

**CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA //DEMANDANTE: NELSON REALES ALVAREZ VS
DEMANDADO: CHUBB COLOMBIA SEGUROS S.A //11001310301220190082400//DHBA**

GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS <notificaciones@gha.com.co>

Miércoles 12/01/2022 8:02 AM

Para: Juzgado 12 Civil Circuito - Bogota - Bogota D.C. <ccto12bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: sernaabogado@hotmail.com <sernaabogado@hotmail.com>; H & A Santiago Rojas Buitrago <srojas@gha.com.co>; GHA Camilo Andres Mendoza Gaitan <cmendoza@gha.com.co>; GHA Daniel Hernando Barrera Arbeláez <dbarrera@gha.com.co>

Señores

JUZGADO DOCE (12) CIVIL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

PROCESO:	VERBAL MAYOR CUANTÍA.
RADICADO:	11001310301220190082400
DEMANDANTE:	NELSON REALES ÁLVAREZ.
DEMANDADO:	CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de Apoderado General de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**, sociedad debidamente constituida, sometida a control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la Calle 72 No. 10 – 51 Piso 7, de la ciudad de Bogotá D.C. representada legalmente por el doctor Jaime Chaves López, identificado con cédula de ciudadanía No 79.693.817, tal como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio que se anexa, en el que figura inscrito el respectivo poder general a mi otorgado mediante escritura pública No 1599 de la Notaría 28 de Bogotá del 24 de noviembre de 2016; manifiesto que dentro del término legal, en primer lugar **REASUMO** el poder a mi conferido y, estando dentro del término legal previsto, en segundo lugar, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** instaurada por el señor Nelson Reales Álvarez en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a la prosperidad de las pretensiones del Demandante de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen en el memorial adjunto.

Adjunto al presente un (1) archivo en PDF, contentivo de la contestación de la demanda con sus respectivas pruebas y anexos.

Nota: En virtud del decreto 806 de 2020 copio a las partes intervinientes respecto de las cuales se conoce su dirección electrónica.

Agradezco confirmar la recepción de los documentos.

Cordialmente,

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.

Señor,

JUZGADO DOCE (12) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

REFERENCIA:	Verbal de Mayor Cuantía
DEMANDANTE:	Nelson Reales Álvarez
DEMANDADO:	Chubb Seguros Colombia S.A.
EXPEDIENTE:	11001-31-03-012- <u>2019-00824</u> -00.
ASUNTO:	Contestación a la demanda.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi calidad de Apoderado General de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**, sociedad debidamente constituida, sometida a control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la Calle 72 No. 10 – 51 Piso 7, de la ciudad de Bogotá D.C. representada legalmente por el doctor Jaime Chaves López, identificado con cedula de ciudadanía No 79.693.817, tal como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio que se anexa, en el que figura inscrito el respectivo poder general a mi otorgado mediante escritura pública No 1599 de la Notaría 28 de Bogotá del 24 de noviembre de 2016; manifiesto que dentro del término legal, en primer lugar **REASUMO** el poder a mi conferido y, estando dentro del término legal previsto, en segundo lugar, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** instaurada por el señor Nelson Reales Álvarez en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a la prosperidad de las pretensiones del Demandante de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CONSIDERACIÓN PRELIMINAR

I. SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA

De forma comedida se solicita al Despacho como consecuencia natural de tener plenamente acreditados en este proceso uno de los presupuestos que hacen meritorio dictar sentencia anticipada, proceder de conformidad lo establece el numeral 3 del artículo 278¹ del Código

¹ **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.*

General del Proceso, que preceptúa el deber del funcionario judicial de conocimiento de dictar sentencia anticipada total o parcial cuando se observe “cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa.” En efecto, sucede en este caso que se encuentra probada la prescripción, de manera que solicito declarar la prosperidad de la misma de forma anticipada, a efectos de poner fin al proceso, negando así la totalidad de las pretensiones incoadas en la demanda.

Dicho lo anterior, la prescripción se encuentra probada bajo los siguientes presupuestos:

1. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO:

Infortunadamente el aquí demandante pretende a toda costa hacer efectivo el contrato de seguro, pese a que ha operado la prescripción, debiendo advertir de entrada al Despacho que las leyes no contienen tratos especiales, sino que su aplicación debe corresponder al imperio de la misma, sean sus consecuencias a su favor de sus intereses o no.

En el presente caso, particularmente, frente a CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A ha operado la prescripción del contrato de seguros en cuanto a que, es evidente que el demandante conoció el resultado del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral el 11 de agosto de 2016, momento desde el cual inició el computo de la prescripción ordinaria y se reúnen los presupuestos del artículo 1081 del C de Co.

Ahora bien, tratándose de seguros de responsabilidad es importante hacer énfasis en que no puede desnaturalizarse los presupuestos del artículo 1081 del C de Co., dejando claro desde este momento, que en nuestro ordenamiento legal no existe un término de prescripción del contrato de seguros mayor de 5 años, que se computa única y exclusivamente desde la ocurrencia del hecho que da base a la acción con independencia que el asegurado conozca de su ocurrencia o no. Sin que lo anterior signifique que el término de prescripción que aplica para el asegurado, en este caso el demandante, en su condición de asegurado, principalmente es el ordinario de dos años, en principio. El término extraordinario le aplica de forma residual, teniendo en cuenta que la misma norma establece que opera frente y contra toda clase de personas. Entonces, en el presente caso después de configurarse el término ordinario de prescripción por el conocimiento del hecho y/o la reclamación de la víctima, igualmente se configuró el término extraordinario.

En primer lugar, la prescripción extintiva de los derechos que derivan del contrato de seguros está dada en el artículo 1081 del Código de Comercio, siendo preciso transcribir su tenor literal a efectos de efectuar un análisis sistemático de los presupuestos normativos:

“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.

3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa. (Negrilla fuera de texto original).

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

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Negrilla y subrayado fuera de texto).

Conviene precisar que el aspecto fundamental que permite escindir diametralmente ambos tipos de prescripción está delimitada por el conocimiento, real o presunto del hecho que da base a la acción para el caso de la prescripción ordinaria, mientras que para la extraordinaria este aspecto no resulta relevante, en tanto la segunda clase de prescripción se computa desde la ocurrencia del hecho y se configura a los 5 años, frente a cualquier persona; lo importante en este caso es que la oportunidad del ejercicio de las acciones fenece cumplido el quinto año.

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha sido clara en diferenciar entre las dos prescripciones, de manera que señaló:

*“Esa [distinción], con prescindencia de su real existencia, legislativamente encuentra su razón de ser en el hecho de que la prescripción ordinaria, en materia del contrato de seguro, es un fenómeno que mira el aspecto meramente subjetivo, toda vez que concreta el término prescriptivo a las condiciones del sujeto que deba iniciar la acción y, además, fija como iniciación del término para contabilizarlo el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción; en cambio, **la extraordinaria consagra un término extintivo derivado de una situación meramente objetiva, traducida en que sólo requiere el paso del tiempo desde un momento preciso, ya indicado, y sin discriminar las personas en frente a las cuales se aplica, así se trate de incapaces, tanto que el citado artículo 1081 expresa que «correrá contra toda clase de persona».***

‘De esa dualidad de tratamiento emergen consecuencias o efectos jurídicos sustancialmente diferentes, porque mientras la prescripción ordinaria se aplica a las personas capaces, toda vez que el término empieza a contabilizarse «desde el momento en que se tiene conciencia del derecho que da nacimiento a la acción. No corre contra los incapaces» (...).

***‘El término de la prescripción extraordinaria corre, pues, desde el día del siniestro, háyase o no tenido conocimiento real o presunto de su ocurrencia,** y no se suspende en ningún caso, ya que la suspensión sólo cabe en la ordinaria(...).*

***‘Los dos años de la prescripción ordinaria corren para todas las personas capaces, a partir del momento en que conocen real o presuntamente del hecho que da base a la acción,** por lo cual dicho término se suspende en relación con los*

*incapaces (C. C., art. 2541), y no corre contra quien no ha conocido ni podido o debido conocer aquel hecho; (sic) mientras que los cinco años de la prescripción extraordinaria corren sin solución de continuidad, desde el momento en que nace el respectivo derecho, contra las personas capaces e incapaces, **con total prescindencia del conocimiento de ese hecho**, como a espacio se refirió, y **siempre que, al menos teóricamente, no se haya consumado antes la prescripción ordinaria***

‘La prescripción extraordinaria será de cinco años contados desde el momento en que ocurrió el siniestro, término que correrá contra toda clase de personas; (sic) mientras que la prescripción ordinaria será de dos años contados desde que el interesado tuvo conocimiento del hecho que da lugar a la acción.’²

Del apartado transcrito se debe resaltar que el término de prescripción que le aplica al interesado es el de prescripción ordinaria y este se cuenta desde el momento en que este haya tenido o debido tener el conocimiento de los hechos que dan base a la acción. En ese sentido, el señor Nelson Reales Álvarez al ser interesado en este proceso tenía 2 años desde el momento en que supo el resultado del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral para interponer las respectivas acciones en contra de mi procurada. En ese sentido, dado que el Demandante supo de este el 11 de agosto de 2016 fecha en la cual, se emitió el dictamen por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, el señor Accionante tuvo la posibilidad de ejercer la acción pertinente que del contrato de seguro se derive en contra de mi prohilada hasta el 11 de agosto de 2018, en virtud de la norma transcrita, so pena de que prescribiera su derecho.

Ahora bien, dado que el señor Nelson Reales Álvarez no efectuó ninguna acción tendiente a interrumpir o suspender el término de prescripción ya que únicamente realizó la solicitud para la audiencia de conciliación prejudicial el 25 de enero de 2019 y presentó la Demanda el 5 de noviembre de 2019 cuando la prescripción ya se había configurado, **se puede concluir que no tiene derecho a recibir prestación alguna**, por cuanto solo se acudió a la jurisdicción TRES años después de la ocurrencia del hecho que da base a la acción.

De igual manera, ha operado la prescripción extraordinaria del contrato de seguros, ya que el Despacho debe tener en cuenta que con la presentación de la demanda no se interrumpió la prescripción del contrato de seguro, así mismo no acaecieron los presupuestos del primer inciso del artículo 94 del CGP, toda vez que no se notificó el auto admisorio de la demanda dentro del año siguiente a su admisión.

Pues nótese como la fecha de admisión de la demanda se efectuó el 5 de noviembre de 2019, cuando ya habían transcurrido más de los dos años de la prescripción ordinaria de que trata el artículo 1081 del Código de Comercio y con el agravante que dicha prescripción no fue interrumpida, por cuanto la demanda no fue notificada dentro del año siguiente a su admisión, si no sólo hasta el 26 de noviembre de 2021 se consumó la notificación.

² “Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil, Exp. No. 7498, Sentencia (sic) del 31 de julio de 2002. M.P. Silvio Fernando Trejos Bueno; (sic) en igual sentido puede consultarse la sentencia del 19 de febrero de 2003, Exp. 6571. M.P. César Julio Valencia Copete; Sentencia (sic) del 3 de mayo de 2000. (sic) Expediente 5360. M.P. Nicolás Bechara Simancas”.

Por lo anterior, el despacho tiene todos los argumentos para proceder con la sentencia anticipada, de acuerdo lo definido el artículo 278 del Código General del Proceso como un deber del juez cuando encuentre probado estos aspectos de la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa, como sucede en el caso de autos.

CAPÍTULO I

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO PRIMERO: No me consta, dado que es un hecho por completo ajeno a mi representada quien es una Compañía de Seguros y, por ello, no le consta el vínculo laboral que haya tenido el señor demandante con la empresa Drummond, por esta razón, solicito que la parte actora pruebe su dicho, mediante los medios de prueba útiles, conducentes y pertinentes.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: No me consta, dado que es un hecho por completo ajeno a mi representada quien es una Compañía de Seguros y, por ello, no le consta el vínculo laboral que haya tenido el señor demandante con la empresa Drummond, por esta razón, solicito que la parte actora pruebe su dicho, mediante los medios de prueba útiles, conducentes y pertinentes.

FRENTE AL HECHO TERCERO: Es cierto, en la medida en que se observa la existencia de padecimientos no informados al momento del perfeccionamiento del contrato de seguro, pues los médicos de la Junta Regional Calificadora no tenían ningún fundamento factico, ni de historia clínica, más que el dicho del demandante para haber modificado el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, en cuanto a la deficiencia por trastorno del humor en un porcentaje del 40% y el rol laboral 15%. Por lo anterior, debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad de los contratos de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

Es fundamental que desde ahora el honorable Despacho tome en consideración que el señor Nelson Reales 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, 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.

FRENTE AL HECHO CUARTO: No me consta, dado que el dictamen de calificación de invalidez No. 12635946-309, que estableció la pérdida de capacidad laboral del 55.33% del señor Nelson Reales Álvarez, es inoponible a mi prohilada, toda vez, que no fue notificada del mismo y consecuentemente, no pudo ejercer el derecho de contradicción de aquel.

Adicionalmente, el dictamen tampoco puede ser tenido en cuenta en el presente proceso porque es claro que muchas de las enfermedades que allí se encuentran consignadas ni siquiera tienen sustento en la historia clínica del señor Nelson Reales, así mismo, se evidencia que de forma exagerada han sobrevalorado los padecimientos de este para que se lograra alcanzar un porcentaje igual o superior al 50% de PCL.

Por último, dado que el señor Nelson Reales Álvarez únicamente realizó la solicitud para la audiencia de conciliación prejudicial el 25 de enero de 2019 y presentó la Demanda el 5 de noviembre de 2019, **se puede concluir que la acción derivada del contrato de seguros prescribió**, por cuanto solo se acudió a la jurisdicción TRES años después de la ocurrencia del hecho, por lo que no se podrá acceder a ninguna prestación derivada del contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO QUINTO: No me consta, dado que es un hecho por completo ajeno a mi representada quien es una Compañía de Seguros y, por ello, no le consta el vínculo con el fondo de pensión. Por esta razón, solicito que la parte actora pruebe su dicho, mediante los medios de prueba útiles, conducentes y pertinentes

FRENTE AL HECHO SEXTO: Es parcialmente cierto, dado que la póliza de seguro No. 43164849 fue expedida por mi procurada, sin embargo, al respecto se deben hacer las siguientes precisiones por las cuales esta no se puede hacer efectiva.

En primer lugar, ha operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues el señor Nelson Reales Álvarez dejó pasar más de TRES años para finalmente ejercer las acciones pertinentes en contra de mi procurada radicando la demanda el 05 de noviembre de 2019, cuando ya se había configurado el término prescriptivo de los dos años de que trata el artículo 1081 del C.Co. Incluso, pese a que en el caso es exigible únicamente la prescripción ordinaria, valga la pena mencionar que de todas manera también se configuró la prescripción extraordinaria del contrato de seguro, en vista de que la demanda no fue notificada dentro del año siguiente a su admisión, y por lo tanto, no se interrumpió, en virtud de lo dispuesto en el artículo 94 del CGP.

En segundo lugar, en las condiciones generales del contrato de seguro se mencionaron las siguientes exclusiones:

“1.2. EXCLUSIONES

MUERTE DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA O NO CUYO ORIGEN

SE ENCUENTREEN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO. SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.”

De lo anterior, se desprende que queda excluida toda enfermedad que no se haya informado a mi procurada, sin embargo, en la historia clínica se evidenció que existen diagnósticos de enfermedades con anterioridad a la cobertura temporal del contrato de seguro, pues existen antecedentes de consulta por enfermedades que ahora pretende endilgar el señor demandante.

Y en tercer lugar, el señor Nelson Reales 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, 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.

FRENTE AL HECHO SÉPTIMO: Es parcialmente cierto, dado que la póliza de seguro No. 43164849 fue expedida por mi procurada, sin embargo, al respecto se deben hacer las siguientes precisiones por las cuales esta no se puede hacer efectiva.

No se puede hacer efectivo el contrato de seguro No. 43164849 porque eventualmente el señor Nelson Reales habría perdido su derecho a la indemnización contemplada en dicha póliza. Sobre esto, a manera general es importante mencionar que en el clausulado general de la póliza se contempla que la persona asegurada, debe declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, así como existen unas ciertas exclusiones tales como enfermedades anteriores al inicio del contrato.

No siendo suficiente con lo anterior, el dictamen de calificación de invalidez No. 12635946-309 no es oponible a mi procurada, pues no se cumplieron ni las normas mínimas que regulan el asunto al ni siquiera notificar a mi representada del dictamen emitido, siendo esta una actuación que impidió el derecho de contradicción de mi procurada.

FRENTE AL HECHO OCTAVO: Es parcialmente cierto, sin embargo, al respecto se deben hacer las siguientes precisiones por las cuales esta no se puede hacerse efectiva la Póliza de Seguro No. 43164849:

En primer lugar: ha operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues el señor Nelson Reales Álvarez dejó pasar más de TRES años para finalmente ejercer las acciones pertinentes en contra de mi procurada radicando la demanda el 05 de noviembre de 2019, cuando ya se había configurado el término prescriptivo de los dos años de que trata el artículo 1081 del C.Co. Incluso, pese a que en el caso es exigible únicamente la prescripción ordinaria, valga la pena mencionar que de todas maneras también se configuró la prescripción extraordinaria del contrato de seguro, en vista de que la demanda no fue notificada dentro del año siguiente a su admisión, y por lo tanto, no se interrumpió, en virtud de lo dispuesto en el artículo 94 del CGP.

En segundo lugar, en las condiciones generales del contrato de seguro se mencionaron las siguientes exclusiones:

“1.2. EXCLUSIONES

MUERTE DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA O NO CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO. SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.”

De lo anterior, se desprende que queda excluida toda enfermedad que no se haya informado a mi procurada, dado que en la historia clínica se evidenció que existen diagnósticos de enfermedades con anterioridad a la cobertura temporal del contrato de seguro, pues existen antecedentes de consulta por enfermedades que ahora pretende endilgar el señor demandante.

Y en tercer lugar, el señor Nelson Reales 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, 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.

FRENTE AL HECHO NOVENO: Es parcialmente cierto, dado que la póliza de seguro No. 43164849 fue expedida por mi procurada, sin embargo, al respecto se deben hacer las siguientes precisiones por las cuales esta no se puede hacer efectiva.

Sin perjuicio de la prescripción aludida en este presente caso, el Despacho deberá tener en cuenta que las enfermedades previas al inicio del seguro, deberán ser apartadas del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral, dado que son anteriores al inicio de la vigencia del contrato de seguro, pues de este contrato se desprende que queda excluida toda enfermedad que no se haya informado a mi procurada, tal como se observa a continuación:

“1.2. EXCLUSIONES

MUERTE DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA O NO CUYO ORIGEN SE ENCUENTREEN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO. SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.”

FRENTE AL HECHO DÉCIMO: No es cierto, toda vez, que ha operado de manera evidente la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues el señor Nelson Reales Álvarez dejó pasar casi más de TRES años para finalmente ejercer las acciones pertinentes en contra de mi procurada superando así, el término de los dos años de que trata el artículo 1081 del C.Co.

Nótese que el señor Nelson Reales, sólo hasta el 25 de enero de 2019 agotó el requisito de procedibilidad de que trata el artículo 621 del Código General del Proceso. En ese sentido, el señor Nelson al ser interesado en este proceso tenía 2 años desde el momento en que supo el resultado del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral, es decir, desde el 11 de agosto de 2016 para interponer las respectivas acciones en contra de mi procurada. En ese sentido, el señor demandante tuvo la posibilidad de ejercer acción en contra de mi prohijada hasta el 11 de agosto de 2018 en aras de que no prescribiera la acción.

Así como, el demandante desconoce los presupuestos normativos en los cuales, por regla general las aseguradoras pueden participar en los proceso de calificación y más aún, conforme

a lo dispuesto en el artículo 41 del Decreto 1352 de 2013, que frente a la notificación del dictamen de pérdida de capacidad laboral, establece que se deberá notificar a todas las partes interesadas, esto con el fin de ejercer el derecho a la contradicción y el debido proceso, los cuales se encuentran claramente trasgredidos a mi procurada.

Adicionalmente, el Decreto 1352 de 2013 señala lo siguiente:

“ARTÍCULO 2. Personas interesadas. Para efectos del presente decreto, se entenderá como personas interesadas en el dictamen y de obligatoria notificación o comunicación como mínimo las siguientes:

- 1. La persona objeto de dictamen o sus beneficiarios en caso de muerte.*
- 2. La Entidad Promotora de Salud.*
- 3. La Administradora de Riegos Laborales.*
- 4. La Administradora del Fondo de Pensiones o Administradora de Régimen de Prima Media.*
- 5. El Empleador.*
- 6. La Compañía de Seguro que asuma el riesgo de invalidez, sobrevivencia y muerte.”**

En ese orden de ideas, es claro qué, por mandato imperativo de orden público, se le debe notificar a las compañías de seguro que asuman el riesgo de invalidez, sobrevivencia y muerte, todas aquellas decisiones que se tomen en el marco de un proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral. En este sentido, es evidente que el artículo segundo del Decreto 1352 de 2013 no solo crea la obligación de notificar al listado de personas que se exponen, sino que implícitamente establece una consecuencia jurídica generada a partir de la ausencia o de una indebida notificación.

Por último, la comunicación allegada a mi poderdante, no cumple con los criterios del artículo 1077 del Código de Comercio, esto es:

“Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.” (...)

De tal manera, mi prohijada decidió objetar dicha comunicación como quiera que el Dictamen de Calificación tiene defectos y por cuanto el riesgo asegurado no acaeció.

FRENTE AL HECHO UNDÉCIMO: Es parcialmente cierto, sin embargo, el demandante desconoce los presupuestos normativos en los cuales, por regla general las aseguradoras pueden participar en los proceso de calificación y más aún, conforme a lo dispuesto en el artículo 41 del Decreto 1352 de 2013, que frente a la notificación del dictamen de pérdida de capacidad laboral, establece que se deberá notificar a todas las partes interesadas, esto con el

fin de ejercer el derecho a la contradicción y el debido proceso, los cuales se encuentran claramente trasgredidos a mi procurada.

En segundo lugar, de las pruebas allegadas al plenario se evidenció que el demandante no acredita que efectivamente el riesgo asegurado se haya materializado pues el Dictamen contiene enfermedades que son anteriores a la vigencia de la póliza y descontando la puntuación de ellas, no habría lugar a una calificación superior al 50%.

La Corte Suprema de Justicia³ ha reiterado en su jurisprudencia que para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito sine qua non la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, porque sin daño no puede operar el contrato:

“Una de las características de este tipo de seguro es «la materialización de un perjuicio de estirpe económico radicado en cabeza del asegurado, sin el cual no puede pretenderse que el riesgo materia del acuerdo de voluntades haya tenido lugar y, por ende, que se genere responsabilidad contractual del asegurador. No en vano, en ellos campea con vigor el principio indemnizatorio, de tanta relevancia en la relación asegurativa». (Sublínea fuera del texto original)

En tercer lugar, el señor Nelson Reales 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, 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.

Y en cuarto lugar, ha operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues el señor Nelson Reales Álvarez dejó pasar más de TRES años para finalmente ejercer las acciones pertinentes en contra de mi procurada radicando la demanda el 05 de noviembre de 2019, cuando ya se había configurado el término prescriptivo de los dos años de que trata el artículo 1081 del C.Co. Incluso, pese a que en el caso es exigible únicamente la prescripción ordinaria, valga la pena mencionar que de todas manera también se configuró la prescripción extraordinaria del contrato de seguro, en vista de que la demanda no fue notificada dentro del año siguiente a su admisión, y por lo tanto, no se interrumpió, en virtud de lo dispuesto en el artículo 94 del CGP.

³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 12 de diciembre de 2017. SC20950-2017 Radicación N° 05001-31-03-005-2008-00497-01. M.P. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ

FRENTE AL HECHO DUO DÉCIMO: Parcialmente cierto, dado que, en el presente caso existen unas ciertas irregularidades entre la historia clínica y el dictamen emitido por la Junta de Calificación del Magdalena, por lo tanto, debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad de los contratos de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE AL HECHO TRIGÉSIMO (SIC): No me consta, dado que, en el presente caso existen unas ciertas irregularidades entre la historia clínica y el dictamen emitido por la Junta de Calificación del Magdalena, por lo tanto, debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad de los contratos de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO CUARTO: No es cierto, el demandante desconoce los presupuestos normativos en los cuales, por regla general las aseguradoras pueden participar en los procesos de calificación y más aún, conforme a lo dispuesto en el artículo 41 del Decreto 1352 de 2013, que frente a la notificación del dictamen de pérdida de capacidad laboral, establece que se deberá notificar a todas las partes interesadas, esto con el fin de ejercer el derecho a la contradicción y el debido proceso, los cuales se encuentran claramente trasgredidos a mi procurada.

Adicionalmente, el Decreto 1352 de 2013 señala lo siguiente:

“ARTÍCULO 2. Personas interesadas. Para efectos del presente decreto, se entenderá como personas interesadas en el dictamen y de obligatoria notificación o comunicación como mínimo las siguientes:

- 1. La persona objeto de dictamen o sus beneficiarios en caso de muerte.*
- 2. La Entidad Promotora de Salud.*
- 3. La Administradora de Riegos Laborales.*
- 4. La Administradora del Fondo de Pensiones o Administradora de Régimen de Prima Media.*
- 5. El Empleador.*
- 6. **La Compañía de Seguro que asuma el riesgo de invalidez, sobrevivencia y muerte.**”*

En ese orden de ideas, es claro qué, por mandato imperativo de orden público, se le debe notificar a las compañías de seguro que asuman el riesgo de invalidez, sobrevivencia y muerte, todas aquellas decisiones que se tomen en el marco de un proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral. En este sentido, es evidente que el artículo segundo del Decreto 1352 de 2013 no solo crea la obligación de notificar al listado de personas que se exponen, sino que implícitamente establece una consecuencia jurídica generada a partir de la ausencia o de una indebida notificación.

Adicionalmente, el dictamen tampoco puede ser tenido en cuenta en el presente proceso porque es claro que muchas de las enfermedades que allí se encuentran consignadas ni siquiera tienen sustento en la historia clínica del señor Nelson Reales, así mismo, se evidencia que de forma exagerada han sobrevalorado los padecimientos de este para que se lograra alcanzar un porcentaje igual o superior al 50% de PCL.

En segundo lugar, de las pruebas allegadas al plenario se evidenció que el demandante no acredita que efectivamente el riesgo asegurado se haya materializado pues el Dictamen contiene enfermedades que son anteriores a la vigencia de la póliza y descontando la puntuación de ellas, no habría lugar a una calificación superior al 50%.

La Corte Suprema de Justicia⁴ ha reiterado en su jurisprudencia que para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito sine qua non la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, porque sin daño no puede operar el contrato:

“Una de las características de este tipo de seguro es «la materialización de un perjuicio de estirpe económico radicado en cabeza del asegurado, sin el cual no puede pretenderse que el riesgo materia del acuerdo de voluntades haya tenido lugar y, por ende, que se genere responsabilidad contractual del asegurador. No en vano, en ellos campea con vigor el principio indemnizatorio, de tanta relevancia en la relación asegurativa”. (Sublínea fuera del texto original)

En tercer lugar, el señor Nelson Reales 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, 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.

Y en cuarto lugar, ha operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues el señor Nelson Reales Álvarez dejó pasar más de TRES años para finalmente ejercer las acciones pertinentes en contra de mi procurada radicando la demanda el 05 de noviembre de 2019, cuando ya se había configurado el término prescriptivo de los dos años de que trata el artículo 1081 del C.Co. Incluso, pese a que en el caso es exigible únicamente la prescripción ordinaria, valga la pena mencionar que de todas manera también se configuró la prescripción

⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 12 de diciembre de 2017. SC20950-2017 Radicación N° 05001-31-03-005-2008-00497-01. M.P. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ

extraordinaria del contrato de seguro, en vista de que la demanda no fue notificada dentro del año siguiente a su admisión, y por lo tanto, no se interrumpió, en virtud de lo dispuesto en el artículo 94 del CGP.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO QUINTO: Es parcialmente cierto, sin embargo, al respecto se deben hacer las siguientes precisiones por las cuales esta no se puede hacerse efectiva la Póliza de Seguro No. 43164849:

En primer lugar: ha operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues el señor Nelson Reales Álvarez dejó pasar más de TRES años para finalmente ejercer las acciones pertinentes en contra de mi procurada radicando la demanda el 05 de noviembre de 2019, cuando ya se había configurado el término prescriptivo de los dos años de que trata el artículo 1081 del C.Co. Incluso, pese a que en el caso es exigible únicamente la prescripción ordinaria, valga la pena mencionar que de todas maneras también se configuró la prescripción extraordinaria del contrato de seguro, en vista de que la demanda no fue notificada dentro del año siguiente a su admisión, y por lo tanto, no se interrumpió, en virtud de lo dispuesto en el artículo 94 del CGP.

En segundo lugar, en las condiciones generales del contrato de seguro se mencionaron las siguientes exclusiones:

“1.2. EXCLUSIONES

MUERTE DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA O NO CUYO ORIGEN SE ENCUENTREEN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO. SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.”

De lo anterior, se desprende que queda excluida toda enfermedad que no se haya informado a mi procurada, sin embargo, en la historia clínica se evidenció que existen diagnósticos de enfermedades con anterioridad a la cobertura temporal del contrato de seguro, pues existen antecedentes de consulta por enfermedades que ahora pretende endilgar el señor demandante.

Y en tercer lugar, el señor Nelson Reales 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, 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.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEXTO: No es cierto, dado que en el presente caso no existe realización del riesgo asegurado, por cuanto las enfermedades que se tuvieron en cuenta para la Pérdida de Capacidad Laboral, fueron enfermedades que no tuvieron cobertura en la póliza porque dichas enfermedades fueron diagnosticadas con anterioridad al inicio de la vigencia del contrato de seguro. Esas enfermedades preexistentes que ayuden a generar la PCL no tienen cobertura de acuerdo con el condicionado general:

“1.2. EXCLUSIONES

MUERTE DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA O NO CUYO ORIGEN SE ENCUENTREEN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO. SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.”

De igual manera, el contrato de seguro debe declararse nulo, por cuanto opero la reticencia de que trata el artículo 1058 del código de comercio, ya que el señor Nelson Reales 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, 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.

Por último, debe tenerse en cuenta que ha operado la prescripción extraordinaria del contrato de seguros, ya que el Despacho debe tener en cuenta que con la presentación de la demanda no se interrumpió la prescripción del contrato de seguro, así mismo no acaecieron los presupuestos del primer inciso del artículo 94 del CGP, toda vez que no se notificó el auto admisorio de la demanda dentro del año siguiente a su admisión.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO: No me consta, dado que es un hecho por completo ajeno a mi representada quien es una Compañía de Seguros y, por ello, no le consta el vínculo laboral que haya tenido el señor demandante con la empresa Drummond, por esta razón, solicito que la parte actora pruebe su dicho, mediante los medios de prueba útiles, conducentes y pertinentes.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO OCTAVO: No me consta, dado que es un hecho por completo ajeno a mi representada quien es una Compañía de Seguros y, por ello, no le consta el vínculo laboral que haya tenido el señor demandante con la empresa Drummond, por esta razón, solicito que la parte actora pruebe su dicho, mediante los medios de prueba útiles, conducentes y pertinentes.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO NOVENO: No es cierto, el demandante desconoce los presupuestos normativos en los cuales, por regla general las aseguradoras pueden participar en los procesos de calificación y más aún, conforme a lo dispuesto en el artículo 41 del Decreto 1352 de 2013, que frente a la notificación del dictamen de pérdida de capacidad laboral, establece que se deberá notificar a todas las partes interesadas, esto con el fin de ejercer el derecho a la contradicción y el debido proceso, los cuales se encuentran claramente trasgredidos a mi procurada.

Adicionalmente, el Decreto 1352 de 2013 señala lo siguiente:

“ARTÍCULO 2. Personas interesadas. Para efectos del presente decreto, se entenderá como personas interesadas en el dictamen y de obligatoria notificación o comunicación como mínimo las siguientes:

- 1. La persona objeto de dictamen o sus beneficiarios en caso de muerte.*
- 2. La Entidad Promotora de Salud.*
- 3. La Administradora de Riegos Laborales.*
- 4. La Administradora del Fondo de Pensiones o Administradora de Régimen de Prima Media.*
- 5. El Empleador.*
- 6. **La Compañía de Seguro que asuma el riesgo de invalidez, sobrevivencia y muerte.**”*

En ese orden de ideas, es claro qué, por mandato imperativo de orden público, se le debe notificar a las compañías de seguro que asuman el riesgo de invalidez, sobrevivencia y muerte, todas aquellas decisiones que se tomen en el marco de un proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral. En este sentido, es evidente que el artículo segundo del Decreto 1352 de 2013 no solo crea la obligación de notificar al listado de personas que se exponen, sino que implícitamente establece una consecuencia jurídica generada a partir de la ausencia o de una indebida notificación.

Adicionalmente, el dictamen tampoco puede ser tenido en cuenta en el presente proceso porque es claro que muchas de las enfermedades que allí se encuentran consignadas ni siquiera tienen sustento en la historia clínica del señor Nelson Reales, así mismo, se evidencia que de forma exagerada han sobrevalorado los padecimientos de este para que se lograra alcanzar un porcentaje igual o superior al 50% de PCL.

De igual manera, el hecho de No notificar de manera oportuna el Dictamen, genera la pérdida a la indemnización por la configuración de la prescripción ordinaria del contrato de seguro, como ocurrió en este caso, dado que el demandante conoció de dicho Dictamen el 12 de agosto de 2016 y formuló la solicitud de demanda el 5 de noviembre de 2019.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO: No es cierto, dado que el dictamen de calificación de invalidez No. 12635946-309, que estableció la pérdida de capacidad laboral del 55.33% del señor Nelson Reales Álvarez, es inoponible a mi prohilada, toda vez, que no fue notificada del mismo y consecuentemente, no pudo ejercer el derecho de contradicción de aquel.

