

Señores.

JUZGADO VEINTE (20) CIVIL MUNICIPAL DE EJECUCIÓN DE SENTENCIAS DE BOGOTÁ

E. S. D.

REFERENCIA: CONTESTACIÓN A LA ACCIÓN DE TUTELA
ACCIONANTE: YAIR LEANDRO RODRÍGUEZ GIRALDO
ACCIONADOS: BANCO GNB SUDAMERIS S.A.
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD
COOPERATIVA.
RADICADO: 2024-00118

ASUNTO: CONTESTACIÓN ACCIÓN DE TUTELA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, con domicilio y residencia en la ciudad de Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio, titular de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, en mi condición de apoderado especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, identificada con NIT 860.524.654-6, representada legalmente por la Doctora María Yasmyth Hernández Montoya, sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, conforme se acredita con el poder y certificado de existencia y representación legal que obran en el expediente. Comedidamente procedo, dentro del término legal, a **CONTESTAR LA ACCIÓN DE TUTELA** formulada por el señor Yair Leandro Rodríguez Giraldo en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones del Accionante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

I. CONSIDERACIÓN PRELIMINAR

De manera previa a la exposición detallada de los motivos por los cuales el H. Juez debe negar el amparo de tutela, es importante tener en cuenta que se está frente a la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en los términos del artículo 1081 del C.Co. Adicionalmente, es fundamental que tenga en cuenta que no sería procedente ningún tipo de reconocimiento constitucional al no cumplirse con los requisitos de inmediatez¹ ni subsidiariedad² propios y necesarios para la procedencia de la Acción Constitucional que aquí se impetra.

¹ La Corte Constitucional en Sentencia T-461 de 2019 señaló como término razonable para la petición del amparo vía constitucional un periodo de seis meses desde la afectación del derecho fundamental y la radicación de la acción de tutela. Sin embargo, en el presente caso, el término en mención no se cumple en virtud de que la presunta vulneración acaeció por la presentación de la objeción de la Compañía de Seguros, lo cual ocurrió en el mes de noviembre de 2021. Es decir, que la gestora esperó más de un año y dos meses para la radicación de la acción, incumpliendo el presupuesto de inmediatez.

² El artículo 86 superior preceptúa que la protección constitucional únicamente es procedente cuando el afectado no tenga otro medio de defensa judicial. No obstante, no se cumple con el presupuesto en mención dado que nos encontramos ante una controversia de carácter contractual y en ese sentido, deberá ser zanjada por los jueces ordinarios. De lo contrario, se estaría vulnerando el derecho al

I. FRENTE A LOS REQUISITOS DE PROCEDENCIA DE LA ACCIÓN DE TUTELA

- **La presente acción de tutela no cumple con el requisito de inmediatez.**

La acción de tutela impetrada en contra de la ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA no tiene vocación de prosperidad toda vez que no cumple con el principio de inmediatez, pues la jurisprudencia ha sido enfática en señalar que la acción constitucional debe declararse improcedente si ha transcurrido un tiempo mayor de **seis meses** entre la presunta vulneración del derecho fundamental y la petición de amparo. Para el caso sub examine, la supuesta vulneración por parte de mi representada ocurrió el día 6 de marzo de 2020 fecha en la que se objetó formalmente su solicitud de indemnización. Ahora bien, la radicación del escrito de tutela se presentó en el mes de mayo del año 2024. Es decir, que entre la supuesta afectación a los derechos fundamentales que el accionante invoca y la presentación de la acción de tutela transcurrieron más de cuatro (4) años, periodo de tiempo que trasgrede el principio constitucional de inmediatez.

En primer lugar, este despacho debe tener en consideración que jurisprudencialmente se establecido como término razonable para la interposición de la acción de tutela un periodo de seis meses contados desde la presunta vulneración al derecho fundamental:

*“La tutela se interponga en un término razonable, de acuerdo con **el principio de inmediatez**. Si bien es cierto que la acción de tutela no está sometida a un término de caducidad, sí debe ser interpuesta en un plazo razonable y proporcionado a partir del hecho generador de la vulneración, en el caso de las providencias judiciales, desde que quedó en firme. **En razón de ello, esta corporación judicial ha considerado que “un plazo de seis (6) meses podría resultar suficiente para declarar la tutela improcedente”**”³. (Negrita y subrayada fuera de texto)*


Para el caso bajo estudio, es posible evidenciar que la parte accionante esperó más de cuatro (4) años desde la supuesta vulneración para la interposición de la acción constitucional. Lo anterior, teniendo en cuenta que fue el día 6 de marzo de 2020 se objetó la solicitud de indemnización realizada por el señor Rodríguez Giraldo, como se observa a continuación:

El aviso de siniestro inicial fue recibido el 05 de febrero de 2020 y fue radicado bajo RUI No. 34954 el cual fue objetado el 06 de marzo de 2020 bajo comunicación OBSP-20 – 604 - RUI – 34954 y ratificado, el 06 de mayo y 05 de junio de 2020 bajo las comunicaciones OBSP-20 - 1.219-RUI - 34954 y OBSP-20 - 1.627-RUI - 34954 respectivamente.

debido proceso de los accionados, al zanjar una diferencia por un juez diferente al juez natural del contrato.

³ Sentencia de la Corte Constitucional T461/19 de 08 de octubre de 2019. M.P Alejandro Linares Cantillo.

Del mismo modo, es importante que este respetado Juzgado tenga en consideración que la petición de amparo de los derechos fundamentales fue radicada hasta el 8 de mayo de 2024, como a continuación se ilustra:



REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA
CENTRO DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS JURISDICCIONALES PARA LOS JUZGADOS CIVILES Y DE FAMILIA

Fecha : 08/may./2024

ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

Página 1

106

GRUPO

ACCIONES DE TUTELA

49980

REPARTIDO AL DESPACHO:

FECHA DE REPARTO:

8/05/2024 3:07:01p. m.

JUZGADO 20 EJEK DE SENTENCIAS CIVIL MUNICIPAL - BTA

IDENTIFICACION:	NOMBRES:	APELLIDOS:	PARTE:
1085267899	DIANA MARCELA IBARRA		01
TUT2066204	PARRA		
	TUT2066204		01

OBSERVACIONES:

REPARTOITAU015

FUNCIONARIO DE REPARTO

yurregeg

REPARTOITAU015

WDDDEVOY

v. 3.0

XATH

08/may./2024

Así las cosas, se destaca a su H. Despacho que en el caso de marras existe una plena falta del elemento de inmediatez que cobija a la acción constitucional impetrada, toda vez que el término de seis meses, considerado por el máximo órgano constitucional como válido para la presentación de acciones de tutela, que se cuentan a partir del momento que vulnera los derechos fundamentales, ha sido indudablemente trasgredido, pues la realización del dictamen de pérdida de capacidad laboral fue realizado el 7 de noviembre de 2019 y la primera objeción realizada por mi asegurada data del 6 marzo de 2020, de modo que contando esta última como el hecho que a juicio del demandante afecta los derechos mencionados en la acción de tutela, se tiene que la presentación oportuna debía realizarse el 6 de septiembre de 2020, pasando entonces tres años y ocho meses para que esto sucediera, rompiendo de esa forma los límites de la inmediatez.

En conclusión, es importante que tenga en consideración que transcurrieron más de cuatro años desde la presunta afectación del derecho fundamental y la radicación del escrito tutelar y en tal virtud la presente acción constitucional es improcedente, pues, no se cumple con el presupuesto de inmediatez.

- La acción de tutela no cumple con el requisito de subsidiariedad.

La acción de tutela impetrada en contra de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA** no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no cumple con el principio de subsidiariedad, por cuanto la pretensión principal de la Acción de tutela es el cumplimiento de las prestaciones de un contrato de seguro, esto es, una controversia meramente contractual. En ese sentido, el señor Yair Rodríguez Giraldo tenía a su disposición insumos ordinarios para solicitar el cumplimiento de las prestaciones de dicho contrato, por ello, la parte actora debía acudir a la jurisdicción ordinaria a efectos de que sea el juez ordinario y no el constitucional quien resuelva la controversia contractual, pues de lo contrario se trasgrede el requisito de subsidiariedad, consagrado en el artículo 86 de la Constitución Política.

En virtud de lo expuesto anteriormente, es importante rememorar lo preceptuado en el artículo 86 superior en relación con la protección constitucional, pues únicamente es procedente cuando el afectado no tenga otro medio de defensa judicial:

*“Artículo 86. Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública. La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión. **Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial**, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. En ningún caso podrán transcurrir más de diez días entre la solicitud de tutela y su resolución. La ley establecerá los casos en los que la acción de tutela procede contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión”. (Negrita y subrayada fuera de texto)*

En el mismo sentido, es menester mencionar lo señalado por la Corte Constitucional sobre este precepto:

*“El principio de subsidiariedad, **conforme al artículo 86 de la Constitución, implica que la acción de tutela solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial**, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. En otras palabras, **las personas deben hacer uso de todos los recursos ordinarios que el sistema***

judicial dispone para conjurar la situación que amenaza o lesiona sus derechos, de tal manera que se impida el uso indebido de este mecanismo constitucional como vía preferente o instancia judicial alterna de protección”⁴.
(Negrita y subrayada fuera de texto)

Por otra parte, es importante traer al presente escrito lo señalado en la sentencia que a continuación se transcribe:

“Ahora bien, **en tratándose de controversias relacionadas con contratos de seguros, este Tribunal ha sostenido que dichos conflictos, en principio, deben ser resueltos ante la jurisdicción ordinaria civil**, en tanto el legislador previó la posibilidad de acudir a varios procesos judiciales para solucionarlos, los cuales se encuentran básicamente previstos en el Código General del Proceso vinculados con el tipo de controversia originada de la relación de aseguramiento.”⁵ (Negrita y subrayada fuera de texto)

Teniendo en cuenta los apartados previamente citados, es inequívoco que la acción de tutela es improcedente, pues el accionante no agotó la totalidad de las herramientas ordinarias y extraordinarias que el sistema judicial ha dispuesto para conjurar la supuesta vulneración de sus derechos. De hecho, lo adecuado es que el señor Yair Rodríguez Giraldo hiciera uso de los mecanismos ordinarios como la demanda declarativa o la solicitud de conciliación, o cualquier otro medio dispuesto por la jurisdicción para la solución de controversias de tipo contractual, pues como se ha expuesto de forma clara y fundante, las acreencias económicas derivadas de un contrato de naturaleza comercial, como lo es el contrato de seguros, deben ser zanjadas por el juez ordinario.

