARA GRUPO DEUDORES SE EXCLUYE EL SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA ASÍ MISMO POR EL ASEGURADO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA, ACAECIDO DENTRO DEL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA, CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE INCLUSIÓN DEL ASEGURADO EN LA PÓLIZA.

### **1.3.3. APLICABLES A LOS AMPAROS OPCIONALES**

#### **1.3.3.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES GENERALES, ESTE AMPARO EXCLUYE:

A.- LA INCAPACIDAD PROVOCADA POR EL MISMO ASEGURADO EN CUALQUIER TIEMPO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.

B.- LESIONES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO RESPECTO DE CADA ASEGURADO SALVO QUE AXA COLPATRIA PREVIO ESTUDIO ACEPTÉ CUBRIR TALES LESIONES EN CONDICIONES ESPECIALES.

#### **1.3.3.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN**

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES GENERALES, ESTE AMPARO EXCLUYE:

- a. SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO, O LESIÓN INTENCIONALMENTE CAUSADA ASÍ MISMO POR EL ASEGURADO, EN CUALQUIER TIEMPO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DEMENCIA.
- b. LESIONES PREEXISTENTES A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DEL AMPARO RESPECTO DE CADA ASEGURADO, SALVO QUE AXA COLPATRIA PREVIO ESTUDIO ACEPTÉ CUBRIR TALES LESIONES EN CONDICIONES ESPECIALES.
- c. HOMICIDIO Y LESIONES EN CUALQUIERA DE SUS MODALIDADES, SALVO QUE EL BENEFICIARIO PRESENTE FALLO DE AUTORIDAD COMPETENTE QUE CALIFIQUE EL HECHO COMO HOMICIDIO O LESIONES CULPOSAS O LESIONES O MUERTE EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO, U HOMICIDIO EN CASO DE HURTO SIMPLE O CALIFICADO MIENTRAS EL ASEGURADO SE ENCUENTRE EN SU RESIDENCIA O LUGAR HABITUAL DE TRABAJO.
- d. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES AÉREAS, SALVO QUE VIAJE COMO PASAJERO DE UNA LÍNEA LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE DE PASAJEROS.
- e. LESIONES SUFRIDAS POR CULPA GRAVE DEL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ESTAR EN ESTADO ALCOHÓLICO O POR EL USO DE ESTIMULANTES, ENERVANTES O CUALQUIER DROGA ILEGAL U OTRA SUSTANCIA SIMILAR, SALVO QUE SE DEMUESTRE PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

- f. LESIONES CAUSADAS DURANTE PRUEBAS O CONTIENDAS DE VELOCIDAD, RESISTENCIA O SEGURIDAD EN VEHÍCULOS DE CUALQUIER TIPO EN LAS QUE PARTICIPE DIRECTAMENTE EL ASEGURADO.
- g. ORIGINADAS DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X, CHOQUES ELÉCTRICOS, ETC., SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
- h. VIOLACIÓN DE PARTE DEL ASEGURADO DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL
- i. PERSONAS PARALITICAS, SORDAS O CIEGAS O QUE PADEZCAN EPILEPSIA O ENAJENACIÓN MENTAL
- j. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES TERRORISTAS O DELINCUENCIALES.

#### **1.3.3.3. ENFERMEDADES GRAVES**

SIN PERJUICIO DE LAS EXCLUSIONES GENERALES, ESTE AMPARO EXCLUYE:

A.- EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE QUE TENGA.

B.-LA PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, O CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE LO ANTERIOR.

C.- CÁNCER DE SENO, CÁNCER DE MATRIZ Y CÁNCER DE PRÓSTATA.

D.- TUMORES MALIGNOS DE LA PIEL (EXCEPTO MELANOMAS MALIGNOS) CÁNCER IN SITU NO INVASIVO Y TUMORES DEBIDO A LA PRESENCIA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

E.- LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA ARTERIAL, ASÍ COMO EL TRATAMIENTO LASER OPERACIONES DE VÁLVULAS CARDIACAS, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.

F.- EL DIAGNOSTICO O TRATAMIENTO TERAPÉUTICO O QUIRÚRGICO RECIBIDOS POR EL ASEGURADO, POR ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS BAJO EL PRESENTE ANEXO, ANTES DE LOS CIENTO (120) DÍAS SIGUIENTES A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO.

## **CAPITULO II DEFINICION DE TERMINOS**

PARA EFECTOS DE ESTA PÓLIZA LAS EXPRESIONES O VOCABLOS RELACIONADOS A CONTINUACIÓN, TENDRÁ EL SIGUIENTE SIGNIFICADO:

### **2.1. TOMADOR**

ES LA PERSONA NATURAL O JURÍDICA QUE OBRANDO POR CUENTA AJENA TRASLADA LOS RIESGOS PARA ASEGURAR UN NÚMERO DETERMINADO DE PERSONAS Y QUE ES RESPONSABLE DEL PAGO DE LAS PRIMAS.

EN EL SEGURO DE GRUPO DEUDORES, EL TOMADOR SERÁ ÚNICAMENTE EL ACREEDOR.

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

## **2.2. ASEGURADO**

ES LA PERSONA NATURAL QUE COMPARTE CON EL TOMADOR UNA RELACIÓN LEGAL O CONTRACTUAL, DESIGNADA COMO TAL EN EL CERTIFICADO DE SEGURO POR DECISIÓN DEL TOMADOR.

## **2.3. GRUPO ASEGURABLE**

ES EL CONFORMADO POR PERSONAS NATURALES, VINCULADAS BAJO UNA PERSONERÍA JURÍDICA EN VIRTUD DE UNA SITUACIÓN LEGAL O CONTRACTUAL, QUE TIENEN RELACIONES ESTABLES DE LA MISMA NATURALEZA CON EL TOMADOR, CUYO VÍNCULO NO TIENE RELACIÓN CON EL PROPÓSITO DE CONTRATAR EL PRESENTE SEGURO DE VIDA.

## **2.4. BENEFICIARIO**

ES LA PERSONA QUE EL ASEGURADO HA DESIGNADO PARA RECIBIR LA INDEMNIZACIÓN EN CASO DE REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO.

## **2.5. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

SON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS POR AXA COLPATRIA PARA ACCEDER A ESTA PÓLIZA.

## **2.6. SINIESTRO**

ES LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO POR CUALQUIER CAUSA AMPARADA EN ESTA PÓLIZA.

## **CAPITULO III- CONDICIONES APLICABLES A TODO EL CONTRATO**

### **3.1. MODALIDADES DE SEGURO**

**A.- SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO:** ES AQUEL CUYA PRIMA ES SUFRAGADA, EN SU TOTALIDAD O EN PARTE, POR LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO.

**B.- SEGURO DE GRUPO NO CONTRIBUTIVO:** ES AQUEL CUYA PRIMA ES SUFRAGADA EN SU TOTALIDAD POR EL TOMADOR.

**C.- SEGURO DE GRUPO DEUDORES:** ES AQUEL CUYO OBJETO CONSISTE EN LA PROTECCIÓN CONTRA LOS RIESGOS DE MUERTE E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE A LOS DEUDORES DE UN MISMO ACREEDOR, ADQUIRIENDO ESTE EN TOS LOS CASOS LA CALIDAD DE TOMADOR.

### **3.2. EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA**

**3.2.1. AMPARO BASICO:** LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO A LA PÓLIZA ES DE 12 AÑOS PARA LAS MUJERES Y DE 14 AÑOS PARA LOS HOMBRES; LA MÁXIMA, EN AMBOS CASOS SERÁ DE SETENTA (70) AÑOS. LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA SERÁ HASTA LOS SETENTA Y CINCO (75) AÑOS SALVO PACTO EN CONTRARIO CONSIGNADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS.

**3.2.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** INGRESO MÁXIMO 64 AÑOS, CON PERMANENCIA HASTA LOS 65 AÑOS

**3.2.3. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS PRO DESMEMBRACIÓN:** INGRESO MÁXIMO 64 AÑOS CON PERMANENCIA HASTA 72 AÑOS.

**3.2.4. ENFERMEDADES GRAVES:** INGRESO MÁXIMO 64 AÑOS, CON PERMANENCIA HASTA 65 AÑOS.

**3.2.5 GASTOS FUNERARIOS:** INGRESO MÁXIMO SETENTA (70) AÑOS, CON PERMANENCIA HASTA LOS SETENTA Y CINCO (75) AÑOS SALVO PACTO EN CONTRARIO CONSIGNADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA O SUS ANEXOS.

**3.2.6. RENTA POR HOSPITALIZACIÓN Y/O UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO:** INGRESO MÁXIMO SESENTA (60) AÑOS, CON PERMANENCIA HASTA LOS SESENTA Y CINCO (65) AÑOS.

**PARAGRAFO:** EN EL SEGURO DE GRUPO DEUDORES, LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO ES DIECIOCHO (18) AÑOS Y LA MÁXIMA SETENTA (70) AÑOS. LA EDAD MÁXIMA DE PERMANENCIA SERÁ HASTA LOS OCHENTA Y CINCO (85) AÑOS, SALVO PACTO EN CONTRARIO CONSIGNADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA O EN SUS ANEXOS.

### **3.3. INICIO DE COBERTURA**

LOS AMPAROS, RESPECTO DE CADA PERSONA, ENTRARÁN EN VIGOR A PARTIR DE LA FECHA EN QUE AXA COLPATRIA COMUNIQUE POR ESCRITO SU APROBACIÓN AL TOMADOR O SI DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE RECIBIÓ DE LA SOLICITUD, AXA COLPATRIA NO HA PRODUCIDO ESTA COMUNICACIÓN SE CONSIDERA APROBADA.

NO OBSTANTE, TRATÁNDOSE DEL SEGURO DE GRUPO DEUDORES, PARA LA INICIACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL SE REQUERIRÁ, ADEMÁS DE LA APROBACIÓN DE **AXA COLPATRIA**, QUE SE HAYA HECHO LA APROBACIÓN Y LIQUIDACIÓN DEL CRÉDITO, PRO PARTE DEL TOMADOR.

### **3.5. CONTINUIDAD**

SI ASÍ SE CONSIGNA EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, **AXA COLPATRIA** OTORGA EL BENEFICIO DE CONTINUIDAD A LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO EXPEDIDA POR OTRA ASEGURADORA, ÚNICAMENTE EN CUANTO AL ESTADO DE SALUD Y EDAD, SIN PERJUICIO DE LO ESTABLECIDO SOBRE LÍMITE DE EDAD EN LA CONDICIÓN 3.2. "EDAD DE INGRESO Y PERMANENCIA" DEL CAPÍTULO III DE



ESTA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO EL TRASLADO SE HAYA EFECTUADO SIN INTERRUPCIÓN ALGUNA RESPECTO DE LA PÓLIZA DE LA ANTERIOR ASEGURADORA Y SEA DECLARADO AL MOMENTO DE CONTRATAR ESTE SEGURO.