Adicionalmente, el dictamen tampoco puede ser tenido en cuenta en el presente proceso porque es claro que muchas de las enfermedades que allí se encuentran consignadas ni siquiera tienen sustento en la historia clínica del señor Nelson Reales, así mismo, se evidencia que de forma exagerada han sobrevalorado los padecimientos de este para que se lograra alcanzar un porcentaje igual o superior al 50% de PCL.

Por último, mi prohilada no se encuentra de acuerdo con lo la clasificación que realiza la Junta Regional en el dictamen, relacionada con la Deficiencia por trastorno del humor, clasificada con un porcentaje del 40%, toda vez que no existe coherencia entre la descripción clínica del médico psiquiatra, que es la prueba objetiva, y la definición del episodio depresivo grave, ya que ni en la historia clínica general ni en la psiquiátrica hay referencia alguna a ideación suicida, estando intenso de angustia o agitación o alteraciones sensoriales, que son los criterios fundamentales para definir un episodio depresivo grave.

Así como, la deficiencia por hipertensión arterial no tiene fundamento clínico ni cumple los criterios establecidos en la Tabla 2.6 del Decreto 1507 de 2014, ya que no hay evidencia de daño cerebral, cardíaco o renal. El manual establece que cuando no hay daño estos órganos la deficiencia por enfermedad hipertensiva arterial es clase o con 0,0%.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO PRIMERO: No es cierto, como quiera que la audiencia de conciliación, se llevó a cabo el 8 de febrero de 2019, documento que fue aportado por la parte demandante junto con la demanda, sin embargo, el Despacho debe tener en cuenta que aún cuando el demandante radicó la solicitud de conciliación ya había operado la prescripción de que trata el artículo 1081 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO SEGUNDO: No es cierto, en el presente caso no se podría hacer efectiva la póliza de referencia con base en el dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación del Magdalena, por cuanto se puede considerar que ha operado la condición vigésima séptima de su clausulado general del contrato de seguro que consagra expresamente la pérdida del derecho de indemnización.

Es importante mencionar que la póliza No. 43164849, como cualquier otro contrato de seguro, está condicionada a lo que sus condiciones tanto generales como particulares estipulen, de forma tal, que son ellas las que regulan cada uno de los amparos incluidos en esta. Así, en el anexo no. 1 del contrato de seguro en mención, que corresponde al Amparo Adicional de Invalidez-Incapacidad total y permanente, se estableció como una consideración preliminar lo siguiente:

“Por convenio entre la compañía y el tomador, este amparo adicional hace parte de la póliza de vida grupo arriba citada siempre y cuando se haya incluido en el cuadro de amparos y valores asegurados de la carátula de la póliza y queda sujeto a sus condiciones generales, sus estipulaciones y exclusiones (...).” (Negrita fuera del texto original)

De igual manera, el demandante desconoce los presupuestos normativos en los cuales, por regla general las aseguradoras pueden participar en los proceso de calificación y más aún, conforme a lo dispuesto en el artículo 41 del Decreto 1352 de 2013, que frente a la notificación del dictamen de pérdida de capacidad laboral, establece que se deberá notificar a todas las partes interesadas, esto con el fin de ejercer el derecho a la contradicción y el debido proceso, los cuales se encuentran claramente trasgredidos a mi procurada.

En segundo lugar, de las pruebas allegadas al plenario se evidenció que el demandante no acredita que efectivamente el riesgo asegurado se haya materializado pues el Dictamen contiene enfermedades que son anteriores a la vigencia de la póliza y descontando la puntuación de ellas, no habría lugar a una calificación superior al 50%.

La Corte Suprema de Justicia⁵ ha reiterado en su jurisprudencia que para que exista la obligación de indemnizar por parte de la compañía aseguradora, derivada del contrato de seguro, es requisito sine qua non la realización del riesgo asegurado de conformidad con lo establecido en el artículo 1072 del Código de Comercio, porque sin daño no puede operar el contrato:

“Una de las características de este tipo de seguro es «la materialización de un perjuicio de estirpe económico radicado en cabeza del asegurado, sin el cual no puede pretenderse que el riesgo materia del acuerdo de voluntades haya tenido lugar

⁵ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 12 de diciembre de 2017. SC20950-2017 Radicación N° 05001-31-03-005-2008-00497-01. M.P. ARIEL SALAZAR RAMÍREZ

y, por ende, que se genere responsabilidad contractual del asegurador. No en vano, en ellos campea con vigor el principio indemnizatorio, de tanta relevancia en la relación asegurativa". (Sublínea fuera del texto original)

En tercer lugar, el señor Nelson Reales 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, 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.

Y en cuarto lugar, ha operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues el señor Nelson Reales Álvarez dejó pasar más de TRES años para finalmente ejercer las acciones pertinentes en contra de mi procurada radicando la demanda el 05 de noviembre de 2019, cuando ya se había configurado el término prescriptivo de los dos años de que trata el artículo 1081 del C.Co. Incluso, pese a que en el caso es exigible únicamente la prescripción ordinaria, valga la pena mencionar que de todas maneras también se configuró la prescripción extraordinaria del contrato de seguro, en vista de que la demanda no fue notificada dentro del año siguiente a su admisión, y por lo tanto, no se interrumpió, en virtud de lo dispuesto en el artículo 94 del CGP.

FRENTE AL HECHO VIGÉSIMO TERCERO: El demandante no tiene derecho a recibir prestación alguna del contrato de seguro, por cuanto ha operado en primer lugar la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues el señor Nelson Reales Álvarez dejó pasar más de TRES años para finalmente ejercer las acciones pertinentes en contra de mi procurada radicando la demanda el 05 de noviembre de 2019, cuando ya se había configurado el término prescriptivo de los dos años de que trata el artículo 1081 del C.Co. Incluso, pese a que en el caso es exigible únicamente la prescripción ordinaria, valga la pena mencionar que de todas maneras también se configuró la prescripción extraordinaria del contrato de seguro, en vista de que la demanda no fue notificada dentro del año siguiente a su admisión, y por lo tanto, no se interrumpió, en virtud de lo dispuesto en el artículo 94 del CGP.

En segundo lugar, en las condiciones generales del contrato de seguro se mencionaron las siguientes exclusiones:

"1.2. EXCLUSIONES

MUERTE DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA O NO CUYO ORIGEN SE ENCUENTREEN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO. SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA

VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.”

De lo anterior, se desprende que queda excluida toda enfermedad que no se haya informado a mi procurada, dado que en la historia clínica se evidenció que existen diagnósticos de enfermedades con anterioridad a la cobertura temporal del contrato de seguro, pues existen antecedentes de consulta por enfermedades que ahora pretende endilgar el señor demandante.

Y en tercer lugar, el señor Nelson Reales 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, 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.

FRENTE A LAS PRETENSIONES

CONDENATORIAS:

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN 1: Me opongo rotundamente a que se declare a mi procurada civilmente al pago de \$600.000.000 por concepto de “indemnización por incapacidad total y permanente” al señor Nelson Reales.

Ahora bien, no se puede hacer efectivo el contrato de seguro No. 43164849 porque en primer lugar ha operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, pues el señor Nelson Reales Álvarez dejó pasar más de TRES años para finalmente ejercer las acciones pertinentes en contra de mi procurada radicando la demanda el 05 de noviembre de 2019, cuando ya se había configurado el término prescriptivo de los dos años de que trata el artículo 1081 del C.Co. Incluso, pese a que en el caso es exigible únicamente la prescripción ordinaria, valga la pena mencionar que de todas maneras también se configuró la prescripción extraordinaria del contrato de seguro, en vista de que la demanda no fue notificada dentro del año siguiente a su admisión, y por lo tanto, no se interrumpió, en virtud de lo dispuesto en el artículo 94 del CGP.

En segundo lugar, en las condiciones generales del contrato de seguro se mencionaron las

siguientes exclusiones:

“1.2. EXCLUSIONES

MUERTE DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA O NO CUYO ORIGEN SE ENCUENTREEN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO. SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.”

De lo anterior, se desprende que quedó excluida toda enfermedad que no se haya informado a mi procurada, dado que en la historia clínica se evidenció que existen diagnósticos de enfermedades con anterioridad a la cobertura temporal del contrato de seguro, pues existen antecedentes de consulta por enfermedades que ahora pretende endilgar el señor demandante y que para este caso el despacho no debería tener en cuenta tales enfermedades, por cuanto así quedó expresamente en dicho contrato.

En tercer lugar, el señor Nelson Reales 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, 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.

Y, en cuarto lugar, el dictamen de calificación de invalidez No. 12536946-309 no es oponible a mi procurada pues no se cumplieron ni las normas mínimas que regulan el asunto al ni siquiera notificar a mi representada del dictamen emitido, siendo está una actuación violatoria al derecho de contradicción de mi procurada.

En conclusión, para efectos del contrato de seguro, en ningún momento se ha configurado el riesgo asegurado y, por tanto, no es dable exigir, ni mucho menos pagar la suma asegurada dado que el siniestro formalmente no ha ocurrido y si en gracia de discusión se establece que si ocurrió, el mismo fue generado utilizando medios fraudulentos y generando la pérdida derecho a la luz de lo establecido en las cláusulas generales de la póliza.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN 2: Dado que esta pretensión es accesoria a la anterior y esta no tienen vocación de prosperidad, es claro que esta también debe ser

desestimada. En ese sentido, mi representada no tiene obligación alguna de pagar intereses moratorios en el caso sucinto, pues el Despacho debe tener en cuenta lo contemplado en el artículo 65 de la ley 45 de 1990:

"Causación de intereses de mora en las obligaciones dineradas. En las obligaciones mercantiles de carácter dinerario el deudor estará obligado a pagar intereses en caso de mora y a partir de ella. Toda suma que se cobre al deudor como sanción por el simple retardo o incumplimiento del plazo de una obligación dinerada se tendrá como interés de mora, cualquiera sea su denominación"

Así entonces, como los intereses de mora se derivan de un incumplimiento de las obligaciones por parte de un deudor, y en el presente caso nunca nació para mi representada la obligación de indemnizar pues en el caso de marras, se presenta una prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, aunado a que el dictamen es inoponible, así como también posee múltiples yerros y además de que no se realizó el riesgo asegurado, por lo anterior, de ninguna forma mi prohijada se puede hacer acreedora de unos intereses moratorios como aquí lo pretende el Demandante.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Objeto el juramento estimatorio presentado por el demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, por cuanto la estimación de la cuantía es injusta y desproporcionada, ya que se pretende cobrar una indemnización por el monto de \$600.000.000, valor que no es real, toda vez que como se indicó el demandante no ha demostrado el riesgo asegurado y del clausulado del contrato de seguro No. 43164849, específicamente el apartado que define el riesgo contractualmente amparado relacionado con la Invalidez- Incapacidad total y permanente, se puede leer:

Condiciones generales del contrato de seguro No. 43164849.

(...) Para todos los efectos de este amparo se entiende por incapacidad total y permanente o invalidez la sufrida por el asegurado menor de setenta (70) años de edad que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo adicional, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que impidan a la persona desempeñar en cincuenta por ciento (50%) o más su capacidad laboral o cualquier tipo de trabajo o actividad remunerada o desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia, siempre que dicha incapacidad total y permanente o invalidez haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días calendario contados desde la fecha de estructuración de la invalidez y esta fecha se encuentre dentro de la vigencia del seguro y no haya sido

provocada por el asegurado.

Para que se configure la Incapacidad Total y Permanente o la Invalidez, **el asegurado debe ser calificado con una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral, y demostrar la calidad de incapacitado total y permanente o inválido mediante dictamen de calificación de pérdida laboral formalmente emitido y debidamente ejecutoriado por parte de la Junta Nacional o Regional de calificación de invalidez (...)**” (subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de la cláusula previamente expuesta, a todas luces es claro que para que se realice el riesgo asegurado, es menester que se cumplan tres condiciones **(i)** que existan lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que impidan a la persona desempeñar en 50% su capacidad laboral **(ii)** que el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral haya sido formalmente emitido y **(iii)**, que la calificación haya sido debidamente ejecutoriada. Situaciones que aquí no se cumplen.

EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO.

Se formula esta excepción, sin que implique reconocimiento de responsabilidad u obligación alguna a cargo de mi representada, en virtud de que en este caso operó el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro. 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)

Se destaca entonces, el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria, pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular, y en especial para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil, manifestó lo siguiente:

“(…) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…)

La primera, según se acotó en líneas anteriores, de estirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el vengero prescriptivo.

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la **ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía. (...)**, al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”⁶ (Subrayado fuera del texto original)*

Del apartado transcrito se debe resaltar que el término de prescripción que le aplica al interesado, es el de prescripción ordinaria y este se cuenta desde el momento en que este haya tenido o debido tener el conocimiento de los hechos que dan base a la acción. En ese sentido, el señor Nelson Reales al ser interesado en este proceso tenía 2 años desde el momento en que supo del resultado del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral para interponer las respectivas acciones en contra de mi procurada. En ese sentido, dado que el señor Nelson Reales supo acerca del Dictamen emitido por la Junta Regional el 11 de agosto de 2016, este tuvo la posibilidad de ejercer acción en contra de mi prohijada hasta el 11 de agosto de 2018 en aras de que no prescribiera la acción.

Ahora, dado que el señor Nelson Reales únicamente realizó la solicitud para la audiencia de

⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

conciliación prejudicial el 25 de enero de 2019, **se puede concluir que la acción derivada del contrato de seguros prescribió**, por cuanto solo se acudió a la jurisdicción casi TRES años después de la ocurrencia del hecho. Es decir, en el presente caso no existe duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza del señor Nelson Reales, por cuanto, la solicitud para la audiencia de conciliación e incluso la demanda se interpusieron en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia y conocimiento del hecho que da base a la acción.

De igual manera, ha operado la prescripción extraordinaria del contrato de seguros, ya que el Despacho debe tener en cuenta que con la presentación de la demanda no se interrumpió la prescripción del contrato de seguro, así mismo no acaecieron los presupuestos del primer inciso del artículo 94 del CGP, toda vez que no se notificó el auto admisorio de la demanda dentro del año siguiente a su admisión.

Pues nótese como la fecha de admisión de la demanda se efectuó el 5 de noviembre de 2019, cuando ya habían transcurrido más de los dos años de la prescripción ordinaria de que trata el artículo 1081 del Código de Comercio y con el agravante que dicha prescripción no fue interrumpida, por cuanto la demanda no fue notificada dentro del año siguiente a su admisión, si no sólo hasta el 26 de noviembre de 2021 se consumó la notificación.

En conclusión, es evidente que operó el fenómeno jurídico de la **PRESCRIPCIÓN** de la acción derivada del contrato de seguro consagrada en el artículo 1081 del C.Co que hoy de manera infundada pretende impetrar la parte actora, al haber transcurrido más de 2 años. Por lo anterior, al haber pasado el término del que habla el artículo 1081, debe el honorable juez negar las pretensiones de la demanda.

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

2. AUSENCIA DE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA EN CABEZA DE CHUBB SEGUROS POR CUANTO NO SE REALIZÓ EL RIESGO ASEGURADO.

Con el objetivo de demostrarle al Despacho que en el presente caso no se ha realizado el riesgo asegurado, resulta de suma importancia analizar las condiciones generales del contrato de seguro No. 43164849, específicamente el apartado que define el riesgo contractualmente amparado relacionado con la Invalidez- Incapacidad total y permanente. Para lo anterior, se debe estudiar la cláusula segunda de las citadas condiciones, la cual estableció expresamente:

Condiciones generales del contrato de seguro No. 43164849.

(...) Para todos los efectos de este amparo se entiende por incapacidad total y permanente o invalidez la sufrida por el asegurado menor de setenta (70) años de edad que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el

presente amparo adicional, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que impidan a la persona desempeñar en cincuenta por ciento (50%) o más su capacidad laboral o cualquier tipo de trabajo o actividad remunerada o desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia, siempre que dicha incapacidad total y permanente o invalidez haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días calendario contados desde la fecha de estructuración de la invalidez y esta fecha se encuentre dentro de la vigencia del seguro y no haya sido provocada por el asegurado.

Para que se configure la Incapacidad Total y Permanente o la Invalidez, el asegurado debe ser calificado con una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral, y demostrar la calidad de incapacitado total y permanente o inválido mediante dictamen de calificación de pérdida laboral formalmente emitido y debidamente ejecutoriado por parte de la Junta Nacional o Regional de calificación de invalidez (...)” (subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de la cláusula previamente expuesta, a todas luces es claro que para que se realice el riesgo asegurado, es menester que se cumplan tres condiciones **(i)** que existan lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que impidan a la persona desempeñar en 50% su capacidad laboral **(ii)** que el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral haya sido formalmente emitido y **(iii)**, que la calificación haya sido debidamente ejecutoriada. Sin embargo, tal y como se demostrará a continuación ninguno de los requisitos previamente relacionados se ha configurado en el caso en concreto.

En primer lugar, es de suma importancia que el Despacho tenga en cuenta que a pesar de que en el plenario obre un dictamen expedido por la Junta Regional de Calificación del Magdalena, ello no acredita de ninguna forma que el señor Nelson Reales se encuentre padeciendo de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que impidan desarrollar en un 50% su capacidad laboral, tal como se argumentó y demostró fehacientemente en la excepción anterior y a lo largo de todo el documento y a partir de lo cual se tiene, entonces, que no se ha producido la condición de la que pende el nacimiento de la obligación de pagar la prestación asegurada, conforme a las normas de los artículos 1072, 1054 y 1077 del Código de Comercio. Lo anterior, habida cuenta que no se ha acreditado el derecho a la indemnización, y contrariamente, lo único que existe es incertidumbre respecto a su eventual pérdida de capacidad laboral y, por sustracción de materia, en caso de considerarse que, si hay alguna, esta no podría ser superior al 50%.

En segundo lugar, la segunda de las condiciones consignadas en las cláusulas generales del contrato, hace referencia a que el dictamen haya sido formalmente emitido, esto significa, que la

calificación se ajuste íntegramente a las disposiciones imperativas de orden público consagradas en el manual único de calificación. Sin embargo, tal y como fue indefectiblemente demostrado, el dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Nelson Reales, contraviene flagrante y ostensiblemente las directrices del Decreto 917 de 1999, y por esta razón, es jurídicamente acertado establecer que la calificación expedida por la Junta Regional de Calificación del Magdalena no fue formalmente emitida.

En tercer lugar, la última de las condiciones para que se realice el riesgo asegurado, consiste en que el dictamen se encuentre debidamente ejecutoriado, no obstante, en el presente caso no es posible que la calificación se encuentre debidamente ejecutoriada, dado que nunca le fue notificada a mi representada. En otras palabras, teniendo en cuenta que se incumplió totalmente la obligación imperativa de notificación a las personas contempladas en el artículo 2 del Decreto 1352 de 2013, no solo se originan las consecuencias de inoponibilidad y carencia de efectos jurídicos, sino que todo esto también conlleva directamente a que se entienda que la calificación elaborada por la Junta del Magdalena, no se encuentre debidamente ejecutoriada. Es apenas lógico que, si una decisión no se notifica esta carece de efectos jurídicos y es inoponible, por lo que indudablemente debe entenderse que dicho pronunciamiento no está debidamente ejecutoriado.

En conclusión, en el sub examine no se ha realizado el riesgo asegurado y por lo tanto mi representada no tiene la obligación de pagar suma alguna derivada del contrato de seguro No. 43164849, en virtud de que no se ha producido el riesgo del que depende la prestación indemnizatoria. Para que se produzca dicho riesgo, es obligatorio que existan lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que impidan al señor Nelson Reales desempeñar en 50% su capacidad laboral, que el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral haya sido formalmente emitido, y que la calificación haya sido debidamente ejecutoriada. Sin embargo, el hecho de que la calificación producida por la Junta Regional de Calificación del Magdalena no produzca efectos, de que no sea oponible respecto de la Compañía Aseguradora, de que contravenga directamente el manual único de calificación y teniendo en cuenta que no es un fiel reflejo de las condiciones de salud del Asegurado consignadas en la historia clínica, demuestra fehacientemente que no se han reunido los presupuestos sine qua non para exigir pago alguno de Chubb Seguros Colombia S.A con base en el mencionado contrato de seguro.

Por lo anterior, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

3. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR A CARGO DE CHUBB POR NO LA NO REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO E INCUMPLIMIENTO DE LAS CARGAS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

Es necesario aclarar que para que nazca a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador, es requisito que el solicitante del amparo demuestre tanto la realización del riesgo

asegurado, como también la cuantía de la pérdida. En tal virtud, si no se prueban estos dos elementos (la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida) la prestación condicional de la Aseguradora no nace a la vida jurídica y no podrá hacerse efectiva la póliza.

Así entonces, para efectos de solicitudes de indemnización por los riesgos amparados, la carga probatoria gravita sobre la parte Demandante, quien en la relación contractual tiene la calidad de beneficiaria. En ese sentido, el artículo 1077 del Código de Comercio, estableció:

“ARTÍCULO 1077. CARGA DE LA PRUEBA. Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso.

El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad.” (subrayado y negrilla fuera del texto original)

El cumplimiento de tal carga probatoria respecto de la ocurrencia del siniestro, así como de la cuantía de la pérdida, es fundamental para que se haga exigible la obligación condicional derivada del contrato de seguro, tal como lo ha indicado doctrina respetada sobre el tema:

“Es asunto averiguado que en virtud del negocio asegurativo, el asegurador contrae una obligación condicional que el artículo 1045 del código de comercio califica como elemento esencial del contrato, cuyo objeto se concreta a pagar la indemnización cuando se realice el riesgo asegurado. Consecuente con esta concepción, el artículo 1054 de dicho estatuto puntualiza que la verificación del riesgo -como suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador- “da origen a la obligación del asegurado” (se resalta), lo que significa que es en ese momento en el que nace la deuda y, al mismo tiempo, se torna exigible (...)”

“(...) Luego la obligación del asegurador nace cuando el riesgo asegurado se materializa, y cual si fuera poco, emerge pura y simple.

*Pero hay más. Aunque dicha obligación es exigible desde el momento en que ocurrió el siniestro, **el asegurador, ello es medular, no está obligado a efectuar el pago hasta tanto el asegurado o beneficiario le demuestre que el riesgo se realizó y cuál fue la cuantía de su pérdida.** (...) Por eso el artículo 1080 del Código de Comercio establece que “el asegurador estará obligado a efectuar el pago...[cuando] el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077”. Dicho en breve, el asegurador sabe que tiene un deber de prestación, pero también sabe que mientras el acreedor no cumpla con una carga, no tendrá que pagar (...)”*

“(...) Se dirá que el asegurado puede acudir al proceso declarativo, y es cierto; pero aunque la obligación haya nacido y sea exigible, la pretensión fracasará si no se atiende la carga prevista en el artículo 1077 del Código de Comercio, porque sin el

cumplimiento de ella el asegurador no debe “efectuar el pago” (C. de CO., art. 1080)⁷
” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

La importancia de la acreditación probatoria de la ocurrencia del siniestro, de la existencia del daño y su cuantía, se circunscribe a la propia filosofía resarcitoria del seguro. Consistente en reparar el daño acreditado y nada más que este. Puesto que de lo contrario, el asegurado o beneficiario podría enriquecerse sin justa causa, al indemnizarle un daño inexistente. En esta línea ha indicado la Corte Suprema de Justicia:

“2.1. La efectiva configuración del riesgo amparado, según las previsiones del artículo 1054 del Código de Comercio, “da origen a la obligación del asegurador”.

2.2. En consonancia con ello, “[e]l asegurado o el beneficiario [están] obligados a dar noticia al asegurador de la ocurrencia del siniestro” (art. 1075, ib.), información que en el caso de la póliza de que se trata, debía verificarse “dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia de un tratamiento de las enfermedades de Alto Costo relacionada en la Cláusula Primera, así no afecte la Cobertura provista mediante la presente póliza” (cláusula décima, condiciones generales, contrato de seguro).

2.3. Pero como es obvio entenderlo, no bastaba con reportar el siniestro, sino que era necesario además “demostrar [su] ocurrencia (...), así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso” (art. 1077, ib.).

2.4 Esos deberes acentúan su importancia en los seguros de daños, como el que es base de la acción, toda vez que ellos, “[r]especto del asegurado”, son “contratos de mera indemnización y jamás podrán constituir para él fuente de enriquecimiento” (art. 1088, ib.), de modo que “la indemnización no excederá, en ningún caso, el valor real del interés asegurado en el momento de siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario” (art. 1089, ib.)⁸.

La Corte Suprema de Justicia, ha establecido la obligación del asegurado en demostrar la cuantía de la pérdida:

“(…) Se lee en las peticiones de la demanda que la parte actora impetra el que se determine en el proceso el monto del siniestro. Así mismo, no cuantifica una pérdida. De ello se colige con claridad meridiana que la demandante no ha cumplido con la carga de demostrar la ocurrencia del siniestro y su cuantía que le imponen los artículos 1053 y 1077 del C. de Comercio. En consecuencia y en el hipotético evento en que el siniestro encontrare cobertura bajo los términos del

⁷ ÁLVAREZ GÓMEZ Marco Antonio. “Ensayos sobre el Código General del Proceso. Volumen I. Hipoteca, Fiducia mercantil, Prescripción, Seguros, Filiación, Partición de bienes en vida y otras cuestiones sobre obligaciones y contratos”. Segunda Edición. Editorial Temis, Bogotá, 2018. Pág. 121-125.

⁸ Sentencia SC2482-2019 de 9 de julio de 2019, Radicación n.º 11001-31-03-008-2001-00877-01. Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. MP: ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO

contrato de seguros, la demandante carece de derecho a demandar el pago de los intereses moratorios⁹ (Negrilla y subrayado fuera del texto original)

De lo anterior, se infiere que en todo tipo de seguros, cuando el asegurado quiera hacer efectiva la garantía deberá demostrar la ocurrencia del siniestro y de ser necesario, también deberá demostrar la cuantía de la pérdida. Para el caso en estudio, al no haber cobertura de las enfermedades que son anteriores al inicio de la vigencia del contrato de seguro y fuera del amparo de acuerdo con las condiciones de la póliza y como quiera que el demandante no cumplió con la carga de la prueba consistente en demostrar la realización del riesgo asegurado y la cuantía de la pérdida, de conformidad con lo dispuesto en el Art. 1077 del C. Co., en ese sentido, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional del Asegurador.

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

4. NULIDAD DE LOS ASEGURAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO

Es fundamental que desde ahora el honorable Despacho tome en consideración que el señor Nelson Reales 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, 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

⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil M.P. Dr. Pedro Octavio Munar Cadena. Exp. 1100131030241998417501

*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*¹⁰. (Subrayado fuera del texto original)

En el presente caso, es claro que en el condicionado general del contrato de seguro No 43164849 en su condición séptima indica lo siguiente:

“El TOMADOR y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que les sea propuesto por LA COMPAÑÍA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del presente contrato.”

Por lo tanto, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la Asegurada, conociendo a profundidad sus padecimientos, no declaró de forma sincera el estado del riesgo. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. La Corte Constitucional, en sentencia T 196 de 2007 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

¹⁰ 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.

a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora”. (Subrayado fuera del texto original)

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

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”¹¹
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse. Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”¹² (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

No obstante, y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

¹² 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.

Código de Comercio. 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 este 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**”.*

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.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las condiciones médicas del demandante en la determinación de su pérdida de capacidad laboral, es de gran importancia abordar lo señalado por el dictamen de calificación de invalidez aportado al proceso por la misma parte actora. En este documento se observa claramente que el ente de Calificación es muy claro al establecer, como criterios para fijar la pérdida de capacidad laboral en un 40.15% inicial, las siguientes valoraciones de deficiencias:

Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias			
Diagnósticos y origen			
CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Origen
	Amputación traumática de dos o mas dedos solamente (completa) (parcial)		Enfermedad común
E119	Diabetes mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación		Enfermedad común
I10X	Hipertensión esencial (primaria)		Enfermedad común
M518	Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales		Enfermedad común
F330	Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente		Enfermedad común
			Valor combinado: 15,00%
Capítulo			Valor deficiencia
Capítulo 2. Deficiencias por alteraciones del sistema cardiovascular.			
Capítulo 8. Deficiencias por alteraciones del sistema endocrino.			14,00%
Capítulo 13. Deficiencias por trastornos mentales y del comportamiento.			15,00%
Capítulo 14. Deficiencias por alteración de las extremidades superiores e inferiores.			20,00%
Capítulo 15. Deficiencias por alteraciones de la columna vertebral y la pelvis.			16,52%
			15,00%
Entidad calificador: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena			
Evaluado: NELSON REALES ALVAREZ			
Dictamen: 12536946 - 309			
Página 3 de 5			

Documento: Dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional

Fecha: 11 de agosto de 2016

Transcripción parte esencial: "Calificación / Valoración de las deficiencias

1. Diabetes Mellitus no insulín dependiente sin mención de complicación.
2. Hipertensión esencial (primaria)
3. Otros trastornos específicos de los discos invertebrales.

Es importante resaltar que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que

las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que la asegurada haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

En consecuencia, dada la envergadura, es claro que los aseguramientos deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio como resultado de la reticencia del señor Nelson Reales en la fase de formación del contrato de seguro.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción

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

*como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”. (negrilla y subrayas fuera del texto)”.*¹³

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 Gutiérrez¹⁴, 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 sometido a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».” (Subrayas fuera del texto original).

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

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

¹³ 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.

¹⁴ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

*que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**".*

(Subrayado fuera del texto original)

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este 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 Código de Comercio, 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.

6. CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA NULIDAD DE LOS CONTRATOS DE SEGURO.

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que la honorable Despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente

señalada establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

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

En conclusión, dado que el señor Nelson Reales fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de sus seguros 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. Que, de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. Por lo anterior, es claro que Chubb Seguros Colombia S.A 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.

7. EL DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL NO. 12536946 – 309 TIENE SERIOS YERROS E INCONSISTENCIAS RESPECTO A LA DETERMINACIÓN DE LOS PORCENTAJES ASIGNADOS.

Se propone la siguiente excepción por cuanto el dictamen de pérdida de capacidad laboral de referencia posee serias inconsistencias que permiten concluir que la valoración efectuada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, se produjo sin los criterios adecuados y sin cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Decreto 917 de 1999 que contiene el Manual Único de Calificación de Invalidez.

En primer lugar, respecto de la “DEFICIENCIA POR TRASTORNO DEL HUMOR” se debe mencionar que al hacer un análisis detallado de la historia clínica del señor Nelson Reales y en particular de lo consignado acerca de esta patología, se tiene por parte de la Junta Regional de Calificación de Invalidez no se aporta examen, ni descripción clínica que soporte las alteraciones de las funciones mentales superiores.

En segundo lugar, respecto de la enfermedad a la que se refiere el dictamen 12536946 - 309 bajo la denominación de “ROL LABORAL”, sin que obre concepto de médico especializado o exámenes adicionales, la junta otorgó valores de pérdida de capacidad laboral a la referida patología, lo cual es claramente alejado de la realidad, dada la falta de documentación idónea para sustentar la patología como afectación a la capacidad laboral del señor Nelson Reales.

Adicionalmente, respecto a las patologías denominadas “Deficiencia por diabetes mellitus” y “Deficiencia por enfermedad cardiovascular” se considera todavía más evidente el yerro en la calificación realizada por la Junta Regional, toda vez que en la historia clínica no se encuentra soporte de la deficiencia por patologías relacionadas, es más, ni siquiera debió haberse tenido en cuenta para el estudio, esto es en razón a la carencia de una preexistencia en la historia clínica, además de la inobservancia de un examen que haya solicitado la Junta para corroborar la patología.

Así como, la deficiencia por hipertensión arterial no tiene fundamento clínico ni cumple los criterios establecidos en la Tabla 2.6 del Decreto 1507 de 2014, ya que no hay evidencia de daño cerebral, cardíaco o renal.

De conformidad con lo anterior, las patologías calificadas al señor Nelson Reales, no cuentan con sustento documental en la Historia Clínica y por tal razón, al no haber una correlación entre la calificación y la Historia Clínica, no podría generarse ningún efecto de un dictamen que fue expedido sin sustento clínico.

En consecuencia, es un argumento indefectible que debe ser analizado por el Honorable Juez en el momento de formar su juicio, en virtud de que aceptar hacer efectiva la póliza de seguro, con base en un dictamen de pérdida de capacidad laboral que vulnera de forma tan grave el Decreto 917 de 1999, desconoce todo principio general del derecho. No puede ser utilizado como prueba semejante documento, que como se ha venido desarrollando, menciona enfermedades que no tienen fundamento en la información médica del señor Nelson Reales.

Es más, es que en este punto es esencial ponerle de presente al honorable Juez que hacer efectivo un contrato de seguro, con base en una calificación que indiscutiblemente contraviene toda norma del ordenamiento jurídico, contradice con esto, cualquier postulado recogido en la legislación Colombiana. En otras palabras, no debe una autoridad judicial reconocer derecho alguno a una persona determinada, cuando el documento con base en el cual se pretende dicho reconocimiento es de dudosa veracidad y flagrantemente contrario a la normatividad que regula las calificaciones de pérdida de capacidad laboral en Colombia.

En conclusión, en ningún escenario es jurídicamente viable que el Honorable juez haga efectivo el contrato de seguro No 43164849 con base en un dictamen manifiestamente ilegal que se aparta de las normas imperativas de orden público consignadas en el manual de calificación, razón por la que no existe una alternativa distinta de denegar la totalidad de las pretensiones de la parte actora y condenarlas de ese modo al fracaso.