De acuerdo con lo expuesto y más aún, dado que en el caso concreto se consumó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en los términos del artículo 1081 del C.Co., este asunto debe ser revisado y verificado a través de la vía ordinaria. Lo mencionado, pues es el juez del contrato el encargado de analizar los elementos que se esbozarán sobre la prescripción del contrato de seguro, los cuales llevan a la Compañía Aseguradora a realizar la objeción del pago. El tutelante en este caso está pasando por alto los preceptos legales y constitucionales para que, a través de una tutela, sea conocido un asunto que es clara competencia del Juez ordinario a través de un proceso declarativo. En definitiva, se busca impedir que se abra la puerta para sentar un precedente y que este instrumento sea utilizado por cualquier persona que pretenda la efectividad de un contrato de seguro, evitando que vaya a la jurisdicción ordinaria.

En conclusión, es claro que existe una transgresión al principio de subsidiariedad que debe generar la improcedencia de la presente acción constitucional. Lo anterior, puesto que el señor Yair

⁴ Sentencia de la Corte Constitucional T001/21 de 20 de enero de 2021. M.P Gloria Stella Ortiz Delgado.

⁵ Sentencia de la Corte Constitucional T058/16 de 12 de febrero de 2016. M.P Luis Guillermo Guerrero Pérez.

Rodríguez Giraldo pretende el reconocimiento de aspectos meramente patrimoniales que se derivan de una relación comercial, lo cual no puede realizarse a través del mecanismo de la acción de tutela. En efecto, este instrumento fue implementado para proteger situaciones de amenaza inminente donde no existan más mecanismos de defensa para dicha protección, lo cual no acontece en el caso en concreto. Lo mencionado, como quiera que el accionante tenía a su disposición las diferentes acciones ordinarias para proteger sus derechos, es decir, este asunto debe ser conocido por el juez natural. De hecho, no ventilar esta situación ante este juez, sería violatorio del debido proceso de la aseguradora. Más aún, cuando la objeción inicial tiene fecha del año 2020 y la acción de tutela se presenta hasta finales del año 2024, lo que refuerza que no existe un presunto perjuicio irremediable que habilite el uso de esta acción.

I. FRENTE AL CONTRATO DE SEGURO

Revisados los fundamentos por los cuales la acción de tutela es improcedente y como consecuencia deberá ser negada, me referiré en este punto a las razones jurídicas por las cuales mi representada no podrá ser llamada a pagar los conceptos que solicita el accionante en sus pretensiones de tutela:

- **Prescripción de la acción derivada del contrato de seguro**

Aún en el hipotético e improbable evento en que el juez de tutela decidiera desconocer los principios propios de procedencia de la acción de tutela, en todo caso, deberá tener en cuenta que jurídicamente tampoco es viable conceder el amparo y ordenar a mi representada a cumplir con alguna obligación, pues en este caso operó la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio. Lo anterior, por cuanto el término bienal inició su conteo el día 7 de noviembre de 2019, esto es, fecha en la que la Junta Médica de Sanidad del Ejército Nacional lo calificó con un 59.59% de PCL, por lo que tenía dos años para presentar cualquier acción que estuviese encaminada a la afectación de la póliza, de manera que aquel término feneció el día 7 de noviembre de 2021. Ahora bien, debe indicarse que, conforme al relato del accionante en su escrito tutelar y a las comunicaciones de la Aseguradora, el señor Rodríguez Giraldo presentó solicitud de indemnización el 5 de febrero de 2020, interrumpiendo así el término, por lo que el mismo se extendió hasta el 5 de febrero del 2022. En ese sentido, es claro que las acciones que se derivan del contrato de seguro se encuentran totalmente prescritas, en tanto no se promovió demanda ordinaria ni radicó su acción de tutela en el lapso de dos años de que trata la norma.

Es importante tener en cuenta que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también

respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

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

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

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

En cuanto a la interpretación de las expresiones “hecho que da base a la acción” y “momento en que nace el derecho” la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro⁶:

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

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

En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007⁷.

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31- 03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

⁷ Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.

...comportan ‘una misma idea’⁸, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad⁹, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”.

De conformidad con lo anterior, no queda duda de que el termino prescriptivo empezará a contar desde el acaecimiento del hecho que da base a la acción y el conocimiento de aquel por parte del demandante. Tratándose del caso concreto, indudablemente el señor Yair Rodríguez fue calificado con un 59.59% de Pérdida de Capacidad Laboral el 7 noviembre del 2019. Sin lugar a duda, lo aquí mencionado implica que el momento desde el cual se empezó a contar el termino de prescripción fue en aquella fecha y que aquel corresponde al fenómeno ordinario, es decir de dos años. Para que no quede duda del término de prescripción aplicable y el momento en que empieza su conteo es prudente referir otro pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en donde ya se ha decantado este tópico:

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

(...)

En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del

⁸ La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

⁹ Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte.”¹⁰

Por lo visto, se puede afirmar de manera pacífica que en este caso al señor Rodríguez Giraldo le es aplicable el término de prescripción ordinario. En ese sentido, es claro que el término bienal empezó su conteo desde el 7 de noviembre de 2019 cuando es dictaminada su pérdida de capacidad laboral y además del cual conoció en la misma calenda, en consecuencia, contaba con dos años para formular su demanda. Ahora bien, el término fue interrumpido desde que presentó la solicitud de indemnización el 5 de febrero de 2020, por lo que desde esta nueva calenda inicia a correr el término, el cual concluyó el 5 de febrero de 2022.

Por lo antes mencionado, no cabe duda de que desde cualquier arista en este caso operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro porque la parte demandante no interpuso su demanda dentro de los dos años siguientes sea desde la fecha en que fue calificado con una pérdida de capacidad laboral superior al 50% o desde la primera solicitud de indemnización realizada en febrero de 2020.

En conclusión, teniendo en cuenta que no se ha interpuesto demanda ordinaria o incluso este escrito tutelar se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que se dictaminó la pérdida de capacidad laboral y que fue plenamente conocido por el señor Yair Rodríguez Giraldo, es decir el 7 de noviembre de 2019 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte del hoy tutelante, es decir en el mes de febrero de 2020, se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, se consumó con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que el accionante tenía únicamente el término de dos años siguientes al 7 de noviembre de 2019 o al mes de febrero de 2020 para presentar su demanda y como aquella y el escrito de tutela no se presentaron en el tiempo de ley, el despacho deberá declarar la prosperidad de la prescripción y negar las pretensiones de la tutela.

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

- **Reticencia por parte del señor Yair Rodríguez Giraldo al no declarar el verdadero estado de riesgo.**

Aún en el hipotético e improbable evento en que el juez de tutela decidiera desconocer los principios

¹⁰ Corte Suema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia SC4904-2021. Noviembre 4 de 2021. M.P. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

propios de procedencia de la acción de tutela, en todo caso, que el señor Yair Rodríguez Giraldo 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 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**”¹¹. (Subrayado fuera del texto original)*

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

¹¹ 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.

por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

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

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

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

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

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

en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.

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.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el momento en que el señor Ramírez Giraldo suscribió el contrato de seguro con mi prohijada, tuvo la oportunidad de declarar el estado de riesgo sobre los amparos establecidos en la póliza. En ninguno de ellos se evidencia que el señor tutelante haya reportado que, mediante Junta Médico Laboral No. 1198 de 1998 fue dictaminado con un 19% de pérdida de capacidad laboral, tal y como se deja ver en diversos puntos de la historia clínica del asegurado:

SI NO es apto enumerense los defectos que lo incapacitan
OK-04-03 NO APTO DE
OCCASION JML N. 1198/98
DCL 19%. Lts B y A obsoletos

JML 1198/98 Trauma cuello pierzo, trauma no de hecho
DCL: 19%
V. SITUACIÓN ACTUAL

MEDICINA LABORAL (CONCEPTO)
28/07/2010 ML DISANI
JML + 1498/2008.
Atrofia - Trauma - cuello de
pie 19% Ex 5 MTC.
NO UPTO DCL 19%
P/SS ATS
[Firma]

U.D. ADM. 2010 FOLIO 12
Tiene en el SIML JML No 1198/08 Oct/198 x Ottopedia. x
Dolor cuello de pie 179, sin limitación de movimientos, 2. Palla
Dx: Dolorismo 5 MTC. men D. IPP. NO APTO. DL: 19%
DI 033 ATS

Bajo esa óptica, era indudable que el señor Rodríguez conocía de dicha pérdida de capacidad laboral, de modo que le era imperante reportar aquella situación a la compañía aseguradora, pues aquella, en caso de haber sabido de estos quebrantos de salud por parte del señor Rodríguez que además ya lo habían constituido con un 19% de PCL, la hubieran retraído de celebrar el negocio asegurativo, o por lo menos, hubiera puesto condiciones más onerosas. Es decir, a pesar de que el señor Yair Rodríguez Giraldo conocía de sus padecimientos de salud, en virtud de los cuales le habían dictaminado un 19% de pérdida de capacidad laboral con anterioridad a la fecha de declaración del estado de riesgo, no informó de su existencia a la Compañía Aseguradora.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener en cuenta a la hora de resolver la acción de tutela que (i) el señor Yair Rodríguez Giraldo ya contaba con una serie de diagnósticos constitutivos de una PCL del 19% con anterioridad a la fecha en la que se perfeccionó el seguro, y (ii) que estas patologías y dictámenes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado al ser consecuencia directa de su invalidez actual. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado 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 conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Yair Rodríguez Giraldo debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

- **Riesgos expresamente excluidos en la póliza de vida grupo deudores no. 994000000002**

El señor Yair Rodríguez Giraldo, como tomador de la póliza de Vida Grupo Deudores número

994000000002, se sometió a las condiciones generales y particulares del contrato de seguro que fuesen inscritas en el mismo; entre ellas, las exclusiones que se pactaran dentro del propio acto jurídico. Teniendo en consideración lo anterior, es de señalar que el accionante no cumplió con su deber de notificar o declarar todas aquellos accidentes o enfermedades preexistentes a su ingreso en la póliza, pues como se ha mencionado, ya había sido calificado con un conjunto de enfermedades que causaron una calificación del 19% de pérdida de capacidad laboral, lo que significa que se configura con senda facilidad la exclusión contenida en la póliza denominada “Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.” lo que representa una fata de cobertura material que exime a mi representada de realizar indemnización por concepto alguno emanado del contrato de seguro.