ESTE BENEFICIO SE OTORGA ÚNICAMENTE A LOS ASEGURADOS BAJO LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO QUE ACCEDE ESTE BENEFICIO, POR LO TANTO PARA LOS NUEVOS INGRESOS AXA COLPATRIA SE RESERVA EL DERECHO DE APLICAR LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ESTABLECIDOS.

### **3.6. CAUSALES DE TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL**

EL SEGURO DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS POR LA PRESENTE PÓLIZA Y SUS ANEXOS, TERMINA POR LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA ANUAL O DE CUALQUIER CUOTA SI LA PRIMA ANUAL HA SIDO FRACCIONADA, VENCIDO EL PERIODO DE GRACIA DE UN MES CALENDARIO CONTADO A PARTIR DE LA FECHA DE PAGO PACTADA.
- POR VENCIMIENTO DEL SEGURO, SI ESTE NO SE HA RENOVADO
- POR REVOCACIÓN UNILATERAL POR ESCRITO DEL TOMADOR O DEL ASEGURADO
- CUANDO NO SEA POSIBLE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA POR SER EL GRUPO ASEGURADO INFERIOR A 10 PERSONAS
- POR RETIRO DEL ASEGURADO PRINCIPAL EN EL SEGURO CONJUNTO, O DEJE DE PERTENECER AL GRUPO POR CUALQUIER OTRA CAUSA
- POR MUERTE O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO
- AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA SETENTA Y CINCO (75) AÑOS DE EDAD, O EN LA EDAD QUE DE MANERA PARTICULAR SE HAYA CONSIGNADO EN LA PÓLIZA PARA EL AMPARO BÁSICO.
- EN EL SEGURO DE VIDA DE GRUPO DEUDORES, ADEMÁS DE LAS ANTERIORES: (I) CUANDO LA OBLIGACIÓN SE EXTINGA ÍNTEGRAMENTE. (II) PARA AQUELLOS ASEGURADOS CONJUNTAMENTE POR UNA MISMA ACREENCIA, EN LA FECHA DEL FALLECIMIENTO O DE LA DECLARATORIA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DE UNO CUALQUIERA DE LOS ASEGURADOS RESPECTO DEL CUAL SE REALICE EL RIESGO CUBIERTO. (III) AL VENCIMIENTO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA EN QUE EL ASEGURADO CUMPLA OCHENTA Y CINCO (85) AÑOS DE EDAD, O EN LA EDAD QUE DE MANERA PARTICULAR SE HAYA CONSIGNADO EN LA PÓLIZA PARA EL AMPARO BÁSICO.

### **3.7. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL**

ES LA SUMA ACORDADA Y ACEPTADA EXPRESAMENTE POR AXA COLPATRIA, CONSIGNADA EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, EN LOS ANEXOS O EN LA RELACIÓN DE ASEGURADOS. EN EL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES ES EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, ENTENDIÉNDOSE COMO TAL EL CAPITAL NO PAGADO MÁS LOS INTERESES CORRIENTES

CALCULADOS HASTA LA FECHA DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO. EN EL EVENTO DE MORA EN LAS OBLIGACIONES SE COMPRENDERÁN ADEMÁS, LOS INTERESES MORATORIOS Y LAS PRIMAS DE ESTE SEGURO NO CANCELADAS POR EL DEUDOR.

### **3.8. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS**

PUEDE SER A TÍTULO GRATUITO O A TÍTULO ONEROSO. CUANDO SEA A TÍTULO GRATUITO, EL ASEGURADO LO PODRÁ CAMBIAR EN CUALQUIER MOMENTO, PERO TAL CAMBIO SURTIRÁ EFECTO A PARTIR DE LA FECHA DE NOTIFICACIÓN POR ESCRITO A AXA COLPATRIA.

SALVO EN EL CASO DE ACRECIMIENTO, CUANDO OCURRA EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO SIN QUE SE HAYA DESIGNADO BENEFICIARIO, O LA DESIGNACIÓN SE HICIERE INEFICAZ O QUEDARE SIN EFECTO POR CUALQUIER CAUSA, O FALLECIERE SIMULTÁNEAMENTE CON EL ASEGURADO O SE IGNORE CUÁL DE LOS DOS HA MUERTO PRIMERO, SERÁN BENEFICIARIOS; EL CÓNYUGE DE ASEGURADO EN LA MITAD DEL SEGURO Y LOS HEREDEROS DEL ASEGURADO EN LA OTRA MITAD DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1142 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

SI EL BENEFICIARIO ES A TÍTULO ONEROSO Y EL ASEGURADO MURIERE SIMULTÁNEAMENTE CON EL BENEFICIARIO O NO SE PUDIERE DETERMINAR CUÁL MURIÓ PRIMERO, SERÁN BENEFICIARIOS DEL SEGURO LOS HEREDEROS DEL BENEFICIARIO ONEROSO.

### **3.9. CALCULO DE LA PRIMA**

LA PRIMA PARA CADA ANUALIDAD SE CALCULARA TENIENDO EN CUENTA LA EDAD DE CADA ASEGURADO, SU ESTADO DE SALUD, LA SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL EN EL MOMENTO DE INGRESAR A ESTA PÓLIZA Y LA OCUPACIÓN INDIVIDUAL. PARA INGRESOS POSTERIORES A LA EXPEDICIÓN O RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA SE COBRARA LA PRIMA A PRORRATA, CON BASE EN LOS FACTORES ANTERIORES.

### **3.10 FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS**

LAS PRIMAS SON ANUALES, PERO PUEDEN SER PAGADAS EN FRACCIONES SEMESTRALES, TRIMESTRALES O MENSUALES, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LOS RECARGOS ESTABLECIDOS POR AXA COLPATRIA. EN EL SEGURO DE GRUPO DEUDORES EL FRACCIONAMIENTO SERÁ ACORDE CON LA AMORTIZACIÓN DE LA DEUDA Y NO HABRÁ LUGAR A RECARGO POR DICHO FRACCIONAMIENTO.

### **3.11. PLAZO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LA PRIMA**

EL PAGO DE LA PRIMA O DE LA PRIMERA CUOTA EN CASO DE FRACCIONAMIENTO, ES CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO. AXA COLPATRIA CONCEDE, SIN RECARGO DE INTERESES, UN PLAZO DE GRACIA DE UN MES CALENDARIO CONTADO

DESDE LA FECHA DE INICIO DE LA VIGENCIA O DESDE EL DÍA EN QUE DEBIÓ HACERSE EL PAGO DE LA PRIMA ATRASADA. DURANTE DICHO PLAZO SE CONSIDERARA EL SEGURO EN VIGOR Y POR CONSIGUIENTE, SI OCURRE ALGÚN SINIESTRO AXA COLPATRIA TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE PAGAR EL VALOR ASEGURADO CORRESPONDIENTE, PREVIA DEDUCCIÓN DE LAS PRIMAS O FRACCIONES CAUSADAS Y PENDIENTES DE PAGO POR PARTE DEL TOMADOR HASTA COMPLETAR LA ANUALIDAD RESPECTIVA. EL NO PAGO DE LA PRIMA DURANTE EL PLAZO DE GRACIA PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL SEGURO.

### **3.12 DECLARACION INEXACTA O RETICENTE**

EL TOMADOR Y LOS ASEGURADOS INDIVIDUALMENTE CONSIDERADOS ESTÁN OBLIGADOS A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINAN SU ESTADO AL MOMENTO DE CONTRATAR EL SEGURO. LA OMISIÓN O LA INEXACTITUD EN LAS DECLARACIONES HECHAS A AXA COLPATRIA DARÁN LUGAR A LAS SANCIONES PREVISTAS EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

### **3.13. MODIFICACIONES EN LA ACTIVIDAD LABORAL O PROFESIONAL**

EL TOMADOR O EL ASEGURADO, SEGÚN EL CASO, ESTÁN OBLIGADOS A NOTIFICAR POR ESCRITO A **AXA COLPATRIA** LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS DEPENDIENTES DE SU VOLUNTAD QUE SOBREVENGAN CON POSTERIORIDAD A LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO Y QUE SIGNIFIQUEN AGRAVACIÓN DEL RIESGO PROFESIONAL Y EN ESPECIAL CUALQUIER MODIFICACIÓN EN SU ACTIVIDAD LABORAL, OCUPACIÓN O PROFESIÓN.

LA NOTIFICACIÓN SE HARÁ CON ANTELACIÓN NO MENOR DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES A LA FECHA DE LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO.

NOTIFICADA LA MODIFICACIÓN DEL RIESGO EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS **AXA COLPATRIA** PODRÁ REVOCAR LOS AMPAROS ADICIONALES DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O EXIGIR EL REAJUSTE A QUE HAYA LUGAR EN EL VALOR DE LA PRIMA.

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN OPORTUNA PRODUCE LA TERMINACIÓN DE LOS CITADOS AMPAROS. PERO SOLO LA MALA FE DEL ASEGURADO O DEL TOMADOR DARÁ DERECHO A **AXA COLPATRIA** PARA RETENER LA PRIMA NO DEVENGADA.

### **3.14 IRREDUCTIBILIDAD**

TRANSCURRIDOS DOS (2) AÑOS EN VIDA DEL ASEGURADO, DESDE LA FECHA DEL PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO, EL VALOR DEL SEGURO NO PODRÁ SER REDUCIDO POR CAUSA DEL ERROR EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, SIN PERJUICIO DE LO ESTABLECIDO EN LA CONDICIÓN 3.12 DEL CAPÍTULO III DE ESA PÓLIZA.

### **3.15 INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD**

SI RESPECTO A LA EDAD DEL ASEGURADO SE COMPROBARE INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, SE APLICARAN LAS SIGUIENTES NORMAS:

A.- SI LA EDAD VERDADERA ESTA FUERA DE LOS LIMITES AUTORIZADOS POR LA TARIFA DE **AXA COLPATRIA**, EL CONTRATO QUEDARA SUJETO A LA SANCIÓN DE NULIDAD PREVISTA EN LOS ARTÍCULOS 1058 Y 1158 DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y CONDICIÓN 3.12 DEL CAPÍTULO III DE ESTA PÓLIZA.

B. SI ES MAYOR QUE LA DECLARADA, EL SEGURO SE REDUCIRÁ EN LA PROPORCIÓN NECESARIA PARA QUE SU VALOR GUARDE RELACIÓN MATEMÁTICA CON LA PRIMA ANUAL PERCIBIDA POR **AXA COLPATRIA**, Y SI ES MENOR, EL VALOR DEL SEGURO SE AUMENTARA EN LA MISMA PROPORCIÓN. ESTE LITERAL NO SE APLICA CUANDO LA PRIMA SE ESTABLEZCA CON BASE EN EL SISTEMA DE TASAS PROMEDIO O SE UTILICE LA TARIFA PARA ASEGURADOS DE EDAD DESCONOCIDA QUE PARA ESTE EFECTO SERÁ DE 40 AÑOS.