8. INOPONIBILIDAD DEL DICTAMEN PROFERIDO POR LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA POR AUSENCIA DE CITACIÓN Y NOTIFICACIÓN A MI REPRESENTADA

Ahora bien, sin perjuicio de la claridad con que se configura el fenómeno prescriptivo de las acciones derivadas del contrato de seguro en los términos del artículo 1081 del C.Co, resulta importante poner de presente que mi representada en ningún momento hizo parte del proceso de calificación iniciado ante la Junta Regional de calificación del Magdalena, esto es, no fue citada ni notificada para hacer parte y controvertir el dictamen producido. En otras palabras, el dictamen no es oponible a mi prohijada por cuanto ella no conoció ni hizo parte del proceso de calificación, lo cual va en contravención del artículo 142 del Decreto 019 de 2012 que dice así:

“ARTÍCULO 142. CALIFICACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ. El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, quedará así: “Artículo 41. Calificación del Estado de Invalidez. El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación. Este manual será expedido por el Gobierno Nacional y deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral.

Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. En caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez (10) días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco (5) días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco (5) días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.

El acto que declara la invalidez que expida cualquiera de las anteriores entidades, deberá contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad en que el interesado puede solicitar la calificación por parte de la Junta Regional y la facultad de recurrir esta calificación ante la Junta Nacional.”

Ahora bien, la Corte Constitucional ha establecido ciertos lineamientos que deben ser tenidos en cuenta a la hora de emitir un dictamen de calificación de invalidez. En ese sentido, se debe seguir un procedimiento básico en aras de salvaguardar el derecho fundamental al debido proceso que se encuentra en cabeza de las personas interesadas que se puedan ver afectadas por la decisión. Bajo dicho entendido, como el fin que se busca es salvaguardar los derechos de

contradicción y defensa de los interesados, la Corte se ha pronunciado de la siguiente manera:

“Esta Corporación al desarrollar las normas mencionadas anteriormente ha establecido cuatro reglas, las cuales deben ser observadas por las Juntas de Calificación al momento de expedir los dictámenes de pérdida de la capacidad laboral. La primera regla establece que el trámite de calificación sólo puede adelantarse una vez se haya terminado la rehabilitación integral y el tratamiento o se compruebe la imposibilidad de realizarlo. El segundo parámetro establece que la valoración para determinar el estado de salud de la persona sea completa e integral; lo anterior implica el deber de las juntas de realizar un examen físico y el estudio de la historia clínica del paciente. La tercera regla señala que, si bien los dictámenes de pérdida de la capacidad laboral no son considerados actos administrativos, los mismos deben estar debidamente motivados; esto implica que el dictamen debe contener los fundamentos de hecho y de derecho. La última regla supone un respeto por el derecho de defensa y contradicción de los interesados, de tal manera que se les brinde la posibilidad de controvertir todos los aspectos relacionados con el dictamen.” (Negrita fuera del texto original)

De lo anterior se puede concluir que dentro de las reglas que son aplicables al procedimiento de calificación se encuentra aquella que consiste en la obligación de notificar debidamente el resultado que se obtenga del procedimiento de calificación de la persona a los interesados, luego es claro que, sin ello, las partes interesadas no pueden ejercer en debida forma su derecho de contradicción. De conformidad con lo expuesto anteriormente, se procederá a explicar a qué personas se refiere el término “interesados”. El Decreto 1352 de 2013 señala lo siguiente:

“ARTÍCULO 2. Personas interesadas. Para efectos del presente decreto, se entenderá como personas interesadas en el dictamen y de obligatoria notificación o comunicación como mínimo las siguientes:

- 1. La persona objeto de dictamen o sus beneficiarios en caso de muerte.*
- 2. La Entidad Promotora de Salud.*
- 3. La Administradora de Riegos Laborales.*
- 4. La Administradora del Fondo de Pensiones o Administradora de Régimen de Prima Media.*
- 5. El Empleador.*
- 6. La Compañía de Seguro que asuma el riesgo de invalidez, sobrevivencia y muerte.”**

A partir de la norma previamente abordada, es claro que, por mandato imperativo de orden público, se le debe notificar a las compañías de seguro que asuman el riesgo de invalidez, sobrevivencia y muerte, todas aquellas decisiones que se tomen en el marco de un proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral. En este sentido, es evidente que el artículo segundo

del Decreto 1352 de 2013 no solo crea la obligación de notificar al listado de personas que se exponen, sino que implícitamente establece una consecuencia jurídica generada a partir de la ausencia o de una indebida notificación. Dicha consecuencia, es rescatada por la Corte Constitucional de la siguiente manera:

*“De conformidad con el artículo 29 de la Constitución Política y con la reiterada jurisprudencia de esta Corporación, el derecho al debido proceso es garantía y a la vez principio rector de todas las actuaciones judiciales y administrativas del Estado. En consecuencia, las actuaciones que adelante el Estado para resolver una solicitud de reconocimiento de un derecho o prestación, **deben adelantarse respetando, entre otras, las garantías del peticionario al derecho de defensa y de impugnación y publicidad de los actos administrativos.***

Una de las formas de respetar dichas garantías, es a través de la notificación de las actuaciones administrativas. En efecto, desde sus primeros fallos, la Corte Constitucional ha reconocido la importancia de la notificación de las actuaciones administrativas, pues de esta forma se garantiza que las personas hagan valer sus derechos impugnando las decisiones de la autoridad que los afecten. En este sentido, en la sentencia T-419 de 1994, esta Corporación indicó:

“La notificación es el acto material de comunicación por medio del cual se ponen en conocimiento de las partes o terceros interesados los actos de particulares o las decisiones proferidas por la autoridad pública. La notificación tiene como finalidad garantizar el conocimiento de la existencia de un proceso o actuación administrativa y de su desarrollo, de manera que se garanticen los principios de publicidad, de contradicción y, en especial, de que se prevenga que alguien pueda ser condenado sin ser oído. Las notificaciones permiten que materialmente sea posible que los interesados hagan valer sus derechos, bien sea oponiéndose a los actos de la contraparte o impugnando las decisiones de la autoridad, dentro del término que la ley disponga para su ejecutoria. Sólo a partir del conocimiento por las partes o terceros de las decisiones definitivas emanadas de la autoridad, comienza a contabilizarse el término para su ejecutoria”.

Ahora bien, la notificación de las actuaciones administrativas son actos plenamente regulados en el ordenamiento jurídico colombiano, específicamente en los artículos 44 al 48 del Código Contencioso Administrativo, en los cuales se indica que las decisiones que pongan término a una actuación administrativa deberán notificarse personalmente, enviando una citación por correo certificado al peticionario para que se notifique personalmente y se le entregue una copia íntegra, auténtica y gratuita de la

decisión, y en caso de no poder surtir la notificación personal, se deberá notificar la decisión por edicto.

Por lo anterior, cuando la Administración no adelante la notificación con el lleno de los anteriores requisitos, se entenderá que esta no se surtió y la decisión no producirá efectos legales. Esto es así, porque en aquellos eventos en los que una entidad pública notifica indebidamente una decisión, le impide al interesado ejercer su derecho de defensa y vulnera su derecho fundamental al debido proceso.

Ahora bien, los dictámenes de calificación de la pérdida de capacidad laboral tienen una regulación especial establecida en el artículo 41 de la Ley 100 de 1993, en el cual se señala que corresponde, entre otras entidades, al Instituto de Seguros Sociales calificar en primera oportunidad el grado de invalidez de sus afiliados, pero que el acto que declara la invalidez puede ser recurrido dentro de la oportunidad legal.”⁵ (Subrayado fuera del texto original)

La Corte Constitucional, al realizar una analogía con el procedimiento administrativo, estableció en un caso en el que estaba inmerso un dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral, que la falta de notificación de dicho dictamen genera que la decisión no produzca efectos legales. Sin embargo, es importante tener en cuenta que lo dicho por la Corte en aquel caso particular, no es una consecuencia jurídica novedosa de la falta de notificación de decisiones, sino que únicamente es una hipótesis que ha sido recogida por toda la legislación procesal colombiana afincándose en las garantías mínimas del derecho fundamental al debido proceso, tal y como se demuestra a continuación:

- Código General del Proceso:

“Artículo 289. Notificación de las providencias. Las providencias judiciales se harán saber a las partes y demás interesados por medio de notificaciones, con las formalidades prescritas en este código.

Salvo los casos expresamente exceptuados, ninguna providencia producirá efectos antes de haberse notificado.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

- Ley 1437 de 2011:

“Artículo 72. Falta o irregularidad de las notificaciones y notificación por conducta concluyente. Sin el lleno de los anteriores requisitos no se tendrá por hecha la notificación, ni producirá efectos legales la decisión, a menos que la parte interesada revele que conoce el acto, consienta la decisión o interponga los recursos legales. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de todo lo anterior, es de suma importancia que el Honorable Juez tenga en cuenta dos puntos esenciales. Primero, que es imperativo que se notifiquen las decisiones tomadas en un proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral adelantado ante una Junta Regional de Calificación o ante cualquier órgano facultado para ello, al listado de personas interesadas que se encuentran contempladas dentro del artículo 2 del Decreto 1352 de 2013. Segundo, que el efecto jurídico de la ausencia o indebida notificación de una decisión en la que la Junta Regional del Magdalena califique la pérdida de capacidad laboral, consiste en que dicha decisión no produzca efecto alguno, es decir, es inoponible a las personas interesadas que no fueron notificadas. Tanes así, que, en otro pronunciamiento adicional de la Corte Constitucional, que hace parte de la línea jurisprudencial que se ha venido exponiendo, se establece que, de no notificarse a las personas interesadas, sin duda alguna se está vulnerando el derecho de contradicción y defensa reconocido constitucionalmente:

“Esta Corporación ha establecido cuatro (4) reglas procedimentales básicas que rigen las actuaciones de las Juntas de Calificación de Invalidez, y que conforman los contenidos mínimos del derecho fundamental al debido proceso en esta clase de procedimientos: i) El trámite de la solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral debe realizarse cuando las entidades competentes hayan culminado el tratamiento y rehabilitación integral o se compruebe la imposibilidad de su continuación; ii) La valoración del estado de salud de la calificada debe ser completa e integral, pues las juntas deberán proceder a realizar examen físico correspondiente, y al sustanciar y proferir el respectivo dictamen deben tener en cuenta todos los aspectos médicos consignados en la historia clínica, y ocupacional del paciente; iii) Las decisiones adoptadas por las Juntas, si bien no constituyen actos administrativos, deben ser debidamente motivados, con explicación y justificación del diagnóstico clínico de carácter técnico científico, soportado en la historia clínica y ocupacional del paciente, así como los fundamentos de hecho y de derecho. Plena observancia de los derechos de defensa y contradicción en todo el trámite surtido ante la Junta, que se materializa en la posibilidad que tiene el paciente de controvertir la calificación o valoración médica relativa a la disminución de su capacidad laboral.”¹⁵ (Subrayado fuera del texto original)”

En efecto, es indiscutible que, de no notificar un dictamen de pérdida de capacidad laboral a la parte interesada, éste no producirá efecto alguno. En otras palabras, un dictamen no es oponible a una compañía aseguradora que no haya hecho parte del proceso de calificación ante la Junta Regional de Calificación. Ahora bien, en el caso concreto, debe tenerse en cuenta que el procedimiento de calificación del señor Nelson Reales nunca le fue notificado a Chubb Seguros Colombia S.A., razón por la que el dictamen con base en el cual se busca la efectividad del contrato de seguro No. 43164849 no produce efecto alguno, ni le es oponible a mi procurada.

¹⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-558 de 2011. Mp. María Victoria Calle Correa.

En otras palabras, las pretensiones del Demandante están llamadas al fracaso, en la medida que el dictamen con base en el cual busca acreditar la realización del riesgo asegurado no le es oponible produce efectos jurídicos respecto de mi representada.

En el sub examine, está plenamente demostrado que la Compañía Aseguradora, a pesar de encontrarse expresamente listada en el artículo 2 del Decreto 1352 de 2013, no fue notificada de la decisión proferida por la Junta del Magdalena. De esta forma, dado que no fue notificada, aun cuando existía el deber legal de realizar dicha notificación, se produjo el efecto jurídico de inoponibilidad y de que dicho pronunciamiento no produzca efecto alguno respecto de mi procurada, y de esta forma, es claro que no puede el Demandante pretender prestación alguna derivada del contrato de seguro, cuando el documento con base en el cual reclama sus derechos, es objeto de las consecuencias previamente mencionadas, esto es, inoponibilidad y carencia de efectos.

De la normativa transcrita anteriormente, es claro que por mandato de orden público se le debe notificar a las compañías de seguro que asuman el riesgo de invalidez, sobrevivencia o muerte, acerca del dictamen que fue emitido por la institución y dado que ese requisito de obligatoria notificación no se cumplió en el presente caso, por cuanto a mi procurada jamás se le notificó el dictamen **No 12536946 - 309**, es claro que el mismo le es inoponible a ella. En conclusión, dado que no se nos notificó el dictamen en su debida oportunidad, se debe declarar que el mismo es inoponible y sumado a que a mi prohijada se le vulneró su derecho de contradicción, es que solicito se declare probada esta excepción, y en tal virtud, se deben negar las pretensiones invocadas por la parte Actora.

9. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO No. 43164849

En materia de seguros, el asegurador según el Artículo 1056 del C.Co 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 No 43164849 en sus Condiciones Generales señala una serie de exclusiones, las cuales enuncio a continuación, porque de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada:

“1.2. EXCLUSIONES

MUERTE DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA O NO CUYO ORIGEN SE ENCUENTREEN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO. SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.”

Teniendo en cuenta lo anterior, es menester señalar que, si durante el proceso se logra establecer la ocurrencia de alguna de las exclusiones arriba señaladas o cualquiera de las que constan en las condiciones generales, la póliza no podrá ser afectada, en tanto la situación se encontraría inmersa en una exclusión. Así las cosas, de configurarse alguna de ellas no podrá existir responsabilidad en cabeza del Asegurador, por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la Póliza de Seguro No 43164849, pues las partes acordaron pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la póliza no cubriría ninguna reclamación.

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones previamente mencionadas o las que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir responsabilidad en cabeza del Asegurador. Por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la Póliza de Seguro No. 43164849, pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la Póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

9. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

Solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Demandante.

CAPITULO III MEDIOS DE PRUEBAS

1. DOCUMENTALES:

1.1 Copia de la Carátula de la Póliza de Seguro Vida Grupo N° 43164849 (Certificado 0 y 24), cuyo tomador es la sociedad Drummond Ltd., y cuyo Grupo Asegurado está conformado por los empleados al servicio activo de dicha entidad.

1.2 Copia de las Condiciones Generales y Particulares del certificado 24 de la Póliza de Seguro Vida Grupo N° 43164849, tomada por Drummond Ltd.

2. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

2.1 Debido a que el Ministerio de Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **AL ACCIONANTE** para que exhiba su Historia Clínica desde el año 2000 hasta el 2016, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que fueron evaluadas en su dictamen de pérdida de capacidad laboral y que no cuentan con sustento documental en la Historia Clínica y de igual manera acreditar que el Dictamen Pericial emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, en donde se le determinó un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 53.33% al señor Nelson Reales, no puede ser tenido como prueba en el presente proceso, como quiera que no refleja la real condición de salud del demandante.

2.2 De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **SALUD TOTAL EPS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la historia clínica que repose en sus archivos, correspondiente a los años desde el 2000 al 2016, del señor Nelson Reales Álvarez, mayor de edad, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. 12.536.946. Vale la pena agregar, que el citado documento se encuentra en poder de la mencionada entidad, ya que es su asegurador en salud.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que el Asegurado sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que el mismo declaró su estado de asegurabilidad.

SALUD TOTAL EPS puede ser notificada en la Carrera 18 No 109 – 15 en la ciudad de Bogotá. Correo Electrónico: notificacionesjud@saludtotal.com.co

3. DICTAMEN PERICIAL

3.1 De conformidad con el artículo 234 del C.G.P y las normas concordantes, y con cargo de los costos a la Compañía Aseguradora, comedidamente solicito al Honorable Juzgado que **ORDENE A LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA**, o en su defecto, a una Junta Regional diferente de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, practicar un dictamen pericial que se centrará en determinar con exactitud científica y técnica los siguientes aspectos:

3.1.1 Si el señor Nelson Reales ha sufrido una disminución en su capacidad laboral, y de ser afirmativa la respuesta al interrogante anterior, deberá determinar cuál es su porcentaje de pérdida de capacidad laboral.

3.1.2 Si el dictamen pericial emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, en donde se le determinó un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 53.33% al señor Nelson Reales, se ajusta a las normas consagradas en el manual único de calificación. Es decir, deberá determinar si el mencionado dictamen pericial fue elaborado siguiendo estrictamente la reglamentación aplicable a la materia, y en particular, el manual único de calificación.

En este punto es de suma importancia aclarar, que no fue posible aportar dicho dictamen junto con la contestación a la demanda, por cuanto, para su creación y práctica es indispensable que el asegurado, en este caso el señor Nelson Reales, **se presente personalmente ante una Junta Regional de Invalidez**, con el objetivo de iniciar el proceso de calificación pertinente.

El propósito del dictamen solicitado, consiste acreditar que el Dictamen Pericial emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, en donde se le determinó un porcentaje de pérdida de capacidad laboral del 53.33% al señor Nelson Reales, no puede ser tenido como prueba en el presente proceso, como quiera que no refleja la real condición de salud del demandante.

4. INTERROGATORIO DE PARTE:

4.1 Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **Nelson Reales**, en su calidad de Demandante, a fin de que absuelva 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.

El señor Nelson Reales podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

5. DECLARACIÓN DE PARTE

5.1 Al tenor de lo preceptuado por el artículo 198 del C.G.P, comedidamente solicito al Despacho ordenar la citación del representante legal de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso y las condiciones del contrato de seguro en cuestión.

6. TESTIMONIALES

6.1 Ruego fijar fecha y hora para que se recepcione el testimonio del **Dr. CAMILO ANDRÉS MENDOZA**, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, quien se desempeña como abogado externo de mi representada, quien podrá citarse en la dirección de correo electrónico: camiloanmega@gmail.com, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos en que se fundamentan las excepciones propuestas, las comunicaciones cruzadas entre las partes, y especialmente para que declare sobre las razones que motivaron la objeción formulada, y en general, todo cuanto sea de interés al presente proceso. Lo anterior se solicita por cuanto es útil para el proceso conocer acerca de cómo opera el condicionado general y particular de la mencionada póliza, así como también sus exclusiones y particularidades aplicables para cada caso.

Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **ALFREDO ESTEBAN SAA LUNA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 16.733.160 y registro médico 272.494, profesional médico especialista en fisioterapia y medicina laboral, quien puede citarse en la Calle 7 # 29 – 55 Centro Médico San José Consultorio 37 en la ciudad de Cali. Este testimonio es conducente y pertinente pues con él se logrará ilustrar al despacho acerca de los múltiples yerros que posee el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral aportado por la parte demandante. En efecto, el Doctor Saa Luna es médico asesor externo de la Compañía de seguros, quien se ha encargado en múltiples oportunidades de evaluar las calificaciones de la extinta junta del césar, razón por la cual podrá orientar al Juzgado acerca de las infracciones que tuvo el dictamen materia de litigio.

Adicionalmente comedidamente se solicita la recepción de su declaración a través de los medios de las tecnologías de la información ó en su defecto que se libre despacho comisorio a los Juzgados civiles del circuito de Cali.

7. De Oficio.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 169 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene a **SALUD TOTAL EPS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica, del señor NELSON REALES ALVAREZ correspondiente al período comprendido entre el año 2000 y 2021. La

Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que es la Entidad Promotora que lo asegura en salud

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía de derecho de petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado en el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso.

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

CAPITULO III

ANEXOS

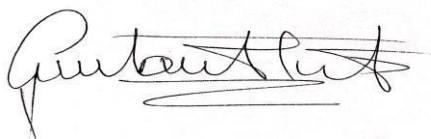
1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación de mi procurada.

CAPITULO IV

NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Carrera 11A No. 94A – 56, Oficina 402, de la ciudad de Bogotá D.C., o en la siguiente dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co
- Mi representada, CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 7 # 71 - 21, piso 4, de la ciudad de Bogotá D.C., o en la siguiente dirección de correo electrónico: notificacioneslegales.co@chubb.com

Del señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

FACTURA DE VENTA

PÓLIZA NO.	CERTIFICADO
43164849	0

CHUBB DE COLOMBIA

COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT. 860.034.520-5

VIDA GRUPO

REGISTRO SUPERFINANCIERA 25-10-2013-1321-NT-P-34-VG NO DEUDORES
NO CONTRIBUTIVA

POLIZA NUEVA

TOMADOR : Apellido 472714 Nombre 472714		C.C. o NIT : 800021308-5
ASEGURADO : EMPLEADOS AL SERVICIO ACTIVO DEL TOMADOR		
BENEFICIARIO : LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY		
DIRECCIÓN COMERCIAL : CL 72 10 07 OF 1302		TELÉFONO : 5871000
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN : BOGOTÁ - OCTUBRE 17, 2013		DIRECCIÓN CHUBB: Av. Calle 26 # 59 - 51 Torre 3 Piso 7
VIGENCIA DE LA POLIZA:	DESDE OCTUBRE 01, 2013 HORA 0:00	HASTA OCTUBRE 01, 2014 HORA 0:00
VIGENCIA DEL CERTIFICADO :	DESDE OCTUBRE 01, 2013 HORA 00:00	HASTA OCTUBRE 01, 2014 HORA 00:00
SISTEMA DE ADMINISTRACION : FIJO	EDAD MAXIMA DE INGRESO A LA POLIZA: 70	FORMA DE PAGO : SEMESTRAL
AMPARO AUTOMÁTICO HASTA: \$400.000.000.00 Y / O 70 AÑOS DE EDAD		
MAXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL: \$ 1,100,000,000.00		
AMPAROS	VALOR ASEGURADO O LÍMITE	VALOR PRIMA
- MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	\$ 0.00	\$ 0.00
- INVALIDEZ POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	\$ 0.00	\$ 0.00
- BENEFICIOS POR DESMEMBRACION ACCIDENTAL	\$ 0.00	\$ 0.00
- ENFERMEDADES GRAVES (11)	\$ 0.00	\$ 0.00
- CANASTA FAMILIAR	\$ 0.00	\$ 0.00
- AUXILIO EXEQUIAL	\$ 0.00	\$ 0.00
- MUERTE ACCIDENTAL	\$ 0.00	\$ 0.00
TOTAL:		\$ 0.00
OBSERVACIONES #n10068 / SE EMITE LA PRESENTE PÓLIZA.		

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

VALOR PRIMA	TASA DE CAMBIO	FECHA LIMITE DE PAGO
\$ 0.00		

PRODUCTOR(ES) DE SEGUROS					
Clave	Nombre	Ramo	% Partic.	% Comis	Valor
95831	Apellido 6092	ACC PERSONALES	100.	14.00	\$ 0.00
95831	Apellido 6092	VIDA GRUPO	100.	14.00	\$ 0.00

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO, Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO. (art. 1068 del Código de Comercio). LAS PARTES CONVIENEN QUE EL PAGO DE LA PRIMA DEL PRESENTE DOCUMENTO LO HARA EL TOMADOR A MAS TARDAR EN: DE . NO OBSTANTE, DE SER NECESARIO, EL TOMADOR Y CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. PODRAN REALIZAR UN CONVENIO ADICIONAL PARA EL PAGO DE LA PRIMA, QUE MODIFIQUE EL PLAZO AQUÍ MENCIONADO, EL CUAL DEBE CONSTAR POR ESCRITO EN LA PRESENTE POLIZA.

TRANSCURRIDOS 15 DIAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL RECIBO DE ESTE DOCUMENTO POR PARTE DEL TOMADOR, SIN QUE ESTE HUBIESE HECHO OBSERVACIÓN ALGUNA SOBRE SU CONTENIDO A CHUBB, SE ENTENDERÁ QUE EL MISMO FUE ACEPTADO TOTALMENTE

ES OBLIGACIÓN DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO ACTUALIZAR POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO SU INFORMACIÓN EN LOS FORMULARIOS SUMINISTRADOS POR LA COMPAÑIA, PARA CUMPLIR CON LAS NORMAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS

CUALQUIER INCONFORMIDAD CON EL OFRECIMIENTO O PRESTACIÓN DE NUESTROS PRODUCTOS O SERVICIOS O SOBRE LA CALIDAD DE LOS MISMOS, USTED PODRÁ COMUNICARLA AL DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO DE CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., AL CORREO ELECTRÓNICO CARLOS.CIFUENTES@GARCIACIFUENTESABOGADOS.NET, O DIRIGIRLA A LA CALLE 56 NO. 3A - 30 DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ, TELÉFONOS 3470943 - 3470945, FAX 2488066. PARA MAYOR INFORMACIÓN ACERCA DE LA DEFENSORÍA DEL CONSUMIDOR FINANCIERO VISITE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.CHUBB.COM.CO

TOMADOR
C.C. DE

CHUBB DE COLOMBIA Compañía de Seguros S.A.
FIRMA AUTORIZADA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - IVA REGIMEN COMUN
ACTIVIDAD ECONÓMICA 402

CORREDOR
Página 1 de 2

CHUBB DE COLOMBIA

COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT. 860.034.520-5

VIDA GRUPO

REGISTRO SUPERFINANCIERA 25-10-2013-1321-NT-P-34-VG NO
DEUDORES



PÓLIZA NO.	VIGENCIA
43164849	DESDE OCTUBRE 01, 2013 HASTA OCTUBRE 01, 2014

CLAUSULAS PARTICULARES

1. TOMADOR

DRUMMOND LTD, quien será la persona jurídica que traslada los riesgos, para asegurar un número determinado de empleados reportados por él mismo y el responsable del pago de las primas.

2. VIGENCIA

Desde el 01 de octubre de 2013 a las 00:00 horas hasta las 24:00 horas del 30 de septiembre de 2014.

3. VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO

Con sujeción a lo indicado en la condición de amparo automático, la vigencia individual del seguro para cada trabajador iniciará desde la fecha pactada para el inicio de la relación laboral con la entidad tomadora y estará vigente hasta su desvinculación laboral con Drummond Ltd.

4. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

La máxima edad de ingreso al amparo Básico, canasta familiar por fallecimiento y auxilio exequial se mantendrá hasta la edad de 69 años más 364 días. La permanencia en el mismo es indefinida mientras el asegurado forme parte del grupo asegurado.

Para el anexo de Incapacidad Total y Permanente, la edad de ingreso se mantendrá hasta la edad de 64 años más 364 días con una permanencia hasta los 69 años más 364 días.

Muerte accidental: la edad de ingreso se mantendrá hasta la edad de 64 años más 364 días con una permanencia hasta los 69 años más 364 días.

Beneficios por desmembración: la edad de ingreso se mantendrá hasta la edad de 64 años más 364 días con una permanencia hasta los 69 años más 364 días.

Enfermedades graves: la edad de ingreso se mantendrá hasta la edad de 64 años más 364 días con una permanencia hasta los 69 años más 364 días.

5. GRUPO ASEGURADO

Está conformado por todos los trabajadores al servicio del Tomador que tengan contrato laboral vigente con la entidad tomadora, siempre que a su ingreso a la póliza se encuentren en buen estado de salud de acuerdo con lo indicado en la condición de Amparo Automático.

6. AMPAROS OTORGADOS Y VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

La presente póliza otorga las siguientes coberturas de acuerdo con las definiciones y condiciones previstas en este contrato:

CHUBB DE COLOMBIA

COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT. 860.034.520-5

VIDA GRUPO

REGISTRO SUPERFINANCIERA 25-10-2013-1321-NT-P-34-VG NO
DEUDORES



PÓLIZA NO.	VIGENCIA
43164849	DESDE OCTUBRE 01, 2013 HASTA OCTUBRE 01, 2014

AMPAROS	VALORES ASEGURADOS
Básico de vida (incluye la muerte por homicidio y suicidio desde el inicio de la vigencia del amparo individual y terrorismo)	24 Sueldos mensuales *
Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o Accidente	24 Sueldos mensuales *
Indemnización Adicional por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración (Incluye lesiones o muertes causadas por arma de fuego y en general homicidio al 100%)	24 Sueldos mensuales *
Enfermedades Graves	50% de la cobertura básica, máximo \$100.000.000
Auxilio Funerario como valor adicional	\$4.000.000
Bono Canasta	\$450.000 mensuales durante 6 meses para un total de \$2.700.000.

* Sueldo mensual se define como la asignación salarial mensual básica sin incluir horas extras, bonificaciones, vacaciones, primas legales y extralegales entre otros.

El valor de la indemnización por ITP se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de dictamen de la correspondiente incapacidad total y permanente.

MAXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

\$2.400.000.000 Para el amparo básico de Vida

\$2.400.000.000 Para el amparo ITP

\$2.400.000.000 Para el amparo de indemnización por muerte accidental

La sumatoria de valor asegurado en caso de Muerte Accidental corresponde a \$4.800.000.000 como máximo valor individual.

Se debe dar cumplimiento a los requisitos de Asegurabilidad.

7. COSTO ANUAL DEL SEGURO

Tasa anual por mil: 9.00%o aplicado sobre el valor asegurado correspondiente a la cobertura de Muerte por Cualquier Causa de la póliza.

8. DESCUENTO DE PRIMAS POR BUENA EXPERIENCIA:

CHUBB DE COLOMBIA, concederá a la entidad a **DRUMMOND LTD** por cada periodo anual un descuento de primas por buena experiencia del 30%, sobre el 60% de las primas netas devengadas menos los siniestros incurridos (Pagados y Avisados) en dicho periodo, así:

DBE = 30%(60% Primas Netas Recaudadas - Siniestros Incurridos)

La liquidación se efectuará 60 días posteriores a la finalización de la vigencia de la póliza. El pago estará sujeto a la renovación de la póliza y al suministro por parte del TOMADOR de carta de no conocimiento de reclamos no avisados a Chubb de Colombia, así como del compromiso de éste en recalcular el descuento de primas por buena experiencia y reintegrar a la aseguradora en dado caso, si posterior al pago de la participación de utilidades se llegan a conocer siniestros que se hubieran presentado en la vigencia de la póliza.

PÓLIZA NO.	VIGENCIA
43164849	DESDE OCTUBRE 01, 2013 HASTA OCTUBRE 01, 2014

CHUBB DE COLOMBIA

COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT. 860.034.520-5

VIDA GRUPO

REGISTRO SUPERFINANCIERA 25-10-2013-1321-NT-P-34-VG NO
DEUDORES





CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT 860.034.520-2

SEGURO DE VIDA GRUPO

AMPARO BASICO

CONDICIONES GENERALES

CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, CON BASE EN LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR, EN LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES, LOS ANEXOS, LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, LOS CERTIFICADOS MÉDICOS Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, LOS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS LOS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR LA CORRESPONDIENTE SUMA ASEGURADA, A LA MUERTE DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS, OCURRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES ACA CONTENIDAS.

CONDICION PRIMERA. AMPARO BASICO Y EXCLUSIONES

1.1. AMPARO BASICO

LA PRESENTE PÓLIZA AMPARA A LOS ASEGURADOS EN CASO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO SUICIDIO, HOMICIDIO Y TERRORISMO, SIEMPRE QUE EL DECESO ASÍ COMO EL HECHO QUE LO GENERA SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

1.2. EXCLUSIONES

MUERTE DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA O NO CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO.

SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.

CONDICION SEGUNDA – DEFINICIONES

2.1. TOMADOR

DRUMMOND LTD, quien será la persona jurídica que traslada los riesgos, para asegurar un número determinado de empleados reportados por él mismo y el responsable por el pago de las primas.

2.2. GRUPO ASEGURADO



Grupo Asegurado es el constituido por los trabajadores del Tomador que tengan contrato laboral vigente con la entidad tomadora, siempre que a su ingreso a la póliza se encuentren en buen estado de salud de acuerdo con lo indicado en la condición de Amparo Automático.

CONDICION TERCERA - OBJETO DEL SEGURO

El presente seguro tiene por objeto amparar contra el riesgo de muerte y los amparos adicionales contratados, indicados en la carátula de la póliza, a los miembros del grupo asegurado.

CONDICION CUARTA - MODALIDAD DEL SEGURO

Seguro de Grupo No Contributivo: Es aquel cuya prima es sufragada en su totalidad por el TOMADOR del Seguro.

CONDICION QUINTA - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

La edad mínima de ingreso para el amparo básico de vida, es de dieciocho (18) años y la máxima será de 69 años más 364 días. El asegurado permanecerá en la póliza sin límite de edad, siempre y cuando haga parte del grupo asegurado.

La Compañía devolverá al Tomador los valores recibidos por concepto de primas cuando se compruebe que por error, por parte del Tomador o de la Compañía, se ha ingresado al Seguro con edad superior a la indicada como máxima.