En este punto es importante que su Despacho tenga en cuenta que 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. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

“reiteró esta Corporación la necesidad de individualizar y determinar los riesgos que el asegurador toma sobre sí:

*<<y que por lo tanto, en este campo rige el principio según el cual la responsabilidad asumida en términos generales como finalidad del contrato no puede verse restringida sino por obra de cláusulas claras y expresas, “....El Art. 1056 del C de Com , en principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, otorga al asegurador facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado..”, agregando que es en virtud de este amplísimo principio “que el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se configure el siniestro; ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, **quedan sin embargo excluidos de la protección que***

se promete por el contrato. Son estas las llamadas exclusiones, algunas previstas expresamente en la ley...” (Cas. Civ. de 7 de octubre de 1985, sin publicar), exclusiones que por su propia índole, limitativa de los riesgos asumidos por el asegurador, requieren ser interpretadas con severidad en una concienzuda tarea que se oriente, de una parte, a establecer su justificación técnica, y de la otra a precisar el alcance de dichos riesgos conforme a reglas de carácter legal o convencional, luego no le es permitido al intérprete “...so pena de sustituir indebidamente a los contratantes, interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no se han convenido, ni para excluir los realmente convenidos; ni tampoco hacer interpretaciones de tales cláusulas que conlleven a resultados extensivos de amparo de riesgos a otros casos que no sólo se encuentren expresamente excluidos sino que por su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida....” (Cas Civ. de 23 de mayo de 1988, sin publicar) (Este pasaje fue reiterado, entre otras, en CSJ SC4574-2015 rad. n°. 11001-31-03-023-2007-00600-02)>>¹². (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Adicional a lo anterior, en materia de contrato de seguros, es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del Contrato de Seguro, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al Asegurador de la obligación de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia definió la inexistencia de responsabilidad del asegurador cuando el riesgo se encuentra expresamente excluido, así:

“Este principio de la universalidad que informa al seguro de transporte, entre otros más, justifica las precisas diferencias que, en lo pertinente, existen con las demás clases de seguros. Así, por vía de ejemplo, en lo tocante con la delimitación del riesgo, mientras el artículo 1056 del Código de Comercio permite que el asegurador, a su arbitrio, asuma “todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, el art. 1120 ib. preceptúa que el seguro de transporte “comprende todos los riesgos inherentes al transporte, salvo el deterioro por el simple transcurso del tiempo y los riesgos expresamente excluidos” (Se subraya), luego, en este último negocio asegurativo, el asegurador es responsable cuando la pérdida sea ocasionada por uno de los “riesgos inherentes al transporte”, salvo que el riesgo se encuentre expresa e inequívocamente excluido por las partes.”¹³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

¹² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 4527 -2020. Noviembre 23 de 2020

¹³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 31 de enero de 2007. Rad 2000-5492-01. M.P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo.

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia de diciembre 13 de 2018, indicó que las exclusiones de tipo convencional estipuladas en los contratos de seguro, no comprometen la responsabilidad del asegurador, en virtud de la facultad prevista en el artículo 1056 del Código de Comercio:

*“Las exclusiones de tipo convencional deben entenderse, como es apenas obvio, como aquellas pactadas por las partes o, cuando menos, **en las que existe consentimiento respecto de las indicadas en el clausulado preestablecido, en los denominados acuerdos de adhesión y que, siendo origen del siniestro o consecuencia del mismo, no comprometen la responsabilidad del asegurador.**”*

Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, «a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado»¹⁴ (Negrilla y resaltado por fuera del texto original).

De igual forma, la jurisprudencia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

*“(...) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual **se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado**”.*

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede

¹⁴ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 13 de diciembre de 2019. Rad. 2008-00193-01. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)
(Subrayado y negrilla por fuera del texto original)¹⁵

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. De forma que en el caso de la ocurrencia de riesgos excluidos, no nace a la vida jurídica la obligación indemnizatoria del asegurador, y en ese orden de ideas, no hay lugar a que su responsabilidad se vea comprometida.

Ahora bien, aplicando lo anterior en el caso en concreto, se tiene que la compañía aseguradora, dentro de la delimitación del riesgo que traslada el asegurado, se encuentra en la plena facultad de describir los hechos o situaciones que se consideran excluidas de aquél riesgo que se dispone a asumir, aún más cuando la explicación técnica de los hechos que sí son objeto de amparo es realizada en el acápite de coberturas, de modo que para dar una absoluta claridad respecto de los hipotéticos aleatorios que no pueden configurar un riesgo amparado, existe el apartado de exclusiones, tal como lo hace oportunamente mi prohijada dentro del condicionado que se le entregó al tutelante y que aporta en su acápite de anexos. Lo anterior es tan cierto, que se puede apreciar que dentro del clausulado aportado por la parte tutelante, se encuentra patente el acápite de exclusiones, donde se menciona lo siguiente:

EXCLUSIONES:

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

Transcripción:

“EXCLUSIONES:

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

Lo anterior permite dilucidar que, en el caso en concreto, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. estableció un hecho que NO es objeto de cobertura de la póliza, lo cual tiene respaldo dentro de la libertad contractual que le asistía como aseguradora, con el fin de establecer lineamientos encaminados a poner barreras al riesgo que asume. Siendo de esta forma, la compañía expresó de forma inequívoca que, todos los hechos que florecieran antes del ingreso del asegurado a la póliza de Vida Grupo Deudores número 994000000002, y que no fuesen reportados por el señor Yair

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00.

Rodríguez Giraldo a mi prohijada, no podrían ser tenidos en cuenta como un hecho susceptible de ser indemnizado, y por lo mismo, no contraen consecuencias jurídicas para el asegurador.

Lo anterior no es de menor calado, si se tiene en consideración que el contrato, al tener la condición de ley para las partes, tiene fuerza vinculante tanto en sus elementos esenciales, naturales y sobre todo accidentales, de modo que un adecuado cumplimiento del contrato por parte del señor Rodríguez, lo hubiera llevado a declarar oportunamente todas aquellas condiciones que se consideraran enfermedades o accidentes, y que hayan ocurrido antes de realizar la negociación precontractual o la entrada en vigencia de la póliza con el fin de mantener incólume la vigencia del contrato y seguir siendo susceptible de recibir indemnización, cosa que no hizo.

Visto de esta manera, se tiene que el señor Yair Rodríguez Giraldo guardó absoluto silencio sobre todas aquellas situaciones que lo aquejaban, muchos años antes de suscribir el contrato de seguro con mi representada, situaciones tan importantes que hicieron que fuera dictaminado con un 19% de pérdida de capacidad laboral. En vista de lo anterior, se tiene por configurada la exclusión denominada “Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.” pues no se logra acreditar que el tutelante hubiera hecho acto idóneo para manifestar a aquella la condición de salud que llevase a acreditar un dictamen con calificación de PCL, y siendo esa calificación de vital importancia para ahora tener una disminución del 59.59%, nos encontramos en la presencia de un hecho cuya cobertura material no se encuentra descrita en la póliza.

La conclusión derivada de todo lo expuesto es que el señor Yair Rodríguez Giraldo no cumplió con su deber de notificar o declarar todas las enfermedades o accidentes preexistentes al momento de suscribir la póliza de seguro de vida grupo deudores No. 994000000002, que concluyeron en una calificación de pérdida de capacidad laboral del 19%, lo que no es de menor calado si se tiene presente que la compañía aseguradora estableció claramente una exclusión en la póliza para los casos de enfermedades o accidentes preexistentes que no fueran declarados previamente por el asegurado, y que esta exclusión es una manifestación de la facultad del asegurador para delimitar los riesgos que asume, conforme al artículo 1056 del Código de Comercio.

El incumplimiento del asegurado en declarar sus condiciones de salud preexistentes, especialmente aquellas que llevaron a una calificación del 19% de pérdida de capacidad laboral, resulta en la aplicación de la exclusión mencionada. Por lo tanto, la aseguradora queda eximida de cualquier obligación de indemnización derivada del contrato de seguro. Es importante destacar que el contrato de seguro tiene fuerza vinculante para ambas partes y el adecuado cumplimiento por parte del asegurado de su deber de declaración es esencial para mantener la vigencia del contrato y ser susceptible de recibir indemnización en caso de siniestro. En este caso, el silencio del asegurado sobre sus condiciones de salud preexistentes implica la no cobertura de tales hechos concluyentes en una calificación superior al 50%, de modo que no existe cobertura material respecto de los

hechos objeto de la tutela, y por lo mismo, no hay lugar a indemnización alguna por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.

- **FALTA DE COBERTURA TEMPORAL: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 1073 DEL C.CO.**

Si se analizan los espacios temporales de cobertura de la póliza, se tiene que la misma presta su amparo desde el 31 de julio de 2019 hasta el 31 de julio de 2020. Lo anterior significa que, para que la póliza preste cobertura temporal, los hechos constitutivos de siniestro tuvieron que empezar a estructurarse imperantemente dentro de aquellas fechas; no obstante, si se analiza el historial clínico del señor Yair Rodríguez Giraldo demuestra sin lugar a errores que, el riesgo que se amparó en la póliza de Vida Grupo Deudores No. 994000000002 respecto de la incapacidad total y permanente, la cual pretende hacer exigible el tutelante, ha empezado a estructurarse desde 1998, fecha en la que fue calificado con un 19% de pérdida de capacidad laboral, y como tal fecha no se encuentra dentro de la barrera temporal antes mencionada, no existe una cobertura temporal de los hechos que se mencionan en el escrito de tutela.

Al respecto, no habrá que extenderse más allá de la legislación vigente en materia de seguros, la cual establece que el riesgo, como unidad, debe tener como fecha máxima de inicio aquella comprendida dentro de la vigencia del contrato. Así lo indica el artículo 1073 del Código de Comercio:

Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consume la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

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

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

“Previo a abordar la problemática anunciada, conviene dejar sentado que: Si, por definición, el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño (siniestro) previsto en el contrato, va de suyo que, en el marco de la autonomía de la voluntad y de las normas legales imperativas y relativamente imperativas, las partes deberán acordar la determinación del riesgo

*cubierto. **En efecto, el interés asegurado no es factible hallarlo asegurado bajo cualquier circunstancia o causa, sin límites temporales, o en cualquier lugar que se halle o ubique. Por el contrario, se hace necesario delimitar el riesgo causal, temporal y espacialmente.***

Bajo esa óptica, existe asonancia en el pensamiento legislativo y la interpretación de la alta corte, sobre la necesidad de que el riesgo que asume la compañía de seguros debe comprender un marco temporal, el cual debe ser delimitado en el contrato y conocido por las partes negociales. Este lapso de tiempo no significa otra cosa más que el momento en el cual, el asegurado traslada de forma efectiva el riesgo a la compañía, y ella se hace responsable de asumir las consecuencias pecuniarias de su materialización.