### **3.16 CONVERTIBILIDAD**

SALVO EN EL SEGURO GRUPO DEUDORES, LOS ASEGURADOS MENORES DE SETENTA (70) AÑOS, QUE SE SEPALEN DEL GRUPO ASEGURADO, DESPUÉS DE PERMANECER EN EL POR LO MENOS DURANTE UN AÑO CONTINUO, TENDRÁN DERECHO A SER ASEGURADOS SIN REQUISITOS MÉDICOS O DE ASEGURABILIDAD, HASTA POR UNA SUMA IGUAL A LA QUE TENGAN BAJO LA PÓLIZA DE GRUPO, PERO SIN AMPAROS ADICIONALES, EN CUALQUIERA DE LOS PLANES DE SEGURO INDIVIDUAL AUTORIZADOS A AXA COLPATIRA Y CON EXCEPCIÓN DE LOS PLANES TEMPORALES Y CRECIENTES, SIEMPRE Y CUANDO LOS SOLICITE DENTRO DE LOS TREINTA (30) DIAS CALENDARIO SIGUIENTES CONTADOS A PARTIR DE SU RETIRO DEL GRUPO. EL SEGURO INDIVIDUAL SE EMITIRÁ DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES DEL RESPECTIVO PLAN Y CONFORME A LA TARIFA APLICABLE A LA EDAD ALCANZADA POR EL ASEGURADO Y A SU OCUPACIÓN EN LA FECHA DE LA SOLICITUD. EN CASO DE HABERSE ACEPTADO BAJO LA PÓLIZA COMO RIESGO SUBNORMAL, SE EXPEDIRÁ LA PÓLIZA INDIVIDUAL CON LA CLASIFICACIÓN IMPUESTA BAJO LA PÓLIZA DE GRUPO Y LA EXTRA PRIMA QUE CORRESPONDA AL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL.

SI EL ASEGURADO FALLECE DENTRO DEL PLAZO PARA SOLICITA LA PÓLIZA INDIVIDUAL, CONFORME A LO DISPUESTO EN EL PÁRRAFO ANTERIOR, SIN QUE ELLA SE HUBIERE EXPEDIDO (MEDIE O NO SOLICITUD O PAGO DE PRIMA) SUS BENEFICIARIOS TENDRÁN DERECHO A LA PRESENTACIÓN ASEGURADA BAJO LA PÓLIZA INDIVIDUAL, CASO EN EL CUAL SE DEDUCIRÁ DE LA INDEMNIZACIÓN EL VALOR DE LA PRIMA ANUAL CORRESPONDIENTE A ESTA PÓLIZA.

### **3.17 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO**

#### **3.17.1 AVISO DEL SINIESTRO**

EL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO, SEGÚN EL CASO, TIENE LA OBLIGACIÓN DE DAR AVISO A AXA COLPATRIA DE TODA LESIÓN, PERDIDA O MUERTE QUE PUEDA DAR ORIGEN A UNA RECLAMACIÓN COMPRENDIDA EN LOS

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

### **3.17.2 FORMALIZACION DEL RECLAMO**

EL ASEGURADO, TOMADOR O BENEFICIARIO, SEGÚN EL CASO, DEBERÁ ACREDITAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO MEDIANTE LOS DOCUMENTOS PROBATORIOS IDÓNEOS [A CONTINUACION RELACIONADOS:](#)

#### **A.- EN CASO DE MUERTE**

- FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANÍA DEL FALLECIDO
- REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO
- REGISTRO DE DEFUNCIÓN, EN EL QUE CONSTE LA CAUSA DEL DECESO
- COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL ASEGURADO
- DOCUMENTOS QUE ACREDITEN LA CALIDAD DE LOS BENEFICIARIOS
- COPIA DEL ACTA DE LEVANTAMIENTO DEL CADÁVER Y COPIA DEL PROTOCOLO DE NECROPSIA, EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL.

#### **B.- EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE E INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN.**

- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE CIUDADANÍA DEL ASEGURADO
- CERTIFICADO MÉDICO SOBRE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
- COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA
- EN CASO DE DESMEMBRACIÓN CERTIFICADO MÉDICO QUE ACREDITE LA PERDIDA

#### **C.- EN CASO DE ENFERMEDADES GRAVES**

- FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANÍA DEL ASEGURADO
- CERTIFICADO MÉDICO QUE ACREDITE LA ENFERMEDAD GRAVE
- COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

#### **D.- EN CASO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y/O UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO**

- FOTOCOPIA DE LA CEDULA DE CIUDADANÍA DEL ASEGURADO
- COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA
- CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD HOSPITALARIA QUE ACREDITE LOS DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN Y/O UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO.

**PARAGRAFO:** EL TOMADOR Y/O LOS BENEFICIARIOS DEBERÁN HACER TODO LO QUE ESTE A SU ALCANCE PARA PERMITIR A **AXA COLPATRIA** LA INVESTIGACIÓN DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL SINIESTRO. EN CASO DE INCUMPLIMIENTO DE ESTAS OBLIGACIONES **AXA COLPATRIA** PODRÁ DEDUCIR DE LA INDEMNIZACIÓN EL VALOR DE LOS PERJUICIOS QUE LE CAUSE DICHO INCUMPLIMIENTO.

AXA COLPATRIA SE RESERVA EL DERECHO A COMPROBAR LA VERACIDAD Y EXACTITUD DE TALES PRUEBAS; IGUALMENTE QUEDA FACULTADA PARA



EFFECTUAR LA EVALUACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE CUANDO LO CONSIDERE PERTINENTE.

### **3.18 PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

AXA COLPATRIA, PAGARÁ POR CONDUCTO DEL TOMADOR A LOS BENEFICIARIOS O DIRECTAMENTE A ESTOS, LA INDEMNIZACIÓN A QUE ESTE OBLIGADA POR ESTE SEGURO, DENTRO DEL TÉRMINO LEGAL DE UN MES, CONTADO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO DE ACUERDO AL ART 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

EN EL CASO DEL SEGURO GRUPO DEUDORES, CUANDO EL VALOR DE LA DEUDA A LA CUAL SE VINCULA EL SEGURO SE EXPRESE EN UNIDADES DE VALOR REAL UVR, LA INDEMNIZACIÓN SERÁ CALCULADA CON BASE EN LA CANTIDAD DE LAS ALUDIDAS UNIDADES ADEUDADAS EN LA FECHA DEL FALLECIMIENTO, LIQUIDADA A LA COTIZACIÓN DEL DÍA EN EL CUAL SE EFECTÚE EL PAGO. SI LA INDEMNIZACIÓN TUVIESE COMO CAUSA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, SE TENDRÁ COMO SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA AQUEL QUE SE REGISTRE EN LA FECHA DE CALIFICACIÓN DE LA INCAPACIDAD, SIEMPRE QUE AXA COLPATRIA HAYA ACEPTADO DICHA DECLARATORIA.

### **3.19 PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN**

AXA COLPATRIA ESTÁ EXONERADA DE TODA RESPONSABILIDAD Y EL TOMADOR ASEGURADO O BENEFICIARIO, EN SU CASO, PIERDEN TODO DERECHO PROCEDENTE DEL PRESTEN SEGURO, CUANDO LA RECLAMACIÓN PRESENTADA FUERE DE CUALQUIER MANERA FRAUDULENTO O SI EN APOYO DE ELLA SE HICIEREN O UTILIZAREN DECLARACIONES FALSAS O SE EMPLEAREN OTROS MEDIOS O DOCUMENTOS ENGAÑOSOS O DOLOSOS.

### **3.20 RENOVACIÓN DEL SEGURO**

ES RENOVABLE A VOLUNTAD DE LAS PARTES CONTRATANTES. SI LAS PARTES CON UNA ANTICIPACIÓN NO MENOR DE UN (1) MES A LA FECHA DE SU VENCIMIENTO O DE QUINCE (15) DÍAS CALENDARIO SI LA VIGENCIA ES MENSUAL, NO MANIFESTAREN LO CONTRARIO, EL SEGURO SE ENTENDERÁ RENOVADO EN IGUALDAD DE CONDICIONES POR UN PERIODO IGUAL AL PACTADO, SIN PERJUICIO DE LO ESTABLECIDO EN LA CONDICIÓN 3.2. "EIDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA" DE ESTA PÓLIZA Y 3.11 "PLAZO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LA PRIMA"

### **3.21 CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO**

CUANDO SE PACTE EXPRESAMENTE AXA COLPATRIA O EL TOMADOR CUANDO SEA AUTORIZADO PARA ELLO, EXPEDIRÁ PARA CADA ASEGURADO UN CERTIFICADO INDIVIDUAL EN APLICACIÓN A ESTE SEGURO. EN CASO DE CAMBIO DE BENEFICIARIO O DE VALOR ASEGURADO, SE EXPEDIRÁ UN NUEVO CERTIFICADO QUE REEMPLAZARÁ AL ANTERIOR.

### **3.22 REVOCACIÓN UNILATERAL**

EL PRESENTE SEGURO Y SUS AMPAROS ADICIONALES PODRÁN SER REVOCADOS POR EL TOMADOR EN CUALQUIER MOMENTO, MEDIANTE AVISO ESCRITO DADO A AXA COLPATRIA. EL IMPORTE DE LA PRIMA DEVENGADA Y LA DE DEVOLUCIÓN S CALCULARA A PRORRATA.

TRATÁNDOSE DE LOS AMPAROS ADICIONALES, AXA COLPATRIA PODRÁ REVOCARLO MEDIANTE AVISO ESCRITO AL TOMADOR ENVIANDO A SU ULTIMA DIRECCIÓN CONOCIDA, CON NO MENOS DE DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DE ANTELACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO. EN ESTE CASO AXA COLPATRIA DEVOLVERÁ LA PARTE PROPORCIONAL DE LA PRIMA NO DEVENGADA DESDE LA FECHA DE LA REVOCACIÓN.

**PARÁGRAFO:** SI POR CUALQUIER CIRCUNSTANCIA AXA COLPATRIA RECIBIERE SUMA ALGUNA DE DINERO, DESPUÉS DE LA FECHA DE REVOCACIÓN, NO HARÁ PERDER LOS EFECTOS A DICHA REVOCACIÓN. EN CONSECUENCIA, CUALQUIER PAGO POSTERIOR SERÁ DEVUELTO.

### **3.23 NORMAS PARA LA APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN**

LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN ESTE CONTRATO DE SEGURO SE REGIRÁN POR LAS LEYES VIGENTES DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA QUE LE SEAN APLICABLES.