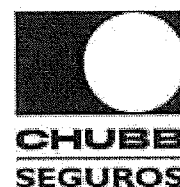
CONDICION SEXTA - REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Para obtener el amparo a que se refiere la presente póliza, toda persona debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad exigidos por LA COMPAÑÍA, que regirán para las personas que superen los límites de la cláusula de Amparo Automático:

VALORES ASEGURADOS	EDAD	
	18 - 45 años	46 - 70 años
\$1 hasta \$600.000.000	1	1
desde \$600.000.001 hasta \$700.000.000	4	5
desde \$700.000.001 en adelante	5	5
1. Col. 101		
2. Col. 101 + Examen Médico y parcial de orina		
3. Col. 101 + Examen Médico, parcial de orina, colesterol total, HDL, Triglicérido, HIV, Electrocardiograma		
4. Col. 101 + Examen Médico, parcial de orina, colesterol total, HDL, Triglicérido, HIV, Electrocardiograma, glicemia, cuadro hemático, creatinina y transaminasas (GPT y GOT).		
5. Col. 101 + Examen Médico, glicemia, cuadro hemático, colesterol total, HDL, Triglicérido, creatinina y transaminasas (GPT y GOT), Parcial de orina, HIV, electrocardiograma, radiografía de Torax.		
6. La Compañía acepta los exámenes generales practicados por Drummond LTD., con una antigüedad máxima de 6 meses		

CONDICION SEPTIMA - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El TOMADOR y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente



los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que les sea propuesto por LA COMPAÑÍA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR o el ASEGURADO individualmente considerado, ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, excepto lo previsto en la condición INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD de esta póliza.

Si la inexactitud o reticencia proviene de error inculpable del TOMADOR o del ASEGURADO, el contrato no será nulo, pero el Asegurador solo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Las sanciones anteriores no son aplicables si LA COMPAÑÍA, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

CONDICION OCTAVA - VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La presente póliza se expide bajo el plan temporal anual renovable, por el término de un año contado a partir de la fecha de iniciación de la vigencia, siempre que conforme a las Condiciones Generales no se revoque o termine antes.

CONDICION NOVENA - VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES

Con sujeción a lo indicado en la condición de amparo automático, la vigencia individual del seguro para cada trabajador iniciará en la fecha de inicio del contrato de trabajo con la entidad tomadora y estará vigente hasta su desvinculación laboral con DRUMMOND LTD.

CONDICION DECIMA - TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA MIEMBRO DEL GRUPO

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza, AMPARO BASICO Y AMPAROS ADICIONALES, terminan por las siguientes causas:

- a) Por mora en el pago de la prima de acuerdo con la condición "PAGO DE PRIMAS".
- b) Al vencimiento de la póliza si esta no se renueva, por decisión expresa de alguna de las partes.
- c) Cuando el TOMADOR revoque la póliza por escrito.
- d) Cuando al momento de la renovación del seguro, el grupo asegurado sea inferior a 10 personas.
- e) Cuando el asegurado fallezca o se produzca la declaratoria de muerte presunta por desaparecimiento o la declaratoria de su invalidez o incapacidad total y permanente.
- f) Para cada uno de los amparos cuando el Asegurado o los Beneficiarios hubiesen recibido una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado.
- g) Cuando el ASEGURADO deje de pertenecer al grupo asegurado.
- h) Los amparos adicionales terminarán cuando el asegurado supere la edad límite de permanencia aplicable.
- i) Cuando se indemnice al asegurado por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.



PARÁGRAFO: Lo preceptuado en el literal e anterior, se entiende sin perjuicio de lo dispuesto en la Condición de "CONVERTIBILIDAD" de esta póliza.

CONDICIÓN DECIMA PRIMERA – MODIFICACION DEL ESTADO DEL RIESGO

El asegurado o el Tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a LA COMPAÑÍA los hechos o circunstancias no previsibles, que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo, en especial cualquier modificación en su actividad laboral u ocupación.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquél en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 30 días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos previstos, LA COMPAÑÍA podrá revocar el amparo o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del amparo. Pero sólo la mala fe del Asegurado o del Tomador dará derecho a LA COMPAÑÍA para retener la prima no devengada.

PARÁGRAFO:

La terminación del amparo por falta de la notificación de que trata esta condición será aplicable únicamente a los amparos opcionales.

Respecto del amparo básico de vida, sólo procederá el derecho de exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima, cuando la modificación signifique agravación del riesgo o cambio de ocupación.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA – CONOCIMIENTO DE RIESGO

La Compañía acepta que conoce la actividad general de Drummond Ltd. consistente en exploración, instalación, explotación y comercialización de la minas de carbón y de hidrocarburos líquidos y gaseosos en general, incluyendo gas metano asociado al carbón, en Colombia y a todas aquellas actividades relacionadas que sean necesarias aconsejables o convenientes para la conducción de dicho negocio, incluyendo pero sin limitación la instalación y operación de instalaciones de transporte y otras infraestructuras.

CONDICION DECIMA TERCERA - VALOR ASEGURADO GLOBAL

El valor asegurado total o global es el que se establece en la carátula de la presente póliza, resultado de la sumatoria de los valores asegurados individuales, de conformidad con los listados o documentos entregados a la COMPAÑÍA por el TOMADOR con la frecuencia previamente acordada para la expedición de la póliza.

CONDICION DÉCIMA CUARTA - INCREMENTO DEL VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

El incremento del valor asegurado individual bajo la presente póliza, será efectivo a partir de la fecha en que dicho cambio figure en los registros internos del TOMADOR.

CONDICION DÉCIMA QUINTA - AMPARO AUTOMATICO



El amparo bajo esta póliza será automático para el personal al servicio de la entidad tomadora, siempre que su edad no supere los setenta (70) años de edad, su valor asegurado no sea superior a seiscientos millones de pesos (\$600.000.000), y se encuentre en buen estado de salud, esto es que su habilidad física no se encuentre de manera reducida, ni padezca o haya padecido de enfermedades cerebro vasculares, esquizofrenia, depresión profunda, demencia, encefalopatía hepática, insuficiencia renal crónica, cáncer, SIDA, y cardiovasculares. No obstante las enfermedades antes citadas el asegurado estarán obligadas a declarar cualquier otro tipo de enfermedad o patología preexistente a la fecha de ingreso a la póliza o de diligenciamiento de la declaración de Asegurabilidad.

Cualquiera que sea el caso el tomador o el asegurado según corresponda, están obligados a declarar los hechos o circunstancias que determinen el estado real del riesgo, de tal manera que si alguno de los asegurados fallece, se incapacita o sufre alguna pérdida, a causa de una enfermedad diagnosticada o tratada antes de la fecha de ingreso a la póliza, la Compañía dará plena a los artículos 1058 y 1158 del código de Comercio.

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

En los casos en que el solicitante no esté en buen estado de salud, padezca o haya padecido cualquier tipo de enfermedad o patología preexistente, su edad supere los setenta (70) años de edad o su valor asegurado exceda de seiscientos millones de pesos (\$600.000.000), no operará el amparo automático y en consecuencia para su ingreso será necesaria la aprobación previa de la Aseguradora quien determinará los requisitos de Asegurabilidad.

CONDICION DECIMA SEXTA - CONTINUIDAD DE COBERTURA

La presente póliza otorga el beneficio de continuidad de cobertura, sin exigir para ello ningún requisito de asegurabilidad por edad, valor asegurado o estado de salud, a todos los asegurados que se trasladen a la póliza de vida grupo y que tengan su seguro vigente en la fecha de expedición de la nueva póliza con CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., hasta por el mismo valor asegurado individual que tuvieran vigente con la anterior Aseguradora.

CONDICION DECIMA SEPTIMA - BENEFICIARIOS

Los beneficiarios pueden ser a título gratuito o a título oneroso.

Cuando el BENEFICIARIO 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 LA COMPAÑÍA.

En el evento en que el BENEFICIARIO sea a título gratuito y ocurra la muerte 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 cual de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios:

- El cónyuge del ASEGURADO en la mitad del seguro y,
- Los herederos del ASEGURADO en la otra mitad.

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

CONDICION DECIMA OCTAVA - FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Las primas de la presente póliza están calculadas sobre la base de vigencias anuales, sin embargo, el



tomador podrá acogerse a una forma de pago diferente siendo posible el pago semestral, trimestral o mensual mediante el pago adicional de un recargo financiero.

CONDICION DECIMA NOVENA - PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o de la primera cuota en caso de fraccionamiento para su pago, es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima, el cual deberá realizarse a más tardar a los cuarenta y cinco (45) días contados a partir del inicio de la vigencia de cada certificado, para la cancelación total correspondiente. En caso de no efectuar el pago de la prima en la fecha y condiciones establecidas en el certificado de seguro mencionado, el Tomador se constituirá automáticamente en mora conforme a lo establecido a continuación:

Si en la fecha límite de pago la totalidad de la prima efectivamente pagada es inferior a la prima devengada, la constitución en mora será el día siguiente a la fecha límite de pago del correspondiente certificado. Si en la fecha límite de pago la totalidad de la prima efectivamente pagada resulta superior o igual a la prima devengada, la fecha de constitución en mora será el día siguiente a aquél en que la prima efectivamente pagada sea equivalente a la prima devengada.

El pago de las primas se efectuará Semestral anticipado con ajuste al final de la vigencia bajo el sistema Ajuste Anual.

El no pago de la prima dentro de las oportunidades indicadas, producirá la terminación automática del contrato y en consecuencia, LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración del plazo para el pago de la prima.

Durante el plazo estipulado se considerará el seguro en vigor y por consiguiente, si ocurre algún siniestro, la Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente.

CONDICIÓN VIGÉSIMA – REPORTES DE NOVEDADES Y FORMA DE FACTURACION

El pago de la Prima se efectuará en forma **SEMESTRAL ANTICIPADO** según reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser entregado en físico y medio magnético. En todo caso se efectuará un solo cobro semestral donde se incluyan todos los conceptos a cobrar en el respectivo periodo. El Tomador se obliga a enviar a la Aseguradora semestralmente el reporte de asegurados para que se emita el cobro respectivo.

Se realizará ajuste retroactivo a cada cobro semestral emitido con base en la nómina mensual reportada por el tomador. El reporte de nómina del último mes del semestre ajustado será la base para el cobro del siguiente semestre anticipado.

Semestre de Octubre, Noviembre, Diciembre, Enero, Febrero y Marzo: Se emite con base en el reporte de asegurados de Septiembre.

Semestre de Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto y Septiembre: Se emite con base en el reporte de asegurados de Marzo.

CONDICION VIGÉSIMA PRIMERA – DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

Si después de la terminación o revocación del contrato LA COMPAÑÍA llegase a recibir alguna suma de dinero por concepto de prima, ello no significará que la cobertura ha sido restablecida y por lo tanto, la obligación de LA COMPAÑÍA se limitará a la devolución de dichos valores.



CONDICION VIGÉSIMA SEGUNDA - IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del ASEGURADO, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, es decir la fecha de ingreso del trabajador a la póliza, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad, sin perjuicio de lo establecido en la condición inexactitud en la declaración de la edad del asegurado.

CONDICION VIGÉSIMA TERCERA - CONVERTIBILIDAD

Tratándose del seguro de grupo, si media en este último convenio expreso, los asegurados menores de setenta años de edad que revoquen su seguro o que, por causa distinta del pago de un reclamo, se separen del grupo asegurado después de permanecer en él 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 vida grupo, siempre y cuando lo solicite en el término de un mes contado a partir de su retiro del grupo. El seguro individualmente considerado se emitirá en las mismas condiciones del plan anterior, para el amparo básico de vida 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 anterior el riesgo como subnormal, se aceptará su ingreso a la nueva póliza con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo anterior y la extraprima que corresponda.

Si el ASEGURADO muere después de haber solicitado la convertibilidad a la nueva póliza, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido, sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza, caso en el cual se deducirá del valor de la indemnización el valor de la prima anual correspondiente.

CONDICION VIGÉSIMA CUARTA - RECLAMACIÓN

El ASEGURADO o BENEFICIARIO deberá presentar a LA COMPAÑÍA la reclamación formal acompañada de los documentos indispensables para acreditar la ocurrencia del siniestro y su cuantía, si fuere el caso, en los términos del artículo 1077 del Código del Comercio.

La mala fe del Asegurado o del Beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago del siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICION VIGÉSIMA QUINTA - AVISO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la presente póliza o sus amparos adicionales, el TOMADOR o el BENEFICIARIO según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

Sin perjuicio de lo contemplado en el artículo 1077 del Código del Comercio, la Compañía solicitará los siguientes documentos:

- a) Registro civil de nacimiento
- b) Registro civil de defunción.
- c) Fotocopia de la cedula de ciudadanía del fallecido y de los beneficiarios a título gratuito.
- d) Historia clínica en donde se indique fecha de diagnostico y tiempo de evolución de la enfermedad.
- e) En caso de muerte accidental informe de las autoridades de las causas del accidente, copia del acta de levantamiento o necropsia o informe de la autoridad competente
- f) Si no hubo designación de beneficiarios a título gratuito: declaración extrajuicio firmada por dos



testigos que conocieron al fallecido indicando el estado civil, número de hijos matrimoniales, extra matrimoniales y/o adoptivos.

- g) Documento que acredite el parentesco de los beneficiarios con el asegurado fallecido: Registro civil de matrimonio del cónyuge sobreviviente y/o registro civil de nacimiento de los demás beneficiarios.
- h) Los demás que la Compañía considere necesarios.

La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas presentadas.

CONDICION VIGÉSIMA SEXTA - PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑÍA pagará a los beneficiarios designados, la indemnización a que está obligada por la póliza y sus amparos adicionales, dentro del término de 30 días calendario, contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

LA COMPAÑÍA podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentra pendiente un reclamo bajo los amparos adicionales.

LA COMPAÑÍA efectuará el pago de la indemnización correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago por parte del Tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

CONDICION VIGÉSIMA SEPTIMA - PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla, fuesen en alguna forma fraudulentos o si, en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

CONDICION VIGÉSIMA OCTAVA - OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza o sus anexos, el Tomador o el beneficiario, según el caso, deberá dar aviso a LA COMPAÑÍA del siniestro, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia. En caso de pérdida de la vida, el aviso se dará dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

El Asegurado a petición de LA COMPAÑÍA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, LA COMPAÑÍA podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que cause dicho incumplimiento.

CONDICION VIGÉSIMA NOVENA - INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

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

- a) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por LA COMPAÑÍA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en la cláusula anterior.
- b) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA COMPAÑÍA, y
- c) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b) anterior.

Lo dispuesto en los literales b) y c) anteriores, no se aplicará cuando la prima se establezca por el



sistema de tasas promedio o se utilice la tarifa para asegurados de edad desconocida.

CONDICION TRIGÉSIMA - RENOVACIÓN

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

Si las partes con una anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente, en iguales condiciones, por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la condición PAGO DE PRIMAS de la presente póliza.

CONDICION TRIGÉSIMA PRIMERA - REVOCACIÓN

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el TOMADOR en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA.

Tratándose de los amparos adicionales, LA COMPAÑÍA podrá revocarlos mediante aviso escrito al TOMADOR enviado a su última dirección conocida con no menos de CIENTO VEINTE (120) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato.

El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

CONDICION TRIGÉSIMA SEGUNDA - PRESCRIPCIÓN

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.

CONDICION TRIGÉSIMA TERCERA - DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de expedición de la póliza que figura en la carátula de la misma.

CONDICION TRIGÉSIMA CUARTA - NOTIFICACIONES

Las notificaciones que deban hacerse las partes para los efectos de la presente póliza, salvo el aviso de siniestro a través de Aon, deberán consignarse por escrito dirigidas directamente al asegurado con copia a AON y serán prueba suficiente de las mismas, la constancia del envío de la comunicación por correo certificado o recomendado, dirigido a la última dirección por ellas registrada.

CONDICION TRIGÉSIMA QUINTA - CLAUSULA ARBITRAMIENTO

Por medio del presente anexo, la Compañía, de una parte, y el Tomador de la otra, acuerdan someter a la decisión de tres árbitros todas las diferencias que se susciten en relación con este contrato. Los



árbitros serán nombrados de común acuerdo con las partes y, si ello no fuere posible, se aplicara lo dispuesto por el decreto ley 2279 de 1989, modificado por la ley 23 de 1991 y demás normas que lo modifiquen o reemplacen. El fallo será en derecho y el término del proceso será de seis (6) meses, para esto se nombrará un tribunal de arbitramento ubicado en la ciudad de Bogotá.

CONDICION TRIGÉSIMA SEXTA - DISPOSICIONES LEGALES

Para todos los aspectos no previstos explícitamente en la presente póliza, se aplicarán las disposiciones del Código de Comercio y demás normas legales pertinentes.

CONDICION TRIGÉSIMA SEPTIMA - PREVENCION LAVADOS DE ACTIVOS

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Tomador, los Asegurados y los beneficiarios, se obligan con la Compañía a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal fin se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexos, al inicio de la Póliza, a la renovación de la misma o al momento del pago del siniestro.

CONDICION TRIGÉSIMA OCTAVA – AUTORIZACION PARA CONSULTAR Y REPORTAR INFORMACION FINANCIERA A CENTRALES DE RIESGO.

El Tomador, Asegurados y/o Beneficiarios, autoriza a la Compañía para que, con fines estadísticos, de información entre Compañías, consulta o transferencia de datos con cualquiera autoridad que lo requiera, consulte, informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgos que considere necesario o, a cualquier otra entidad autorizada, la información que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y bajo cualquier modalidad se le haya otorgado o se le otorgue en el futuro, así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declara conocer y aceptar en todas sus partes.

CONDICION TRIGÉSIMA NOVENA – ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Cuando el asegurado y beneficiario sean personas diferentes al tomador, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de reclamación.

CONDICIÓN CUADRAGÉSIMA – CLAUSULA OFAC

Esta Póliza no otorga ninguna cobertura cuando el Tomador del Seguro, Asegurado, beneficiario o afianzado esté incluido en las listas OFAC o del gobierno colombiano en materia de anti lavado de activos, anti-terrorismo u otras sanciones económicas; ni respecto de indemnizaciones, reembolsos, gastos o pagos hechos a personas naturales o jurídicas o efectuados en países incluidos dentro de las listas OFAC; ni por Pérdidas relacionadas directa o indirectamente con operaciones, negocios, contratos o vínculos de cualquier naturaleza con países o personas naturales o jurídicas incluidos en las listas OFAC o del gobierno colombiano en materia de anti lavado de activos, anti-terrorismo u otras sanciones económicas; ni por Reclamos que se hagan contra el Asegurador o el Asegurado por personas o en nombre de personas o países que estén incluidos en las listas OFAC o del gobierno colombiano en materia de anti lavado de activos, anti-terrorismo u otras sanciones económicas.

CONDICIÓN CUADRAGÉSIMA SEGUNDA – EVENTOS DE FUERZA MAYOR: DRUMMOND LTD podrá solicitar a CHUBB la suspensión total o parcial de las coberturas del Contrato De Seguro cuando se presenten hechos o circunstancias constitutivos de fuerza mayor o caso fortuito en la forma dispuesta



en la legislación y jurisprudencia Colombiana. Tales hechos y circunstancias pueden incluir, pero sin limitarse a ellas: a) incendio, inundación, perturbaciones atmosféricas, explosión, rayo, tormenta, terremoto, derrumbes, erosión o hundimiento total del terreno, temblor de tierra, epidemias; b) asonada, guerra, guerra civil, bloqueo, insurrección, sabotaje, actos de enemigos públicos, o disturbios civiles; c) boicot o huelga; d) normas legales o decisiones de gobierno que afecten sustancialmente el desarrollo del objeto del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: En los casos en que DRUMMOND LTD solicite a CHUBB la suspensión de las coberturas del Contrato de Seguro, las partes observarán las siguientes reglas:

1. En todos los casos de suspensión de las coberturas del Contrato de Seguro, DRUMMOND en su calidad de tomador colectivo, se obliga a informarles a los asegurados acerca de la suspensión parcial o total.
2. En el caso de suspensión total, DRUMMOND LTD no estará obligado a pagar a CHUBB ninguna de las primas previstas para el periodo efectivo de suspensión.
3. En el caso de suspensión parcial, se observarán las siguientes reglas:
 - A. CHUBB únicamente estará obligada a pagar las indemnizaciones objeto de cobertura del Contrato de Seguro correspondientes a los afiliados a los cuales no se les hayan suspendido los servicios por solicitud de DRUMMOND.
 - B. La PRIMA PRINCIPAL se pagará de acuerdo con el número de usuarios activos durante el tiempo de suspensión parcial, proporcional al número de días que dure la referida suspensión.

La cuenta de cobro correspondiente se presentará una vez terminado el evento de fuerza mayor que generó la suspensión parcial.

CONDICIÓN CUADRAGÉSIMA TERCERA – CLAUSULA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

En el desarrollo, interpretación y aplicación de la ley 1581 de 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y las normas que la complementan, modifican o adicionan, Chubb de Colombia aplicará la confidencialidad de la información en cumplimiento a lo dispuesto por la ley la cual tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma.





CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT 860.034.520-2

SEGURO DE VIDA GRUPO

ANEXO No 1.

AMPARO ADICIONAL DE INVALIDEZ - INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

REGISTRO SUPERFINANCIERA 15-08-2014-1321-NT-P-34-VG DRUMMOND

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, ESTE AMPARO ADICIONAL HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO ARRIBA CITADA SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES, SUS ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CONDICION PRIMERA - AMPARO Y EXCLUSIONES

1.1 AMPARO

ESTE AMPARO ADICIONAL CUBRE AL ASEGURADO SI A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD, SE PRODUCE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ, TAL COMO SE DEFINE EN EL PRESENTE AMPARO.

1.2 EXCLUSIONES

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL NO AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ GENERADA, DERIVADA, RESULTANTE, CAUSADA U OCASIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES EVENTOS O CIRCUNSTANCIAS:

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO. SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.

CONDICION SEGUNDA – DEFINICIONES

Para todos los efectos de este amparo se entiende por incapacidad total y permanente o invalidez la sufrida por el asegurado menor de setenta (70) años de edad que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo adicional, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que impidan a la persona desempeñar en cincuenta por ciento (50%) o más su capacidad laboral o cualquier tipo de trabajo o actividad remunerada o desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia, siempre que dicha incapacidad total y permanente o invalidez haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días calendario contados desde la fecha de estructuración de la invalidez y esta fecha se encuentre dentro de la vigencia del seguro y no



haya sido provocada por el asegurado.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente o invalidez, se considera como tal la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el periodo continuo de ciento veinte (120) días calendario de incapacidad total y permanente.

Para que se configure la Incapacidad Total y Permanente o la Invalidez, el asegurado debe ser calificado con una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral, y demostrar la calidad de incapacitado total y permanente o inválido mediante dictamen de calificación de pérdida laboral formalmente emitido y debidamente ejecutoriado por parte de la Junta Nacional o Regional de calificación de invalidez, Administradoras de Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales y Entidades Promotoras de Servicios de Salud. De acuerdo con lo anterior, para proceder con el pago de la indemnización que corresponda, es necesario que la relación laboral del trabajador (Asegurado) con Drummond Ltd., hubiere terminado por la justa causa de reconocimiento de la pensión de invalidez y que haya sido incluido efectivamente en la nómina de pensionados. En consecuencia, se debe acreditar la condición de pensionado mediante certificación emitida por Recursos Humanos de Drummond Bogotá, en la que se indique la fecha de la desvinculación definitiva del trabajador por haber adquirido la pensión de invalidez, junto con el certificado de reconocimiento de pensión por invalidez expedido por la Entidad encargada del pago de las mesadas pensionales. En todos los casos se ampara la incapacidad total y permanente cuando esta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo.

2.1 PERDIDA

Conforme se emplea aquí significa:

- a) Manos: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radio carpiana.
- b) Pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de articulación tibiotarsiana.
- c) Ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.

2.2 FECHA DE ESTRUCTURACION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ

Fecha en la que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y, puede ser anterior ó corresponder a la fecha de calificación.

2.3 FECHA DE CALIFICACION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ

Momento en el cual queda en firme el dictamen emitido por la instancia competente sobre la pérdida de la capacidad laboral del asegurado.

2.4. INVALIDO

Persona que por causa de origen profesional o riesgo común no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral.

2.5. PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL

Pérdida o disminución de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico,



mental y social que le permiten desempeñarse en su trabajo habitual.

2.6. PORCENTAJE DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Grado de pérdida de capacidad laboral.

CONDICION TERCERA - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

La edad mínima de ingreso para el amparo de Incapacidad Total y Permanente es de dieciocho (18) años y la máxima será de sesenta y cinco 64 años más 364 días. El asegurado permanecerá en la póliza hasta los 69 años más 364 días, siempre y cuando haga parte del grupo asegurado.

La Compañía devolverá al Tomador los valores recibidos por concepto de primas cuando se compruebe que por error, por parte del Tomador o de la Compañía, se ha ingresado al Seguro con edad superior a la indicada como máxima.

CONDICION CUARTA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada ASEGURADO, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla setenta (70) años de edad o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo Básico de Vida.

CONDICION QUINTA - RECLAMACIONES POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ

A efecto del pago de la indemnización correspondiente al presente amparo adicional, el Asegurado deberá acreditar la ocurrencia del siniestro mediante el dictamen de calificación de la INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

Dicha calificación debe indicar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral y la fecha de estructuración de la INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. El porcentaje de invalidez debe ser igual o superior al cincuenta (50%) para que haya lugar a indemnización.

Previo al pago de la indemnización que corresponda bajo el presente amparo adicional, LA COMPAÑÍA podrá en cualquier tiempo, exigir al ASEGURADO pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia o persistencia de la invalidez.

La suma que LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO en caso de Invalidez, tal como quedó definido en este amparo adicional, será equivalente al valor que figure en la carátula de la póliza. Bajo ninguna circunstancia LA COMPAÑÍA pagará por este amparo adicional un valor superior al del amparo básico del seguro de vida.

*Para efectos del Art. 1077 del Código de comercio, se entenderá que la fecha de estructuración demuestra la ocurrencia de la Incapacidad Total y Permanente y la fecha del Dictamen será la base para determinar la cuantía del siniestro.

El sueldo mensual se define como la asignación salarial mensual básica sin incluir horas extras, bonificaciones, vacaciones, primas legales y extralegales entre otros.

CONDICION SEXTA - DEDUCCIONES

La indemnización por INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE no es acumulable al amparo básico del seguro de Vida, y por lo tanto una vez pagada la indemnización por dicha invalidez termina el presente



seguro y LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al mencionado amparo básico del ASEGURADO inválido.

CONDICION SEPTIMA - REVOCACIÓN

Este anexo quedará revocado en los siguientes casos:

- a. En cualquier momento, cuando el TOMADOR lo solicite mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA.
- b. LA COMPAÑÍA podrá en cualquier tiempo revocar este amparo adicional, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviando a su última dirección conocida con no menos de ciento veinte (120) días hábiles de antelación contados a partir de la fecha de su envío. En este caso la COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del contrato.

El hecho que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.



CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT 860.034.520-2

SEGURO DE VIDA GRUPO

AMPARO BASICO

ANEXO No 2.

AMPARO ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL

REGISTRO SUPERFINANCIERA 15-08-2014-1321-NT-P-34-VG DRUMMOND

CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, TENIENDO EN CUENTA LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR Y EN LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, EL CUESTIONARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS ANEXOS, LOS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS LOS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR LA CORRESPONDIENTE SUMA ASEGURADA, POR LA MUERTE ACCIDENTAL DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS, OCURRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE ÉSTA PÓLIZA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES ACÁ CONTENIDAS.

CONDICION PRIMERA - AMPARO Y EXCLUSIONES

1.1.AMPARO

ESTE SEGURO CUBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO OCASIONADA POR UN ACCIDENTE, TAL COMO SE DEFINE EN ESTE CONTRATO, Y SE PRESENTE DENTRO DE LOS 150 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE SU OCURRENCIA.

1.2.EXCLUSIONES

NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO POR ESTA PÓLIZA CUANDO LA MUERTE DEL ASEGURADO SEA GENERADA, DERIVADA, RESULTANTE, CAUSADA U OCASIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE O RELACIONADA CON:

1. LESIONES O MUERTE CAUSADAS ASÍ MISMO POR EL ASEGURADO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE DEMENCIA, INCLUYE EL SUICIDIO O TENTATIVA DEL MISMO.
2. LOS ACCIDENTES CAUSADOS EN ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (VER DEFINICIÓN 2.2), CON USO DE MATERIAL NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICO Y RADIOACTIVO.
3. FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, SEA EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA
4. POR LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN LA COMISIÓN DE ALGÚN DELITO O CONTRAVENCIÓN TIPIFICADO POR LA LEY PENAL.
5. ACCIDENTES QUE OCURRAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO EL INFLUJO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE SUSTANCIAS QUE POR SU PROPIA NATURALEZA PRODUZCAN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE PLENA CONCIENCIA,



A MENOS QUE EL ASEGURADO NO SE HAYA COLOCADO VOLUNTARIAMENTE EN EL MENCIONADO ESTADO.

- 6. GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, CONMOCIÓN CIVIL, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL.**
- 7. ACCIDENTES QUE OCURRAN COMO RESULTADO O DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, CIRUGÍAS COSMÉTICAS, ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES NO REQUERIDOS POR EL ESTADO DE SALUD. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRACTIQUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.**
- 8. TRATAMIENTOS DE DESCANSO, CUALQUIER DESORDEN MENTAL O NERVIOSO, TRATAMIENTOS PARA ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN, USO DE NARCÓTICOS O ESTUPEFACIENTES, TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD, IMPOTENCIA, FRIGIDEZ, ESTERILIZACIÓN Y ANTICONCEPTIVOS.**

CONDICION SEGUNDA - DEFINICIONES

2.1. ACCIDENTE

Para los efectos de la presente póliza, se entiende por accidente todo suceso imprevisto, externo, violento, visible, repentino e independiente de la voluntad del ASEGURADO, que produzca en la integridad física del mismo cualquiera de las pérdidas, lesiones corporales o perturbaciones funcionales indicadas en este seguro, verificables mediante examen médico.

Se considera también como accidente para los efectos de esta póliza:

1. La muerte que resulte de asfixia por agua o gases o ahogamiento.
2. La electrocución involuntaria, incluido el rayo.
3. La mordedura de animales o la picadura de insectos y sus consecuencias
4. El envenenamiento
5. El fallecimiento como víctima de Bala Perdida cuando así lo determine una declaración emitida por una autoridad competente
6. Aquellos no provocados por el ASEGURADO, que ocurran en embarcaciones, aviones, autobuses o ferrocarriles de servicio público o de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros por la autoridad gubernamental con jurisdicción sobre el transporte público en el país de su registro, siempre que se presenten durante viajes con itinerarios establecidos y previamente publicados, ya sea en Colombia o en el exterior.

2.2. ACTIVIDAD TERRORISTA NBQR (PLAN DE DEFENSA NUCLEAR, BACTERIOLÓGICO QUÍMICO Y RADIOLÓGICO)

Significa cualquier acto intencionado e ilícito que incluya, implique o esté asociado, total o parcialmente, al uso o la amenaza del uso de o la liberación o la amenaza de liberación de cualquier sustancia, material, instrumento o arma nuclear, biológica, química o radiactiva, con la intención de:

- a) Promover, fomentar o expresar oposición a cualquier causa u objetivo político, ideológico, filosófico, racial, étnico, social o religioso, o
- b) Influenciar, perturbar o interferir en cualquier operación, actividad o política gubernamental, o
- c) Intimidar, coacer o crear temor y miedo en la opinión pública o parte de la misma, o perturbar o interferir en una economía nacional o cualquier segmento de una economía nacional, o incluya,



implique o esté asociado, total o parcialmente, al uso o la amenaza del uso de o la liberación o la amenaza de liberación de cualquier sustancia, material, instrumento o arma nuclear, biológica, química o radiactiva que cualquier instancia gubernamental autorizada haya declarado que sea terrorista o que implique terrorismo, actividades terroristas o actos de terrorismo.

2.3. EXTENSIONES DE COBERTURA

a) Homicidio y Terrorismo

b) La presente póliza se extiende a cubrir los siniestros producidos cuando el asegurado esté viajando en Vehículos de transporte aéreo propiedad del tomador o sus asociados o Afiliados y matrices o en Vehículos aéreos de compañías aéreas de alquiler o de arrendamiento financiero.

CONDICION TERCERA - PERSONAS ASEGURABLES

La edad mínima de ingreso para el amparo de Muerte Accidental es de dieciocho (18) años y la máxima será de sesenta y cinco 64 años más 364 días. El asegurado permanecerá en la póliza hasta los 69 años más 364 días, siempre y cuando haga parte del grupo asegurado.

La Compañía devolverá al Tomador los valores recibidos por concepto de primas cuando se compruebe que por error, por parte del Tomador o de la Compañía, se ha ingresado al Seguro con edad superior a la indicada como máxima.

CONDICION CUARTA - LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

La COMPAÑÍA no será responsable en ningún caso por suma alguna en exceso del límite agregado de responsabilidad estipulado en la carátula de la presente póliza correspondiente a USD 10 MILLONES DE DÓLARES. Si la totalidad de las sumas aseguradas que individualmente hubiere debido pagar la compañía a consecuencia de un solo accidente, excediera del expresado límite agregado de responsabilidad, la compañía pagara a cada asegurado que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda con relación al límite agregado de responsabilidad.

CONDICION QUINTA - RECLAMACIÓN

El TOMADOR, el ASEGURADO o los Beneficiarios según el caso, deberán presentar a LA COMPAÑÍA la reclamación formal acompañada de los documentos indispensables para acreditar la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

Sin perjuicio de lo contemplado en el artículo 1077 del Código del Comercio, la Compañía solicitará los siguientes documentos:

- a) En caso de muerte accidental informe de las autoridades de las causas del accidente, copia del acta de levantamiento o necropsia o informe de la autoridad competente.
- b) Registro civil de defunción indicando la causa del fallecimiento.
- c) Documentos de identificación de los beneficiarios.
- d) Si no hubo designación de beneficiarios a título gratuito: registro civil de matrimonio del cónyuge sobreviviente, fotocopia documento de identidad de los hijos, declaración extra juicio firmada por dos testigos que conocieron al fallecido indicando el estado civil, número de hijos matrimoniales y extra matrimoniales.
- e) Los demás que la Compañía considere necesarios para el estudio de la reclamación.