Ello, en sincronía con el artículo 1073 del Código de Comercio, establece que el riesgo amparado es aquél que ocurre únicamente dentro del periodo estipulado en el contrato, de modo que su estructuración previa a los extremos de inicio y fin no puede ser visto de forma lógica como un alea que la compañía aseguradora esté obligada a asumir, pues se escapa de su delimitación del riesgo que se le traslada, y genera un desbalance sobre su obligación condicional, lo que es de estricto reproche en el articulado antes señalado.

Dicho lo anterior, para el caso en comento se tiene que analizar (i) los extremos temporales de vigencia de la póliza de Vida Grupo Deudores, y (ii) la estructuración del riesgo amparado que pretende hacer exigible el señor Rodríguez Caicedo, con el fin de determinar si su causación ocurrió o no dentro de las fechas de inicio y fin de cobertura.

Para establecer lo primero, no hace falta realizar mayor acción que dirigirse a la primera página del contrato de seguro, donde se encuentra la vigencia del mismo:

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES														
NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS 8430000631			PÓLIZA No: 843 - 16 - 994000000002						ANEXO: 27					
AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS COD. AGENCIA: 843 RAMO: 16														
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
21	8	2019	31	7	2019	23:59	31	7	2020	23:59	366	10	9	2019
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DESDE			A LAS			VIGENCIA HASTA			FECHA DE IMPRESIÓN		
TIPO DE MOVIMIENTO: RENOVACION SIN COBRO DE PRIMA - VENC												TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION		

Y, en un segundo plano, será importante comprender cual es la condición del amparo, para entender si delimita su ocurrencia por dentro o por fuera de la vigencia establecida:

2. AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

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

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando esta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad, la incapacidad total y

permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Medica Laboral, Militar y/o de Policía.

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

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

Lo anterior lleva a la ineludible conclusión de que, la incapacidad total y permanente solo será amparada por mi prohilada, siempre que haya ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, es decir,

entre el 31 de julio de 2019 y el 31 de julio de 2020. Lo que nos obliga a verificar entonces, si la estructuración del riesgo denominado incapacidad total permanente ocurre dentro de estos puntos, lo cual se desvirtúa con senda facilidad si se analiza el historial clínico del señor Yair Rodríguez Giraldo, de la siguiente forma:

Si NO es apto enumerarse los defectos que lo incapacitan
08-04-03 NO APTO de
deceder JML No. 1198/98
DCL 19%. Lits B y A obsoletos

JML #1198/98 trauma cuello pie izquierdo, trauma mano derecha
DCL: 19%
V. SITUACIÓN ACTUAL

MEDICINA LABORAL (CONCEPTO)
28/07/2010 ML DISANI
JML + 1198/2008.
Atropedia -> Trauma - cuello de
pie izquierdo. Fx 5 MTC.
NO UPTO DCL 19%
P/SS ATS

Tiene en el SML JML No 1198/08 Oct/98 x Atropedia. x
Dolor cuello de pie izquierdo, sin limitación de movimientos, 2. Codo
DCL 19%. NO APTO. DCL: 19%
P/SS ATS

Todas las consignaciones anteriores dan fe de que la estructuración de la pérdida de capacidad laboral ha acaecido desde 1998, es decir, más de 20 años antes de la vigencia de la póliza. Siendo de este calibre la situación, no se cumple con el pacto temporal indicado en la póliza, pues la estructuración de la PCL del tutelante tuvo su origen en 1998, lo que lleva a la única síntesis posible, y es que hay una evidente falta de cobertura temporal para los hechos aludidos por el señor

Rodríguez.

La conclusión resultante de lo anterior es que el señor Yair Rodríguez Giraldo no tiene derecho a la cobertura de la póliza de vida grupo deudores número 994000000002 por incapacidad total y permanente, debido a que la estructuración del riesgo que pretende hacer exigible se remonta a 1998, fecha en la que fue dictaminado con un 19% de PCL, situación que ocurre mucho antes del periodo de vigencia de la póliza, que abarca desde el 31 de julio de 2019 hasta el 31 de julio de 2020. Una vez contrastada la normatividad junto con el condicionado del contrato, se encuentra que el riesgo amparado por Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. debe iniciar dentro del periodo de cobertura establecido en el contrato. En este caso, la incapacidad total y permanente solo sería cubierta si su estructuración ocurriera durante la vigencia de la póliza. Sin embargo, el historial clínico del señor Rodríguez Giraldo demuestra que la pérdida de capacidad laboral se originó en 1998, veinte años antes del inicio de la vigencia de la póliza. Por lo tanto, al no cumplirse con el requisito de que el riesgo se haya estructurado dentro del periodo de cobertura de la póliza, no existe una base para que el señor Rodríguez Giraldo pueda reclamar indemnización por incapacidad total y permanente a la aseguradora. En consecuencia, la compañía aseguradora está eximida de cualquier responsabilidad indemnizatoria en este caso.

- **EN SUBSIDIO DE LO ANTERIOR, DEBE CONSIDERARSE QUE EL BENEFICIARIO ONEROSO DEL SEGURO ES EL BANCO GNB SUDAMERIS**

Aún en el hipotético e improbable evento en que el juez de tutela decidiera acceder a lo que se pide en la acción constitucional, a pesar de los gigantescos elementos excluyentes de responsabilidad de mi representada, de forma subsidiaria a todo lo anterior se establece que en el caso de marras, la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores muestra como beneficiario de la misma al BANCO GNB SUDAMERIS, de modo que el único llamado a recibir suma de dinero por la eventual afectación a la póliza de Vida Grupo Deudores 994000000002 es aquella entidad financiera.

3. BENEFICIARIO

Por los amparos de fallecimiento e incapacidad total y permanente, será el Banco a título oneroso hasta el monto del saldo insoluto de la deuda. Para los demás amparos el beneficiario será el deudor asegurado, sus beneficiarios designados o los de Ley.

En ese sentido, no hay lugar a entregar sumas de dinero al señor Yair Rodríguez Giraldo, toda vez que no es la persona designada como beneficiario del seguro VGD, de modo que el banco GNB SUDAMERIS el único habilitado para recibir aquellas sumas de dinero.

II. PETICIONES

PRIMERA: Comedidamente solicito se **DECLARE** la improcedencia de la acción de tutela para el

presente caso, por ausencia de los presupuestos de inmediatez y subsidiariedad, entendiendo que el hecho que dio base a la acción transcurrió aproximadamente hace cuatro años y adicionalmente, que el accionante cuenta con mecanismos ordinarios para ventilar este conflicto contractual ante el juez natural.

SEGUNDO: En subsidio de la anterior, comedidamente solicito se **NIEGUE** el amparo solicitado por el accionante, dado que en este caso deberá declararse la prescripción de las acciones derivadas del contrato, la nulidad del contrato por reticencia del señor Yair Rodríguez Giraldo y la falta de cobertura temporal y material de los hechos enunciados en la acción de tutela, lo cual implica que mi representada no pueda ser llamada al pago en este caso

TERCERA. En subsidio de las anteriores, se solicita al juzgado **TENER EN CUENTA** que el beneficiario del amparo básico es el banco GNB Sudameris, de modo que sería la única entidad llamada a recibir las sumas de dinero pretendidas por el accionante.

III. PRUEBAS

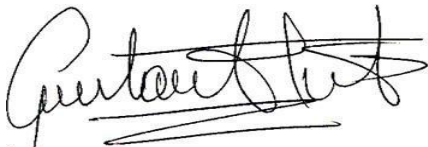
1. Poder especial.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de Aseguradora Solidaria de Colombia S.A.
3. Póliza de Vida Grupo Deudores No. 994000000002.
4. Objeción del 6 de marzo de 2020 realizada por Aseguradora Solidaria de Colombia E.C.

IV. NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en su escrito de tutela.

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

Del señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

Señores,
JUZGADO VEINTE CIVIL MUNICIPAL DE EJECUCIÓN DE SENTENCIAS
DE BOGOTÁ D.C
E. S. D.

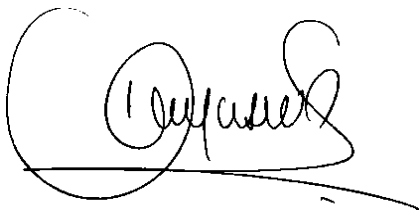
REFERENCIA:	ACCIÓN DE TUTELA
RADICADO:	2024-00118-00
ACCIONANTE:	YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO
ACCIONADO:	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Y BANCO GNB SURAMERIS

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

El doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA**, queda expresamente facultado para notificarse, emitir pronunciamientos, interponer recursos, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general para adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel cumplimiento al presente mandato en defensa de nuestros legítimos derechos e intereses, quien recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

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

Cordialmente,



MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA
CC 38.264.817
Representante Legal judicial

Acepto,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. N° 19.395.114 de Bogotá
T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

PODER ACCIÓN DE TUTELA RAD. 2024-00118-00

Notificaciones <notificaciones@solidaria.com.co>

Jue 09/05/2024 9:55

Para:Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>;Santiago Rojas Buitrago <srojas@gha.com.co>

 3 archivos adjuntos (465 KB)

Outlook-cvqhg5fw; certificado sfc.pdf; PODER 20240011800.pdf;

Señores,

JUZGADO VEINTE CIVIL MUNICIPAL DE EJECUCIÓN DE SENTENCIAS DE BOGOTÁ D.C

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE TUTELA RADICADO: 2024-00118-00**ACCIONANTE: YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO****ACCIONADO: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA Y BANCO GNB SURAMERIS**

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

El doctor GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, queda expresamente facultado para notificarse, emitir pronunciamientos, interponer recursos, conciliar, transigir, desistir, sustituir, reasumir, renunciar y en general para adelantar cualquier diligencia que sea necesaria para dar fiel cumplimiento al presente mandato en defensa de nuestros legítimos derechos e intereses, quien recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co Así mismo confirmamos que ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, recibe notificaciones en la dirección de correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co. Cordialmente, MARIA YASMITH HERNANDEZ MONTOYA CC 38.264.817 Representante Legal judicial Acepto, GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA C.C. N° 19.395.114 de Bogotá T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

Cordialmente,

GERENCIA JURÍDICA.**Dirección General.**

Calle 100 No 9A – 45 Bogotá - CO



Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa

Este mensaje es confidencial, esta amparado por secreto profesional y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su(s) destinatario(s). Si recibió esta transmisión por error, por favor avise al remitente. Este mensaje y sus anexos han sido sometidos a programas antivirus y entendemos que no contienen virus ni otros defectos. En todo caso, el destinatario debe verificar que este mensaje no esta afectado por virus y por tanto Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa no es responsable por daños derivados del uso de este mensaje.

This message is confidential, subject to professional secret and may not be used or disclosed by any person other than its addressee(s). If received in error, please contact the sender. This message and any attachments have been scanned and are believed to be free of any virus or other defect. However, recipient should ensure that the message is virus free. Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa is not liable for any loss or damage arising from use of this message.