### **3.24 DOMICILIO**

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

### **3.25 NOTIFICACIONES**

CUALQUIER DECLARACIÓN QUE DEBAN HACER LAS PARTES PARA LA EJECUCION DE LAS ESTIPULACIONES ANTERIORES, DEBERÁ CONSIGNARSE POR ESCRITO, SIN PERJUICIO DE LO ESTABLECIDO EN LA CONDICIÓN 3.17.1, PARA EL AVISO DEL SINIESTRO Y SERÁ PRUEBA SUFICIENTE DE LA NOTIFICACIÓN, LA CONSTANCIA DEL ENVÍO POR CORRO RECOMENDADO O CERTIFICADO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA POR LAS PARTES. PARA ESTE EFECTO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA SE INDICA LA DIRECCIÓN DE AXA COLPATRIA PARA LA NOTIFICACIÓN





**SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

**CERTIFICA**

Que al afiliado (a) cotizante **LOPERA BOLIVAR GLORIA AMPARO**, identificado (a) con documento de identidad C.C. 42763991, se le han expedido de forma continua incapacidades por enfermedad general.

Nail*	F. Inicio	F. Fin	Días	Acu	Liquidación	Dx
23748	03/10/2003	03/10/2003	1	1	\$0	G432
304232769	04/09/2004	04/09/2004	1	1	\$0	
304580312	06/28/2004	07/01/2004	4	4	\$42,026	M542
304965330	09/15/2004	09/25/2004	11	11	\$276,800	M432
305659870	02/01/2005	02/05/2005	5	5	\$68,569	G560
306384024	06/15/2005	06/19/2005	5	5	\$70,480	G551
308849766	07/08/2006	07/10/2006	3	3	\$0	G439
310720555	03/10/2007	03/12/2007	3	3	\$0	S602
313005234	10/19/2007	10/22/2007	4	4	\$35,876	
P1559343	05/26/2008	05/27/2008	2	2	\$0	F41
P1912529	02/12/2009	02/19/2009	8	8	\$205,222	M54.4
P2132615	07/14/2009	07/17/2009	4	4	\$43,244	M54.2
P2313493	10/29/2009	11/01/2009	4	4	\$41,558	J00X
P2384572	12/14/2009	12/15/2009	2	2	\$0	M54.2
P2389217	12/16/2009	12/20/2009	5	7	\$171,386	M54.2
P2410423	01/01/2010	01/02/2010	2	2	\$0	J04.0
P2488342	02/19/2010	03/05/2010	15	15	\$541,360	M99.4
P2512746	03/06/2010	03/15/2010	10	25	\$438,689	M99.4
P2531269	03/16/2010	03/19/2010	4	29	\$175,475	M99.4
P2821189	08/23/2010	08/27/2010	5	5	\$90,493	M54.5

Nail*	F. Inicio	F. Fin	Días	Acu	Liquidación	Dx
P2991196	11/25/2010	12/02/2010	8	8	\$219,122	M54.5
P3003285	12/03/2010	12/09/2010	7	15	\$306,771	M54.5
P3014462	12/10/2010	12/14/2010	5	20	\$219,122	M54.5
P3100860	02/05/2011	02/07/2011	3	3	\$0	M54.1
P3112550	02/14/2011	02/15/2011	2	5	\$80,760	M54.2
P3222936	04/20/2011	04/20/2011	1	1	\$0	L50.8
P3244893	05/05/2011	05/07/2011	3	4	\$38,958	L50.8
P3299036	06/02/2011	06/04/2011	3	3	\$0	M54.5
P3422556	08/10/2011	08/12/2011	3	3	\$0	J01.9
P3656306	12/12/2011	12/14/2011	3	3	\$0	M79.6
P3673611	12/21/2011	12/22/2011	2	2	\$0	J04.0
P3800223	02/27/2012	02/28/2012	2	2	\$0	M54.5
P3983439	06/06/2012	06/07/2012	2	2	\$0	J04.0
P4030963	07/04/2012	07/06/2012	3	3	\$0	N23X
P4038670	07/09/2012	07/11/2012	3	6	\$122,073	N39.0
P4056152	07/18/2012	07/19/2012	2	8	\$81,382	N39.0
P4198198	10/05/2012	10/07/2012	3	3	\$0	N39.0
P4208972	10/12/2012	10/13/2012	2	2	\$0	M54.2
P4383344	01/24/2013	01/26/2013	3	3	\$0	N20.0
P4418024	02/14/2013	02/15/2013	2	2	\$0	M54.2
P4486782	03/20/2013	03/26/2013	7	7	\$162,764	N23X
P4713744	07/26/2013	08/02/2013	8	8	\$209,788	H20.0
P4725524	08/03/2013	08/07/2013	5	5	\$83,915	N63
P4756516	08/23/2013	08/24/2013	2	10	\$83,915	H20.0
P4827357	10/03/2013	10/03/2013	1	1	\$0	H20.0
P4883782	11/06/2013	11/08/2013	3	3	\$0	S40.0
P4934072	12/05/2013	12/12/2013	8	8	\$209,788	F33.2
P5043396	02/13/2014	02/15/2014	3	3	\$43,718	M77.9



Nail*	F. Inicio	F. Fin	Días	Acu	Liquidación	Dx
P5129990	04/05/2014	04/05/2014	1	1	\$0	T78.4
P5244467	06/09/2014	06/10/2014	2	2	\$0	R10.4
P5256516	06/13/2014	06/22/2014	10	12	\$453,712	R10.4
P5271530	06/25/2014	06/29/2014	5	17	\$226,856	R10.3
P5410335	09/06/2014	09/08/2014	3	3	\$43,224	S80.0
P5570657	11/24/2014	11/28/2014	5	5	\$129,673	M51.1
P5640539	12/30/2014	01/08/2015	10	10	\$345,795	M51.1
P5657749	01/09/2015	02/07/2015	30	40	\$1,296,731	M51.1
P5717295	02/08/2015	02/11/2015	4	44	\$172,898	M51.1
P5803911	03/12/2015	04/10/2015	30	74	\$1,296,731	M51.1
P5830197	04/11/2015	04/25/2015	15	89	\$648,366	M51.1
P5857768	04/26/2015	05/10/2015	15	104	\$497,058	M51.1
P5904788	05/25/2015	06/08/2015	15	119	\$486,250	M51.1
P5962737	06/26/2015	06/28/2015	3	122	\$97,250	M51.1
P6056774	08/21/2015	08/22/2015	2	2	\$0	M25.5
P6112081	09/18/2015	09/19/2015	2	2	\$0	S05
P6167974	10/15/2015	10/24/2015	10	10	\$0	M54.1
P6189237	10/26/2015	11/01/2015	7	17	\$0	M54.5
P6310463	12/24/2015	01/07/2016	15	15	\$0	M51.1
P6353010	01/21/2016	01/22/2016	2	2	\$0	N23X
P6383155	02/04/2016	02/07/2016	4	4	\$0	S30.0
P6420159	02/23/2016	02/24/2016	2	2	\$0	T65.9
P6631575	06/23/2016	06/25/2016	3	3	\$48,758	M54.4
P6663523	07/13/2016	07/22/2016	10	10	\$0	G83.4
P6916370	12/16/2016	12/25/2016	10	10	\$390,064	G99.2*
P6935869	12/29/2016	01/27/2017	30	30	\$1,365,224	G99.2*
P7000123	02/13/2017	02/17/2017	5	5	\$147,474	B34.9
P7007811	02/20/2017	02/22/2017	3	3	\$49,158	J22

Nail*	F. Inicio	F. Fin	Días	Acu	Liquidación	Dx
P7173428	06/16/2017	06/30/2017	15	15	\$676,579	M51.1
P7208859	07/01/2017	07/30/2017	30	45	\$1,561,335	M51.1
P7252746	07/31/2017	08/29/2017	30	75	\$1,561,335	M51.1
P7362469	10/20/2017	10/22/2017	3	3	\$52,045	R51
P7458327	12/19/2017	01/17/2018	30	30	\$1,457,246	M51.1
P7942796	03/06/2018	03/10/2018	5	5	\$160,968	M51.1
P7764865	04/24/2018	04/28/2018	5	5	\$162,519	M51.1
P7727017	05/29/2018	06/12/2018	15	15	\$704,251	M51.1
P7887931	06/18/2018	06/19/2018	2	2	\$0	H35.9
P8364663	10/02/2018	10/31/2018	30	30	\$0	M51.1
P8364704	02/08/2019	02/11/2019	4	4	\$0	M51.1
P8364720	02/12/2019	03/13/2019	30	34	\$0	M51.1
P8364729	03/14/2019	03/23/2019	10	44	\$0	M51.1
P8364744	03/24/2019	04/02/2019	10	54	\$0	M51.1
P8364763	04/03/2019	04/12/2019	10	64	\$0	M51.1
P8364796	04/13/2019	04/22/2019	10	74	\$0	M51.1
P8364807	04/23/2019	05/02/2019	10	84	\$0	M51.1
P8654855	05/03/2019	05/12/2019	10	94	\$0	M51.1
P8600387	05/13/2019	05/13/2019	1	95	\$0	M51.1
P8654942	05/17/2019	05/29/2019	13	108	\$0	M51.1
P8655057	05/30/2019	06/08/2019	10	118	\$0	M51.1
P8903248	06/09/2019	06/09/2019	1	119	\$0	M51.1
P8655105	06/10/2019	06/19/2019	10	129	\$0	M51.1
P8385020	06/20/2019	07/04/2019	15	144	\$0	M51.1
P8655126	07/05/2019	08/03/2019	30	174	\$0	M51.1
P8655142	08/04/2019	08/13/2019	10	184	\$0	M51.1
P8655157	08/14/2019	09/11/2019	29	213	\$0	M51.1
P8903372	09/12/2019	09/16/2019	5	218	\$0	M51.1

P8903380	09/17/2019	09/26/2019	10	228	\$0	M51.1
P8903386	09/27/2019	10/06/2019	10	238	\$0	M51.1
P8903392	10/07/2019	10/16/2019	10	248	\$0	M51.1
P8903399	10/17/2019	10/25/2019	9	257	\$0	M51.1
P8903404	10/26/2019	11/03/2019	9	266	\$0	M51.1
P8898116	11/28/2019	11/29/2019	2	2	\$0	G43.8
P9008589	12/09/2019	12/23/2019	15	281	\$0	M51.1
P9007114	01/30/2020	01/31/2020	2	2	\$0	
P9175388	02/08/2020	02/12/2020	5	5	\$0	M51.1

La presente certificación se expide a los (04) días del mes de Noviembre de 2020.