CONDICION SEXTA - TERMINACIÓN DEL SEGURO

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

1. Por mora en el pago de la prima de acuerdo con la condición PAGO DE LA PRIMA.
2. Al vencimiento de la póliza, si ésta no se renueva por decisión expresa de alguna de las partes.
3. Cuando en TOMADOR revoque la póliza por escrito.
4. Cuando al momento de la renovación del seguro, el grupo asegurado sea inferior a 10 personas.
5. Cuando el ASEGURADO deje de pertenecer al grupo asegurado
6. Cuando el ASEGURADO o los Beneficiarios, según el caso, hubieren recibido una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado.

Las demás condiciones de la póliza de Vida Grupo, no modificadas por el presente anexo continúan vigentes.

./.



CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT 860.034.520-2

SEGURO DE VIDA GRUPO

ANEXO No 3.

AMPARO ADICIONAL DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

REGISTRO SUPERFINANCIERA 15-08-2014-1321-NT-P-34-VG DRUMMOND

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, ESTE AMPARO ADICIONAL HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO NO CONTRIBUTIVA ARRIBA CITADA SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALOR ASEGURADO DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES, SUS ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CONDICION PRIMERA – AMPARO

EL PRESENTE ANEXO AMPARA LA LESIÓN CORPORAL CAUSADA POR UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, QUE TENGA COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INDEPENDIENTE DE OTRA CAUSA, LAS PERDIDAS ENUMERADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES, MANIFESTADAS DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO, SE ENTIENDE POR ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO, EXTERNO, VIOLENTO, VISIBLE, REPENTINO, E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE PRODUZCA EN LA INTEGRIDAD FÍSICA DEL MISMO CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS O LESIONES CORPORALES INDICADAS EN ESTE ANEXO Y QUE ESTAS SEAN VERIFICABLES MEDIANTE EXAMEN MÉDICO.

TABLA DE INDEMNIZACIONES:

CLASIFICACION	PORCENTAJE INDEMNIZACION
Perdida de ambas manos y pies	100%
Perdida de una mano y un pie	100%
Pérdida total e irreparable del habla o de audición por ambos oídos	Perdida de la audición bilateral mayor 80%, luego de exámenes médicos, 100% de indemnización
Pérdida total e irreparable de la visión por ambos ojos	Pérdida de visión bilateral mayor 80%, 100% de indemnización
Pérdida total e irreparable de la visión por un ojo junto con la pérdida de una mano o un pie	100%
Perdida de una mano o un pie	100%
Pérdida total e irreparable de la visión por un ojo	60%
Perdida del dedo pulgar de una de las manos siempre que comprenda la totalidad de las dos falanges	30% para la mano dominante y 25% para la otra
Perdida del dedo índice de una de las manos siempre que comprenda la totalidad de las tres falanges	25% para la mano dominante y 20% para la otra
Perdida de uno cualquiera de los restantes dedos de las manos o de los pies, siempre que comprenda la totalidad de las falanges de cada uno.	10%
Manos amputación traumática o quirúrgica a nivel de la muñeca	100%
Pies amputación traumática o quirúrgica a nivel de tarso o tobillo.	100%



PARÁGRAFO

1. TAMBIÉN SE ENTIENDE POR PÉRDIDA LA INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL ÓRGANO O MIEMBRO LESIONADO.
2. LA PÉRDIDA DE MIEMBROS U ÓRGANOS YA IMPOSIBILITADOS O LESIONADOS ANTES DEL ACCIDENTE NO PUEDEN DAR LUGAR A INDEMNIZACIÓN SINO POR LA DIFERENCIA ENTRE EL ESTADO DE INVALIDEZ QUE REPRESENTARA ANTES Y DESPUÉS DEL ACCIDENTE.
3. LA INDEMNIZACIÓN TOTAL QUE CORRESPONDA A VARIAS PÉRDIDAS SUFRIDAS EN UN MISMO ACCIDENTE, SE OBTIENE POR LA SUMA DE LOS PORCENTAJES FIJADOS A CADA UNA DE ELLAS, SIN QUE LA SUMA TOTAL PUEDA EXCEDER EL 100% DEL VALOR ASEGURADO EN ESTE AMPARO. CUANDO VARIAS PÉRDIDAS O LESIONES AFECTAN A UN MISMO MIEMBRO U ÓRGANO, NO SE ACUMULAN ENTRE SÍ, SINO QUE LA INDEMNIZACIÓN SE DETERMINA POR LA MAYOR DE DICHAS PÉRDIDAS O LESIONES.
4. LAS INDEMNIZACIONES PAGADAS POR CONCEPTO DE PÉRDIDAS DE DEDOS SE DEDUCIRÁN DE CUALQUIER PAGO QUE SE HICIERE POR CONCEPTO DE LA PÉRDIDA DE LA MANO O DEL PIE RESPECTIVO.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO POR ESTA PÓLIZA CUANDO LA MUERTE DEL ASEGURADO SEA GENERADA, DERIVADA, RESULTANTE, CAUSADA U OCASIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE O RELACIONADA CON:

1. LESIONES O MUERTE CAUSADAS ASÍ MISMO POR EL ASEGURADO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE DEMENCIA, INCLUYE EL SUICIDIO O TENTATIVA DEL MISMO.
2. LOS ACCIDENTES CAUSADOS EN ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (VER DEFINICIÓN EN NUMERAL 2.2), CON USO DE MATERIAL NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICO Y RADIOACTIVO.
3. FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, SEA EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA
4. POR LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN LA COMISIÓN DE ALGÚN DELITO O CONTRAVENCIÓN TIPIFICADO POR LA LEY PENAL.
5. ACCIDENTES QUE OCURRAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO EL INFLUJO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE SUSTANCIAS QUE POR SU PROPIA NATURALEZA PRODUZCAN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE PLENA CONCIENCIA, A MENOS QUE EL ASEGURADO NO SE HAYA COLOCADO VOLUNTARIAMENTE EN EL MENCIONADO ESTADO.
6. GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, CONMOCIÓN CIVIL, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL.
7. ACCIDENTES QUE OCURRAN COMO RESULTADO O DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, CIRUGÍAS COSMÉTICAS, ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES NO REQUERIDOS POR EL ESTADO DE SALUD. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRACTIQUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.
8. TRATAMIENTOS DE DESCANSO, CUALQUIER DESORDEN MENTAL O NERVIOSO, TRATAMIENTOS PARA ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN, USO DE NARCÓTICOS O ESTUPEFACIENTES, TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD, IMPOTENCIA, FRIGIDEZ, ESTERILIZACIÓN Y ANTICONCEPTIVOS.



CONDICIÓN TERCERA - EXTENSIONES DE COBERTURA

a) Homicidio y Terrorismo

b) La presente póliza se extiende a cubrir los siniestros producidos cuando el asegurado esté viajando en Vehículos de transporte aéreo propiedad del tomador o sus asociados o Afiliados y matrices o en Vehículos aéreos de compañías aéreas de alquiler o de arrendamiento financiero.

CONDICIÓN TERCERA – DEFINICION DE PÉRDIDA

Conforme se emplea aquí significa:

A) Manos: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.

B) Pies: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.

C) Ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una, sin exceder la suma asegurada individual. Este amparo continuará en vigor para el caso de muerte por accidente hasta el próximo aniversario de la póliza, por la diferencia entre la suma asegurada individual y las indemnizaciones pagadas. En dicho aniversario el amparo individual terminará.

En todos los casos se entiende también por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado en tal forma que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

CONDICIÓN CUARTA - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para cada ASEGURADO, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla setenta (70) años de edad o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo Básico de Accidentes Personales.

Cualquier indemnización por este amparo se deduce del que pueda corresponder al amparo del Incapacidad total y Permanente. En consecuencia cuando se reconozca una indemnización por el amparo de Beneficios por Desmembración Accidental al 100% del Valor Asegurado, quedará cancelado el amparo de Incapacidad Total y Permanente y LA COMPAÑÍA estará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este seguro.

CONDICIÓN QUINTA - REVOCACIÓN

Este anexo quedará revocado en los siguientes casos:

a) En cualquier momento, cuando el TOMADOR lo solicite mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA.

b) LA COMPAÑÍA podrá en cualquier tiempo revocar este anexo, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida con no menos de ciento veinte (120) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso LA COMPAÑÍA devolverá la parte proporcional de la prima pagada y no devengada desde la fecha en que opere la revocación hasta la fecha de vencimiento de la póliza.

El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia cualquier pago posterior será reembolsado.

Las demás condiciones de la póliza de Vida Grupo, no modificadas por el presente anexo continúan vigentes.



CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

NIT 860.034.520-2

SEGURO DE VIDA GRUPO

ANEXO No 4

ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES

REGISTRO SUPERFINANCIERA 15-08-2014-1321-NT-P-34-VG DRUMMOND

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, ESTE ANEXO HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO ARRIBA CITADA SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALOR ASEGURADO DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES, SUS ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CONDICIÓN PRIMERA. AMPARO

LA COMPAÑÍA PAGARA AL ASEGURADO EL CAPITAL ESTIPULADO PARA EL PRESENTE ANEXO, SI DURANTE LA VIGENCIA DEL AMPARO, UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN, LE DESCUBRE Y DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA O PADECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O AFECCIONES:

- 1. CÁNCER**
- 2. INFARTO AL MIOCARDIO**
- 3. INSUFICIENCIA RENAL**
- 4. ESCLEROSIS MÚLTIPLE**
- 5. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR**
- 6. INTERVENCION QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS**
- 7. QUEMADURAS GRAVES**
- 8. TRASPLANTE DE ORGANOS VITALES**

CONDICION SEGUNDA. EXCLUSIONES

ESTE ANEXO NO CUBRE AL ASEGURADO PÉRDIDA ALGUNA, CUANDO LA ENFERMEDAD O AFECCIÓN QUE SE LE DIAGNOSTICA SEA GENERADA, DERIVADA, RESULTANTE, CAUSADA U OCASIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE O RELACIONADA CON:

- 1. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA - SIDA O LA PRESENCIA DEL VIRUS VIH, ASI COMO DE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.**
- 2. LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL.**
- 3. OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDÍACA O TRATAMIENTOS POR LÁSER.**
- 4. LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, EL CÁNCER DE SENO, DE MATRIZ, O ALGUNO DE LOS**



SIGUIENTES TIPOS DE CÁNCER: TUMORES QUE PRESENTAN LOS CAMBIOS MALIGNOS DE CARCINOMA IN SITU (INCLUYENDO LA DISPLASIA CERVICAL CIN-1, CIN-2 Y CIN-3), O AQUELLOS DESCRITOS POR HISTOLOGÍA COMO PREMALIGNOS; MELANOMAS DE MENOS DE 1.5 M.M. DE ESPESOR, DETERMINADO POR EXAMEN HISTOLÓGICO, O INVASIÓN MENOR DEL NIVEL DE CLARK 3; TODAS LAS HIPERQUERATOSIS O LOS CARCINOMAS BASOCELULARES DE LA PIEL; TODOS LOS CARCINOMAS DE PIEL, DE CÉLULAS ESCAMOSAS, A MENOS QUE SE TRATE DE DISEMINACIÓN DE OTROS ÓRGANOS; EL SARCOMA DE KAPOSÍ Y OTROS TUMORES RELACIONADOS CON LA INFECCIÓN VIH O SIDA; Y CÁNCERES PROSTÁTICOS QUE HISTOLÓGICAMENTE SON DESCRITOS EN LA CLASIFICACIÓN TNM COMO T1(A) O T1(B) O QUE SON DE OTRA CLASIFICACIÓN EQUIVALENTE O MENOR.

5. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, O ENFERMEDAD INTENCIONALMENTE CAUSADA A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE DEMENCIA.
6. ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS ANTES DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO O ANTES DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
7. ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, O LAS ENFERMEDADES SUFRIDAS POR RIESGOS NUCLEARES.
8. EN LO QUE A ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES SE REFIERE, CUANDO SEAN ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS O ACCIDENTES DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES AL MISMO.
9. TRASPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN, LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA AORTA.
10. ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.
11. TRASPLANTE DE TEJIDOS O LOS GASTOS RELACIONADOS CON UN EVENTUAL DONANTE DE UN ÓRGANO.
12. CUALQUIER TRATAMIENTO O CIRUGÍA EXPERIMENTAL.

CONDICIÓN TERCERA. DEFINICIONES.

1. **Cáncer**- La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo leucemias no linfocíticas crónicas, linfomas y enfermedad de Hodgkin, caracterizados por la destrucción de tejidos normales por el crecimiento incontrolado celular y diseminación a distancia de células malignas o invasión a otros órganos adyacentes. El diagnóstico debe ser respaldado por un médico oncólogo y demostrado por un resultado de anatomía patológica e historia clínica. No incluye lesiones pre malignas, cáncer in situ, o tumor circunscrito dentro del mismo órgano.
2. **Infarto al miocardio**.- Muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de abastecimiento sanguíneo inadecuado, tratado en un centro hospitalario. El diagnóstico debe haber sido basado en todos los siguientes elementos a) antecedentes de dolores torácicos o precordiales atípicos, b) alteraciones recientes del electrocardiograma confirmatorias y c) aumento de las enzimas cardíacas y de las proteínas contráctiles (Troponina). En caso de que los criterios antes mencionados no fueren suficientes, el infarto deberá demostrarse mediante un examen de diagnóstico de alta especificidad.
3. **Insuficiencia renal**.- La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, motivo por el que se inicia diálisis renal sistemática, o se realiza trasplante renal.
4. **Accidente cerebro vascular**- Es todo déficit o padecimiento cerebro vascular tratado en un hospital, que produzca secuelas neurológicas que duren más de veinticuatro (24) horas. Debe existir una



destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal, así como pruebas de disfunción neurológica permanente. Estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo después de transcurridas seis semanas, como mínimo, del accidente. No habrá pago alguno antes de realizar dichas pruebas. No incluye las Isquemias cerebrales transitorias.

5. **Trasplante de Órganos Vitales:** El realizado como receptor de un trasplante de corazón, de los pulmones, del hígado, del páncreas, de los riñones o de la médula ósea.
6. **Intervención Quirúrgica por Enfermedad de las Arterias Coronarias:** Afecciones de las arterias coronarias tratadas con una operación "By – Pass" ó "Puente Coronario" por recomendación de un especialista y evidenciadas por el resultado de una angiografía, para corregir una estenosis u oclusión en dichas arterias. El resultado de la angiografía junto con el informe médico estará a disposición de la Compañía. La prestación sólo se pagará después de que la operación se haya efectuado.
7. **Intervención Quirúrgica por enfermedad de arterias coronarias con el procedimiento Angioplastia Coronaria:** Afecciones de las arterias coronarias tratadas con Angioplastia Coronaria por recomendación de un especialista y evidenciadas por el resultado de una angiografía, para corregir una estenosis u oclusión en dichas arterias. El resultado de la angiografía junto con el informe médico estará a disposición de la Compañía. La prestación sólo se pagará después de que la operación se haya efectuado.
8. **Intervención Quirúrgica por enfermedad Valvular Cardíaca:** Afecciones de las válvulas cardíacas tratadas con reemplazo valvular por recomendación de un especialista y evidenciadas por el resultado de angiografías o ecocardiogramas entre otros, para corregir estenosis o insuficiencias. La prestación sólo se pagará después de que la operación se haya efectuado.
9. **Intervención Quirúrgica por enfermedad Aórtica:** Consiste en el tratamiento quirúrgico por aneurismas disecantes, al presentarse en la aorta un desgarró de la íntima, a través de la cual la sangre penetra en la pared, desprendiendo la capa media de la adventicia. Debe ser evidenciado por el resultado de aortografías, ecocardiogramas o tomografías. La prestación sólo se pagará después de que la operación se haya efectuado.
10. **Esclerosis Múltiple:** Trastorno lentamente progresivo del sistema nervioso central, caracterizado por placas diseminadas de desmielinización en el cerebro, y la médula espinal, que dan lugar a múltiples y variados síntomas y signos neurológicos, generalmente con remisiones y exacerbaciones.
11. **Quemaduras Graves:** Son lesiones de los tejidos producidos por energía térmica transmitida por radiación, productos químicos o contacto eléctrico, clasificadas como de III grado de profundidad y que comprometen más del 20% del área de superficie corporal.
12. **Enfermedad, lesión o condición preexistente:** Son las que en fecha anterior a la iniciación de la vigencia del amparo para cada asegurado hayan sido diagnosticadas por un médico, o por las cuales se haya consultado o recibido tratamiento médico, servicio o suministro, prescripción de medicamentos o drogas, o aparentes a la vista o las que por sus síntomas o signos no pudieran pasar inadvertidas, también las lesiones o enfermedades de origen congénito, al igual que sus complicaciones, secuelas y recidivas, aunque ellas se manifiesten con posterioridad a la celebración del contrato.

CONDICIÓN CUARTA. PLAZO DE ESPERA

El beneficio contenido en éste anexo se aplica solamente a las enfermedades graves o afecciones cubiertas, tal como están definidas en este anexo cuando sean diagnosticadas por primera vez, habiendo transcurrido por lo menos noventa (90) días calendario excepto para trasplante de órganos que será de ciento veinte (120) días calendario contados desde la fecha de iniciación de la vigencia de este amparo. Este período de espera se aplica para cada Asegurado en el primer año en el cual figure cubierto por el presente anexo.



Para aquellas personas que se vinculen en varias oportunidades con el Tomador, en calidad de empleados, el periodo de carencia deberá cumplirse cada vez que ingrese al seguro, si su periodo de desvinculación ha sido superior a ciento veinte (120) días calendario. Para trasplantes de órganos deberá cumplirse el plazo de espera cada vez que el empleado ingrese a la póliza.

Se elimina el período de carencia para aquellos casos en que por orden judicial el trabajador deba ser reintegrado a Drummond LTD.

CONDICIÓN QUINTA. LÍMITE DE EDADES

La edad mínima de ingreso para el amparo de Muerte Accidental es de dieciocho (18) años y la máxima será de sesenta y cinco 64 años más 364 días. El asegurado permanecerá en la póliza hasta los 69 años más 364 días, siempre y cuando haga parte del grupo asegurado.

La Compañía devolverá al Tomador los valores recibidos por concepto de primas cuando se compruebe que por error, por parte del Tomador o de la Compañía, se ha ingresado al Seguro con edad superior a la indicada como máxima.

CONDICIÓN SEXTA. VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

El valor asegurado de este anexo será el 50% del valor alcanzado en el amparo básico del seguro de vida, con el límite máximo individual de \$100.000.000

La suma que LA COMPAÑÍA pague al Asegurado en virtud de este anexo constituye un avance de la suma asegurada para el amparo básico del seguro de vida y para el anexo de incapacidad total y permanente.

La responsabilidad de LA COMPAÑÍA cesará por todo concepto imputable al presente anexo, cuando el Asegurado reciba la indemnización equivalente al valor asegurado contratado.

CONDICIÓN SEPTIMA - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para cada Asegurado, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años de edad o cuando se produzca el pago de una reclamación, ya sea por el presente anexo, por el amparo básico de vida o por el anexo de incapacidad total y permanente.

CONDICIÓN OCTAVA - REVOCACIÓN

Este anexo quedará revocado en los siguientes casos:

- A) En cualquier momento, cuando el Tomador lo solicite mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA.
- B) LA COMPAÑÍA podrá en cualquier tiempo revocar este anexo, mediante aviso escrito al Tomador, enviado a su última dirección conocida con no menos de ciento veinte (120) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato.

El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

CONDICIÓN NOVENA - PAGO DEL SINIESTRO.

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización a que está obligada por el presente anexo, dentro del término



legal de un mes, contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro.

LA COMPAÑÍA podrá hacer examinar al Asegurado tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo, con el fin de comprobar la exactitud de las pruebas presentadas por el Asegurado.

La mala fe del ASEGURADO o del Beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de un siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA - PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

El asegurado deberá presentar a LA COMPAÑÍA debidamente diligenciados, para cada enfermedad, documentos tales como:

- ✓ CÁNCER: Resultado de anatomía Patológica e historias clínicas.
- ✓ INFARTO DEL MIOCARDIO: Copia de la historia clínica completa. Electrocardiogramas (Lectura y Trazado) durante la hospitalización. Resultado de medición de enzimas cardíacas. Otros exámenes practicados.
- ✓ CIRUGÍA ARTERIOCORONARIA: Angiografía coronaria, resultado de la misma, descripción quirúrgica del procedimiento, informe médico e historia clínica.
- ✓ ANGIOPLASTIA CORONARIA: Angiografía coronaria, resultado de la misma, descripción quirúrgica del procedimiento, informe médico e historia clínica.
- ✓ INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD VALVULAR CARDIACA: Historia clínica Completa, resultado de las ayudas diagnósticas cardiovasculares pertinentes.
- ✓ INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LA ARTERIA AORTA: Historia clínica Completa, resultado de las ayudas diagnósticas cardiovasculares pertinentes.
- ✓ ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: Certificado del médico especialista y resultado de exámenes practicados, copia de la historia clínica.
- ✓ INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: Certificado del médico especialista y Resultado de exámenes practicados, copia de la historia clínica.
- ✓ TRANSPLANTE DE ÓRGANOS: Historia clínica con el nombre quirúrgico, descripción del procedimiento y resultado de exámenes practicados.
- ✓ ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Resonancia magnética que permita observar las placas de desmielinización
- ✓ QUEMADURAS: Copia de la historia clínica completa.

En todo caso LA COMPAÑÍA se reserva el derecho a solicitar los documentos o pruebas necesarias para plena demostración de la ocurrencia del siniestro entendido de conformidad con las condiciones del presente seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA – CONVERTIBILIDAD

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA – DEDUCCIONES

La indemnización por enfermedades graves no es acumulable al amparo básico del seguro de vida ni al anexo de incapacidad total y permanente y, por lo tanto, una vez pagado el valor asegurado por el presente anexo, dicho pago será deducido del que pueda corresponder al ASEGURADO por el



mencionado amparo básico o por el anexo de incapacidad total y permanente.

Si la póliza en la cual se incluye este anexo contiene además el de incapacidad total y permanente y en virtud de él y a consecuencia de un evento amparado en este anexo, LA COMPAÑÍA ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el presente anexo.

CONDICION DÉCIMA TERCERA – IMPROCEDENCIA DEL RESTABLECIMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA PARA OTRAS ENFERMEDADES

El ASEGURADO que reciba cualquier pago bajo la cobertura del presente anexo quedará automáticamente excluido de él y no podrá ser reincorporado en el mismo en ninguna de las posteriores renovaciones o anualidades. Ello quiere decir que si el ASEGURADO reclama por alguna de las enfermedades enunciadas en este anexo, agotará la protección, no pudiendo reclamar por ninguna de las demás enfermedades.

Las demás condiciones de la póliza de Vida Grupo, no modificadas por el presente anexo continúan vigentes.



CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT 860.034.520-2

SEGURO DE VIDA GRUPO

ANEXO No. 5

CANASTA FAMILIAR POR FALLECIMIENTO

REGISTRO SUPERFINANCIERA 15-08-2014-1321-NT-P-34-VG DRUMMOND

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el TOMADOR, este amparo adicional hace parte de la póliza de VIDA GRUPO arriba citada siempre y cuando se haya incluido en el cuadro de amparos y valores asegurados de la carátula de la póliza y queda sujeto a sus condiciones generales, sus estipulaciones y exclusiones, lo mismo que a las siguientes condiciones particulares:

CONDICION PRIMERA. AMPARO BASICO Y EXCLUSIONES

1.1 AMPARO

ESTE AMPARO ADICIONAL CUBRE UNA RENTA MENSUAL PARA CANASTA FAMILIAR EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO EL SUICIDIO, EL HOMICIDIO Y EL TERRORISMO SIEMPRE Y CUANDO NO SEA CAUSADO POR ARMAS QUÍMICAS, BIOLÓGICAS O NUCLEARES.

LA COMPAÑÍA PAGARA A LOS BENEFICIARIOS LA RENTA MENSUAL CORRESPONDIENTE AL VALOR DE LA CUOTA DE LA CANASTA FAMILIAR DE \$450.000 CONTRATADA POR EL TOMADOR DURANTE 6 MESES IGUALMENTE INDICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, OCURRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL.

1.2 EXCLUSIONES

- A. FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO DERIVADAS DE UNA ENFERMEDAD CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA, DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.

CONDICION SEGUNDA - OBJETO DEL AMPARO

El presente amparo adicional tiene por objeto mantener el ingreso equivalente a la canasta familiar, al fallecimiento, pagando una suma destinada a proveer un sustento base al grupo familiar por un período



determinado, indicado en la carátula de la póliza, en anexo o condición particular.

CONDICION TERCERA - REVOCACIÓN

El presente amparo adicional podrá ser revocado por el TOMADOR en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA podrá revocarlo mediante aviso escrito al TOMADOR enviado a su última dirección conocida con no menos de ciento veinte (120) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato.

El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

Las demás condiciones de la póliza de Vida Grupo, no modificadas por el presente anexo continúan vigentes.



CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT 860.034.520-2

SEGURO DE VIDA GRUPO

Anexo No. 6

AUXILIO EXEQUIAL

REGISTRO SUPERFINANCIERA 15-08-2014-1321-NT-P-34-VG DRUMMOND

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, ESTE AMPARO ADICIONAL HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO ARRIBA CITADA SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES, SUS ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES :

CONDICION PRIMERA - AMPARO Y DEFINICION

CUANDO SE PRESENTE LA MUERTE DE UN ASEGURADO AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA Y LA COMPAÑÍA TENGA LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR CONFORME A LA COBERTURA BÁSICA DE ESTE SEGURO, SE PAGARA A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS A TÍTULO GRATUITO POR EL ASEGURADO, EL VALOR DE \$4.000.000, INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO ADICIONAL POR CONCEPTO DE AUXILIO DE EXEQUIAS.

CONDICION SEGUNDA - EXCLUSIONES

MUERTE DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO.

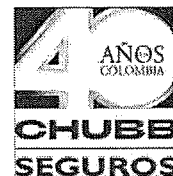
SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.

CONDICION TERCERA TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

Los beneficios concedidos por el presente amparo, terminarán para cada ASEGURADO, cuando se retire del grupo o cuando se produzca su muerte o la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente.

CONDICION CUARTA - REVOCACIÓN

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el TOMADOR en cualquier



momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA.

Tratándose de los amparos adicionales, LA COMPAÑÍA podrá revocarlos mediante aviso escrito al TOMADOR enviado a su última dirección conocida con no menos de CIENTO VEINTE (120) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato.

El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

./.

FACTURA DE VENTA

PÓLIZA NO.	CERTIFICADO
43164849	24

CHUBB DE COLOMBIA

COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT. 860.034.520-5

VIDA GRUPO

REGISTRO SUPERFINANCIERA 25-10-2013-1321-NT-P-34-VG NO DEUDORES
NO CONTRIBUTIVA

RENOVACION

TOMADOR : Apellido 472714 Nombre 472714		C.C. o NIT : 800021308-5
ASEGURADO : EMPLEADOS AL SERVICIO ACTIVO DEL TOMADOR		
BENEFICIARIO : LOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO O EN SU DEFECTO LOS DE LEY		
DIRECCIÓN COMERCIAL : CL 72 10 07 OF 1302		TELÉFONO : 5871000
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN : BOGOTÁ - OCTUBRE 15, 2015		DIRECCIÓN CHUBB: Av. Calle 26 # 59 - 51 Torre 3 Piso 7
VIGENCIA DE LA POLIZA:	DESDE OCTUBRE 01, 2015 HORA 0:00	HASTA OCTUBRE 01, 2016 HORA 0:00
VIGENCIA DEL CERTIFICADO :	DESDE OCTUBRE 01, 2015 HORA 00:00	HASTA OCTUBRE 01, 2016 HORA 00:00
SISTEMA DE ADMINISTRACION : FIJO	EDAD MAXIMA DE INGRESO A LA POLIZA: 70	FORMA DE PAGO : SEMESTRAL
AMPARO AUTOMÁTICO HASTA: \$600.000.000.00 Y / O 70 AÑOS DE EDAD		
MAXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL: \$ 2,400,000,000.00		

AMPAROS	VALOR ASEGURADO O LÍMITE	VALOR PRIMA
- MUERTE POR CUALQUIER CAUSA	\$ 0.00	\$ 0.00
- INVALIDEZ POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	\$ 0.00	\$ 0.00
- BENEFICIOS POR DESMEMBRACION ACCIDENTAL	\$ 0.00	\$ 0.00
- ENFERMEDADES GRAVES (11)	\$ 0.00	\$ 0.00
- CANASTA FAMILIAR	\$ 0.00	\$ 0.00
- AUXILIO EXEQUIAL	\$ 0.00	\$ 0.00
- MUERTE ACCIDENTAL	\$ 0.00	\$ 0.00
TOTAL:		\$ 0.00
OBSERVACIONES SE RENUEVA LA PRESENTE PÓLIZA.		

VALOR PRIMA	TASA DE CAMBIO	FECHA LIMITE DE PAGO
\$ 0.00		

PRODUCTOR(ES) DE SEGUROS		
Clave	Nombre	% Partic.
95831	Apellido 6092	100.

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA POLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRA LA TERMINACION AUTOMATICA DEL CONTRATO, Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO.(art. 1152 del Código de Comercio). **LAS PARTES CONVIENEN QUE EL PAGO DE LA PRIMA DEL PRESENTE DOCUMENTO LO HARA EL TOMADOR A MAS TARDAR EN: DE .** NO OBSTANTE, DE SER NECESARIO, EL TOMADOR Y CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. PODRAN REALIZAR UN CONVENIO ADICIONAL PARA EL PAGO DE LA PRIMA, QUE MODIFIQUE EL PLAZO AQUÍ MENCIONADO, EL CUAL DEBE CONSTAR POR ESCRITO EN LA PRESENTE POLIZA.

TRANSCURRIDOS 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL RECIBO DE ESTE DOCUMENTO POR PARTE DEL TOMADOR, SIN QUE ESTE HUBIESE HECHO OBSERVACIÓN ALGUNA SOBRE SU CONTENIDO A CHUBB, SE ENTENDERÁ QUE EL MISMO FUE ACEPTADO TOTALMENTE.

ES OBLIGACIÓN DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO ACTUALIZAR POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO SU INFORMACIÓN EN LOS FORMULARIOS SUMINISTRADOS POR LA COMPAÑÍA, PARA CUMPLIR CON LAS NORMAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS

CUALQUIER INCONFORMIDAD CON EL OFRECIMIENTO O PRESTACIÓN DE NUESTROS PRODUCTOS O SERVICIOS O SOBRE LA CALIDAD DE LOS MISMOS, USTED PODRÁ COMUNICARLA AL DEFENSOR DEL CONSUMIDOR FINANCIERO DE CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., AL CORREO ELECTRÓNICO CARLOS.CIFUENTES@GARCIACIFUENTESABOGADOS.NET, O DIRIGIRLA A LA CALLE 56 NO. 3A - 30 DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ, TELÉFONOS 3470943 - 3470945, FAX 2488066. PARA MAYOR INFORMACIÓN ACERCA DE LA DEFENSORÍA DEL CONSUMIDOR FINANCIERO VISITE NUESTRA PÁGINA WEB WWW.CHUBB.COM.CO

TOMADOR
C.C. DE

CHUBB DE COLOMBIA Compañía de Seguros S.A.
FIRMA AUTORIZADA

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES - IVA REGIMEN COMUN
ACTIVIDAD ECONÓMICA ICA 402
CLIENTE



CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT 860.034.520-2

SEGURO DE VIDA GRUPO

AMPARO BASICO

CONDICIONES GENERALES

CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, CON BASE EN LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR, EN LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES, LOS ANEXOS, LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, LOS CERTIFICADOS MÉDICOS Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO ESCRITO Y ACEPTADO POR LAS PARTES, LOS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS LOS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR LA CORRESPONDIENTE SUMA ASEGURADA, A LA MUERTE DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS, OCURRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES ACA CONTENIDAS.

CONDICION PRIMERA. AMPARO BASICO Y EXCLUSIONES

1.1. AMPARO BASICO

LA PRESENTE PÓLIZA AMPARA A LOS ASEGURADOS EN CASO DE FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO SUICIDIO, HOMICIDIO Y TERRORISMO, SIEMPRE QUE EL DECESO ASÍ COMO EL HECHO QUE LO GENERA SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.

1.2. EXCLUSIONES

MUERTE DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CONOCIDA O NO CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO.

SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.

CONDICION SEGUNDA – DEFINICIONES

2.1. TOMADOR

DRUMMOND LTD, quien será la persona jurídica que traslada los riesgos, para asegurar un número determinado de empleados reportados por él mismo y el responsable por el pago de las primas.

2.2. GRUPO ASEGURADO



Grupo Asegurado es el constituido por los trabajadores del Tomador que tengan contrato laboral vigente con la entidad tomadora, siempre que a su ingreso a la póliza se encuentren en buen estado de salud de acuerdo con lo indicado en la condición de Amparo Automático.

CONDICION TERCERA - OBJETO DEL SEGURO

El presente seguro tiene por objeto amparar contra el riesgo de muerte y los amparos adicionales contratados, indicados en la carátula de la póliza, a los miembros del grupo asegurado.

CONDICION CUARTA - MODALIDAD DEL SEGURO

Seguro de Grupo No Contributivo: Es aquel cuya prima es sufragada en su totalidad por el TOMADOR del Seguro.

CONDICION QUINTA - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

La edad mínima de ingreso para el amparo básico de vida, es de dieciocho (18) años y la máxima será de 69 años más 364 días. El asegurado permanecerá en la póliza sin límite de edad, siempre y cuando haga parte del grupo asegurado.