Ya visitó <https://www.solidaria.com.co> ?

Certificado Generado con el Pin No: 2119737760599512

Generado el 02 de mayo de 2024 a las 12:07:25

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

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

NIT: 860524654-6

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Certificado Generado con el Pin No: 2119737760599512

Generado el 02 de mayo de 2024 a las 12:07:25

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

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

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

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

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

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

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

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

Certificado Generado con el Pin No: 2119737760599512

Generado el 02 de mayo de 2024 a las 12:07:25

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARIA GENERAL

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

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

**NÚMERO ELECTRÓNICO
PARA PAGOS**
8430000631

PÓLIZA No: 843-16-994000000002 ANEXO: 0

AGENCIA EXPEDIDORA: **SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS** COD.AGENCIA: 843 RAMO: 16

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	HORAS	DIA	MES	AÑO	
29	8	2018	31	7	2018	23:59	31	7	2019	23:59	365	9	5	2024

FECHA DE EXPEDICIÓN VIGENCIA DESDE A LAS VIGENCIA HASTA A LAS DIAS FECHA DE IMPRESIÓN

TIPO DE MOVIMIENTO: **NEGOCIO NUEVO** TIPO DE IMPRESIÓN: **REIMPRESION**

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
DIRECCIÓN: **KR 8 15 42** CIUDAD: **BOGOTÁ, D.C., DISTRITO CAPITAL** TELÉFONO: **6012750000**

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
DIRECCIÓN: CIUDAD: TELÉFONO:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

CATEGORIA: **DEUDORES DEL BANCO- LIBRANZA**

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
AMPARO BASICO DE MUERTE	350000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	350000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1000000.00
RENTA MUERTE Y/O ITP	1800000.00

CATEGORIA: **CONTINUIDAD**

AMPAROS	SUMA ASEGURAD
AMPARO BASICO DE MUERTE	350000000.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	350000000.00
AUXILIO FUNERARIO	1000000.00
RENTA MUERTE Y/O ITP	1800000.00

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

VIGENCIA: 01 DE AGOSTO DE 2018 A LAS 00:00 HORAS, HASTA EL 31 DE JULIO DE 2019 A LAS 24:00 HORAS.

1. TOMADOR

Banco GNB Sudameris, en adelante el "Banco".

2. ASEGURADOS

Personas que adquieran una deuda con el Banco mediante la modalidad de libranza.

3. BENEFICIARIO

Por los amparos de fallecimiento e incapacidad total y permanente, será el Banco a título oneroso hasta el monto del saldo insoluto de la deuda. Para los demás amparos el beneficiario será el deudor asegurado, sus beneficiarios designados o los de Ley.

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

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

INTERMEDIARIO

COASEGURO CEDIDO

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

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

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)00000000007000843000063

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá
C6DC23780F0FFC785C

CLIENTE

JGUAYACAN843 0

Defensor del Consumidor Financiero: Manuel Guillermo Rueda Serrano * Dirección: Carrera 13 A # 28-38 Oficina 221, Bogotá * Teléfono: (601) 7919180

Fax: (601) 7919180 * Celular: 312 342 6229 * Correo electrónico: defensoriasolidaria@gmail.com
Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:
<https://aseguradorasolidaria.com.co/servicios/defensoria-del-consumidor-financiero.aspx>

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

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

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S.A. COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

4. INTERÉS ASEGURABLE

El Banco tiene interés asegurable en las personas, cuya muerte o incapacidad pueden ocasionarle un perjuicio económico.

5. VALOR ASEGURADO

El valor asegurado para cada deudor será el saldo insoluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito.

El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de la Aseguradora.

6. GRUPO ASEGURABLE

Lo constituyen los deudores del Banco que sean personas naturales, mediante la línea de crédito de Libranza.

7. VIGENCIA

Desde las 00:00 horas del día 1° de Agosto de 2018 hasta las 00:00 horas del día 1° de Agosto de 2020. La póliza se expedirá por vigencias anuales.

8. OBJETO DEL SEGURO

Protección de los deudores del Banco, conformado por los deudores principales, deudores solidarios o codeudores.

9. COBERTURAS BÁSICAS

- Muerte por cualquier causa no excluida, incluyendo suicidio, homicidio y SIDA No preexistente, desde el primer día de inicio de vigencia del seguro para cada deudor.
- Incapacidad total y permanente, incluyendo la tentativa de homicidio y las lesiones por intento de suicidio.
- Auxilio funerario, por un monto de un millón de pesos (\$1.000.000) por deudor, sin cobro de prima adicional.
- Renta por muerte y/o incapacidad total permanente, por un monto de trescientos mil pesos (\$300.000) hasta seis (6) meses para un total de un millón ochocientos mil pesos (\$1.800.000) por deudor, sin cobro de prima adicional. El pago de la renta se puede hacer en un pago único.

10. DEFINICIÓN DE COBERTURAS

10.1 AMPARO BÁSICO DE MUERTE

La Aseguradora, se compromete a pagar la correspondiente suma asegurada al fallecimiento de cualquiera de las personas amparadas en la póliza, bajo las condiciones generales y particulares de la misma. Se incluye Suicidio, Homicidio, Terrorismo (siempre que el deudor asegurado no participe en estos actos terroristas) y SIDA (siempre que no sea preexistente), desde el inicio de vigencia del seguro para cada deudor.

Nota: Este amparo se extiende a cubrir la muerte presunta por desaparecimiento conforme a la definición de la Ley colombiana, es decir, siempre que medie fallo o sentencia por autoridad competente.

EXCLUSIONES

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

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

10.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

EXCLUSIONES

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

10.3 AMPARO ADICIONAL DE AUXILIO FUNERARIO

La Aseguradora indemnizará la suma de \$1.000.000 por fallecimiento de cualquiera de los deudores que formen parte del grupo asegurado, como un auxilio por concepto de servicios funerarios. El valor se pagará a los beneficiarios nombrados por el asegurado, o en su defecto, a los beneficiarios de ley. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica.

Este valor corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

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

10.4 AMPARO DE RENTA DE LIBRE DESTINACIÓN POR MUERTE Y/O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de Fallecimiento o de Incapacidad Total y Permanente del deudor asegurado, la Aseguradora reconocerá una suma mensual de \$300.000 durante máximo seis (6) meses. Este beneficio, se otorga siempre y cuando haya lugar a la indemnización por la cobertura Básica o el anexo de Incapacidad Total Permanente.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S.A. COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

El valor total definido para este amparo corresponde a una suma única a indemnizar, independientemente del número de obligaciones que tenga el deudor asegurado.

EXCLUSIONES

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

El amparo de incapacidad total y permanente y el auxilio de libre destinación por incapacidad total y permanente, no aplicarán si al momento de la valoración médica no fueron otorgados por la compañía de seguros.

11. DEFINICIÓN DE PREEXISTENCIA

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

También se considera condición médica preexistente, las lesiones o secuelas debidas a accidentes ocurridos antes de la inclusión del Asegurado en la póliza.

12. LÍMITES DE EDAD

PARA TODOS LOS AMPAROS DE LA PRESENTE PÓLIZA

- Mínimo para ingresar: 18 años
- Máximo para Ingresar: 75 años + 364 días
- Máximo de permanencia: Hasta la cancelación de la deuda, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora

13. PROCEDIMIENTO PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL SEGURO

Atendiendo los requisitos de asegurabilidad contenidos en la Tabla de Requisitos indicada en la presente oferta, la Aseguradora hará una evaluación del riesgo para determinar la aceptación o rechazo del seguro.

14. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD NUEVOS DEUDORES

Independientemente del valor asegurado, edad y estado del riesgo, las siguientes personas deberán cumplir con valoración médica respectiva:

1. Pensionados por sanidad o invalidez.

2. Cuando el cliente haya ido al médico con anterioridad y el crédito actual tenga extra prima, excepto en aquellos casos en los cuales el deudor asegurado haya sido calificado como riesgo sub estándar, se autoriza para refinanciaciones, normalizaciones y reestructuraciones hasta veinte (20) millones adicionales a lo inicialmente aprobado en la calificación médica, sin necesidad de actualizar requisitos de asegurabilidad, siempre que la calificación no supere un año (1) de vigencia.

3. Cuando se declaren las siguientes enfermedades:

- Cáncer / Tumores.
- Infección por VIH (Sida).
- Accidente cerebro vascular (ACV).
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades hepáticas.
- Pulmones.
- Otra enfermedad (diferente a las mencionadas, a las estándar y las extraprimadas)

TABLA DETALLE DE REQUISITOS SEGÚN MONTO Y EDAD

ENFERMEDAD DECLARADA PARA LOS NUMERALES 1, 2 Y 3:

- Monto asegurado Hasta \$60.000.000 y hasta 70 años:

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERICA S.A. COD. AGENCIA: 000000000000 RAMO: 000000000000 No. PÓLIZA: 994000000002 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: BANCO GNB SUDAMERIS S A IDENTIFICACIÓN: NIT 860050750-1
ASEGURADO: PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MODALIDAD DE CRÉDITO IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico

• Monto asegurado de \$60.000.001 A \$100.000.000 y hasta 70 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico

• Monto asegurado de \$100.000.001 A \$350.000.000 y hasta 70 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico

ENFERMEDAD DECLARADA PARA LOS NUMERALES 1, 2 Y 3:

• Monto asegurado Hasta \$60.000.000 de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico

• Monto asegurado de \$60.000.001 A \$100.000.000 de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.).

• Monto asegurado de \$100.000.001 A \$350.000.000 de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.), cuadro hemático, triglicéridos, colesterol, glicemia, ácido úrico en sangre, creatinina en sangre, transaminasas (TGO Y TGP)

NO DECLARA NINGUNA ENFERMEDAD:

• Monto hasta \$60.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad.

• Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad.

• Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad.

NO DECLARA NINGUNA ENFERMEDAD:

• Monto hasta \$60.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad.

• Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.).

• Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.), cuadro hemático, triglicéridos, colesterol, glicemia, ácido úrico en sangre, creatinina en sangre, transaminasas (TGO Y TGP).

REQUISITOS PARA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES DECLARADAS:

ENFERMEDADES MENTALES, CARDIACAS Y VASCULARES; TAQUICARDIAS Y/O ARRITMIAS, BLOQUEOS CARDÍACOS, RENALES, DIABETES MELLITUS, HIPOTIROIDISMO; HIPERLIPIDEMIA, COLESTEROL; TRIGLICÉRIDOS, CEGUERA, AMPUTACIONES DE CAUSA TRAUMÁTICA.