Cordialmente,



**ELVIA YOLIMA RODRIGUEZ BARANZA**  
Subdirección Nacional de Prestaciones Económicas  
Salud Total EPS-S. SA

Bogotá 28 de octubre de 2019

Señora  
**GLORIA AMPARO LOPERA BOLIVAR**  
 Calle 53 No. 52-34 APTO 301  
 TEL 2815942-3004755390  
 Itagüí

**REFERENCIA:** **SINIESTRO: 16994/2019 OBLIGACION No. 011684352-00**  
**TOMADOR: BANCO ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.**  
**ASEGURADO (A): GLORIA AMPARO LOPERA BOLIVAR**

Respetada señora:

Con toda atención damos respuesta a su solicitud de pago de indemnización, presentada a esta Aseguradora, en calidad de reclamante de la prestación derivada del contrato de Seguro de Vida Grupo Deudor por la eventual afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente, a cuyo propósito le manifestamos lo siguiente:

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A expidió la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudor a favor del BANCO ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A con el fin de asegurar a los deudores de créditos de dicha entidad en caso de Muerte o Incapacidad Total y Permanente, la cual, para el caso en comento, fue expedida a nombre del asegurado de la referencia, como condición de otorgamiento del crédito 011684352-00, el cual fue desembolsado el pasado 10 de agosto de 2018.

De la documentación aportada en su solicitud entre otros, copia del dictamen de determinación de origen y/o perdida de capacidad laboral y ocupacional emitido por Hospital San Vicente Fundación, se pueden evidenciar los siguientes antecedentes médicos:

Fecha	Antecedente medico
01/03/2016	Neurocirugía: hace 6 años por dolor raquídeo crónico que lo relaciona con accidente laboral, pero en la resonancia cervical lumbar solo se vio espondilosis. En septiembre de 2015 se cae de la moto sentada con aumento de la lumbalgia que ya tenía de años atrás, dolor en todo el raquis desde cervical con perdida de la fuerza en extremidades derechas, dice que no puede volver a hacer nada por que le duele.
28/12/2016	Resonancia magnética de columna lumbosacra: cambios osteocondroticos y osteoartrosicos facetarios en L5S1 protrusión en base amplia central izquierda, subarticular y parcialmente foraminal que genera minima disminución de foramen de emergencia radicular izquierdo en vecindad a la raíz descendente S1 sin efecto compresivo. En L4L5 existe protrusión extraforaminal izquierda y abombamiento discal que general incipiente disminución de la amplitud de los forámenes de emergencia radicular de predominio izquierdo sin efecto compresivo. En L3L4 existe abombamiento discal asimétrico izquierdo que general incipiente disminución de la amplitud de los foramen de emergencia radicular izquierdo
29/05/2018	Neurocirugía: Post operatorio de hernia discal lumbar L5S1 izquierda con mejoría notable del dolor por 10 meses, ahora lleva cuadro de L5-20 días de evolución de dolor lumbar axial que se irradia hacia la ingle, refiere de la intensidad de dolor empeora con la sedestación esto inicia después de estar agachada por largo rato además hay dolor radicular derecho hasta el talo izquierdo.
20/07/2018	Resonancia magnética columna lumbar. Cambios post quirúrgicos de la columna lumbar a la altura de L5 en el lado izquierdo secundario a hemilaminectomia, protrusión foraminal izquierda L5S1 contactando la raíz emergente de L5 izquierda en la porción foraminal

Ahora bien, confrontado el tiempo de evolución de los antecedentes médicos que aparecen registrados en el historial clínico, se establece que cuando usted, solicitó el seguro y diligenció el formato de declaración de estado de salud, expedido en aplicación a la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudor, crédito No. 011684352-00, ya presentaba los antecedentes médicos descritos.

No obstante su estado de salud, omitió comunicar dichos antecedentes médicos en el momento de diligenciar y firmar la Declaración de Asegurabilidad, donde expresó no padecer ningún tipo de enfermedad y tener un estado de salud normal, conforme a la siguiente declaración, cuyo texto, a continuación transcribimos:

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia • [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co)

**Línea Integral de Atención al Cliente:**

Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 01 8000 512620 para el resto del país. • [servicioalcliente@axacolpatria.co](mailto:servicioalcliente@axacolpatria.co)

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en la Calle 12 B No. 9-33 Oficina 311, Bogotá D.C., Teléfono: (57-1) 337 4881 Celular: (57) 313 499 8023, [defensoria@consuelorodriguezvalero.com](mailto:defensoria@consuelorodriguezvalero.com)

**"(...) DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

1. Declaro que a la fecha me encuentro en buen estado de salud, exento de cualquier impedimento físico o mental y no he padecido ni se me ha diagnosticado ni tengo síntomas ni he sido tratado por enfermedad cardiovascular, cerebro vascular, pulmonar, renal, gastrointestinal, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, SIDA o VIH o cualquier enfermedad preexistente, ni en general grave, ni crónica, psíquica o nerviosa. Ni me encuentro en estudio médico por ninguna de estas afecciones al estado de salud. "Marco casilla (SI)"
2. Declaro que tanto mis actividades y ocupaciones como mi trabajo han sido y son lícitas y las he ejercido y ejerzo dentro de los marcos legales. No he sido sindicado ni condenado por la justicia penal. Y no he recibido amenazas contra mi vida e integridad. "Marco casilla (SI)"
3. Declaro que no he estado o estoy en un proceso de calificación laboral ante alguna entidad calificadora competente a tener una discapacidad. "Marco casilla (SI)" (...)
5. Autorizo a la aseguradora que designen LAS SOCIEDADES para consultar en las bases de datos de los seguros de personas, lo relativo, a los riesgos agravados y a las indemnizaciones. "Marco casilla (SI)"
6. Autorizo a la aseguradora que designen LAS SOCIEDADES para solicitar en cualquier momento y de cualquier medico u otro profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar para suministrar a las aseguradoras las historias clínicas y demás información sobre el estado de mi salud. Lo anterior para los efectos exigidos legalmente. "Marco casilla (SI)"

Si cualquiera de estas preguntas ha tenido "NO" como respuesta. El solicitante deberá ser evaluado por la aseguradora. Hasta tanto la aseguradora no haya dado su aprobación, el solicitante (CLIENTE) no podrá ingresar a la póliza.

**Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio).**

(La negrilla y el subrayado es nuestro)

Por otra parte, y en adición a lo anterior, esta Aseguradora le informa que el amparo reclamado no puede ser objeto de afectación, como quiera que las Exclusiones contenidas en las cláusulas particulares aplicables para el amparo de Incapacidad Total y Permanente, indican claramente:

**"EXCLUSIONES**

Axa Colpatria quedará liberada de toda responsabilidad bajo el presente contrato de seguro cuando el siniestro se presente como consecuencia directa o indirecta de:

**(...) EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS**

**Cuando el asegurado con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o al inicio de la vigencia de los amparos respecto de cada asegurado, sufra y le haya sido diagnosticada cualquiera de las siguientes enfermedades: cáncer, insuficiencia renal crónica, infección por VIH, SIDA, leucemia, linfoma, diabetes, hipertensión, y/o cualquier otra enfermedad considerada como grave o crónica, salvo que Axa Colpatria previo estudio acepte cubrir tales enfermedades en condiciones especiales.**

(La negrilla y el subrayado es nuestro)

Así las cosas, considerando que del análisis de la documentación antes mencionada, se establece que usted, no declaro su verdadero estado de salud al momento de solicitar el seguro, la Compañía lamenta informarle que niega el pago de la indemnización requerida y procede a objetar formalmente su solicitud de indemnización con base en las circunstancias descritas, con fundamento en la cláusula de Declaración de Asegurabilidad, condiciones particulares del contrato de seguro y en los Artículos del Código de Comercio anteriormente citados.

Con Copia: ITAÚ CORREDOR DE SEGUROS S.A.

Cordialmente



NANCY STELLA GONZALEZ ZAPATA  
LIDER GESTIÓN DE SINIESTROS

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia • [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co)

**Línea Integral de Atención al Cliente:**

Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 01 8000 512620 para el resto del país. • [servicioalcliente@axacolpatria.co](mailto:servicioalcliente@axacolpatria.co)

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en la Calle 12 B No. 9-33 Oficina 311, Bogotá D.C., Teléfono: (57-1) 337 4881  
Celular: (57) 313 499 8023, [defensoria@consuelorodriguezvalero.com](mailto:defensoria@consuelorodriguezvalero.com)



CD: STRO-19-000020984

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia • [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co)

**Línea Integral de Atención al Cliente:**

Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 01 8000 512620 para el resto del país. • [servicioalcliente@axacolpatria.co](mailto:servicioalcliente@axacolpatria.co)

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en la Calle 12 B No. 9-33 Oficina 311, Bogotá D.C., Teléfono: (57-1) 337 4881  
Celular: (57) 313 499 8023, [defensoria@consuelorodriguezvalero.com](mailto:defensoria@consuelorodriguezvalero.com)





Bogotá 02 de julio de 2020

Señora  
**GLORIA AMPARO LOPERA BOLIVAR**  
Jairo\_mr93@hotmail.com  
Envigado – Antioquia

**REFERENCIA:** SINIESTRO: 16994/2019 OBLIGACION No. 011684352-00  
TOMADOR: BANCO ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.  
ASEGURADO (A): GLORIA AMPARO LOPERA BOLIVAR

Respetada señora:

Con toda atención damos respuesta a su comunicación trasladada a esta Aseguradora, mediante el cual manifiesta su inconformismo por la respuesta emitida por esta Aseguradora a la reclamación presentada por la eventual afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente, a cuyo propósito le manifestamos lo siguiente:

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A expidió la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudor a favor del BANCO ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A con el fin de asegurar a los deudores de créditos de dicha entidad en caso de Muerte o Incapacidad Total y Permanente, la cual, para el caso en comento, fue expedida a nombre del asegurado de la referencia, como condición de otorgamiento del crédito 011684352-00, el cual fue desembolsado el pasado 10 de agosto de 2018.