La Compañía devolverá al Tomador los valores recibidos por concepto de primas cuando se compruebe que por error, por parte del Tomador o de la Compañía, se ha ingresado al Seguro con edad superior a la indicada como máxima.

CONDICION SEXTA - REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Para obtener el amparo a que se refiere la presente póliza, toda persona debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad exigidos por LA COMPAÑÍA, que registrarán para las personas que superen los límites de la cláusula de Amparo Automático:

VALORES ASEGURADOS	EDAD	
	18 - 45 años	46 - 70 años
\$1 hasta \$600.000.000	1	1
desde \$600.000.001 hasta \$700.000.000	4	5
desde \$700.000.001 en adelante	5	5
1. Col. 101 2. Col. 101 + Examen Médico y parcial de orina 3. Col. 101 + Examen Médico, parcial de orina, colesterol total, HDL, Triglicérido, HIV, Electrocardiograma 4. Col. 101 + Examen Médico, parcial de orina, colesterol total, HDL, Triglicérido, HIV, Electrocardiograma, glicemia, cuadro hemático, creatinina y transaminasas (GPT y GOT). 5. Col. 101 + Examen Médico, glicemia, cuadro hemático, colesterol total, HDL, Triglicérido, creatinina y transaminasas (GPT y GOT), Parcial de orina, HIV, electrocardiograma, radiografía de Torax. 6. La Compañía acepta los exámenes generales practicados por Drummond LTD., con una antigüedad máxima de 6 meses		

CONDICION SEPTIMA - DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El TOMADOR y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente



los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que les sea propuesto por LA COMPAÑÍA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el TOMADOR o el ASEGURADO individualmente considerado, ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, excepto lo previsto en la condición INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD de esta póliza.

Si la inexactitud o reticencia proviene de error inculpable del TOMADOR o del ASEGURADO, el contrato no será nulo, pero el Asegurador solo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Las sanciones anteriores no son aplicables si LA COMPAÑÍA, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

CONDICION OCTAVA - VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La presente póliza se expide bajo el plan temporal anual renovable, por el término de un año contado a partir de la fecha de iniciación de la vigencia, siempre que conforme a las Condiciones Generales no se revoque o termine antes.

CONDICION NOVENA - VIGENCIA DE LOS AMPAROS INDIVIDUALES

Con sujeción a lo indicado en la condición de amparo automático, la vigencia individual del seguro para cada trabajador iniciará en la fecha de inicio del contrato de trabajo con la entidad tomadora y estará vigente hasta su desvinculación laboral con DRUMMOND LTD.

CONDICION DECIMA - TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA MIEMBRO DEL GRUPO

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza, AMPARO BASICO Y AMPAROS ADICIONALES, terminan por las siguientes causas:

- a) Por mora en el pago de la prima de acuerdo con la condición "PAGO DE PRIMAS".
- b) Al vencimiento de la póliza si esta no se renueva, por decisión expresa de alguna de las partes.
- c) Cuando el TOMADOR revoque la póliza por escrito.
- d) Cuando al momento de la renovación del seguro, el grupo asegurado sea inferior a 10 personas.
- e) Cuando el asegurado fallezca o se produzca la declaratoria de muerte presunta por desaparecimiento o la declaratoria de su invalidez o incapacidad total y permanente.
- f) Para cada uno de los amparos cuando el Asegurado o los Beneficiarios hubiesen recibido una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado.
- g) Cuando el ASEGURADO deje de pertenecer al grupo asegurado.
- h) Los amparos adicionales terminarán cuando el asegurado supere la edad límite de permanencia aplicable.
- i) Cuando se indemnice al asegurado por la cobertura de Incapacidad Total y Permanente.



PARÁGRAFO: Lo preceptuado en el literal e anterior, se entiende sin perjuicio de lo dispuesto en la Condición de "CONVERTIBILIDAD" de esta póliza.

CONDICIÓN DECIMA PRIMERA – MODIFICACION DEL ESTADO DEL RIESGO

El asegurado o el Tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a LA COMPAÑÍA los hechos o circunstancias no previsibles, que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo, en especial cualquier modificación en su actividad laboral u ocupación.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquél en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 30 días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos previstos, LA COMPAÑÍA podrá revocar el amparo o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del amparo. Pero sólo la mala fe del Asegurado o del Tomador dará derecho a LA COMPAÑÍA para retener la prima no devengada.

PARÁGRAFO:

La terminación del amparo por falta de la notificación de que trata esta condición será aplicable únicamente a los amparos opcionales.

Respecto del amparo básico de vida, sólo procederá el derecho de exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima, cuando la modificación signifique agravación del riesgo o cambio de ocupación.

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA – CONOCIMIENTO DE RIESGO

La Compañía acepta que conoce la actividad general de Drummond Ltd. consistente en exploración, instalación, explotación y comercialización de la minas de carbón y de hidrocarburos líquidos y gaseosos en general, incluyendo gas metano asociado al carbón, en Colombia y a todas aquellas actividades relacionadas que sean necesarias aconsejables o convenientes para la conducción de dicho negocio, incluyendo pero sin limitación la instalación y operación de instalaciones de transporte y otras infraestructuras.

CONDICION DECIMA TERCERA - VALOR ASEGURADO GLOBAL

El valor asegurado total o global es el que se establece en la carátula de la presente póliza, resultado de la sumatoria de los valores asegurados individuales, de conformidad con los listados o documentos entregados a la COMPAÑÍA por el TOMADOR con la frecuencia previamente acordada para la expedición de la póliza.

CONDICION DÉCIMA CUARTA - INCREMENTO DEL VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

El incremento del valor asegurado individual bajo la presente póliza, será efectivo a partir de la fecha en que dicho cambio figure en los registros internos del TOMADOR.

CONDICION DÉCIMA QUINTA - AMPARO AUTOMATICO



El amparo bajo esta póliza será automático para el personal al servicio de la entidad tomadora, siempre que su edad no supere los setenta (70) años de edad, su valor asegurado no sea superior a seiscientos millones de pesos (\$600.000.000), y se encuentre en buen estado de salud, esto es que su habilidad física no se encuentre de manera reducida, ni padezca o haya padecido de enfermedades cerebro vasculares, esquizofrenia, depresión profunda, demencia, encefalopatía hepática, insuficiencia renal crónica, cáncer, SIDA, y cardiovasculares. No obstante las enfermedades antes citadas el asegurado estarán obligadas a declarar cualquier otro tipo de enfermedad o patología preexistente a la fecha de ingreso a la póliza o de diligenciamiento de la declaración de Asegurabilidad.

Cualquiera que sea el caso el tomador o el asegurado según corresponda, están obligados a declarar los hechos o circunstancias que determinen el estado real del riesgo, de tal manera que si alguno de los asegurados fallece, se incapacita o sufre alguna pérdida, a causa de una enfermedad diagnosticada o tratada antes de la fecha de ingreso a la póliza, la Compañía dará plena a los artículos 1058 y 1158 del código de Comercio.

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

En los casos en que el solicitante no esté en buen estado de salud, padezca o haya padecido cualquier tipo de enfermedad o patología preexistente, su edad supere los setenta (70) años de edad o su valor asegurado exceda de seiscientos millones de pesos (\$600.000.000), no operará el amparo automático y en consecuencia para su ingreso será necesaria la aprobación previa de la Aseguradora quien determinará los requisitos de Asegurabilidad.

CONDICION DECIMA SEXTA - CONTINUIDAD DE COBERTURA

La presente póliza otorga el beneficio de continuidad de cobertura, sin exigir para ello ningún requisito de asegurabilidad por edad, valor asegurado o estado de salud, a todos los asegurados que se trasladen a la póliza de vida grupo y que tengan su seguro vigente en la fecha de expedición de la nueva póliza con CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., hasta por el mismo valor asegurado individual que tuvieran vigente con la anterior Aseguradora.

CONDICION DECIMA SEPTIMA - BENEFICIARIOS

Los beneficiarios pueden ser a título gratuito o a título oneroso.

Cuando el BENEFICIARIO 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 LA COMPAÑÍA.

En el evento en que el BENEFICIARIO sea a título gratuito y ocurra la muerte 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 cual de los dos ha muerto primero, serán beneficiarios:

- El cónyuge del ASEGURADO en la mitad del seguro y,
- Los herederos del ASEGURADO en la otra mitad.

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

CONDICION DECIMA OCTAVA - FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Las primas de la presente póliza están calculadas sobre la base de vigencias anuales, sin embargo, el



tomador podrá acogerse a una forma de pago diferente siendo posible el pago semestral, trimestral o mensual mediante el pago adicional de un recargo financiero.

CONDICION DECIMA NOVENA - PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o de la primera cuota en caso de fraccionamiento para su pago, es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima, el cual deberá realizarse a más tardar a los cuarenta y cinco (45) días contados a partir del inicio de la vigencia de cada certificado, para la cancelación total correspondiente. En caso de no efectuar el pago de la prima en la fecha y condiciones establecidas en el certificado de seguro mencionado, el Tomador se constituirá automáticamente en mora conforme a lo establecido a continuación:

Si en la fecha límite de pago la totalidad de la prima efectivamente pagada es inferior a la prima devengada, la constitución en mora será el día siguiente a la fecha límite de pago del correspondiente certificado. Si en la fecha límite de pago la totalidad de la prima efectivamente pagada resulta superior o igual a la prima devengada, la fecha de constitución en mora será el día siguiente a aquél en que la prima efectivamente pagada sea equivalente a la prima devengada.

El pago de las primas se efectuará Semestral anticipado con ajuste al final de la vigencia bajo el sistema Ajuste Anual.

El no pago de la prima dentro de las oportunidades indicadas, producirá la terminación automática del contrato y en consecuencia, LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración del plazo para el pago de la prima.

Durante el plazo estipulado se considerará el seguro en vigor y por consiguiente, si ocurre algún siniestro, la Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente.

CONDICIÓN VIGÉSIMA – REPORTES DE NOVEDADES Y FORMA DE FACTURACION

El pago de la Prima se efectuará en forma **SEMESTRAL ANTICIPADO** según reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser entregado en físico y medio magnético. En todo caso se efectuará un solo cobro semestral donde se incluyan todos los conceptos a cobrar en el respectivo periodo. El Tomador se obliga a enviar a la Aseguradora semestralmente el reporte de asegurados para que se emita el cobro respectivo.

Se realizará ajuste retroactivo a cada cobro semestral emitido con base en la nómina mensual reportada por el tomador. El reporte de nómina del último mes del semestre ajustado será la base para el cobro del siguiente semestre anticipado.

Semestre de Octubre, Noviembre, Diciembre, Enero. Febrero y Marzo: Se emite con base en el reporte de asegurados de Septiembre.

Semestre de Abril. Mayo, Junio, Julio, Agosto y Septiembre: Se emite con base en el reporte de asegurados de Marzo.

CONDICION VIGÉSIMA PRIMERA – DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

Si después de la terminación o revocación del contrato LA COMPAÑÍA llegase a recibir alguna suma de dinero por concepto de prima, ello no significará que la cobertura ha sido restablecida y por lo tanto, la obligación de LA COMPAÑÍA se limitará a la devolución de dichos valores.



CONDICION VIGÉSIMA SEGUNDA - IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del ASEGURADO, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, es decir la fecha de ingreso del trabajador a la póliza, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad, sin perjuicio de lo establecido en la condición inexactitud en la declaración de la edad del asegurado.

CONDICION VIGÉSIMA TERCERA - CONVERTIBILIDAD

Tratándose del seguro de grupo, si media en este último convenio expreso, los asegurados menores de setenta años de edad que revoquen su seguro o que, por causa distinta del pago de un reclamo, se separen del grupo asegurado después de permanecer en él 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 vida grupo, siempre y cuando lo solicite en el término de un mes contado a partir de su retiro del grupo. El seguro individualmente considerado se emitirá en las mismas condiciones del plan anterior, para el amparo básico de vida 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 anterior el riesgo como subnormal, se aceptará su ingreso a la nueva póliza con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo anterior y la extraprima que corresponda.

Si el ASEGURADO muere después de haber solicitado la convertibilidad a la nueva póliza, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido, sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación asegurada bajo la presente póliza, caso en el cual se deducirá del valor de la indemnización el valor de la prima anual correspondiente.

CONDICION VIGÉSIMA CUARTA - RECLAMACIÓN

El ASEGURADO o BENEFICIARIO deberá presentar a LA COMPAÑÍA la reclamación formal acompañada de los documentos indispensables para acreditar la ocurrencia del siniestro y su cuantía, si fuere el caso, en los términos del artículo 1077 del Código del Comercio.

La mala fe del Asegurado o del Beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago del siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICION VIGÉSIMA QUINTA - AVISO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la presente póliza o sus amparos adicionales, el TOMADOR o el BENEFICIARIO según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

Sin perjuicio de lo contemplado en el artículo 1077 del Código del Comercio, la Compañía solicitará los siguientes documentos:

- a) Registro civil de nacimiento
- b) Registro civil de defunción.
- c) Fotocopia de la cedula de ciudadanía del fallecido y de los beneficiarios a título gratuito.
- d) Historia clínica en donde se indique fecha de diagnostico y tiempo de evolución de la enfermedad.
- e) En caso de muerte accidental informe de las autoridades de las causas del accidente, copia del acta de levantamiento o necropsia o informe de la autoridad competente
- f) Si no hubo designación de beneficiarios a título gratuito: declaración extrajuicio firmada por dos



testigos que conocieron al fallecido indicando el estado civil, número de hijos matrimoniales, extra matrimoniales y/o adoptivos.

- g) Documento que acredite el parentesco de los beneficiarios con el asegurado fallecido: Registro civil de matrimonio del cónyuge sobreviviente y/o registro civil de nacimiento de los demás beneficiarios.
- h) Los demás que la Compañía considere necesarios.

La Compañía se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de las pruebas presentadas.

CONDICION VIGÉSIMA SEXTA - PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑÍA pagará a los beneficiarios designados, la indemnización a que está obligada por la póliza y sus amparos adicionales, dentro del término de 30 días calendario, contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

LA COMPAÑÍA podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentra pendiente un reclamo bajo los amparos adicionales.

LA COMPAÑÍA efectuará el pago de la indemnización correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago por parte del Tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

CONDICION VIGÉSIMA SEPTIMA - PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla, fuesen en alguna forma fraudulentos o si, en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

CONDICION VIGÉSIMA OCTAVA - OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza o sus anexos, el Tomador o el beneficiario, según el caso, deberá dar aviso a LA COMPAÑÍA del siniestro, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia. En caso de pérdida de la vida, el aviso se dará dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

El Asegurado a petición de LA COMPAÑÍA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, LA COMPAÑÍA podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que cause dicho incumplimiento.

CONDICION VIGÉSIMA NOVENA - INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

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

- a) Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por LA COMPAÑÍA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en la cláusula anterior.
- b) Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA COMPAÑÍA, y
- c) Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b) anterior.

Lo dispuesto en los literales b) y c) anteriores, no se aplicará cuando la prima se establezca por el



sistema de tasas promedio o se utilice la tarifa para asegurados de edad desconocida.

CONDICION TRIGÉSIMA - RENOVACIÓN

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

Si las partes con una anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente, en iguales condiciones, por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la condición PAGO DE PRIMAS de la presente póliza.

CONDICION TRIGÉSIMA PRIMERA - REVOCACIÓN

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el TOMADOR en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA.

Tratándose de los amparos adicionales, LA COMPAÑÍA podrá revocarlos mediante aviso escrito al TOMADOR enviado a su última dirección conocida con no menos de CIENTO VEINTE (120) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato.

El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

CONDICION TRIGÉSIMA SEGUNDA - PRESCRIPCIÓN

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.

CONDICION TRIGÉSIMA TERCERA - DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para los efectos relacionados con el presente contrato se fija como domicilio de las partes la ciudad de expedición de la póliza que figura en la carátula de la misma.

CONDICION TRIGÉSIMA CUARTA - NOTIFICACIONES

Las notificaciones que deban hacerse las partes para los efectos de la presente póliza, salvo el aviso de siniestro a través de Aon, deberán consignarse por escrito dirigidas directamente al asegurado con copia a AON y serán prueba suficiente de las mismas, la constancia del envío de la comunicación por correo certificado o recomendado, dirigido a la última dirección por ellas registrada.

CONDICION TRIGÉSIMA QUINTA - CLAUSULA ARBITRAMIENTO

Por medio del presente anexo, la Compañía, de una parte, y el Tomador de la otra, acuerdan someter a la decisión de tres árbitros todas las diferencias que se susciten en relación con este contrato. Los



árbitros serán nombrados de común acuerdo con las partes y, si ello no fuere posible, se aplicara lo dispuesto por el decreto ley 2279 de 1989, modificado por la ley 23 de 1991 y demás normas que lo modifiquen o reemplacen. El fallo será en derecho y el término del proceso será de seis (6) meses, para esto se nombrara un tribunal de arbitramento ubicado en la ciudad de Bogotá.

CONDICION TRIGÉSIMA SEXTA - DISPOSICIONES LEGALES

Para todos los aspectos no previstos explícitamente en la presente póliza, se aplicarán las disposiciones del Código de Comercio y demás normas legales pertinentes.

CONDICION TRIGÉSIMA SEPTIMA - PREVENCION LAVADOS DE ACTIVOS

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera de Colombia, el Tomador, los Asegurados y los beneficiarios, se obligan con la Compañía a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal fin se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexos, al inicio de la Póliza, a la renovación de la misma o al momento del pago del siniestro.

CONDICION TRIGÉSIMA OCTAVA – AUTORIZACION PARA CONSULTAR Y REPORTAR INFORMACION FINANCIERA A CENTRALES DE RIESGO.

El Tomador , Asegurados y/o Beneficiarios, autoriza a la Compañía para que, con fines estadísticos , de información entre Compañías, consulta o transferencia de datos con cualquiera autoridad que lo requiera, consulte , informe, guarde en sus archivos y reporte a las centrales de riesgos que considere necesario o, a cualquier otra entidad autorizada, la información que resulte de todas las operaciones que directa o indirectamente y bajo cualquier modalidad se le haya otorgado o se le otorgue en el futuro ,así como sobre novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan de esta relación comercial o contrato que declara conocer y aceptar en todas sus partes.

CONDICION TRIGÉSIMA NOVENA – ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Cuando el asegurado y beneficiario sean personas diferentes al tomador, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de reclamación.

CONDICIÓN CUADRAGÉSIMA – CLAUSULA OFAC

Esta Póliza no otorga ninguna cobertura cuando el Tomador del Seguro, Asegurado, beneficiario o afianzado esté incluido en las listas OFAC o del gobierno colombiano en materia de anti lavado de activos, anti-terrorismo u otras sanciones económicas; ni respecto de indemnizaciones, reembolsos, gastos o pagos hechos a personas naturales o jurídicas o efectuados en países incluidos dentro de las listas OFAC; ni por Pérdidas relacionadas directa o indirectamente con operaciones, negocios, contratos o vínculos de cualquier naturaleza con países o personas naturales o jurídicas incluidos en las listas OFAC o del gobierno colombiano en materia de anti lavado de activos, anti-terrorismo u otras sanciones económicas; ni por Reclamos que se hagan contra el Asegurador o el Asegurado por personas o en nombre de personas o países que estén incluidos en las listas OFAC o del gobierno colombiano en materia de anti lavado de activos, anti-terrorismo u otras sanciones económicas.

CONDICIÓN CUADRAGÉSIMA SEGUNDA – EVENTOS DE FUERZA MAYOR: DRUMMOND LTD podrá solicitar a CHUBB la suspensión total o parcial de las coberturas del Contrato De Seguro cuando se presenten hechos o circunstancias constitutivos de fuerza mayor o caso fortuito en la forma dispuesta



en la legislación y jurisprudencia Colombiana. Tales hechos y circunstancias pueden incluir, pero sin limitarse a ellas: a) incendio, inundación, perturbaciones atmosféricas, explosión, rayo, tormenta, terremoto, derrumbes, erosión o hundimiento total del terreno, temblor de tierra, epidemias; b) asonada, guerra, guerra civil, bloqueo, insurrección, sabotaje, actos de enemigos públicos, o disturbios civiles; c) boicot o huelga; d) normas legales o decisiones de gobierno que afecten sustancialmente el desarrollo del objeto del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: En los casos en que DRUMMOND LTD solicite a CHUBB la suspensión de las coberturas del Contrato de Seguro, las partes observarán las siguientes reglas:

1. En todos los casos de suspensión de las coberturas del Contrato de Seguro, DRUMMOND en su calidad de tomador colectivo, se obliga a informarles a los asegurados acerca de la suspensión parcial o total.
2. En el caso de suspensión total, DRUMMOND LTD no estará obligado a pagar a CHUBB ninguna de las primas previstas para el periodo efectivo de suspensión.
3. En el caso de suspensión parcial, se observarán las siguientes reglas:
 - A. CHUBB únicamente estará obligada a pagar las indemnizaciones objeto de cobertura del Contrato de Seguro correspondientes a los afiliados a los cuales no se les hayan suspendido los servicios por solicitud de DRUMMOND.
 - B. La PRIMA PRINCIPAL se pagará de acuerdo con el número de usuarios activos durante el tiempo de suspensión parcial, proporcional al número de días que dure la referida suspensión.

La cuenta de cobro correspondiente se presentará una vez terminado el evento de fuerza mayor que generó la suspensión parcial.

CONDICIÓN CUADRAGÉSIMA TERCERA – CLAUSULA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES:

En el desarrollo, interpretación y aplicación de la ley 1581 de 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales y las normas que la complementan, modifican o adicionan, Chubb de Colombia aplicará la confidencialidad de la información en cumplimiento a lo dispuesto por la ley la cual tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma.





CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT 860.034.520-2

SEGURO DE VIDA GRUPO

ANEXO No 1.

AMPARO ADICIONAL DE INVALIDEZ - INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

REGISTRO SUPERFINANCIERA 15-08-2014-1321-NT-P-34-VG DRUMMOND

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, ESTE AMPARO ADICIONAL HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO ARRIBA CITADA SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES, SUS ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CONDICION PRIMERA - AMPARO Y EXCLUSIONES

1.1 AMPARO

ESTE AMPARO ADICIONAL CUBRE AL ASEGURADO SI A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O UNA ENFERMEDAD, SE PRODUCE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ, TAL COMO SE DEFINE EN EL PRESENTE AMPARO.

1.2 EXCLUSIONES

EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL NO AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ GENERADA, DERIVADA, RESULTANTE, CAUSADA U OCASIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES EVENTOS O CIRCUNSTANCIAS:

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO. SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.

CONDICION SEGUNDA – DEFINICIONES

Para todos los efectos de este amparo se entiende por incapacidad total y permanente o invalidez la sufrida por el asegurado menor de setenta (70) años de edad que haya sido ocasionada y se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo adicional, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que impidan a la persona desempeñar en cincuenta por ciento (50%) o más su capacidad laboral o cualquier tipo de trabajo o actividad remunerada o desempeñar todas las ocupaciones o empleos remunerados para los cuales se encuentra razonablemente calificado, en razón de su capacitación, entrenamiento o experiencia, siempre que dicha incapacidad total y permanente o invalidez haya existido por un periodo continuo no menor de 120 días calendario contados desde la fecha de estructuración de la invalidez y esta fecha se encuentre dentro de la vigencia del seguro y no

haya sido provocada por el asegurado.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente o invalidez, se considera como tal la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el periodo continuo de ciento veinte (120) días calendario de incapacidad total y permanente.

Para que se configure la Incapacidad Total y Permanente o la Invalidez, el asegurado debe ser calificado con una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral, y demostrar la calidad de incapacitado total y permanente o inválido mediante dictamen de calificación de pérdida laboral formalmente emitido y debidamente ejecutoriado por parte de la Junta Nacional o Regional de calificación de invalidez, Administradoras de Fondos de Pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales y Entidades Promotoras de Servicios de Salud. De acuerdo con lo anterior, para proceder con el pago de la indemnización que corresponda, es necesario que la relación laboral del trabajador (Asegurado) con Drummond Ltd., hubiere terminado por la justa causa de reconocimiento de la pensión de invalidez y que haya sido incluido efectivamente en la nómina de pensionados. En consecuencia, se debe acreditar la condición de pensionado mediante certificación emitida por Recursos Humanos de Drummond Bogotá, en la que se indique la fecha de la desvinculación definitiva del trabajador por haber adquirido la pensión de invalidez, junto con el certificado de reconocimiento de pensión por invalidez expedido por la Entidad encargada del pago de las mesadas pensionales. En todos los casos se ampara la incapacidad total y permanente cuando esta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo.

2.1 PERDIDA

Conforme se emplea aquí significa:

- a) Manos: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radio carpiana.
- b) Pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de articulación tibiotarsiana.
- c) Ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.

2.2 FECHA DE ESTRUCTURACION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ

Fecha en la que se genera en el individuo una pérdida en su capacidad laboral en forma permanente y definitiva. Para cualquier contingencia, esta fecha debe documentarse con la historia clínica, los exámenes clínicos y de ayuda diagnóstica y, puede ser anterior ó corresponder a la fecha de calificación.

2.3 FECHA DE CALIFICACION DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ

Momento en el cual queda en firme el dictamen emitido por la instancia competente sobre la pérdida de la capacidad laboral del asegurado.

2.4. INVALIDO

Persona que por causa de origen profesional o riesgo común no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral.

2.5. PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL

Pérdida o disminución de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico,



mental y social que le permiten desempeñarse en su trabajo habitual.

2.6. PORCENTAJE DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Grado de pérdida de capacidad laboral.

CONDICION TERCERA - EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

La edad mínima de ingreso para el amparo de Incapacidad Total y Permanente es de dieciocho (18) años y la máxima será de sesenta y cinco 64 años más 364 días. El asegurado permanecerá en la póliza hasta los 69 años más 364 días, siempre y cuando haga parte del grupo asegurado.

La Compañía devolverá al Tomador los valores recibidos por concepto de primas cuando se compruebe que por error, por parte del Tomador o de la Compañía, se ha ingresado al Seguro con edad superior a la indicada como máxima.

CONDICION CUARTA - TERMINACIÓN DEL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ

Los beneficios concedidos por el presente amparo adicional, terminarán para cada ASEGURADO, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla setenta (70) años de edad o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo Básico de Vida.

CONDICION QUINTA - RECLAMACIONES POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O INVALIDEZ

A efecto del pago de la indemnización correspondiente al presente amparo adicional, el Asegurado deberá acreditar la ocurrencia del siniestro mediante el dictamen de calificación de la INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

Dicha calificación debe indicar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral y la fecha de estructuración de la INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. El porcentaje de invalidez debe ser igual o superior al cincuenta (50%) para que haya lugar a indemnización.

Previo al pago de la indemnización que corresponda bajo el presente amparo adicional, LA COMPAÑÍA podrá en cualquier tiempo, exigir al ASEGURADO pruebas fehacientes y satisfactorias sobre la existencia o persistencia de la invalidez.

La suma que LA COMPAÑÍA pagará al ASEGURADO en caso de Invalidez, tal como quedó definido en este amparo adicional, será equivalente al valor que figure en la carátula de la póliza. Bajo ninguna circunstancia LA COMPAÑÍA pagará por este amparo adicional un valor superior al del amparo básico del seguro de vida.

*Para efectos del Art. 1077 del Código de comercio, se entenderá que la fecha de estructuración demuestra la ocurrencia de la Incapacidad Total y Permanente y la fecha del Dictamen será la base para determinar la cuantía del siniestro.

El sueldo mensual se define como la asignación salarial mensual básica sin incluir horas extras, bonificaciones, vacaciones, primas legales y extralegales entre otros.

CONDICION SEXTA - DEDUCCIONES

La indemnización por INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE no es acumulable al amparo básico del seguro de Vida, y por lo tanto una vez pagada la indemnización por dicha invalidez termina el presente



seguro y LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere al mencionado amparo básico del ASEGURADO inválido.

CONDICION SEPTIMA - REVOCACIÓN

Este anexo quedará revocado en los siguientes casos:

- a. En cualquier momento, cuando el TOMADOR lo solicite mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA.
- b. LA COMPAÑÍA podrá en cualquier tiempo revocar este amparo adicional, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviando a su última dirección conocida con no menos de ciento veinte (120) días hábiles de antelación contados a partir de la fecha de su envío. En este caso la COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del contrato.

El hecho que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.



CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT 860.034.520-2

SEGURO DE VIDA GRUPO

AMPARO BASICO

ANEXO No 2.

AMPARO ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL

REGISTRO SUPERFINANCIERA 15-08-2014-1321-NT-P-34-VG DRUMMOND

CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA, TENIENDO EN CUENTA LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO PRESENTADA POR EL TOMADOR Y EN LAS SOLICITUDES INDIVIDUALES DE LOS ASEGURADOS, EL CUESTIONARIO Y DEMÁS DOCUMENTOS ANEXOS, LOS CUALES SE INCORPORAN AL PRESENTE CONTRATO PARA TODOS LOS EFECTOS, SE OBLIGA A PAGAR LA CORRESPONDIENTE SUMA ASEGURADA, POR LA MUERTE ACCIDENTAL DE CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS, OCURRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE ÉSTA PÓLIZA, CON SUJECCIÓN A LOS TÉRMINOS, CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES ACÁ CONTENIDAS.

CONDICION PRIMERA - AMPARO Y EXCLUSIONES

1.1. AMPARO

ESTE SEGURO CUBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO SIEMPRE Y CUANDO HAYA SIDO OCASIONADA POR UN ACCIDENTE, TAL COMO SE DEFINE EN ESTE CONTRATO, Y SE PRESENTE DENTRO DE LOS 150 DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A LA FECHA DE SU OCURRENCIA.

1.2. EXCLUSIONES

NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO POR ESTA PÓLIZA CUANDO LA MUERTE DEL ASEGURADO SEA GENERADA, DERIVADA, RESULTANTE, CAUSADA U OCASIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE O RELACIONADA CON:

- 1. LESIONES O MUERTE CAUSADAS ASÍ MISMO POR EL ASEGURADO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE DEMENCIA, INCLUYE EL SUICIDIO O TENTATIVA DEL MISMO.**
- 2. LOS ACCIDENTES CAUSADOS EN ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (VER DEFINICIÓN 2.2), CON USO DE MATERIAL NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICO Y RADIOACTIVO.**
- 3. FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, SEA EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA**
- 4. POR LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN LA COMISIÓN DE ALGÚN DELITO O CONTRAVENCIÓN TIPIFICADO POR LA LEY PENAL.**
- 5. ACCIDENTES QUE OCURRAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO EL INFLUJO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE SUSTANCIAS QUE POR SU PROPIA NATURALEZA PRODUZCAN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE PLENA CONCIENCIA,**



A MENOS QUE EL ASEGURADO NO SE HAYA COLOCADO VOLUNTARIAMENTE EN EL MENCIONADO ESTADO.

- 6. GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, CONMOCIÓN CIVIL, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL.**
- 7. ACCIDENTES QUE OCURRAN COMO RESULTADO O DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, CIRUGÍAS COSMÉTICAS, ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES NO REQUERIDOS POR EL ESTADO DE SALUD. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRACTIQUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.**
- 8. TRATAMIENTOS DE DESCANSO, CUALQUIER DESORDEN MENTAL O NERVIOSO, TRATAMIENTOS PARA ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN, USO DE NARCÓTICOS O ESTUPEFACIENTES, TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD, IMPOTENCIA, FRIGIDEZ, ESTERILIZACIÓN Y ANTICONCEPTIVOS.**

CONDICION SEGUNDA - DEFINICIONES

2.1. ACCIDENTE

Para los efectos de la presente póliza, se entiende por accidente todo suceso imprevisto, externo, violento, visible, repentino e independiente de la voluntad del ASEGURADO, que produzca en la integridad física del mismo cualquiera de las pérdidas, lesiones corporales o perturbaciones funcionales indicadas en este seguro, verificables mediante examen médico.

Se considera también como accidente para los efectos de esta póliza:

1. La muerte que resulte de asfixia por agua o gases o ahogamiento.
2. La electrocución involuntaria, incluido el rayo.
3. La mordedura de animales o la picadura de insectos y sus consecuencias
4. El envenenamiento
5. El fallecimiento como víctima de Bala Perdida cuando así lo determine una declaración emitida por una autoridad competente
6. Aquellos no provocados por el ASEGURADO, que ocurran en embarcaciones, aviones, autobuses o ferrocarriles de servicio público o de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros por la autoridad gubernamental con jurisdicción sobre el transporte público en el país de su registro, siempre que se presenten durante viajes con itinerarios establecidos y previamente publicados, ya sea en Colombia o en el exterior.

2.2. ACTIVIDAD TERRORISTA NBQR (PLAN DE DEFENSA NUCLEAR, BACTERIOLÓGICO QUÍMICO Y RADIOLÓGICO)

Significa cualquier acto intencionado e ilícito que incluya, implique o esté asociado, total o parcialmente, al uso o la amenaza del uso de o la liberación o la amenaza de liberación de cualquier sustancia, material, instrumento o arma nuclear, biológica, química o radiactiva, con la intención de:

- a) Promover, fomentar o expresar oposición a cualquier causa u objetivo político, ideológico, filosófico, racial, étnico, social o religioso, o
- b) Influenciar, perturbar o interferir en cualquier operación, actividad o política gubernamental, o
- c) Intimidar, coacer o crear temor y miedo en la opinión pública o parte de la misma, o perturbar o interferir en una economía nacional o cualquier segmento de una economía nacional, o incluya,



implique o esté asociado, total o parcialmente, al uso o la amenaza del uso de o la liberación o la amenaza de liberación de cualquier sustancia, material, instrumento o arma nuclear, biológica, química o radiactiva que cualquier instancia gubernamental autorizada haya declarado que sea terrorista o que implique terrorismo, actividades terroristas o actos de terrorismo.