• Monto hasta \$60.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, ver tabla de extraprimas

• Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.

• Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.

REQUISITOS PARA LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES DECLARADAS:

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S.A. COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

- Monto hasta \$60.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, ver tabla de extraprimas
- Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.).
- Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.), cuadro hemático, triglicéridos, colesterol, glicemia, ácido úrico en sangre, creatinina en sangre, transaminasas (TGO Y TGP).

ENFERMEDAD DECLARADA HIPERTENSION ARTERIAL:

- Monto hasta \$40.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, ver tabla de primas.
- Monto desde \$40.000.001 a \$60.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.
- Monto desde \$60.000.001 a \$100.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.
- Monto desde \$100.000.001 a \$350.000.000 y edad hasta 70 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.

ENFERMEDAD DECLARADA HIPERTENSION ARTERIAL:

- Monto hasta \$40.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, ver tabla de primas.
- Monto hasta \$40.000.001 a \$60.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud Individual, declaración de Asegurabilidad, examen médico.
- Monto de \$60.000.001 hasta \$100.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.).
- Monto de \$100.000.001 hasta \$350.000.000 y edad de 71 a 75 años:
Solicitud individual, declaración de asegurabilidad, examen médico, examen de orina, electrocardiograma (E.K.G.), cuadro hemático, triglicéridos, colesterol, glicemia, ácido úrico en sangre, creatinina en sangre, transaminasas (TGO Y TGP).

SIN IMPORTAR SI DECLARA O NO ENFERMEDADES

De \$350.000.001. en adelante. Para valores asegurados superiores a este monto, serán objeto de un estudio por parte de la Aseguradora:

- Solicitud Individual y Declaración de Asegurabilidad
- Examen Médico
- Examen de Orina
- Electrocardiograma (E.K.G.)
- Cuadro Hemático, Triglicéridos, Colesterol, Glicemia, Ácido Úrico en sangre, Creatinina en sangre, Transaminasas (TGO Y TGP).

El Rx del Tórax (Anteroposterior y Lateral) se solicitará a criterio del médico examinador, en pacientes grandes fumadores, antecedentes de asma, EPOC, sospecha de enfermedad pulmonar o de hipertrofia cardíaca. Costos por cuenta de la Compañía.

Todos los exámenes médicos exigidos, así como exámenes de laboratorio indicados deben ser asumidos por la Aseguradora, y estos serán efectuados por los médicos adscritos a la Compañía. La Aseguradora asumirá el costo de exámenes adicionales especializados que pudiere llegar a requerir un deudor en razón de su estado de salud.

Para los casos en los cuales se presente restablecimiento de la suma asegurada por refinanciación o por el otorgamiento de nuevos créditos, no se solicitará el cumplimiento de requisitos de asegurabilidad adicionales a los presentados para el desembolso del crédito inicial, siempre que no haya transcurrido más de un (1) año entre el crédito inicial y su restablecimiento, el valor asegurado total no supere la suma de \$100.000.000 y haya sido calificado como riesgo estándar.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S.A. COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

15. PLAZO PARA LA ACEPTACIÓN O RECHAZO

Tratándose de ciudades donde la Aseguradora tenga Sucursal, la respuesta sobre las condiciones de aceptación de un nuevo cliente del Banco se dará así: En Bogotá en ocho (8) horas hábiles, ciudades fuera de Bogotá, veinticuatro (24) horas hábiles, contados desde la fecha de la práctica del examen médico.

16. PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS

La Aseguradora pondrá a disposición del Banco, la red médica a nivel nacional, con presencia en los lugares donde el Banco cuente con oficinas.

De no contar con la totalidad de la red, la Aseguradora autorizará la práctica de los requisitos en un Centro Médico legalmente constituido y reembolsará el costo de los mismos a tarifas de la Aseguradora, en un plazo no mayor a 8 días.

Una vez se realice el examen médico y de laboratorio según el caso, el médico calificador emitirá el concepto médico dentro de los plazos establecidos en el numeral anterior.

CLAUSULA ESPECIAL DE NO APLICACIÓN DE EXAMENES MEDICOS

En caso de que el crédito no exceda de \$5.000.000 y haya respuestas afirmativas a la Declaración de Estado de Salud, el Departamento Médico de la Aseguradora evaluará el riesgo y definirá las condiciones de aceptación del mismo: Aceptado con extra prima, Declinado o Aplazado.

Así mismo, para los clientes que residan a más de una hora de distancia de la ciudad principal donde exista IPS contratada por la aseguradora, serán tramitados con solicitud individual de seguro para calificación médica. Y estos casos serán revisados de manera puntual con la aseguradora para su aprobación y definición de ingreso a la póliza, para créditos Hasta un monto máximo de \$25.000.000 de valor asegurado por cliente.

17. VALIDEZ DE LA CALIFICACIÓN MÉDICA Y DE LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

La calificación médica que emita la Aseguradora, tendrá validez hasta por un (1) año. La Declaración de Asegurabilidad tendrá igualmente una validez de hasta un (1) año.

18. AMPARO AUTOMÁTICO

Deudores con edad hasta 70 años:

Se otorga Amparo Automático desde el momento en que el Banco efectúe el desembolso del crédito, para los deudores con edad hasta 70 años que hayan diligenciado la solicitud correspondiente, contestando negativamente las preguntas sobre su salud y cuyos créditos o acumulación de créditos no superen los \$350.000.000. En caso de que alguna de las preguntas sobre salud allí realizadas sea contestada afirmativamente, el deudor deberá practicarse un examen médico y de laboratorio de acuerdo con la tabla de requisitos indicada en la presente invitación y su amparo se iniciará previa autorización de la Aseguradora.

Deudores con edad entre 71 y 75 años más 364 días:

Se otorgará Amparo Automático desde el momento en que el Banco efectúe el desembolso del crédito, para los deudores con edad entre 71 y 75 años más 364 días, que hayan diligenciado la solicitud correspondiente, contestando negativamente las preguntas sobre su salud y cuyos créditos o acumulación de créditos no superen los \$60.000.000. En caso de que alguna de las preguntas sobre salud allí realizadas sea contestada afirmativamente, el deudor deberá practicarse un examen médico y su amparo se iniciará previa autorización de la Aseguradora.

19. INICIO Y DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura individual del seguro inicia desde la fecha del desembolso del crédito, siempre y cuando el solicitante haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad, y estará vigente hasta la terminación del plazo del crédito o hasta el pago de la totalidad de la deuda a cargo del deudor, incluyendo los procesos judiciales para su cobro, siempre que la póliza esté vigente con la Aseguradora.

Lo dispuesto anteriormente opera siempre y cuando el solicitante del crédito haya cumplido previamente con los requisitos de asegurabilidad establecidos en la presente propuesta y medie aprobación formal de la Aseguradora en los casos que no encajen en lo establecido en la cláusula de amparo automático.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S A COD. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

20. VIGENCIA DEL PROGRAMA DE SEGUROS

El programa de seguros tendrá vigencias anuales. En caso que la adjudicación se haga por el plazo máximo establecido que es de dos (2) años, la póliza se renovará por períodos iguales.

21. CLÁUSULAS ESPECIALES

21.1 CONTINUIDAD DE AMPARO:

Se otorga continuidad de amparo para los asegurados incluidos en la póliza actualmente vigente, en iguales condiciones de edad, calificación (riesgo normal o extra primado), con los mismos amparos y hasta los mismos valores asegurados. Esto significa, que cualquier enfermedad, tratamiento o lesión que se haya presentado en este período, la Compañía no los considerará preexistentes, y en caso de presentarse alguna reclamación por este motivo, no habrá lugar a Objeción.

21.2 CLÁUSULA ESPECIAL DE NO OBJECCIÓN DE RECLAMOS POR RETICENCIA:

La Aseguradora otorga un límite agregado anual de \$1.262.687.447 para indemnizar aquellos siniestros que sean objetados por reticencia, de acuerdo con lo expuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio.

El pago de las indemnizaciones objeto de este límite agregado anual se hará al Banco teniendo en cuenta la suma asegurada. Esta cláusula se erosiona solamente con reclamaciones que afecten los amparos de Fallecimiento e Incapacidad Total Permanente.

El límite establecido para este amparo opera por cada anualidad, no tendrá restablecimiento en caso de agotarse en una sola vigencia anual y no es acumulable de una vigencia a otra. Podrán ser cargados a esta cláusula únicamente los siniestros ocurridos durante la vigencia anual, reclamados hasta dos (2) meses después del vencimiento de la anualidad.

Este límite se restablecerá al iniciar la siguiente anualidad y será incrementado en el mismo porcentaje que crezca el valor asegurado anual total de la póliza por efecto de colocación de nuevos créditos. Para establecer el porcentaje de incremento, se tomará el valor asegurado final de la vigencia, dividido sobre el valor asegurado inicial menos uno (1).

Los siniestros pagados contra la cláusula de no objeción, no generarán el reconocimiento o pago de los amparos adicionales de Auxilio Funerario, ni Renta por Fallecimiento o Incapacidad Total Permanente.

21.3 RETICENCIA E INEXACTITUD

El concepto de reticencia e inexactitud contemplado en el artículo 1058 del Código de Comercio se aplicará respetando el principio de causalidad, es decir, se objetará el pago del seguro solamente en aquellos casos en que la muerte o incapacidad se produzca por causas relacionadas directamente con los hechos materia de inexactitud o de reticencia en la declaración de asegurabilidad.

21.4 REVOCACIÓN UNILATERAL

En caso que la Aseguradora decida revocar o terminar el contrato de seguro dará aviso previo al Tomador con una anticipación de 180 días. El Tomador podrá revocar de manera unilateral el contrato de seguro en cualquier momento de su ejecución, sin que por ello hubiese lugar a la aplicación de las tarifas de corto plazo.

21.5 ERROR EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

No se aplicarán las sanciones establecidas en el Código de Comercio correspondientes a los errores en la declaración de la edad, excepto cuando la edad real exceda el límite de aceptación de la póliza.

21.6 AMPLIACION DE AVISO DE RECLAMO A 120 DIAS

Cuando ocurra un siniestro que afecte los riesgos asegurados por la presente póliza, el Tomador lo comunicará por escrito a más tardar dentro de los 120 días siguientes contados a partir de la fecha que haya conocido o debido conocer la ocurrencia del siniestro.