Tal como se lo manifestamos en nuestra comunicación de fecha 28 de octubre de 2019; de la documentación aportada en su solicitud entre otros, copia del dictamen de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional emitido por Hospital San Vicente Fundación, se pueden evidenciar los siguientes antecedentes médicos:

Fecha	Antecedente medico
01/03/2016	Neurocirugía: hace 6 años por dolor raquídeo crónico que lo relaciona con accidente laboral, pero en la resonancia cervical lumbar solo se vio espondilosis. En septiembre de 2015 se cae de la moto sentada con aumento de la lumbalgia que ya tenía de años atrás, dolor en todo el raquis desde cervical con pérdida de la fuerza en extremidades derechas, dice que no puede volver a hacer nada por que le duele.
28/12/2016	Resonancia magnética de columna lumbosacra: cambios osteocondroticos y osteoartrosicos facetarios en L5S1 protrusión en base amplia central izquierda, subarticular y parcialmente foraminal que genera minina disminución de foramen de emergencia radicular izquierdo en vecindad a la raíz descendente S1 sin efecto compresivo. En L4L5 existe protrusión extraforaminal izquierda y abombamiento discal que general incipiente disminución de la amplitud de los forámenes de emergencia radicular de predominio izquierdo sin efecto compresivo. En L3L4 existe abombamiento discal asimétrico izquierdo que general incipiente disminución de la amplitud de los forámenes de emergencia radicular izquierdo

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia • [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co)

**Línea Integral de Atención al Cliente:**

Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 01 8000 512620 para el resto del país. • [servicioalcliente@axacolpatria.co](mailto:servicioalcliente@axacolpatria.co)

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en la Calle 12 B No. 9-33 Oficina 311, Bogotá D.C., Teléfono: (57-1) 337 4881

Celular: (57) 313 499 8023, [defensoria@consuelorodriguezvalero.com](mailto:defensoria@consuelorodriguezvalero.com)

29/05/2018	Neurocirugía: Post operatorio de hernia discal lumbar L5S1 izquierda con mejoría notable del dolor por 10 meses, ahora lleva cuadro de L5-20 días de evolución de dolor lumbar axial que se irradia hacia la ingle, refiere de la intensidad de dolor empeora con la sedestación esto inicia después de estar agachada por largo rato además hay dolor radicular derecho hasta el talo izquierdo.
20/07/2018	Resonancia magnética columna lumbar. Cambios post quirúrgicos de la columna lumbar a la altura de L5 en el lado izquierdo secundario a hemilaminectomía, protrusión foraminal izquierda L5S1 contactando la raíz emergente de L5 izquierda en la porción foraminal

Ahora bien, confrontado el tiempo de evolución de los antecedentes médicos que aparecen registrados en el historial clínico, se establece que cuando usted, solicitó el seguro y diligenció el formato de declaración de estado de salud, expedido en aplicación a la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudor, crédito No. 011684352-00, ya presentaba los antecedentes médicos descritos.

No obstante, su estado de salud omitió comunicar dichos antecedentes médicos en el momento de diligenciar y firmar la Declaración de Asegurabilidad, donde expresó no padecer ningún tipo de enfermedad y tener un estado de salud normal, conforme a la siguiente declaración, cuyo texto, a continuación, transcribimos:

**“(…) DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

1. Declaro que **a la fecha me encuentro en buen estado de salud, exento de cualquier impedimento físico o mental y no he padecido ni se me ha diagnosticado ni tengo síntomas ni he sido tratado por enfermedad** cardiovascular, cerebro vascular, pulmonar, renal, gastrointestinal, hipertensión arterial, **cáncer**, diabetes, SIDA o VIH o **cualquier enfermedad preexistente, ni en general grave, ni crónica**, psíquica o nerviosa. **Ni me encuentro en estudio médico por ninguna de estas afecciones al estado de salud. “Marco casilla (SI)”**
2. Declaro que tanto mis actividades y ocupaciones como mi trabajo han sido y son lícitas y las he ejercido y ejerzo dentro de los marcos legales. No he sido sindicado ni condenado por la justicia penal. Y no he recibido amenazas contra mi vida e integridad. **“Marco casilla (SI)”**
3. Declaro que no he estado o estoy en un proceso de calificación laboral ante alguna entidad calificadora competente a tener una discapacidad. **“Marco casilla (SI)” (…)**
5. Autorizo a la aseguradora que designen LAS SOCIEDADES para consultar en las bases de datos de los seguros de personas, lo relativo, a los riesgos agravados y a las indemnizaciones. **“Marco casilla (SI)”**
6. Autorizo a la aseguradora que designen LAS SOCIEDADES para solicitar en cualquier momento y de cualquier medico u otro profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar para suministrar a las aseguradoras las historias clínicas y demás información sobre el estado de mi salud. Lo anterior para los efectos exigidos legalmente. **“Marco casilla (SI)”**

Si cualquiera de estas preguntas ha tenido **“NO”** como respuesta. El solicitante deberá ser evaluado por la aseguradora. Hasta tanto la aseguradora no haya dado su aprobación, el solicitante (CLIENTE) no podrá ingresar a la póliza.

**Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Art. 1058 y 1158 del Código de Comercio). ”**

**(La negrilla y el subrayado es nuestro)**

Por otra parte, y en adición a lo anterior, esta Aseguradora le informa que el amparo reclamado no puede ser objeto de afectación, como quiera que las Exclusiones contenidas en las cláusulas particulares aplicables para el amparo de Incapacidad Total y Permanente, indican claramente:

#### **“EXCLUSIONES**

Axa Colpatría quedará liberada de toda responsabilidad bajo el presente contrato de seguro cuando el siniestro se presente como consecuencia directa o indirecta de:

#### **(...) EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS**

- **Cuando el asegurado con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o al inicio de la vigencia de los amparos respecto de cada asegurado, sufra y le haya sido diagnosticada cualquiera de las siguientes enfermedades: cáncer, insuficiencia renal crónica, infección por VIH, SIDA, leucemia, linfoma, diabetes, hipertensión, y/o cualquier otra enfermedad considerada como grave o crónica, salvo que Axa Colpatría previo estudio acepte cubrir tales enfermedades en condiciones especiales.**

**(La negrilla y el subrayado es nuestro)**

En consecuencia, esta Aseguradora nuevamente ratifica su postura y le informa que no puede atender de manera favorable su solicitud de reconocimiento de la indemnización, toda vez que las condiciones contractuales del contrato de seguro imponían a las partes el cumplimiento de obligaciones tendientes a obtener los beneficios ofrecidos, entre ellos, la declaración real de su estado de salud, tal como se señala cuando se hace referencia a la necesidad de declarar si se ha padecido de ciertas enfermedades y en general ninguna Enfermedad Grave o Crónica.

Reciba un cordial saludo,



NANCY STELLA GONZALEZ ZAPATA  
LIDER GESTIÓN DE SINIESTROS  
CD: STRO-19-000020984



Bogotá 17 de noviembre de 2020

Señora  
**GLORIA AMPARO LOPERA BOLIVAR**  
Especialistas-legal@hotmail.com  
Itagüí – Antioquia

**REFERENCIA:** SINIESTRO: 16994/2019 OBLIGACION No. 011684352-00  
TOMADOR: BANCO ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.  
AMPARO AFECTADO: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Respetada señora:

Con toda atención brindamos respuesta a su solicitud de reclamación presentada ante esta compañía Aseguradora, mediante la cual solicita la prestación derivada del contrato de Seguro de Vida Grupo Deudor por la eventual afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente; al respecto nos permitimos manifestar lo siguiente:

AXA COLPATRIA SEGUROS S.A expidió la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudor a favor del BANCO ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A con el fin de otorgar cobertura a los deudores de créditos otorgados por dicha entidad en caso de Muerte o Incapacidad Total y Permanente; para el caso concreto la señora Gloria Amparo Lopera Bolívar fue incluida en esta póliza con ocasión del otorgamiento del crédito No. 011684352-00, el cual fue desembolsado el pasado 10 de agosto de 2018 y en ese sentido diligenció el Formato Solicitud de Productos Persona Natural en la cual entre otros señaló:

*(...) Declaro que a la fecha me encuentro en buen estado de salud, exento de cualquier impedimento físico o mental y no he padecido ni se me ha diagnosticado ni tengo síntomas ni he sido tratado por enfermedad cardiovascular, cerebro vascular, pulmonar, renal, gastrointestinal, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, SIDA o VIH o cualquier enfermedad preexistente, ni en general grave, ni crónica, psíquica o nerviosa. Ni me encuentro en estudio médico por ninguna de estas afecciones al estado de salud (...). “**Marco casilla (SI)**”*

**Reitero que lo manifestado en esta declaración es verídico y que tengo el conocimiento de que cualquier falta a la verdad es causal de nulidad de este seguro (Artículo. 1058 y 1158 del Código de Comercio)”.**

**(Negrilla y Subrayado fuera del texto original)**

Tal como se lo manifestamos en nuestra comunicación de fecha 28 de octubre de 2019 y 02 de julio de 2020; de la documentación aportada en su solicitud entre otros, copia del dictamen de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional emitido por Hospital San Vicente Fundación, se pueden evidenciar los siguientes antecedentes médicos:

Fecha	Antecedente medico
01/03/2016	Neurocirugía: hace 6 años por dolor raquídeo crónico que lo relaciona con accidente laboral, pero en la resonancia cervical lumbar solo se vio espondilosis. En septiembre de 2015 se cae de la moto sentada con aumento de la lumbalgia que ya tenía de años atrás, dolor en todo el raquis desde cervical con pérdida de la fuerza en extremidades derechas, dice que no puede volver a hacer nada por que le duele.
28/12/2016	Resonancia magnética de columna lumbosacra: cambios osteocondroticos y osteoartrosis facetarias en L5S1 protrusión en base amplia central izquierda, subarticular y parcialmente foraminal que genera mínima disminución de foramen de emergencia radicular izquierdo en vecindad a la raíz descendente S1 sin efecto compresivo. En L4L5 existe protrusión extraforaminal izquierda y abombamiento discal que genera incipiente disminución de la amplitud de los forámenes de emergencia radicular de predominio izquierdo sin efecto compresivo. En L3L4 existe abombamiento discal asimétrico izquierdo que genera incipiente disminución de la amplitud de los forámenes de emergencia radicular izquierdo
29/05/2018	Neurocirugía: Post operatorio de hernia discal lumbar L5S1 izquierda con mejoría notable del dolor por 10 meses, ahora lleva cuadro de L5-20 días de evolución de dolor lumbar axial que se irradia hacia la ingle, refiere de la intensidad de dolor empeora con la sedestación esto inicia después de estar agachada por largo rato además hay dolor radicular derecho hasta el talo izquierdo.
20/07/2018	Resonancia magnética columna lumbar. Cambios post quirúrgicos de la columna lumbar a la altura de L5 en el lado izquierdo secundario a hemilaminectomía, protrusión foraminal izquierda L5S1 contactando la raíz emergente de L5 izquierda en la porción foraminal

Ahora bien, conforme al análisis efectuado de la documentación aportada y todo lo relacionado en el contenido expuesto anteriormente, se puede determinar que estas preexistencias constituyen un elemento fáctico que se configura dentro del contrato de seguros suscrito, como una causal de **EXCLUSIÓN** que libera a esta Compañía Aseguradora de toda obligación, en virtud de lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza suscrita, la cuales, para efectos de mayor claridad, nos permitimos traer a colación:

Oficina principal: Carrera 7 No. 24 - 89 • Bogotá D.C. - Colombia • [www.axacolpatria.co](http://www.axacolpatria.co)

Línea Integral de Atención al Cliente:

Teléfonos: (57-1) 423 5757 en Bogotá y 01 8000 512620 para el resto del país. • [servicioalcliente@axacolpatria.co](mailto:servicioalcliente@axacolpatria.co)

Usted también cuenta con la Defensoría del Consumidor Financiero ubicada en la Calle 12 B No. 9-33 Oficina 311, Bogotá D.C., Teléfono: (57-1) 337 4881

Celular: (57) 313 499 8023, [defensoria@consuelorodriguezvalero.com](mailto:defensoria@consuelorodriguezvalero.com)

**“(…) AXA Colpatria quedara liberada de toda responsabilidad bajo el presente contrato de seguro cuando el siniestro se presente como consecuencia directa o indirecta de:**

**1.3.1 Generales aplicables a todos los amparos:**

**E. Cuando el asegurado con anterioridad a la fecha del diligenciamiento de la solicitud individual de seguro y/o al inicio de la vigencia de los amparos respecto de cada asegurado sufra u le haya sido diagnosticada cualquiera de las siguientes enfermedades: cáncer, insuficiencia renal crónica, infección por VIH, sida, leucemia, linfoma, diabetes, hipertensión, y/o cualquier otra enfermedad considerada como grave o crónica, salvo que AXA Colpatria previo estudio acepte cubrir tales enfermedades en condiciones especiales(…)”.**

**(Negrilla y Subrayado fuera del texto original)**

Por consiguiente, AXA COLPATRIA SEGUROS S.A., lamenta informarle que no podrá atender favorablemente su solicitud y procede ratificar su postura de objetar de manera formal la presente reclamación; toda vez que, los hechos objeto de esta se encuentran expresamente excluidos de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales de la póliza de seguro contratada.