2.3. EXTENSIONES DE COBERTURA

a) Homicidio y Terrorismo

b) La presente póliza se extiende a cubrir los siniestros producidos cuando el asegurado esté viajando en Vehículos de transporte aéreo propiedad del tomador o sus asociados o Afiliados y matrices o en Vehículos aéreos de compañías aéreas de alquiler o de arrendamiento financiero.

CONDICION TERCERA - PERSONAS ASEGURABLES

La edad mínima de ingreso para el amparo de Muerte Accidental es de dieciocho (18) años y la máxima será de sesenta y cinco 64 años más 364 días. El asegurado permanecerá en la póliza hasta los 69 años más 364 días, siempre y cuando haga parte del grupo asegurado.

La Compañía devolverá al Tomador los valores recibidos por concepto de primas cuando se compruebe que por error, por parte del Tomador o de la Compañía, se ha ingresado al Seguro con edad superior a la indicada como máxima.

CONDICION CUARTA - LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

La COMPAÑÍA no será responsable en ningún caso por suma alguna en exceso del límite agregado de responsabilidad estipulado en la carátula de la presente póliza correspondiente a USD 10 MILLONES DE DÓLARES. Si la totalidad de las sumas aseguradas que individualmente hubiere debido pagar la compañía a consecuencia de un solo accidente, excediera del expresado límite agregado de responsabilidad, la compañía pagara a cada asegurado que hubiere sido afectado por tal accidente, la suma que proporcionalmente le corresponda con relación al límite agregado de responsabilidad.

CONDICION QUINTA - RECLAMACIÓN

El TOMADOR, el ASEGURADO o los Beneficiarios según el caso, deberán presentar a LA COMPAÑÍA la reclamación formal acompañada de los documentos indispensables para acreditar la ocurrencia del siniestro y su cuantía.

Sin perjuicio de lo contemplado en el artículo 1077 del Código del Comercio, la Compañía solicitará los siguientes documentos:

- a) En caso de muerte accidental informe de las autoridades de las causas del accidente, copia del acta de levantamiento o necropsia o informe de la autoridad competente.
- b) Registro civil de defunción indicando la causa del fallecimiento.
- c) Documentos de identificación de los beneficiarios.
- d) Si no hubo designación de beneficiarios a título gratuito: registro civil de matrimonio del cónyuge sobreviviente, fotocopia documento de identidad de los hijos, declaración extra juicio firmada por dos testigos que conocieron al fallecido indicando el estado civil, número de hijos matrimoniales y extra matrimoniales.
- e) Los demás que la Compañía considere necesarios para el estudio de la reclamación.



CONDICION SEXTA - TERMINACIÓN DEL SEGURO

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

1. Por mora en el pago de la prima de acuerdo con la condición PAGO DE LA PRIMA.
2. Al vencimiento de la póliza, si ésta no se renueva por decisión expresa de alguna de las partes.
3. Cuando en TOMADOR revoque la póliza por escrito.
4. Cuando al momento de la renovación del seguro, el grupo asegurado sea inferior a 10 personas.
5. Cuando el ASEGURADO deje de pertenecer al grupo asegurado
6. Cuando el ASEGURADO o los Beneficiarios, según el caso, hubieren recibido una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado.

Las demás condiciones de la póliza de Vida Grupo, no modificadas por el presente anexo continúan vigentes.

./.



CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT 860.034.520-2

SEGURO DE VIDA GRUPO

ANEXO No 3.

AMPARO ADICIONAL DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

REGISTRO SUPERFINANCIERA 15-08-2014-1321-NT-P-34-VG DRUMMOND

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, ESTE AMPARO ADICIONAL HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO NO CONTRIBUTIVA ARRIBA CITADA SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALOR ASEGURADO DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES, SUS ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CONDICION PRIMERA – AMPARO

EL PRESENTE ANEXO AMPARA LA LESIÓN CORPORAL CAUSADA POR UN ACCIDENTE OCURRIDO DURANTE LA VIGENCIA DEL SEGURO, QUE TENGA COMO CONSECUENCIA DIRECTA E INDEPENDIENTE DE OTRA CAUSA, LAS PERDIDAS ENUMERADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES, MANIFESTADAS DENTRO DE LOS NOVENTA (90) DÍAS CALENDARIO SIGUIENTES A SU OCURRENCIA.

PARA TODOS LOS EFECTOS DE ESTE ANEXO, SE ENTIENDE POR ACCIDENTE TODO SUCESO IMPREVISTO, EXTERNO, VIOLENTO, VISIBLE, REPENTINO, E INDEPENDIENTE DE LA VOLUNTAD DEL ASEGURADO, QUE PRODUZCA EN LA INTEGRIDAD FÍSICA DEL MISMO CUALQUIERA DE LAS PÉRDIDAS O LESIONES CORPORALES INDICADAS EN ESTE ANEXO Y QUE ESTAS SEAN VERIFICABLES MEDIANTE EXAMEN MÉDICO.

TABLA DE INDEMNIZACIONES:

CLASIFICACION	PORCENTAJE INDEMNIZACION
Perdida de ambas manos y pies	100%
Perdida de una mano y un pie	100%
Pérdida total e irreparable del habla o de audición por ambos oídos	Perdida de la audición bilateral mayor 80%, luego de exámenes médicos, 100% de indemnización
Pérdida total e irreparable de la visión por ambos ojos	Pérdida de visión bilateral mayor 80%, 100% de indemnización
Pérdida total e irreparable de la visión por un ojo junto con la pérdida de una mano o un pie	100%
Perdida de una mano o un pie	100%
Pérdida total e irreparable de la visión por un ojo	60%
Perdida del dedo pulgar de una de las manos siempre que comprenda la totalidad de las dos falanges	30% para la mano dominante y 25% para la otra
Perdida del dedo índice de una de las manos siempre que comprenda la totalidad de las tres falanges	25% para la mano dominante y 20% para la otra
Perdida de uno cualquiera de los restantes dedos de las manos o de los pies, siempre que comprenda la totalidad de las falanges de cada uno.	10%
Manos amputación traumática o quirúrgica a nivel de la muñeca	100%
Pies amputación traumática o quirúrgica a nivel de tarso o tobillo.	100%

PARÁGRAFO

1. TAMBIÉN SE ENTIENDE POR PÉRDIDA LA INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE DEL ÓRGANO O MIEMBRO LESIONADO.
2. LA PÉRDIDA DE MIEMBROS U ÓRGANOS YA IMPOSIBILITADOS O LESIONADOS ANTES DEL ACCIDENTE NO PUEDEN DAR LUGAR A INDEMNIZACIÓN SINO POR LA DIFERENCIA ENTRE EL ESTADO DE INVALIDEZ QUE REPRESENTARA ANTES Y DESPUÉS DEL ACCIDENTE.
3. LA INDEMNIZACIÓN TOTAL QUE CORRESPONDA A VARIAS PÉRDIDAS SUFRIDAS EN UN MISMO ACCIDENTE, SE OBTIENE POR LA SUMA DE LOS PORCENTAJES FIJADOS A CADA UNA DE ELLAS, SIN QUE LA SUMA TOTAL PUEDA EXCEDER EL 100% DEL VALOR ASEGURADO EN ESTE AMPARO. CUANDO VARIAS PÉRDIDAS O LESIONES AFECTAN A UN MISMO MIEMBRO U ÓRGANO, NO SE ACUMULAN ENTRE SÍ, SINO QUE LA INDEMNIZACIÓN SE DETERMINA POR LA MAYOR DE DICHAS PÉRDIDAS O LESIONES.
4. LAS INDEMNIZACIONES PAGADAS POR CONCEPTO DE PÉRDIDAS DE DEDOS SE DEDUCIRÁN DE CUALQUIER PAGO QUE SE HICIERE POR CONCEPTO DE LA PÉRDIDA DE LA MANO O DEL PIE RESPECTIVO.

CONDICIÓN SEGUNDA - EXCLUSIONES

NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO POR ESTA PÓLIZA CUANDO LA MUERTE DEL ASEGURADO SEA GENERADA, DERIVADA, RESULTANTE, CAUSADA U OCASIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE O RELACIONADA CON:

1. LESIONES O MUERTE CAUSADAS ASÍ MISMO POR EL ASEGURADO YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE DEMENCIA, INCLUYE EL SUICIDIO O TENTATIVA DEL MISMO.
2. LOS ACCIDENTES CAUSADOS EN ACTIVIDADES TERRORISTAS NBQR (VER DEFINICIÓN EN NUMERAL 2.2), CON USO DE MATERIAL NUCLEAR, BIOLÓGICO, QUÍMICO Y RADIOACTIVO.
3. FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, SEA EN FORMA DIRECTA O INDIRECTA
4. POR LA PARTICIPACIÓN DIRECTA DEL ASEGURADO EN LA COMISIÓN DE ALGÚN DELITO O CONTRAVENCIÓN TIPIFICADO POR LA LEY PENAL.
5. ACCIDENTES QUE OCURRAN COMO CONSECUENCIA DIRECTA DE ENCONTRARSE EL ASEGURADO BAJO EL INFLUJO DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O DE SUSTANCIAS QUE POR SU PROPIA NATURALEZA PRODUZCAN ALTERACIÓN DEL ESTADO DE PLENA CONCIENCIA, A MENOS QUE EL ASEGURADO NO SE HAYA COLOCADO VOLUNTARIAMENTE EN EL MENCIONADO ESTADO.
6. GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, CONMOCIÓN CIVIL, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE LA LEY MARCIAL.
7. ACCIDENTES QUE OCURRAN COMO RESULTADO O DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, CIRUGÍAS COSMÉTICAS, ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES NO REQUERIDOS POR EL ESTADO DE SALUD. ESTA EXCLUSIÓN NO SE APLICARÁ CUANDO LA CIRUGÍA O EL PROCEDIMIENTO SE PRACTIQUE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE AMPARADO.
8. TRATAMIENTOS DE DESCANSO, CUALQUIER DESORDEN MENTAL O NERVIOSO, TRATAMIENTOS PARA ALCOHOLISMO, DROGADICCIÓN, USO DE NARCÓTICOS O ESTUPEFACIENTES, TRATAMIENTOS DE INFERTILIDAD, IMPOTENCIA, FRIGIDEZ, ESTERILIZACIÓN Y ANTICONCEPTIVOS.



CONDICIÓN TERCERA - EXTENSIONES DE COBERTURA

a) Homicidio y Terrorismo

b) La presente póliza se extiende a cubrir los siniestros producidos cuando el asegurado esté viajando en Vehículos de transporte aéreo propiedad del tomador o sus asociados o Afiliados y matrices o en Vehículos aéreos de compañías aéreas de alquiler o de arrendamiento financiero.

CONDICIÓN TERCERA – DEFINICIÓN DE PÉRDIDA

Conforme se emplea aquí significa:

A) Manos: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación radiocarpiana.

B) Pies: amputación traumática o quirúrgica a nivel de la articulación tibiotarsiana.

C) Ojos: la pérdida total e irreparable de la visión.

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una, sin exceder la suma asegurada individual. Este amparo continuará en vigor para el caso de muerte por accidente hasta el próximo aniversario de la póliza, por la diferencia entre la suma asegurada individual y las indemnizaciones pagadas. En dicho aniversario el amparo individual terminará.

En todos los casos se entiende también por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado en tal forma que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

CONDICIÓN CUARTA - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL.

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para cada ASEGURADO, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla setenta (70) años de edad o cuando se produzca el pago de la reclamación por el amparo Básico de Accidentes Personales.

Cualquier indemnización por este amparo se deduce del que pueda corresponder al amparo del Incapacidad total y Permanente. En consecuencia cuando se reconozca una indemnización por el amparo de Beneficios por Desmembración Accidental al 100% del Valor Asegurado, quedará cancelado el amparo de Incapacidad Total y Permanente y LA COMPAÑÍA estará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este seguro.

CONDICIÓN QUINTA - REVOCACIÓN

Este anexo quedará revocado en los siguientes casos:

a) En cualquier momento, cuando el TOMADOR lo solicite mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA.

b) LA COMPAÑÍA podrá en cualquier tiempo revocar este anexo, mediante aviso escrito al TOMADOR, enviado a su última dirección conocida con no menos de ciento veinte (120) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso LA COMPAÑÍA devolverá la parte proporcional de la prima pagada y no devengada desde la fecha en que opere la revocación hasta la fecha de vencimiento de la póliza.

El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia cualquier pago posterior será reembolsado.

Las demás condiciones de la póliza de Vida Grupo, no modificadas por el presente anexo continúan vigentes.



CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

NIT 860.034.520-2

SEGURO DE VIDA GRUPO

ANEXO No 4

ANTICIPO POR ENFERMEDADES GRAVES

REGISTRO SUPERFINANCIERA 15-08-2014-1321-NT-P-34-VG DRUMMOND

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, ESTE ANEXO HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO ARRIBA CITADA SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALOR ASEGURADO DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES, SUS ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES:

CONDICIÓN PRIMERA. AMPARO

LA COMPAÑÍA PAGARA AL ASEGURADO EL CAPITAL ESTIPULADO PARA EL PRESENTE ANEXO, SI DURANTE LA VIGENCIA DEL AMPARO, UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN, LE DESCUBRE Y DIAGNOSTICA POR PRIMERA VEZ, CON BASE EN PRUEBAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS, HISTOLÓGICAS Y DE LABORATORIO, LA PRESENCIA O PADECIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O AFECCIONES:

- 1. CÁNCER**
- 2. INFARTO AL MIOCARDIO**
- 3. INSUFICIENCIA RENAL**
- 4. ESCLEROSIS MÚLTIPLE**
- 5. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR**
- 6. INTERVENCION QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS**
- 7. QUEMADURAS GRAVES**
- 8. TRASPLANTE DE ORGANOS VITALES**

CONDICION SEGUNDA. EXCLUSIONES

ESTE ANEXO NO CUBRE AL ASEGURADO PÉRDIDA ALGUNA, CUANDO LA ENFERMEDAD O AFECCIÓN QUE SE LE DIAGNOSTICA SEA GENERADA, DERIVADA, RESULTANTE, CAUSADA U OCASIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE O RELACIONADA CON:

- 1. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA - SIDA O LA PRESENCIA DEL VIRUS VIH, ASI COMO DE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE ESTE VIRUS.**
- 2. LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL.**
- 3. OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDÍACA O TRATAMIENTOS POR LÁSER.**
- 4. LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, EL CÁNCER DE SENO, DE MATRIZ, O ALGUNO DE LOS**

SIGUIENTES TIPOS DE CÁNCER: TUMORES QUE PRESENTAN LOS CAMBIOS MALIGNOS DE CARCINOMA IN SITU (INCLUYENDO LA DISPLASIA CERVICAL CIN-1, CIN-2 Y CIN-3), O AQUELLOS DESCRITOS POR HISTOLOGÍA COMO PREMALIGNOS; MELANOMAS DE MENOS DE 1.5 M.M. DE ESPESOR, DETERMINADO POR EXAMEN HISTOLÓGICO, O INVASIÓN MENOR DEL NIVEL DE CLARK 3; TODAS LAS HIPERQUERATOSIS O LOS CARCINOMAS BASOCELULARES DE LA PIEL; TODOS LOS CARCINOMAS DE PIEL, DE CÉLULAS ESCAMOSAS, A MENOS QUE SE TRATE DE DISEMINACIÓN DE OTROS ÓRGANOS; EL SARCOMA DE KAPOSÍ Y OTROS TUMORES RELACIONADOS CON LA INFECCIÓN VIH O SIDA; Y CÁNCERES PROSTÁTICOS QUE HISTOLÓGICAMENTE SON DESCRITOS EN LA CLASIFICACIÓN TNM COMO T1(A) O T1(B) O QUE SON DE OTRA CLASIFICACIÓN EQUIVALENTE O MENOR.

- 5. SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO, O ENFERMEDAD INTENCIONALMENTE CAUSADA A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO, YA SEA EN ESTADO DE CORDURA O DE DEMENCIA.**
- 6. ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O TRATADAS ANTES DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL SEGURO O ANTES DEL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.**
- 7. ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y PADECIMIENTOS CONGÉNITOS, O LAS ENFERMEDADES SUFRIDAS POR RIESGOS NUCLEARES.**
- 8. EN LO QUE A ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES SE REFIERE, CUANDO SEAN ACCIDENTES VASCULARES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS O ACCIDENTES DE LOS QUE EL ASEGURADO PUEDA RECUPERARSE COMPLETAMENTE DENTRO DE LAS SEIS (6) SEMANAS SIGUIENTES AL MISMO.**
- 9. TRASPLANTES QUE SEAN PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN, LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA AORTA.**
- 10. ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.**
- 11. TRASPLANTE DE TEJIDOS O LOS GASTOS RELACIONADOS CON UN EVENTUAL DONANTE DE UN ÓRGANO.**
- 12. CUALQUIER TRATAMIENTO O CIRUGÍA EXPERIMENTAL.**

CONDICIÓN TERCERA. DEFINICIONES.

- 1. Cáncer-** La presencia de uno o más tumores malignos, incluyendo leucemias no linfocíticas crónicas, linfomas y enfermedad de Hodgkin, caracterizados por la destrucción de tejidos normales por el crecimiento incontrolado celular y diseminación a distancia de células malignas o invasión a otros órganos adyacentes. El diagnóstico debe ser respaldado por un médico oncólogo y demostrado por un resultado de anatomía patológica e historia clínica. No incluye lesiones pre malignas, cáncer in situ, o tumor circunscrito dentro del mismo órgano.
- 2. Infarto al miocardio.-** Muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de abastecimiento sanguíneo inadecuado, tratado en un centro hospitalario. El diagnóstico debe haber sido basado en todos los siguientes elementos a) antecedentes de dolores torácicos o precordiales atípicos, b) alteraciones recientes del electrocardiograma confirmatorias y c) aumento de las enzimas cardíacas y de las proteínas contráctiles (Troponina). En caso de que los criterios antes mencionados no fueren suficientes, el infarto deberá demostrarse mediante un examen de diagnóstico de alta especificidad.
- 3. Insuficiencia renal.-** La etapa final de la insuficiencia renal, por fallo funcional, crónico e irreversible de ambos riñones, motivo por el que se inicia diálisis renal sistemática, o se realiza trasplante renal.
- 4. Accidente cerebro vascular-** Es todo déficit o padecimiento cerebro vascular tratado en un hospital, que produzca secuelas neurológicas que duren más de veinticuatro (24) horas. Debe existir una

destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal, así como pruebas de disfunción neurológica permanente. Estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo después de transcurridas seis semanas, como mínimo, del accidente. No habrá pago alguno antes de realizar dichas pruebas. No incluye las Isquemias cerebrales transitorias.

5. **Trasplante de Órganos Vitales:** El realizado como receptor de un trasplante de corazón, de los pulmones, del hígado, del páncreas, de los riñones o de la médula ósea.
6. **Intervención Quirúrgica por Enfermedad de las Arterias Coronarias:** Afecciones de las arterias coronarias tratadas con una operación "By – Pass" ó "Puente Coronario" por recomendación de un especialista y evidenciadas por el resultado de una angiografía, para corregir una estenosis u oclusión en dichas arterias. El resultado de la angiografía junto con el informe médico estará a disposición de la Compañía. La prestación sólo se pagará después de que la operación se haya efectuado.
7. **Intervención Quirúrgica por enfermedad de arterias coronarias con el procedimiento Angioplastia Coronaria:** Afecciones de las arterias coronarias tratadas con Angioplastia Coronaria por recomendación de un especialista y evidenciadas por el resultado de una angiografía, para corregir una estenosis u oclusión en dichas arterias. El resultado de la angiografía junto con el informe médico estará a disposición de la Compañía. La prestación sólo se pagará después de que la operación se haya efectuado.
8. **Intervención Quirúrgica por enfermedad Valvular Cardíaca:** Afecciones de las válvulas cardíacas tratadas con reemplazo valvular por recomendación de un especialista y evidenciadas por el resultado de angiografías o ecocardiogramas entre otros, para corregir estenosis o insuficiencias. La prestación sólo se pagará después de que la operación se haya efectuado.
9. **Intervención Quirúrgica por enfermedad Aórtica:** Consiste en el tratamiento quirúrgico por aneurismas disecantes, al presentarse en la aorta un desgarró de la íntima, a través de la cual la sangre penetra en la pared, desprendiendo la capa media de la adventicia. Debe ser evidenciado por el resultado de aortografías, ecocardiogramas o tomografías. La prestación sólo se pagará después de que la operación se haya efectuado.
10. **Esclerosis Múltiple:** Trastorno lentamente progresivo del sistema nervioso central, caracterizado por placas diseminadas de desmielinización en el cerebro, y la médula espinal, que dan lugar a múltiples y variados síntomas y signos neurológicos, generalmente con remisiones y exacerbaciones.
11. **Quemaduras Graves:** Son lesiones de los tejidos producidos por energía térmica transmitida por radiación, productos químicos o contacto eléctrico, clasificadas como de III grado de profundidad y que comprometen más del 20% del área de superficie corporal.
12. **Enfermedad, lesión o condición preexistente:** Son las que en fecha anterior a la iniciación de la vigencia del amparo para cada asegurado hayan sido diagnosticadas por un médico, o por las cuales se haya consultado o recibido tratamiento médico, servicio o suministro, prescripción de medicamentos o drogas, o aparentes a la vista o las que por sus síntomas o signos no pudieran pasar inadvertidas, también las lesiones o enfermedades de origen congénito, al igual que sus complicaciones, secuelas y recidivas, aunque ellas se manifiesten con posterioridad a la celebración del contrato.

CONDICIÓN CUARTA. PLAZO DE ESPERA

El beneficio contenido en éste anexo se aplica solamente a las enfermedades graves o afecciones cubiertas, tal como están definidas en este anexo cuando sean diagnosticadas por primera vez, habiendo transcurrido por lo menos noventa (90) días calendario excepto para trasplante de órganos que será de ciento veinte (120) días calendario contados desde la fecha de iniciación de la vigencia de este amparo. Este período de espera se aplica para cada Asegurado en el primer año en el cual figure cubierto por el presente anexo.



Para aquellas personas que se vinculen en varias oportunidades con el Tomador, en calidad de empleados, el periodo de carencia deberá cumplirse cada vez que ingrese al seguro, si su periodo de desvinculación ha sido superior a ciento veinte (120) días calendario. Para trasplantes de órganos deberá cumplirse el plazo de espera cada vez que el empleado ingrese a la póliza.

Se elimina el período de carencia para aquellos casos en que por orden judicial el trabajador deba ser reintegrado a Drummond LTD.

CONDICIÓN QUINTA. LÍMITE DE EDADES

La edad mínima de ingreso para el amparo de Muerte Accidental es de dieciocho (18) años y la máxima será de sesenta y cinco 64 años más 364 días. El asegurado permanecerá en la póliza hasta los 69 años más 364 días, siempre y cuando haga parte del grupo asegurado.

La Compañía devolverá al Tomador los valores recibidos por concepto de primas cuando se compruebe que por error, por parte del Tomador o de la Compañía, se ha ingresado al Seguro con edad superior a la indicada como máxima.

CONDICIÓN SEXTA. VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

El valor asegurado de este anexo será el 50% del valor alcanzado en el amparo básico del seguro de vida, con el límite máximo individual de \$100.000.000

La suma que LA COMPAÑÍA pague al Asegurado en virtud de este anexo constituye un avance de la suma asegurada para el amparo básico del seguro de vida y para el anexo de incapacidad total y permanente.

La responsabilidad de LA COMPAÑÍA cesará por todo concepto imputable al presente anexo, cuando el Asegurado reciba la indemnización equivalente al valor asegurado contratado.

CONDICIÓN SEPTIMA - TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

Los beneficios concedidos por el presente anexo, terminarán para cada Asegurado, al vencimiento de la anualidad más próxima a la fecha en que cumpla sesenta y cinco (65) años de edad o cuando se produzca el pago de una reclamación, ya sea por el presente anexo, por el amparo básico de vida o por el anexo de incapacidad total y permanente.

CONDICIÓN OCTAVA - REVOCACIÓN

Este anexo quedará revocado en los siguientes casos:

- A) En cualquier momento, cuando el Tomador lo solicite mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA.
- B) LA COMPAÑÍA podrá en cualquier tiempo revocar este anexo, mediante aviso escrito al Tomador, enviado a su última dirección conocida con no menos de ciento veinte (120) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato.

El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

CONDICIÓN NOVENA - PAGO DEL SINIESTRO.

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización a que está obligada por el presente anexo, dentro del término



legal de un mes, contado a partir de la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro.

LA COMPAÑÍA podrá hacer examinar al Asegurado tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente un reclamo bajo el presente anexo, con el fin de comprobar la exactitud de las pruebas presentadas por el Asegurado.

La mala fe del ASEGURADO o del Beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de un siniestro, causará la pérdida de tal derecho.

CONDICIÓN DÉCIMA - PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

El asegurado deberá presentar a LA COMPAÑÍA debidamente diligenciados, para cada enfermedad, documentos tales como:

- ✓ **CÁNCER:** Resultado de anatomía Patológica e historias clínicas.
- ✓ **INFARTO DEL MIOCARDIO:** Copia de la historia clínica completa. Electrocardiogramas (Lectura y Trazado) durante la hospitalización. Resultado de medición de enzimas cardíacas. Otros exámenes practicados.
- ✓ **CIRUGÍA ARTERIOCORONARIA:** Angiografía coronaria, resultado de la misma, descripción quirúrgica del procedimiento, informe médico e historia clínica.
- ✓ **ANGIOPLASTIA CORONARIA:** Angiografía coronaria, resultado de la misma, descripción quirúrgica del procedimiento, informe médico e historia clínica.
- ✓ **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDAD VALVULAR CARDIACA:** Historia clínica Completa, resultado de las ayudas diagnósticas cardiovasculares pertinentes.
- ✓ **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN LA ARTERIA AORTA:** Historia clínica Completa, resultado de las ayudas diagnósticas cardiovasculares pertinentes.
- ✓ **ACCIDENTE CEREBROVASCULAR:** Certificado del médico especialista y resultado de exámenes practicados, copia de la historia clínica.
- ✓ **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** Certificado del médico especialista y Resultado de exámenes practicados, copia de la historia clínica.
- ✓ **TRANSPLANTE DE ÓRGANOS:** Historia clínica con el nombre quirúrgico, descripción del procedimiento y resultado de exámenes practicados.
- ✓ **ESCLEROSIS MULTIPLE:** Resonancia magnética que permita observar las placas de desmielinización
- ✓ **QUEMADURAS:** Copia de la historia clínica completa.

En todo caso LA COMPAÑÍA se reserva el derecho a solicitar los documentos o pruebas necesarias para plena demostración de la ocurrencia del siniestro entendido de conformidad con las condiciones del presente seguro.

CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA – CONVERTIBILIDAD

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

CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA – DEDUCCIONES

La indemnización por enfermedades graves no es acumulable al amparo básico del seguro de vida ni al anexo de incapacidad total y permanente y, por lo tanto, una vez pagado el valor asegurado por el presente anexo, dicho pago será deducido del que pueda corresponder al ASEGURADO por el



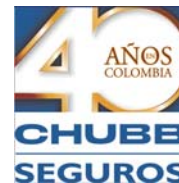
mencionado amparo básico o por el anexo de incapacidad total y permanente.

Si la póliza en la cual se incluye este anexo contiene además el de incapacidad total y permanente y en virtud de él y a consecuencia de un evento amparado en este anexo, LA COMPAÑÍA ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el presente anexo.

CONDICION DÉCIMA TERCERA – IMPROCEDENCIA DEL RESTABLECIMIENTO DE LA SUMA ASEGURADA PARA OTRAS ENFERMEDADES

El ASEGURADO que reciba cualquier pago bajo la cobertura del presente anexo quedará automáticamente excluido de él y no podrá ser reincorporado en el mismo en ninguna de las posteriores renovaciones o anualidades. Ello quiere decir que si el ASEGURADO reclama por alguna de las enfermedades enunciadas en este anexo, agotará la protección, no pudiendo reclamar por ninguna de las demás enfermedades.

Las demás condiciones de la póliza de Vida Grupo, no modificadas por el presente anexo continúan vigentes.



CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT 860.034.520-2

SEGURO DE VIDA GRUPO

ANEXO No. 5

CANASTA FAMILIAR POR FALLECIMIENTO

REGISTRO SUPERFINANCIERA 15-08-2014-1321-NT-P-34-VG DRUMMOND

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el TOMADOR, este amparo adicional hace parte de la póliza de VIDA GRUPO arriba citada siempre y cuando se haya incluido en el cuadro de amparos y valores asegurados de la carátula de la póliza y queda sujeto a sus condiciones generales, sus estipulaciones y exclusiones, lo mismo que a las siguientes condiciones particulares:

CONDICION PRIMERA. AMPARO BASICO Y EXCLUSIONES

1.1 AMPARO

ESTE AMPARO ADICIONAL CUBRE UNA RENTA MENSUAL PARA CANASTA FAMILIAR EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, INCLUYENDO EL SUICIDIO, EL HOMICIDIO Y EL TERRORISMO SIEMPRE Y CUANDO NO SEA CAUSADO POR ARMAS QUÍMICAS, BIOLÓGICAS O NUCLEARES.

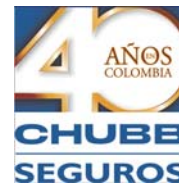
LA COMPAÑÍA PAGARA A LOS BENEFICIARIOS LA RENTA MENSUAL CORRESPONDIENTE AL VALOR DE LA CUOTA DE LA CANASTA FAMILIAR DE \$450.000 CONTRATADA POR EL TOMADOR DURANTE 6 MESES IGUALMENTE INDICADOS EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA, AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO, OCURRIDA DURANTE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO ADICIONAL.

1.2 EXCLUSIONES

- A. FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO DERIVADAS DE UNA ENFERMEDAD CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL. SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.**

CONDICION SEGUNDA - OBJETO DEL AMPARO

El presente amparo adicional tiene por objeto mantener el ingreso equivalente a la canasta familiar, al fallecimiento, pagando una suma destinada a proveer un sustento base al grupo familiar por un período



determinado, indicado en la carátula de la póliza, en anexo o condición particular.

CONDICION TERCERA - REVOCACIÓN

El presente amparo adicional podrá ser revocado por el TOMADOR en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA podrá revocarlo mediante aviso escrito al TOMADOR enviado a su última dirección conocida con no menos de ciento veinte (120) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato.

El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

Las demás condiciones de la póliza de Vida Grupo, no modificadas por el presente anexo continúan vigentes.



CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

NIT 860.034.520-2

SEGURO DE VIDA GRUPO

Anexo No. 6

AUXILIO EXEQUIAL

REGISTRO SUPERFINANCIERA 15-08-2014-1321-NT-P-34-VG DRUMMOND

POR CONVENIO ENTRE LA COMPAÑÍA Y EL TOMADOR, ESTE AMPARO ADICIONAL HACE PARTE DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO ARRIBA CITADA SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA INCLUIDO EN EL CUADRO DE AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y QUEDA SUJETO A SUS CONDICIONES GENERALES, SUS ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES, LO MISMO QUE A LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARTICULARES :

CONDICION PRIMERA - AMPARO Y DEFINICION

CUANDO SE PRESENTE LA MUERTE DE UN ASEGURADO AMPARADO POR LA PRESENTE PÓLIZA Y LA COMPAÑÍA TENGA LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR CONFORME A LA COBERTURA BÁSICA DE ESTE SEGURO, SE PAGARA A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS A TÍTULO GRATUITO POR EL ASEGURADO, EL VALOR DE \$4.000.000, INDICADO EN LA CARATULA DE LA PÓLIZA PARA ESTE AMPARO ADICIONAL POR CONCEPTO DE AUXILIO DE EXEQUIAS.

CONDICION SEGUNDA - EXCLUSIONES

MUERTE DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD CUYO ORIGEN SE ENCUENTRE EN UNA FECHA ANTERIOR A LA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL SEGURO.

SE ENTIENDE POR ENFERMEDAD, LESIÓN O CONDICIÓN PREEXISTENTE, AQUELLAS QUE EN FECHA ANTERIOR A LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL AMPARO PARA CADA ASEGURADO HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS POR UN MÉDICO, O POR LAS CUALES SE HAYA CONSULTADO O RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, SERVICIO O SUMINISTRO, PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS O DROGAS, O APARENTES A LA VISTA O LAS QUE POR SUS SÍNTOMAS O SIGNOS NO PUDIERAN PASAR INADVERTIDAS.

CONDICION TERCERA TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

Los beneficios concedidos por el presente amparo, terminarán para cada ASEGURADO, cuando se retire del grupo o cuando se produzca su muerte o la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente.

CONDICION CUARTA - REVOCACIÓN

La presente póliza y sus amparos adicionales podrán ser revocados por el TOMADOR en cualquier



momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA.

Tratándose de los amparos adicionales, LA COMPAÑÍA podrá revocarlos mediante aviso escrito al TOMADOR enviado a su última dirección conocida con no menos de CIENTO VEINTE (120) días hábiles de antelación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la prima no devengada, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato.

El hecho de que LA COMPAÑÍA reciba suma alguna después de la fecha de revocación, no hará perder los efectos de dicha revocación. En consecuencia, cualquier pago posterior será reembolsado.

./.

Póliza No.	Vigencia
43164849	Desde OCTUBRE 01, 2015 Hasta OCTUBRE 01, 2016

Clausulas Particulares

POLIZA DE VIDA GRUPO NO CONTRIBUTIVA

CONDICIONES PARTICULARES

1. TOMADOR

DRUMMOND LTD, quien será la persona jurídica que traslada los riesgos, para asegurar un número determinado de empleados reportados por él mismo y el responsable del pago de las primas.

2. VIGENCIA

Desde el 01 de Octubre de 2015 a las 00:00 horas hasta las 00:00 horas del 01 de Octubre de 2016.

3. VIGENCIA INDIVIDUAL DEL SEGURO

Con sujeción a lo indicado en la condición de amparo automático, la vigencia individual del seguro para cada trabajador iniciará desde la fecha pactada para el inicio de la relación laboral con la entidad tomadora y estará vigente hasta su desvinculación laboral con Drummond Ltd.

4. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

La máxima edad de ingreso al amparo Básico, canasta familiar por fallecimiento y auxilio exequial se mantendrá hasta la edad de 69 años más 364 días. La permanencia en el mismo es indefinida mientras el asegurado forme parte del grupo asegurado.

Para el anexo de Incapacidad Total y Permanente, la edad de ingreso se mantendrá hasta la edad de 64 años más 364 días con una permanencia hasta los 69 años más 364 días.

Muerte accidental: la edad de ingreso se mantendrá hasta la edad de 64 años más 364 días con una permanencia hasta los 69 años más 364 días.

Beneficios por desmembración: la edad de ingreso se mantendrá hasta la edad de 64 años más 364 días con una permanencia hasta los 69 años más 364 días.

Enfermedades graves: la edad de ingreso se mantendrá hasta la edad de 64 años más 364 días con una permanencia hasta los 69 años más 364 días.

5. GRUPO ASEGURADO

Está conformado por todos los trabajadores al servicio del Tomador que tengan contrato laboral vigente con la entidad tomadora, siempre que a su ingreso a la póliza se encuentren en buen estado de salud de acuerdo con lo indicado en la condición de Amparo Automático.

6. AMPAROS OTORGADOS Y VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

La presente póliza otorga las siguientes coberturas de acuerdo con las definiciones y condiciones previstas en este contrato:

Póliza No.	Vigencia
43164849	Desde OCTUBRE 01, 2015 Hasta OCTUBRE 01, 2016

AMPAROS	VALORES ASEGURADOS
Básico de vida (incluye la muerte por homicidio y suicidio desde el inicio de la vigencia del amparo individual y terrorismo)	24 Sueldos mensuales *
Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o Accidente	24 Sueldos mensuales *
Indemnización Adicional por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración (Incluye lesiones o muertes causadas por arma de fuego y en general homicidio al 100%)	24 Sueldos mensuales *
Enfermedades Graves	50% de la cobertura básica, máximo \$100.000.000
Auxilio Funerario como valor adicional	\$4.000.000
Bono Canasta	\$450.000 mensuales durante 6 meses para un total de \$2.700.000.

* Sueldo mensual se define como la asignación salarial mensual básica sin incluir horas extras, bonificaciones, vacaciones, primas legales y extralegales entre otros.

El valor de la indemnización por ITP se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de dictamen de la correspondiente incapacidad total y permanente.

MAXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

\$2.400.000.000 Para el amparo básico de Vida

\$2.400.000.000 Para el amparo ITP

\$2.400.000.000 Para el amparo de indemnización por muerte accidental

La sumatoria de valor asegurado en caso de Muerte Accidental corresponde a \$4.800.000.000 como máximo valor individual.

Se debe dar cumplimiento a los requisitos de Asegurabilidad.

7. COSTO ANUAL DEL SEGURO

Tasa anual por mil: 9.00% aplicado sobre el valor asegurado correspondiente a la cobertura de Muerte por Cualquier Causa de la póliza.

8. DESCUENTO DE PRIMAS POR BUENA EXPERIENCIA:

CHUBB DE COLOMBIA, concederá a la entidad a **DRUMMOND LTD** por cada periodo anual un descuento de primas por buena experiencia del 30%, sobre el 60% de las primas netas devengadas menos los siniestros incurridos (Pagados y Avisados) en dicho periodo, así:

$DBE = 30\%(60\% \text{ Primas Netas Recaudadas} - \text{Siniestros Incurridos})$

La liquidación se efectuará 60 días posteriores a la finalización de la vigencia de la póliza. El pago estará sujeto a la renovación de la póliza y al suministro por parte del TOMADOR de carta de no conocimiento de reclamos no avisados a Chubb de Colombia, así como del compromiso de éste en recalcular el descuento de primas por buena experiencia y reintegrar a la aseguradora en dado caso, si posterior al pago de la participación de utilidades se llegan a conocer siniestros que se hubieran presentado en la vigencia de la póliza.

9. DESCUENTO FINANCIERO



Chubb Seguros Colombia S.A
NIT. 860026518-6
VIDA GRUPO
REGISTRO SUPERFINANCIERA 25-10-2013-
1321-NT-P-34-VG NO DEUDORES

Póliza No.	Vigencia
43164849	Desde OCTUBRE 01, 2015 Hasta OCTUBRE 01, 2016

Se otorgara el 2% de descuento sobre la renovación, siempre y cuando la prima se pague inmediatamente recibida de la póliza.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

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

NOMBRE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

Razón social: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.
Nit: 860.026.518-6
Domicilio principal: Bogotá D.C.

MATRÍCULA

Matrícula No. 00007164
Fecha de matrícula: 21 de marzo de 1972
Último año renovado: 2021
Fecha de renovación: 26 de marzo de 2021
Grupo NIIF: Grupo I. NIIF Plenas

UBICACIÓN

Dirección del domicilio principal: Cr 7 # 71 - 21 To B P 7
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico: notificacioneslegales.co@chubb.com
Teléfono comercial 1: 3266200
Teléfono comercial 2: No reportó.
Teléfono comercial 3: No reportó.

Dirección para notificación judicial: Cr 7 # 71 - 21 To B P 7
Municipio: Bogotá D.C.
Correo electrónico de notificación:
notificacioneslegales.co@chubb.com
Teléfono para notificación 1: 3266200
Teléfono para notificación 2: No reportó.
Teléfono para notificación 3: No reportó.

La persona jurídica SI autorizó para recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Procesos y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24**

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

REFORMAS ESPECIALES

Por Escritura Pública No. 0809 Notaría 10 de Bogotá del 11 de marzo de 1.988 inscrita el 14 de marzo de 1.988 bajo el No.231117 del libro IX, la sociedad cambió el nombre de: "SEGUROS COLINA S.A. Por el de: CIGNA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Por Escritura Pública No. 000809 de Notaría 10 de Bogotá, D.C. del 11 de marzo de 1988, inscrita el 17 de marzo de 1988 bajo el No. 00217391 del libro IX, la sociedad cambió el nombre por: CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A.

Por E.P. No. 1071 de la Notaría 10 de Bogotá del 4 de abril de 1988, inscrita el 15 de abril de 1988 bajo el No. 233521 del libro IX, la sociedad se fusiono, absorbiendo a la compañía la CONTINENTAL COMPAÑÍA DE SEGUROS GENERALES S.A.

Por Escritura Pública No. 003583 de Notaría 18 de Santa Fe de Bogotá, D.C. Del 07 de septiembre de 1999, inscrita el 14 de septiembre de 1999 bajo el No. 00696123 del libro IX, la sociedad cambió el nombre de: CIGNA SEGUROS DE COLOMBIA S.A., por el de: ACE SEGUROS S.A.

Por Escritura Pública No. 1498 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 25 de octubre de 2016, inscrita el 1 de noviembre de 2016 bajo el Número 02154138 del libro IX, la sociedad de la referencia (absorbente) absorbe mediante fusión a la sociedad CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. La cual se disuelve sin liquidarse, transfiriendo en bloque la totalidad de sus activos y pasivos.

Por Escritura Pública No. 1482 de la Notaría 28 de Bogotá D.C. Del 21 de octubre de 2016, inscrita el 1 de noviembre de 2016 bajo el Número 02154169 del libro IX, la sociedad de la referencia cambio su nombre de: ACE SEGUROS S.A., por el de: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24**

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

ÓRDENES DE AUTORIDAD COMPETENTE

Mediante Oficio No. 2436 del 20 de agosto de 2019, inscrito el 30 de Agosto de 2019 bajo el No. 00179553 del libro VIII, el Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Bucaramanga, comunicó que en el Proceso Verbal (Responsabilidad Civil Extracontractual) No. 680013103004201900196-00 de Aminta Gaona de Prada, Eliecer Gaona Martínez y Eduardo Gaona Martínez, contra: AUTOPISTAS DE SANTANDER S.A. y CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. se decretó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia.

Mediante Oficio No. 0499 del 06 de marzo de 2020, el Juzgado 4 Civil del Circuito de Montería (Córdoba), ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso demanda verbal de responsabilidad civil extracontractual No. 23-001-31-03-004-2020-00035-00 de: David Jose Morinson Negrete CC. 1.067.881.227, Contra: Jaime Andrés Uribe Ballena CC. 1.065.889.878, BANCO BBVA COLOMBIA SA, el cual fue inscrita en esta Cámara de Comercio el 5 de Agosto de 2020 bajo el No. 00184902 del libro VIII.

Mediante Oficio No. 02693 del 06 de julio de 2021, el Juzgado Cuarenta y Ocho Civil de Circuito, inscrito el 12 de agosto de 2021 con el No. 00191100 del libro VIII, ordenó la inscripción de la demanda en la sociedad de la referencia dentro del proceso responsabilidad civil extracontractual No. 48-2021-00286 de Yesica Hernández Mora C.C. 1.085.180.175 en nombre propio y en representación de sus hijos menores Jeisson David y Matías Andrés Hernández Hernández; Claudia Fajardo Piza C.C. 52.330.662, Efraín Hernández Hernández C.C. 80.512.876, Anyi Carina Hernández Fajardo C.C. 1.014.251.434, Marian Hasleidy Hernández Fajardo C.C. 1.127.586.044, María Pissa Ibagué C.C. 23.780.367 y Honorio Fajardo Merchán C.C. 1.090.389., Contra: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A., LEASING BANCOLOMBIA S.A., ADISPETROL S.A. Y José Gilberto Bejarano Urrea C.C. 4.150.435.

TÉRMINO DE DURACIÓN

La persona jurídica no se encuentra disuelta y su duración es hasta el 8 de octubre de 2069.

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24**

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

OBJETO SOCIAL

La sociedad tendrá por Objeto Principal la realización de operaciones de seguro, bajo las modalidades y ramos facultados expresamente por la superintendencia bancaria y aquellas previstas en la ley con carácter especial. Así mismo, podrá efectuar operaciones de reaseguro en los términos que establezcan las disposiciones legales sobre el particular, o las de cualquier otro país donde establezca sucursales o agencias. En desarrollo de su Objeto Principal, la sociedad podrá ejecutar toda clase de negocios afines al de seguro que la ley colombiana autorice a las compañías de seguros generales o comerciales, sea que estos negocios se desarrollen en el país o en el exterior y hacer las inversiones en bienes raíces o muebles legalmente permitidas, pudiendo participar en otras sociedades de cualquier tipo y cualquiera que sea su objeto, ya sean constituidas o en el acto de su constitución. Además, la sociedad podrá dar y recibir créditos, recibiendo u otorgando garantías reales y personajes, adquirir y enajenar a cualquier título toda clase de bienes muebles e inmuebles, gravarlos a cualquier título y cambiarles su forma, celebrar el contrato comercial de cambio en todas sus manifestaciones y, en consecuencia, aceptar, girar, descontar, adquirir, endosar, garantizar, protestar, dar en garantía toda clase de títulos valores, así como para realizar operaciones de libranza, y en general, ejecutar o celebrar toda clase de actos lícitos que tiendan directamente a la realización de su Objeto Social principal y las que tengan como finalidad ejercer los derechos o cumplir las obligaciones legal o convencionalmente derivadas de la existencia y actividad de la sociedad.

CAPITAL**** CAPITAL AUTORIZADO ****

Valor : \$66,006,502,303.00
No. de Acciones : 1,449,809,040.00
Valor Nominal : \$45.5277215701456

**** CAPITAL SUSCRITO ****

Valor : \$66,006,502,303.00
No. de Acciones : 1,449,809,040.00
Valor Nominal : \$45.5277215701456

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24**

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

**** CAPITAL PAGADO ****

Valor : \$66,006,502,303.00
No. de Acciones : 1,449,809,040.00
Valor Nominal : \$45.5277215701456

NOMBRAMIENTOS**ÓRGANO DE ADMINISTRACIÓN****JUNTA DIRECTIVA**

Por Acta No. 94 del 31 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de agosto de 2021 con el No. 02733175 del Libro IX, se designó a:

PRINCIPALES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Manuel Francisco Obregon Trillos	C.C. No. 000000079151183
Segundo Renglon	Oscar Luis Afanador Garzon	C.C. No. 000000019490945
Tercer Renglon	Xavier Antonio Pazmino Cabrera	P.P. No. 000000908889264
Cuarto Renglon	Fabricio Sevilla Muñoz	P.P. No. 000001707261366
Quinto Renglon	Vivianne Sarniguet Kuzmanic	P.P. No. 000000P08841264

SUPLENTES

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Primer Renglon	Ivonne Vasconsellos Orozco	C.C. No. 000000049786217
Segundo Renglon	Gloria Stella Garcia	C.C. No. 000000039782465

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24**

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

Moncada

Tercer Renglon	Roberto Salcedo	P.P. No. 000000488390096
Cuarto Renglon	Pablo Korze Hinojosa	P.P. No. 000000P12531144
Quinto Renglon	Jaime Chaves Lopez	C.C. No. 000000079693817

REVISORES FISCALES

Por Acta No. 94 del 31 de marzo de 2021, de Asamblea de Accionistas, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de agosto de 2021 con el No. 02733176 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Persona Juridica	PWC CONTADORES AUDITORES SAS	Y N.I.T. No. 000009009430484

Por Documento Privado No. 220844 del 12 de octubre de 2018, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 10 de diciembre de 2018 con el No. 02402761 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Principal	Claudia Yamile Ruiz Gerena	C.C. No. 000000052822818 T.P. No. 129913-T

Por Documento Privado del 26 de abril de 2021, de Revisor Fiscal, inscrita en esta Cámara de Comercio el 11 de agosto de 2021 con el No. 02733177 del Libro IX, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
Revisor Fiscal Suplente	Soraya Milay Parra Ricaurte	C.C. No. 000001016020333 T.P. No. 207157-T

PODERES

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24**

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

Por Escritura Pública No. 1442 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 3 de noviembre de 2015, inscrita el 2 de diciembre de 2015 bajo el No. 00032689 del libro V, compareció Oscar Javier Ruiz Mateus identificado con cédula de ciudadanía No. 79.341.937 de Bogotá D.C., en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general amplio y suficiente al doctor Jaime Rodrigo Camacho Melo, Varón colombiano, mayor de edad, domiciliado y residente en Bogotá D.C., identificado con Cédula Ciudadanía No. 79.650.508 expedida en Bogotá y con la tarjeta profesional de abogado número 75.792 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura para que Represente Legal, jurídicamente y judicialmente a ACE SEGUROS S.A., en todos los asuntos de carácter administrativo, judicial, extrajudicial y arbitral, que conciernan a ACE SEGUROS S.A., y para que lleve a cabo los siguientes actos, en cualquier orden y sin consideración a su cuantía y calidad. 1. Representación: para que represente a ACE SEGUROS S.A., ante cualquier persona natural o jurídica, de derecho público o privado, de carácter nacional o internacional y ante cualquiera juzgado, despacho judicial, cuerpo colegiado o tribunal, asamblea, junta, reunión, sociedad, consorcio, corporación, entidad, patrimonio autónomo, establecimiento, oficina, dirección, sección, que pertenezcan o no, o que estén vinculados o adscritos al estado o a la nación, a los departamentos, distritos, municipios, ministerios, departamentos administrativos, empresas industriales y comerciales del estado, establecimientos públicos, sociedad de economía mixta, Notarías y en general a toda la Rama Ejecutiva o Administrativa, Judicial o Jurisdiccional y Legislativa del Poder Público del Estado, en cualquier acto, petición, actuación, diligencia, trámite o proceso en cualquier calidad. El apoderado podrá en representación de ACE SEGUROS S.A., absolver interrogatorios de parte, declarar y confesar. 2. Tribunal de arbitramento: Para que someta a la decisión de árbitros conforme a la ley y normas relacionadas, las controversias susceptibles de transacción relativas a los derechos y obligaciones de ACE SEGUROS S.A. y para que represente a la mencionada aseguradora donde sea necesario en el trámite de procesos arbitrales. 3. Apoderado judicial: Para que represente a ACE SEGUROS S.A. ante cualquier autoridad jurisdiccional o judicial en toda clase de procesos, juicios, trámites, diligencias, como demandante, demandado, llamado en garantía u otra calidad, sean civiles, comerciales, laborales, contenciosas administrativas, arbitrales y demás jurisdicciones que existan actualmente o puedan existir, teniendo las facultades que le confiere la ley y este mandato en general, más las

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24**

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

de notificarse personalmente de toda providencia, contestar demandas y llamamientos en garantía, presentar e interponer recursos, promover incidentes, recibir, transigir, novar, conciliar, desistir y renunciar, sustituir total o parcialmente y reasumir, y las demás que sean necesarias para que nunca quede sin representación ACE SEGUROS S.A., judicial o extrajudicialmente ante autoridades judiciales, arbitrales o administrativas. 4. Conciliar y transigir: Para que concilie total o (SIC) procesal, judicial o extrajudicialmente, cualquier tipo de (SIC) negocios, ante juez, magistrado, arbitro, notario o conciliador (SIC) general que esté adscrito o haga parte o no de cualquier (SIC) entidad, fundación, asociación, consultorio jurídico, centro (sic) conciliación, centro de arbitraje, etc.; para que transija, (SIC) arregle negocios, pleitos, procesos o trámites y diferencias (SIC) ocurran respecto de los actos y contratos, derechos y obligaciones de ACE SEGUROS S.A. El apoderado en el evento de conciliación podrá presentar al conciliador, o a quien haga sus veces, todas las pruebas, documentos y excusas necesarios o a que haya lugar para que se pueda celebrar la respectiva audiencia. 5. Sustitución y revocación: Para que sustituya y reasuma total o parcialmente el presente poder y revoque sustituciones. 6. General: En general para que asuma la personería de ACE SEGUROS S.A., cuando lo estime conveniente y necesario, de tal modo que en ningún caso quede sin representación en sus negocios. Segundo: revocabilidad: ACE SEGUROS S.A., se reserva expresamente la facultad de revocar total o parcialmente el presente mandato, en cualquier momento y por cualquier razón. Para ello bastará que ACE SEGUROS S.A. Eleve a escritura pública la revocación y solicitud al señor notario para que este ordene, a quien corresponda, hacer la respectiva nota de revocación o cancelación sobre el texto de la presente escritura pública que contiene al presente poder general. Tercero: Vigencia: El presente poder tendrá vigencia indefinida a partir de la fecha de otorgamiento de la presente escritura pública.

Por Escritura Pública No. 1599 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 24 de noviembre de 2016, inscrita el 6 de diciembre de 2016 bajo los No. 00036435 y 00036439 del libro V, compareció Jaime Chaves Lopez, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 79.693.817 expedida en Bogotá D.C., en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente escritura pública, confiere poder general, amplio y suficiente, a favor de Carlos Humberto Carvajal Pabon, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 19.354.035 y tarjeta profesional Número 33041 del Consejo Superior de la Judicatura y a Gustavo Alberto Herrera Avila, identificado con Cédula

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24**

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

de Ciudadanía Número 19.395.114 y con tarjeta profesional número 39116 del Consejo Superior de la Judicatura (los apoderados), para que en nombre y representación de la sociedad, realice los siguientes actos: Comparecer en juicio y representar a la sociedad en toda clase de asuntos judiciales, extrajudiciales y administrativos, teniendo todas aquellas funciones y facultades para ejercer dicha representación. Los apoderados en desarrollo de la Representación Legal de la sociedad para asuntos de índole judicial o administrativa, tendrán la facultad de imponerse de toda clase de notificaciones legales, confesar, interponer y sustentar recursos, contestar demandas, demandar y contra demandar, pedir y allegar pruebas, intervenir en todas las etapas, instancias e incidentes de los procesos o actuaciones judiciales o administrativas, rendir informes, absolver interrogatorios en diligencia de confesión judicial y extrajudicial, desistir, conciliar, transigir, recibir, conferir poderes y revocarlos y en general para que asuma la personería y representación de la sociedad CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A. En todos aquellos asuntos judiciales o administrativos que estime necesario y conveniente a los intereses de esta sociedad, de manera tan amplia que está ningún caso quede sin representación en dicha clase de asuntos.

Por Escritura Pública No. 1060 de la Notaría 28 de Bogotá, del 02 de octubre de 2018, inscrito el 12 de octubre de 2018 bajo el número 00040208 del libro V, Manuel Francisco Obregón Trillos identificado con cédula de ciudadanía No. 79.151.183 de Bogotá en su calidad de Representante Legal de la sociedad de la referencia, por medio del presente instrumento confiere poder especial, amplio y suficiente a favor de Olivia Stella Viveros Arcila identificada con Cédula de Ciudadanía No. 29.434.260 y/o María Del Mar García de Brigard, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52.882.565 y/o Gloria Stella García Moncada, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 39.782.465 y/o Ivonne Orozco Vasconsellos identificada con Cédula de Ciudadanía No. 49.786.217 y/o Carolina Isabel Rodríguez Acevedo, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52.417.444 y/o Daniel Guillermo García Escobar identificado con Cédula de Ciudadanía No. 16.741.658 (los apoderados) para que actúen individual o conjuntamente en nombre y representación de la sociedad para I) Firmar pólizas de seguros en nombre de la sociedad. II) Firmar certificaciones derivadas de las pólizas de seguros para los ramos autorizados. Los apoderados estarán facultados para negociar, suscribir, actualizar certificaciones derivadas de las mismas. III)

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24**

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

Los apoderados tienen la capacidad para sustituir y reasumir este poder.

Por Escritura Pública No. 1585 de la Notaría 28 de Bogotá D.C., del 22 de noviembre de 2016, inscrita el 29 de noviembre de 2016 bajo los No. 00036239, 00036240, 00036241, 00036242, 00036243 y 00036244 del libro V, compareció Maria Del Mar Garcia de Brigard identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52.882.565 de Bogotá D.C., en su calidad de representante legal, por medio de la presente escritura pública, confiere poder especial amplio y suficiente a Oscar Luis Afanador Garzon identificado con cédula de ciudadanía No. 19.490.945; y/o a Maria Patricia Aragon Vélez, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 43.510.821; (los apoderados), para que actúen individual o conjuntamente en nombre y representación de la sociedad para: I) Firmar pólizas de seguros en nombre de la sociedad. II) Firmar certificaciones derivadas de las pólizas de seguros para los ramos autorizados. Los apoderados estarán facultados para negociar, suscribir, actualizar y cancelar las pólizas de seguros, junto con el otorgamiento de las certificaciones derivadas de las mismas. II) Los apoderados tienen la capacidad para sustituir y reasumir este poder.

Por Escritura Pública Número 151 de la Notaría 28 de Bogotá D.C, del 19 de febrero de 2019, inscrita el 4 de marzo de 2019 bajo el número 00041007 del libro V, compareció Manuel Francisco Obregón Trillos identificado con Cédula de Ciudadanía Número. 79.151.183 en su calidad de Representante legal de la sociedad de la referencia, por medio de la presente Escritura Pública, confiere poder especial amplio y suficiente a favor de Lorena Gutiérrez Flores, identificada con Pasaporte Número g23204652 (la "apoderada"), para que actúen individual o conjuntamente en nombre y representación de la sociedad para: I) Firmar pólizas de seguros en nombre de la sociedad. II) Firmar certificaciones derivadas de las pólizas de seguros para los ramos autorizados. La apoderada estará facultada para negociar, suscribir, actualizar y cancelar las pólizas de seguros, junto con el otorgamiento de las certificaciones derivadas de las mismas. III) La apoderada tiene la capacidad para sustituir y reasumir este poder.

REFORMAS DE ESTATUTOS

REFORMAS:

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24**

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARIA	INSCRIPCION
2.844	26-V- 1.992	18 STAFE BTA	27-V- 1.992 NO.366.564
2.142	16- V-1.995	18 STAFE BTA	24- V-1.995 NO.493.932
2.847	19-VI-1.996	18 STAFE BTA.	24-VI-1.996 NO.542.979

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E. P. No. 0001797 del 19 de mayo de 1999 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00682571 del 1 de junio de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0003583 del 7 de septiembre de 1999 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00696123 del 14 de septiembre de 1999 del Libro IX
E. P. No. 0008226 del 27 de junio de 2000 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00735121 del 29 de junio de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0005349 del 6 de octubre de 2000 de la Notaría 18 de Bogotá D.C.	00749625 del 20 de octubre de 2000 del Libro IX
E. P. No. 0001104 del 21 de agosto de 2001 de la Notaría 16 de Bogotá D.C.	00791851 del 30 de agosto de 2001 del Libro IX
E. P. No. 0003874 del 3 de mayo de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00827149 del 16 de mayo de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0010754 del 9 de octubre de 2002 de la Notaría 29 de Bogotá D.C.	00850293 del 25 de octubre de 2002 del Libro IX
E. P. No. 0001182 del 3 de mayo de 2006 de la Notaría 11 de Bogotá D.C.	01054022 del 9 de mayo de 2006 del Libro IX
E. P. No. 1010 del 22 de abril de 2009 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	01293353 del 29 de abril de 2009 del Libro IX
E. P. No. 122 del 22 de enero de 2010 de la Notaría 16 de Bogotá D.C.	01356112 del 25 de enero de 2010 del Libro IX
E. P. No. 660 del 12 de marzo de 2010 de la Notaría 16 de Bogotá D.C.	01368649 del 15 de marzo de 2010 del Libro IX

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24**

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

E. P. No. 642 del 15 de abril de 2014 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	01828907 del 24 de abril de 2014 del Libro IX
E. P. No. 1034 del 18 de junio de 2014 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	01849532 del 7 de julio de 2014 del Libro IX
E. P. No. 001634 del 22 de diciembre de 2015 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02052237 del 13 de enero de 2016 del Libro IX
E. P. No. 1482 del 21 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02154169 del 1 de noviembre de 2016 del Libro IX
E. P. No. 1498 del 25 de octubre de 2016 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02154138 del 1 de noviembre de 2016 del Libro IX
E. P. No. 2024 del 20 de diciembre de 2019 de la Notaría 28 de Bogotá D.C.	02537294 del 27 de diciembre de 2019 del Libro IX

Estatutos

ESCRITURAS NO.	FECHA	NOTARÍA	INSCRIPCIÓN
5100	8- X-1.969	3 Bogotá	10-IX-1.969 No. 26745
1497	16-VIII-1974	11 Bogotá	16-IX-1.974 No. 20935
3933	19-XI -1.976	10 Bogotá	7-XII-1.976 No. 41326
964	9-III-1.982	7 Bogotá	4-VI -1.982 No.116768
4131	1-XII-1.987	10 Bogotá	28-XII-1.987 No.225595
809	11-III-1.988	10 Bogotá	14-III-1.988 No.231117
1067	8-VII-1.988	28 Bogotá	15-VII-1.988 No.240759
2007	7-XII-1.988	28 Bogotá	13-XII-1.988 No.252457
5128	10- XI-1.989	18 Bogotá	21- XI-1.989 No.280317
1740	20-IV- 1.990	18 Bogotá	8-IV- 1.990 No.293613
2010	7- V- 1.990	18 Bogotá	8-IV- 1.990 No.293613
3779	19- VI-1.991	18 Bogotá	27-VI -1.991 No.330796
2844	26- V -1.992	18 STAFE BTA	27-V -1.992 No.366564

SITUACIÓN DE CONTROL Y/O GRUPO EMPRESARIAL

Por Documento Privado del 2 de diciembre de 2008 de Representante Legal, inscrito el 3 de febrero de 2009 bajo el número 01272228 del libro IX, comunicó la sociedad matriz:

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24**

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

- CHUBB LIMITED

Domicilio: (Fuera Del País)

Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio

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

Por Documento Privado del 11 de febrero de 2016 de Representante Legal, inscrito el 4 de abril de 2016 bajo el número 02089552 del libro IX, comunicó la sociedad matriz:

- CHUBB LIMITED

Domicilio: (Fuera Del País)

Presupuesto: Numeral 1 Artículo 261 del Código de Comercio

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

Fecha de configuración de la situación de grupo empresarial :
2016-01-14

Se aclara la situación de control inscrita el 3 de febrero de 2009 bajo el número 01272228 del libro IX, informando que la sociedad matriz CHUBB LIMITED (matriz) ejerce situación de control indirectamente a través de ACE INA INTERNATIONAL HOLDINGS LTD y otras filiales y/o empresas del grupo ACE sobre la sociedad de la referencia (subordinada).

*****Aclaración Grupo Empresarial*****

Se aclara que por Documento Privado Sin núm. de Representante Legal del 11 de febrero de 2016, inscrito el 4 de abril de 2016, bajo el número 02089552 del libro IX, en el sentido de indicar que se configura grupo empresarial entre la sociedad matriz CHUBB LIMITED y las subordinadas: CHUBB DE COLOMBIA COMPAÑIA DE SEGUROS S A y ACE SEGUROS SA.

*****Aclaración De Situación de Control Y Grupo Empresarial*****

Por Documento Privado Sin núm. de Representante Legal del 7 de diciembre de 2016, inscrito el 12 de diciembre de 2016, bajo el número 02164764 del libro IX, se modifica la situación de control inscrita bajo el Registro 01272228 y grupo empresarial inscrito bajo el registro 02089552 del libro IX, en el sentido de indicar que la sociedad matriz CHUBB LIMITED ejerce situación de control y grupo empresarial de manera indirecta sobre la sociedad de la referencia a través de las sociedades: CHUBB GROUP HOLDINGS INC., CHUBB INA HOLDINGS INC., FEDERAL INSURANCE COMPANY, GREAT NORTHERN INSURANCE COMPANY, VIGILANT INSURANCE COMPANY, PACIFIC INDEMNITY COMPANY, INA

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

CORPORATION, CHUBB INA INTERNATIONAL HOLDINGS LTD., AFIA FINANCE CORPORATION, INA FINANCIAL CORPORATION, BRANDYWINE HOLDINGS CORPORATION, INA HOLDINGS CORPORATION, INSURANCE COMPANY OF NORTH AMÉRICA, CENTURY INDEMNITY COMPANY, CENTURY INTERNATIONAL REINSURANCE COMPANY LTD.

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

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

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

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

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS - CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6511

ESTABLECIMIENTO(S) DE COMERCIO

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

Nombre:	CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A..
Matrícula No.:	03212432
Fecha de matrícula:	31 de enero de 2020
Último año renovado:	2021

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS

Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

Categoría: Agencia
Dirección: Cl 72 # 10 51
Municipio: Bogotá D.C.

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

LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO, AGENCIAS Y SUCURSALES, QUE LA PERSONA JURÍDICA TIENE MATRICULADOS EN OTRAS CÁMARAS DE COMERCIO DEL PAÍS, PODRÁ CONSULTARLA EN WWW.RUES.ORG.CO.

TAMAÑO EMPRESARIAL

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

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

Ingresos por actividad ordinaria \$ 1.846.566.147.932

Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : 6511

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Que, los datos del empresario y/o el establecimiento de comercio han sido puestos a disposición de la Policía Nacional a través de la consulta a la base de datos del RUES.

Los siguientes datos sobre RIT y Planeación son informativos: Contribuyente inscrito en el registro RIT de la Dirección de Impuestos, fecha de inscripción : 28 de marzo de 2017. Fecha de envío de información a Planeación : 12 de agosto de 2021. \n \n Señor empresario, si su empresa tiene activos inferiores a 30.000 SMLMV y una planta de personal de menos de 200 trabajadores, usted tiene

CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS**Fecha Expedición: 16 de octubre de 2021 Hora: 11:56:24**

Recibo No. AB21480021

Valor: \$ 6,200

CÓDIGO DE VERIFICACIÓN B2148002158468

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

derecho a recibir un descuento en el pago de los parafiscales de 75% en el primer año de constitución de su empresa, de 50% en el segundo año y de 25% en el tercer año. Ley 590 de 2000 y Decreto 525 de 2009. Recuerde ingresar a www.supersociedades.gov.co para verificar si su empresa está obligada a remitir estados financieros. Evite sanciones.

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

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

Este certificado fue generado electrónicamente con firma digital y cuenta con plena validez jurídica conforme a la Ley 527 de 1999.

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





GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS <notificaciones@gha.com.co>

DERECHO DE PETICIÓN//NELSON REALES VS CHUBB SEGUROS//DHBA

GHA NOTIFICACIONES ABOGADOS <notificaciones@gha.com.co>

11 de enero de 2022, 14:10

Para: "NOTIFICACIONESJUD@SALUDTOTAL.COM.CO" <notificacionesjud@saludtotal.com.co>, lina marcela rodriguez <donym@saludtotal.com.co>

Cc: H & A Santiago Rojas Buitrago <srojas@gha.com.co>, GHA Daniel Hernando Barrera Arbeláez <dbarrera@gha.com.co>

Señores.

SALUD TOTAL EPS

E. S. D.

REF: VERBAL DE MAYOR CUANTÍA
JUZGADO: JUZGADO DOCE (12) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
RADICACIÓN: 11001-31-03-012-2019-00824-00
DEMANDANTE: NELSON REALES ÁLVAREZ.
DEMANDADO: CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.

REFERENCIA:**DERECHO DE PETICIÓN**

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado de **CHUBB SEGUROS COLOMBIA S.A.**, tal como se encuentra en el certificado de existencia y representación legal que reposa en el expediente; sociedad legalmente constituida y vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar el derecho de petición adjunto con fundamento en los hechos en el mismo esgrimidos.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá

T.P. 39.116 del C.S. de la Jra.

**Derecho de petición Salud Total EPS.pdf**

164K