Reciba un cordial saludo,



NANCY STELLA GONZALEZ ZAPATA  
LIDER GESTIÓN DE SINIESTROS  
CD: STRO-19-000020984



Señores  
**EPS SALUD TOTAL**  
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, 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 **AXA COLPATRIA SEGUROS SA**, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

### PETICIÓN

Solicito de manera respetuosa remitir la historia clínica de la señora Gloria Amparo Lopera identificada con Cédula de Ciudadanía número 42.763.991 con destino al proceso de radicación **110014003010-2022-00540-00** que cursa en el **JUZGADO SESENTA MUNICIPAL DE BOGOTÁ DC**, con ocasión al proceso judicial instaurado por la señora Gloria Amparo Lopera.

### 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 la Entidad 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.”*

**ANEXOS**

Poder que me faculta para actuar.

**NOTIFICACIONES**

Cualquier notificación la recibiré en la calle 69 N° 4-48 oficina 502, Edificio 69 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Del Señor Juez, respetuosamente,



**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 EPS// RAD:110014003010-2022-00540-00// DTE: GLORIA AMPARO LOPERA BOLÍVAR //**  
**DDO: AXA COLPATRIA SEGUROS SA//BPDV**

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Jue 05/10/2023 14:02

Para: notificacionesjud@saludtotal.com.co <notificacionesjud@saludtotal.com.co>

CC: Brenda Patricia Díaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (1 MB)

DP SALUD TOTAL.pdf; PODER 2022 - 0540 .pdf;

Señores

**EPS SALUD TOTAL**

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, 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 **AXA COLPATRIA SEGUROS SA**, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente petición

Comendidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

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

Señores  
**HOSPITAL SAN VICENTE**  
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, 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 **AXA COLPATRIA SEGUROS SA**, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

### PETICIÓN

Solicito de manera respetuosa remitir la historia clínica de la señora Gloria Amparo Lopera identificada con Cédula de Ciudadanía número 42.763.991 con destino al proceso de radicación **110014003010-2022-00540-00** que cursa en el **JUZGADO SESENTA MUNICIPAL DE BOGOTÁ DC**, con ocasión al proceso judicial instaurado por la señora Gloria Amparo Lopera.

### 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 la Entidad 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.”*

**ANEXOS**

Poder que me faculta para actuar.

**NOTIFICACIONES**

Cualquier notificación la recibiré en la calle 69 N° 4-48 oficina 502, Edificio 69 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

Del Señor Juez, respetuosamente,



**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 IPS// RAD:110014003010-2022-00540-00// DTE: GLORIA AMPARO LOPERA BOLÍVAR // DDO: AXA COLPATRIA SEGUROS SA//BPDV**

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Jue 05/10/2023 13:58

Para:Contactenos@hospitalsanvicente.gov.co <Contactenos@hospitalsanvicente.gov.co>

CC:Brenda Patricia Diaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (1 MB)

DP IPS.pdf; PODER 2022 - 0540 .pdf;

Señores

**HOSPITAL SAN VICENTE**

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, 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 **AXA COLPATRIA SEGUROS SA**, en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente petición.

Comedidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

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



Señores,  
**JUZGADO DÉCIMO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ**  
[cmpl10bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:cmpl10bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E.

S.

D.

**PROCESO:** Verbal  
**DEMANDANTE:** Gloria Amparo Lopera Bolívar  
**DEMANDADO:** Axa Colpatria Seguros S.A. y Banco Itaú Corpbanca S.A.  
**RADICACIÓN:** 110014003010-2022-00540-00

**ASUNTO:** PODER ESPECIAL

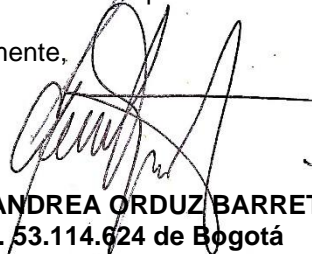
**ELISA ANDREA ORDUZ BARRETO**, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con cédula de ciudadanía No. 53.114.624 de Bogotá, obrando en condición de Representante Legal para Asuntos Judiciales de **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.** sociedad identificada con No. de Nit. 860.002.184-6, legalmente constituida, domiciliada en Bogotá, sometida al control y vigilancia permanente de la Superintendencia Financiera, como consta en certificado de existencia y representación legal de la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el presente acto manifiesto que confiero poder especial, amplio y suficiente al Dr. **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor y vecino de Cali, identificado con la cedula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C.S. de la J., correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co) para que se notifique y asuma la defensa de la compañía dentro del proceso citado en 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](mailto:notificaciones@gha.com.co).

Así mismo confirmamos que **AXA COLPATRIA SEGUROS S.A.**, recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico [notificacionesjudiciales@axacolpatria.co](mailto:notificacionesjudiciales@axacolpatria.co)

Sírvase reconocerle personería en los términos de ley.

Cordialmente,



**ELISA ANDREA ORDUZ BARRETO**  
C.C. No. 53.114.624 de Bogotá  
Representante Legal

Acepto,

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**  
C.C No. 19.395.114 de Bogotá D.C  
T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**Certificado Generado con el Pin No: 6638987807419932**

Generado el 28 de julio de 2023 a las 15:37:12

**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: AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. EN ADELANTE LA "SOCIEDAD"**

**NIT: 860002184-6**

**NATURALEZA JURÍDICA:** Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

**CONSTITUCIÓN Y REFORMAS:** Escritura Pública No 120 del 30 de enero de 1959 de la Notaría 9 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de COMPANIA DE SEGUROS PATRIA S.A.

Escritura Pública No 1648 del 14 de junio de 1976 de la Notaría 8 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por COLPATRIA COMPAÑÍA DE SEGUROS PATRIA S.A.

Escritura Pública No 1860 del 30 de mayo de 1991 de la Notaría 32 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por SEGUROS COLPATRIA S.A.

Escritura Pública No 4195 del 19 de diciembre de 1997 de la Notaría 32 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Acto de escisión de la sociedad SEGUROS COLPATRIA S.A., la cual sin disolverse, segrega en bloque una parte de su patrimonio con destino a la creación de la sociedad denominada "PROMOTORA COLPATRIA S.A."

Resolución S.F.C. No 1090 del 29 de junio de 2007 la Superintendencia Financiera aprueba la escisión de Seguros Colpatría S.A. "Acciones y valores Nuevo Milenio S.A.", sociedad beneficiaria de dicha operación y que se crea como consecuencia de la misma, ingresará como accionista de Capitalizadora Colpatría S.A. y Seguros de Vida Colpatría S.A. en un porcentaje inferior, en ambos casos al 10%

Resolución S.F.C. No 1380 del 23 de julio de 2013 la Superintendencia Financiera autoriza la escisión de Seguros Colpatría S.A. de conformidad con la solicitud presentada. Como consecuencia de la escisión las sociedades beneficiarias no se encuentran sujetas a la vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia.

Escritura Pública No 1461 del 07 de mayo de 2014 de la Notaría 6 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). , modifica su razón social de SEGUROS COLPATRIA S.A. por el de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. en adelante la "Sociedad"

**AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO:** Resolución S.B. 61 del 24 de abril de 1959

**REPRESENTACIÓN LEGAL:** PRESIDENTE Y VICEPRESIDENTES. La Sociedad tendrá un presidente con un (1) suplente, quién reemplazará al presidente en caso de falta temporal o absoluta, designados por la junta directiva para períodos de dos (2) años. De conformidad con el Artículo Septuagésimo Séptimo.- durante el tiempo en el cual la Sociedad tenga un presidente adjunto, el presidente adjunto se desempeñará como suplente del presidente de la Sociedad, y reemplazará al presidente en caso de falta temporal o absoluta. Los vicepresidentes de la Sociedad cumplirán las funciones y tendrán las atribuciones propias de su respectiva área administrativa, en armonía con las que de manera específica les encomiende el presidente de la



## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6638987807419932

Generado el 28 de julio de 2023 a las 15:37:12

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

Sociedad. REPRESENTACIÓN LEGAL. La representación legal será ejercida en forma simultánea e individual por el presidente de la Sociedad y sus suplentes y por las personas designadas por la junta directiva y removibles en cualquier tiempo. La junta directiva podrá conferir a esas personas la representación legal de la Sociedad en forma general, o limitada a ciertos asuntos o materias específicas. FUNCIONES DEL PRESIDENTE. Al presidente de la Sociedad o a quien lo reemplace temporalmente, corresponden privativamente las siguientes funciones: (a) Usar la razón o firma social. (b) Representar legalmente a la Sociedad judicial o extrajudicialmente y ante cualquier tercero o Entidad Gubernamental. (c) Suscribir los documentos públicos o privados necesarios para instrumentalizar los actos o contratos que, dentro del objeto social, celebre la Sociedad. (d) Ejecutar y hacer ejecutar los decretos de la asamblea general de accionistas y las decisiones de la junta directiva y de los comités de ésta, lo mismo que todas las operaciones en que la Sociedad haya acordado ocuparse, desarrollando su actividad conforme a los estatutos. (e) Nombrar y remover libremente a los empleados de la Sociedad, salvo aquellos cuya designación corresponda a la asamblea general de accionistas o a la junta directiva. (f) Señalar las atribuciones de los gerentes de las sucursales de la Sociedad y modificarlas cada vez que lo estime conveniente. (g) Presentar anualmente a la junta directiva con no menos de veinte (20) días calendario de anticipación a la convocatoria a la reunión ordinaria de la asamblea general de accionistas, los estados financieros de fin de ejercicio, acompañados de un proyecto de distribución de utilidades repartibles o cancelación de pérdidas y el informe de gestión previsto en la ley. (h) Suspender a los empleados nombrados por la junta directiva cuando falten al cumplimiento de sus deberes, nombrar interinamente sus reemplazos si es necesario y dar cuenta de todo ello a dicha junta en su próxima reunión para que resuelva en definitiva. (i) Convocar a la junta directiva a sesiones extraordinarias y mantenerla detalladamente informada de los negocios sociales. (j) Autorizar con su firma los títulos o certificados de acciones. (k) Decidir sobre las acciones judiciales que deban intentarse, o la defensas que deban oponerse a las que se promuevan contra la Sociedad, desistir de unas y otras, someter las diferencias de la Sociedad con terceros a la decisión de árbitros o de amigables compondores y transigir sobre dichas diferencias. (l) Cumplir los deberes que la ley le imponga y desempeñar las demás funciones que le encomiende la asamblea general de accionistas o la junta directiva y todas aquellas otras que naturalmente le correspondan en su carácter de Primer Director Ejecutivo de la Sociedad. (m) Notificar a la junta directiva de cualquier adquisición que supere COP\$9.600.000.000. FUNCIONES DE LOS REPRESENTANTES LEGALES. Los representantes legales de la Sociedad, distintos del presidente de ésta, ejercerán las siguientes funciones. (a) Usar la razón o firma social. (b) Representar legalmente a la Sociedad judicial o extrajudicialmente. (c) Designar apoderados que representen a la Sociedad en procesos judiciales o fuera de ellos. (d) Suscribir los documentos públicos o privados necesarios para recoger los actos o contratos que, dentro del objeto social, celebre la Sociedad. (e) Ejercer la representación legal de la Sociedad, exclusivamente, en los asuntos específicamente asignados a cada uno de ellos. (Escritura Pública 1014 del 31 de marzo de 2014 Notaria 6 de Bogotá)

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Alexandra Quiroga Velasquez Fecha de inicio del cargo: 03/11/2022	CC - 52057532	Presidente
Lorena Elizabeth Torres Alatorre Fecha de inicio del cargo: 05/11/2020	CE - 1156017	Suplente del Presidente
Elisa Andrea Orduz Barreto Fecha de inicio del cargo: 25/01/2023	CC - 53114624	Representante Legal para Asuntos Judiciales
Myriam Stella Martínez Suancha Fecha de inicio del cargo: 04/07/2018	CC - 51732043	Representante Legal para Asuntos Judiciales
Nancy Stella González Zapata Fecha de inicio del cargo: 19/03/2015	CC - 51841569	Representante Legal para Reclamaciones de Seguros
Olga Victoria Jaramillo Restrepo Fecha de inicio del cargo: 24/11/2016	CC - 52410339	Representante Legal para Asuntos Laborales



## SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 6638987807419932

Generado el 28 de julio de 2023 a las 15:37:12

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Paula Marcela Moreno Moya Fecha de inicio del cargo: 18/09/2014	CC - 52051695	Representante Legal para Asuntos Judiciales y Administrativos o Policivos
Aranzazu Treceño Puertas Fecha de inicio del cargo: 25/07/2019	CE - 932823	Representante Legal para Asuntos Generales
Karloc Enrique Contreras Buelvas Fecha de inicio del cargo: 30/08/2018	CC - 77157469	Representante Legal en Asuntos Generales (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2019060831-000 del día 3 de mayo de 2019, que con documento del 26 de marzo de 2019 renunció al cargo de Representante Legal en Asuntos Generales y fue aceptada por la Junta Directiva en Acta 712 del 26 de marzo de 2019. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).
Alexandra Quiroga Velasquez Fecha de inicio del cargo: 10/05/2018	CC - 52057532	Representante Legal para Asuntos Generales
Diana Inés Torres Llerena Fecha de inicio del cargo: 10/05/2018	CC - 51719566	Representante Legal para Asuntos Generales
Emmanuel Ramón Huertas Fecha de inicio del cargo: 07/11/2019	CE - 533415	Representante Legal para Asuntos Generales (Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 164 del Código de Comercio, con información radicada con el número 2021142796-000 del día 29 de junio de 2021, que con documento del 26 de mayo de 2021 renunció al cargo de Representante Legal para Asuntos Generales y fue aceptada por la Junta Directiva en Acta 738 del 26 de mayo de 2021. Lo anterior de conformidad con los efectos establecidos por la Sentencia C-621 de julio 29 de 2003 de la Constitucional).
Juan Guillermo Zuloaga Lozada Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 19391319	Representante Legal en Asuntos Generales

**RAMOS:** Resolución S.B. No 5148 del 31 de diciembre de 1991 Automóviles, Aviación, Corriente débil, Cumplimiento, Estabilidad y calidad de la vivienda nueva, Incendio, Lucro cesante, Manejo, Montaje y rotura de maquinaria, Responsabilidad civil, Riesgo de minas y petróleos, Sustracción, Terremoto, Todo riesgo para



**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA**

**Certificado Generado con el Pin No: 6638987807419932**

Generado el 28 de julio de 2023 a las 15:37:12

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

contratistas, Transporte, Vidrios.

Resolución S.B. No 1947 del 12 de septiembre de 1994 Accidentes personales, Salud, Vida grupo. Con Resolución 1452 del 30 de agosto de 2011 la Superintendencia Financiera revoca la autorización concedida a Seguros Colpatria S.A. para operar el ramo de Seguros de Salud.

Resolución S.B. No 169 del 06 de febrero de 1995 Ramo de seguro de Vida grupo.

Resolución S.B. No 390 del 14 de marzo de 1996 Autorizado para operar el Ramo de seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito.

Oficio No 95022871-9 del 27 de mayo de 1996 Ramo de casco navegación

Resolución S.B. No 723 del 28 de junio de 2002 Autorizado para operar el ramo de Enfermedades de alto costo.

Circular Externa No 052 del 20 de diciembre de 2002 a) El ramo de riesgos de minas y petróleos, se denominará en adelante ramo de minas y petróleo. b) se elimina el ramo denominado SECAL "Seguro de Estabilidad y Calidad de la Vivienda Nueva y Usada".

Resolución S.F.C. No 0239 del 26 de febrero de 2009 se autoriza operar el ramo de desempleo

Oficio No 2020030677 del 12 de marzo de 2020 ,autoriza el ramo de Seguro Agropecuario

Oficio No 2022044869 del 21 de julio de 2022 ,autoriza el ramo de seguro decenal



**SARA MILENA PIÑEROS PIÑEROS  
SECRETARIA GENERAL ENCARGADA**

"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."




**RV: PODER PROCESO RAD 110014003010-2022-00540-00 DTE GLORIA AMPATO LOPERA BOLIVAR - JUZGADO DÉCIMO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ -mccI**

notificacionesjudiciales <notificacionesjudiciales@axacolpatria.co>

Lun 11/09/2023 16:41

Para:cmpl10bt@cendoj.ramajudicial.gov.co <cmpl10bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC:Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (97 KB)

PODER PROCESO RAD 2022-00540 DTE GLORIA AMPARO LOPERA.pdf; SUPER GENERALES.pdf;

Señores,

**JUZGADO DÉCIMO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ**

[cmpl10bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:cmpl10bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E.

S.

D.

**PROCESO:**

Verbal

**DEMANDANTE:**

Gloria Amparo Lopera Bolívar

**DEMANDADO:**

Axa Colpatria Seguros S.A. y Banco Itaú Corpbanca S.A.

**RADICACIÓN:**

110014003010-2022-00540-00

Con el presente correo electrónico remitimos poder especial otorgado por el representante legal de AXA COLPATRIA SEGUROS S.A. al Dr. GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA para que se reconozca personería jurídica dentro del proceso de la referencia.

Este mensaje es confidencial; su contenido no constituye compromiso alguno por parte de AXA COLPATRIA, excepto si existe un acuerdo escrito entre el destinatario y AXA COLPATRIA. Se prohíben la revelación, el uso o la difusión de dicho contenido, ya sea total o parcialmente. Si no es Usted el destinatario al que va dirigido el mensaje, por favor, notificar al remitente inmediatamente. This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by AXA COLPATRIA except where provided for in a written agreement between you and AXA COLPATRIA. Any unauthorised disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

Este mensaje es confidencial; su contenido no constituye compromiso alguno por parte de AXA COLPATRIA, excepto si existe un acuerdo escrito entre el destinatario y AXA COLPATRIA. Se prohíben la revelación, el uso o la difusión de dicho contenido, ya sea total o parcialmente. Si no es Usted el destinatario al que va dirigido el mensaje, por favor, notificar al remitente inmediatamente. This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by AXA COLPATRIA except where provided for in a written agreement between you and AXA COLPATRIA. Any unauthorised disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.395.114**

**HERRERA AVILA**

APELLIDOS

**GUSTAVO ALBERTO**

NOMBRES

*Gustavo Alberto Herrera Avila*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-MAR-1960**

**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.78**

ESTATURA

**O+**

G.S. RH

**M**

SEXO

**06-OCT-1978 BOGOTA D.C**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3100100-00252282-M-0019395114-20100825

0023575747A 1

34475431

304816

REPUBLICA DE COLOMBIA  
RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA  
TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO

39116-D2

26/08/1986

16/06/1986

Tarjeta No.

Fecha de  
Expedición

Fecha de  
Grado

GUSTAVO ALBERTO  
HERRERA AVILA

19395114

VALLE  
Consejo Seccional

MILITAR NUEVA GRANAD  
Universidad



Francisco Escobar Henríquez  
Presidente Consejo Superior de la Judicatura

*[Handwritten signature]*

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO  
Y SE EXPIDE DE CONFORMIDAD CON LA  
LEY 270 DE 1996, EL DECRETO 196 DE 1971  
Y EL ACUERDO 180 DE 1996.

SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, POR  
FAVOR, ENVIARLA AL CONSEJO SUPERIOR  
DE LA JUDICATURA, UNIDAD DE REGISTRO  
NACIONAL DE ABOGADOS.



Señor(a):

**COMISION SECCIONAL  
PALACIO NACIONAL  
CALI**

Asunto: **QUEJA**

Certificado de No: **299544**

Revisados los registros que contiene nuestra base de datos y archivos físicos se constató que el(la) doctor(a) **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, identificado(a) con número **19395114** se encuentra inscrito(a) como **Abogado** titular del **Tarjeta Profesional** número **39116** Expedida **12/07/2021** documento que a la fecha se encuentra **Vigente**.

Las siguientes direcciones son las que tiene registradas:

	DIRECCIÓN	CIUDAD	TELEFONO
Oficina	AV 6 A BIS 35N 100 OFICINA 212	CALI	6594075
Residencia	AV 6 A BIS 35 N 100	CALI	6594074
Correo electronico	NOTIFICACIONES@GHA.COM.CO		

No se han realizado actualizaciones.

Se expide la presente en Bogotá D.C, a los **12** días del mes de **julio** de **2021**.

**MARTHA ESPERANZA CUEVAS MELÉNDEZ**  
**Directora**

Realizado por:

**MARCELA SEGURA DONNEYS**  
**Cargo Auxiliar Judicial**  
**Consejo Seccional Valle del Cauca**