21.7 EXTENSIÓN DE COBERTURA CONTRA FENÓMENOS DE LA NATURALEZA, ACTOS POLÍTICOS, SOCIALES, AMIT Y HMACC.

El seguro ofrecido a los deudores del Banco otorga cobertura por Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente ocasionada por estos eventos.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S A ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

21.8 EXTENSIÓN DE COBERTURA A MUJERES EMBARAZADAS

La Aseguradora autoriza la inclusión automática en condiciones normales cuando la asegurada solicite un crédito, siempre y cuando haya diligenciado la solicitud correspondiente, contestando negativamente las preguntas sobre su salud. En caso contrario se debe practicar examen médico y la cobertura iniciará previa autorización de la Aseguradora.

21.9 EXTENSIÓN DE COBERTURA

21.9.1. A DEUDORES HIPERTENSOS

Los Deudores que manifiesten padecer Hipertensión Arterial, cuya deuda no exceda de \$40.000.000, podrán ser incluidos en la póliza aplicando una extra prima del 50%. Lo anterior significa que no deben ser remitidos a examen médico, a menos que declaren padecer alguna otra enfermedad.

21.9.2 Patologías con extraprima (TABLA DE EXTRAPRIMAS): Extra prima que será aplicada a las siguientes patologías (aplican para el amparo básico de vida y auxilio funerario):

- Enfermedades Mentales (neurosis, ansiedad, depresión, síndrome mental orgánico, trastorno de estrés pos trauma, epilepsia) % DE EXTRAPRIMA 50%
- Enfermedades cardíacas y vasculares (enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent) % DE EXTRAPRIMA 75%
- Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos % DE EXTRAPRIMA 25%
- Enfermedades Renales (IRC en diálisis) % DE EXTRAPRIMA 75%

Las siguientes enfermedades serán consideradas como riesgo estándar:

- | | |
|--|---|
| • Diabetes Mellitus | 0 |
| • Hipotiroidismo | 0 |
| • Hiperlipidemia | 0 |
| • Colesterol | 0 |
| • Triglicéridos | 0 |
| • Ceguera | 0 |
| • Amputaciones por causa traumática (accidente, mina antipersonal, terrorismo) | 0 |

21.9.3 EXTENSIÓN DE COBERTURA SIN RESTRICCIÓN DE ACTIVIDAD PARA POLÍTICOS Y MILITARES

A los Deudores que se desempeñen en estas actividades, sin importar la cuantía de la deuda, se les aplicará una extra prima de acuerdo con la siguiente tabla:

Valor máximo asegurado:

- Hasta \$30.000.000 millones, Tasa extra prima anual 2.00%; Tasa extra prima mensual 0.17%
- Más de \$30.000.001 millones, Tasa extra prima anual 2.50%; Tasa extra prima mensual 0.21%

22. PERIODICIDAD DE LOS COBROS - FACTURACIÓN Y PAGO DE PRIMAS DEL SEGURO DE VIDA GRUPO

La póliza será de reporte y cobro mensual mes vencido y la Aseguradora otorgará para el pago de la prima un plazo máximo de 70 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del certificado mensual de cobro que la Aseguradora entregará al Banco. Vencido este plazo el no pago de las primas correspondientes producirá los efectos previstos en la Ley.

El Banco pagará las primas sobre facturación, incluidas las primas de los créditos en mora. No obstante, el Banco al inicio del programa podrá informar a la Compañía de Seguros su decisión de no asumir el pago de las primas de los créditos cuya mora supere determinado tiempo, caso en el cual para estos créditos no habrá cobertura del seguro.

23. FORMA DE COBRO DE LAS PRIMAS

La prima se cobrará mensualmente. Para el efecto, el Banco suministrará en forma mensual a la Aseguradora la base de datos de los deudores, con los saldos de cartera, incluidos los intereses corrientes, intereses de mora, sobregiros y primas de seguro, dentro de los primeros 10 días de cada mes.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S A ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: 994000000002 ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: BANCO GNB SUDAMERIS S A IDENTIFICACIÓN: NIT 860050750-1
ASEGURADO: PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

24. TERMINACION DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

El seguro terminará en forma individual respecto de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado, al presentarse alguno de los siguientes hechos:

- Terminación o no renovación de la póliza.
- Revocación de la póliza matriz por parte del tomador.
- Revocación de certificados individuales de seguro por parte del tomador.
- Cuando el asegurado deje de pertenecer al grupo asegurable.
- Por el fallecimiento o declaratoria de incapacidad total y permanente del asegurado. Cuando la obligación se extinga íntegramente.
- Cuando el asegurado opte por contratar los seguros con otra aseguradora y ésta sea aceptada como garantía adicional por el Banco.
- Por el no pago de prima vencido el periodo de gracia.

En los demás casos estipulados en las disposiciones legales que reglamenta el seguro de vida grupo deudores.

25. PLAZO PARA PAGO DE INDEMNIZACIONES

Una vez acreditada la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida, la Aseguradora pagará al Banco el monto indemnizable dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la formalización del reclamo.

26. DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

A continuación, se relacionan los documentos necesarios para tramitar el pago de indemnizaciones de las diferentes coberturas.

Muerte Natural

- Original o fotocopia del Registro Civil de Defunción.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía del asegurado.
- Certificado de la Solicitud Individual de Seguro.
- Certificación del saldo de la deuda.

Muerte Accidental

- Original o fotocopia del Registro Civil de Defunción.
- Fotocopia de la cédula del asegurado.
- Certificación de Fiscalía o autoridad competente donde establezca claramente la causa de la muerte.
- Certificación del Saldo de la deuda.
- Certificado de la Solicitud Individual del Seguro.

Incapacidad Total y Permanente

- Historia clínica completa.
- Fotocopia de la cédula del asegurado.
- Certificado de la Solicitud Individual del Seguro.
- Certificación del Saldo de la deuda.
- Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral emitida por entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

27. Cláusula Especial de Flexibilización Documental para Reclamos con Saldo Insoluto de Deuda hasta \$3.000.000 (en uno o varios créditos):

En caso de fallecimiento del deudor se solicitará, como únicos requisitos, los siguientes:

- Original o fotocopia del Registro Civil de Defunción.
- Certificación del saldo de la deuda.

En caso de Incapacidad Total y Permanente: El asegurado que no tenga recursos para hacer el proceso de calificación de la pérdida de capacidad laboral, será valorado por los médicos de Medicina Laboral de la Aseguradora, asumiendo la Compañía el costo de la evaluación, previa presentación de la historia clínica completa.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S.A. D. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

28. SERVICIO ESPECIAL PARA LA ATENCION DE SINIESTROS

ATENCION DE SINIESTROS DE VIDA POR PARTE DE LA ASEGURADORA, DIRECTAMENTE EN LA OFICINA PRINCIPAL DEL BANCO

La aseguradora ofrece para la atención de las reclamaciones del Seguro de Vida Grupo Deudores dos funcionarios, uno ubicado en la oficina principal del Banco y otro en la oficina principal de la aseguradora, con sistema en línea, con el fin de radicar, analizar y definir las reclamaciones en forma centralizada, con un compromiso de definición máximo de hasta 5 días contados a partir de la fecha de formalización de la reclamación.

Estos funcionarios tendrán una delegación para definir reclamos hasta la suma de cincuenta millones de pesos (\$50.000.000). Los casos que superen este valor serán definidos por la Dirección de Indemnizaciones, dentro del plazo ya convenido.

Esto permitirá al Banco tener celeridad en la atención y manejo de reclamaciones, información oportuna de siniestros, soporte y asesoría en el manejo de las reclamaciones y domiciliación de los pagos directamente a la cuenta que el Banco designe.

29. CONDICIONES ECONOMICAS

TASA ÚNICA POR MIL FULL AMPAROS

ANUAL: 6.36 %
MENSUAL: 0.53 %

SIN RECARGO POR FRACCIONAMIENTO

30. MODIFICACIONES A LA TASA POR SINIESTRALIDAD

Las siguientes serán las tablas de incrementos o descuentos de tasa aplicables a cada renovación de acuerdo con la siniestralidad:

TABLA DE AJUSTES

Siniestralidad Estimada	% para la Nueva Vigencia e Incremento
15,01% a 20,00%	Incremento: -69,23%
20,01% a 25%	Incremento: -61,54%
25,01% a 30%	Incremento: -53,85%
30,01% a 35%	Incremento: -46,15%
35,01% a 40%	Incremento: -38,46%
40,01% a 45%	Incremento: -30,77%
45,01% a 50%	Incremento: -23,08%
50,01% a 55%	Incremento: -15,38%
55,01% a 60%	Incremento: -7,69%
60,01% a 65%	Incremento: 0,00%
65,01% a 70%	Incremento: 7,69%
70,01% a 75%	Incremento: 15,38%
75,01% a 80%	Incremento: 23,08%
80,01% a 85%	Incremento: 30,77%
85,01% a 90%	Incremento: 38,46%
90,01% a 95%	Incremento: 46,15%
95,01% a 100%	Incremento: 53,85%
100,01% a 105%	Incremento: 61,54%
105,01% a 110%	Incremento: 69,23%
110,01% a 115%	Incremento: 76,92%
115,01% a 120%	Incremento: 84,62%
120,01% a 125%	Incremento: 92,31%
125,01% a 130%	Incremento: 100,00%
130,01% a 135%	Incremento: 107,69%
135,01% a 140%	Incremento: 115,38%
140,01% a 145%	Incremento: 123,08%
145,01% a 150%	Incremento: 130,77%

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS D. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

Para la aplicación de las tablas anteriores, a continuación, se explica la forma de medición del índice de siniestralidad: $IS = (SI + IBNR) / P$

Dónde:

- IS = Índice de siniestralidad
- SI = Siniestros incurridos
- P = Primas emitidas de la vigencia
- IBNR = Reserva de siniestros no avisados que corresponde al 18% de SI

Siniestros incurridos es igual a: siniestros ocurridos y pagados durante la vigencia, más siniestros ocurridos y avisados durante la vigencia pendientes de pago. Los factores de recargo o descuento son aplicables a las tasas descritas en la presente propuesta.

La medición se hará tomando como base los 12 meses anteriores a la fecha en que se haga la revisión de la siniestralidad para el ajuste correspondiente.

31. CLÁUSULA DE PARTICIPACIÓN DE UTILIDADES

En caso de renovación, y de presentar utilidad técnica en la póliza, la Aseguradora reconocerá al BANCO GNB SUDAMERIS una participación de utilidades, para lo cual se tendrá en cuenta la siguiente fórmula:
 $PU = 30\% * ((60\% * P) - (SI + IBNR))$

Donde:

- PU = Participación de Utilidades
- P = Primas emitidas de la vigencia, efectivamente recaudadas
- SI = Siniestros incurridos
- IBNR = Reserva de siniestros no avisados que corresponde al 18% de SI

Siniestros incurridos es igual a: siniestros ocurridos y pagados durante la vigencia, más siniestros ocurridos y avisados durante la vigencia pendientes de pago. La liquidación de esta participación se hará luego de transcurridos tres (3) meses desde la terminación de la vigencia objeto de estudio.

32. DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para todos los efectos legales se fija como domicilio contractual la ciudad indicada como lugar de expedición en la carátula de la póliza.

33. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación que deban hacerse las partes durante la ejecución de este contrato deberá consignarse por escrito y será prueba suficiente de la notificación la constancia del envío escrito por correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección registrada por las partes.

34. MODIFICACION ANUAL DE LAS CONDICIONES TECNICAS Y ECONOMICAS DEL PROGRAMA.

Mientras los contratos de reaseguro de la Aseguradora así lo permitan, los términos y condiciones aquí estipulados aplicarán para vigencias posteriores y máximo dos (2) años. Lo anterior sin perjuicio de aplicar ajustes necesarios a las tasas de acuerdo al resultado técnico del negocio.

En cada anualidad se entregará el Slip con los ajustes correspondientes para la nueva vigencia.

35. CONVENIO ESPECIAL DE ASISTENCIA JURÍDICA PARA LOS ASEGURADOS

En caso de fallecimiento del (los) asegurado(s), la Aseguradora pone a disposición de los beneficiarios de una ayuda inmediata, en forma de prestación de servicios de asistencia jurídica, bajo la modalidad de consultoría, en forma verbal a través de una línea telefónica dedicada o en forma presencial, en caso de muerte accidental o natural.

Al adquirir este producto el asegurado tiene la tranquilidad de saber que cuenta con un servicio de asistencia jurídica de primera calidad, mediante el cual tiene acceso a un abogado especializado que atenderá de manera ágil y oportuna sus inquietudes o consultas legales.

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS S.A. ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

35.1. COBERTURAS:

Las coberturas de asistencia jurídica se presentarán de acuerdo con las condiciones que se establecen a continuación:

35.1.1. Orientación Jurídica Telefónica:

En caso de fallecimiento de (los) asegurado(s), la Aseguradora realizará mediante una teleconferencia telefónica, una orientación jurídica en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial derecho policivo y laboral, cuando el afiliado requiera adelantar una consulta en tales aspectos.

35.1.2. Emisión de conceptos jurídicos:

Previo análisis de la información aportada por el beneficiario y la evaluación de las inquietudes planteadas por el mismo, se emitirán un concepto jurídico en aspectos relativos a derecho civil y de familia, derecho penal, derecho administrativo y tributario, derecho mercantil, comercial derecho policivo y laboral.

35.1.3. Asistencia jurídica preliminar:

En caso de muerte natural o accidental la Aseguradora pondrá a disposición del grupo familiar asegurado, un abogado para que asesore de manera presencial en todos los trámites judiciales y administrativos previos que se requieran para adelantar la inhumación o la cremación del beneficiario fallecido.

35.1.4 Documentos:

En el evento de fallecimiento del asegurado, la Aseguradora proporcionará a solicitud de los beneficiarios, los recursos necesarios para adelantar las diligencias notariales y de registro que se requiera para la tramitación del reclamo. Esta cobertura tiene un límite de un SMMLV, que incluye los servicios de tramitador, fotocopias y autenticación.

36. ASISTENCIAS COMPLEMENTARIAS SIN COBRO DE PRIMA ADICIONAL

36.1. ASISTENCIA NUTRICIONAL TELEFÓNICA:

A solicitud del ASEGURADO se pondrá en contacto con un nutricionista de manera telefónica para orientar al cliente sobre alternativas alimentarias por condiciones bien sea de salud o médicas. Este servicio se prestará con un límite de 3 eventos al año.

36.2. MANEJO DE AGENDA (CITAS MEDICAS Y MEDICAMENTOS):

A solicitud del ASEGURADO y/o BENEFICIARIO, se coordinará cualquier cita médica que solicite el ASEGURADO. Estos servicios serán proporcionados sin límite de eventos al año.

36.3. ORIENTACIÓN TELEFÓNICA TECNOLÓGICA:

En caso de presentarse una falla en el computador, ya sea configuración de periféricos y su instalación, instalación de anti spyware (ad ware), Instalación de anti virus y filtrado de contenidos, Instalación y configuración de SO y diagnóstico y asesoramiento en problemas del PC, el ASEGURADO tendrá acceso al técnico en línea, quien recibirá la llamada y realizará preguntas de diagnóstico para intentar solucionar o establecer vía telefónica el problema que aqueja al ASEGURADO. Este servicio se prestará con un límite de 3 eventos al año.

36.4. REFERENCIA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS:

Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia de médicos especialistas a nivel nacional. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

36.5. REFERENCIA SOBRE PLANES DE VIAJES:

Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia sobre las mejores alternativas de viajes. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año.

36.6 REFERENCIA DE CURSOS / TALLERES:

Por solicitud del ASEGURADO, dará referencia sobre cursos que existan disponibles para el adulto mayor. Este servicio se prestará sin límite de eventos al año

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS ID. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

PARAGRAFO 1. De cualquier manera, se deja expresa constancia que los servicios ofrecidos son de medio y no de resultado.

37. MATERIAL INFORMATIVO

La Aseguradora tendrá en cuenta la emisión del siguiente material, Cartilla guía de consulta para las fuerzas de ventas del Banco, el cual deberá ser actualizado periódicamente. Este requisito opera para cada una de las vigencias.

38. CAPACITACIÓN

La Aseguradora realizará mínimo dos (2) programas de capacitación por año dirigida a los funcionarios del BANCO, que el supervisor indique, la cual deberá realizarse por medio de una herramienta de capacitación o consulta virtual, ubicados en cualquier parte del territorio nacional, relativo al seguro objeto de esta invitación con una intensidad mínima de cuatro (4) horas. Eventualmente debe aceptar capacitaciones adicionales que se requiera a solicitud del BANCO. El cronograma de capacitación deberá presentarse solamente por el oferente seleccionado, y estará sujeto a la aprobación y concertación con el BANCO.

39. SERVICIOS ADICIONALES

39.1 Menor tiempo de respuesta en la definición médica del riesgo una vez el solicitante asista al examen médico de asegurabilidad, en horas:

Una vez el cliente de dirija a la clinica a la práctica de exámenes médicos y los mismos sean tomados por la IPS de acuerdo a lo indicado por la aseguradora, la misma debe remitir los resultados en un tiempo de 30 minutos. Posterior a ello, en máximo 30 minutos la compañía recibe los resultados de los exámenes, valida y emite el concepto de asegurabilidad vía plataforma tecnológica y el banco recibe por correo electrónico la respuesta de Asegurabilidad del cliente emitido por la compañía de seguros. El banco recibe dicha respuesta y decide si acepta o rechaza al cliente.

39.2 Menor tiempo en el procedimiento de exámenes médicos de ingreso:

CLIENTE/BANCO:

Cliente del banco solicita crédito - el banco revisa las condiciones del crédito para validar requisitos de asegurabilidad (amparo automático, extra prima automáticas) si requiere exámenes el comercial debe ingresar a la plataforma tecnológica y realizar el registro con los datos solicitados del cliente. Si el cliente no requiere exámenes médicos, el mismo ingresa asegurado a la póliza y finaliza el proceso.

CALL CENTER/PLATAFORMA:

Operadora contacta al cliente y agenda el examen de acuerdo a disponibilidad de tiempo y lugar del cliente (10 minutos) - se envía carta de agendamiento a los correos electrónicos registrados en la plataforma con la información de la cita agendada, si el cliente asiste, continua el proceso, en caso de no asistencia se debe solicitar re agendamiento de la cita a través del área de seguros del banco.

CENTRO MÉDICO/COMPAÑÍA:

El asegurado se dirige al centro médico para la toma de los exámenes requeridos / El centro médico practica exámenes y remite resultado en línea a la compañía (Dirección General). El departamento médico recibe exámenes, evalúa y emite concepto de asegurabilidad (30 minutos). Gerencia de Seguros de Personas evalúa concepto médico y remite condiciones de asegurabilidad por correo electrónico.

CLIENTE/BANCO:

Banco recibe concepto de asegurabilidad / ingresa al asegurado o emite concepto de rechazo. Esto pone fin al proceso.

39.3 Red médica de atención exclusiva para el BANCO cuya localización sea cercana a las ciudades donde el Banco hace colocación de sus créditos y/o presentar la Red Médica como mínimo en las ciudades donde el Banco tiene sucursales según el Anexo No 3 del pliego de la invitación.

39.4 Presentación de informes periódicos con relación al comportamiento de la póliza:

TEXTOS CONTINUAN EN LA SIGUIENTE PAGINA.....

POLIZA SEGURO DE VIDA EN GRUPO DEUDORES

DATOS DE LA PÓLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS D. AGENCIA: RAMO: No. PÓLIZA: **994000000002** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **BANCO GNB SUDAMERIS S A** IDENTIFICACIÓN: NIT **860050750-1**
ASEGURADO: **PERSONAS QUE ADQUIERAN UNA DEUDA CON EL BANCO MEDIANTE LA MO** IDENTIFICACIÓN:
BENEFICIARIO: **POR LOS AMPAROS DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMA** IDENTIFICACIÓN:

TEXTO DE LA POLIZA

Con el objetivo de mantener actualizado al Banco con la información de siniestros avisados, pendientes, pagados, objetados o que se encuentre en otro estado, procedemos a suministrar en la periodicidad coordinada un informe de siniestros sobre el comportamiento de la póliza que incluya los datos correspondientes a las reclamaciones. Este informe contendrá:

- Número de póliza
- Nombre del deudor
- Número de identificación del deudor
- Fecha de aviso
- Año de aviso
- Mes de aviso
- Fecha de siniestro
- Fecha de ocurrencia
- Vigencia
- Año ejercicio
- Causa del siniestro
- Amparo afectado
- Valor reclamado
- Valor pagado
- Valor pendiente
- Otros

Bogotá D.C, 05 de marzo de 2020
OBSP-20 – 604 - RUI - 34954

Señores.
BANCO GNB SUDAMERIS S A
Diagonal 27 N°6-70 Piso 3B - Ed. Banco GNB Sudameris
3433900
Bogotá D.C.

REFERENCIA.	POLIZA:	994.000.000.002
	TOMADOR:	BANCO GNB SUDAMERIS S A
	ASEGURADO:	YAIR LEANDRO RODRIGUEZ GIRALDO
	RECLAMACION:	No. 843-16-2019-34101
	AMPARO:	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Respetados señores,

Atentamente la aseguradora ha recibido la documentación mediante la cual se pretende la afectación del amparo de incapacidad total y permanente con ocasión del dictamen de invalidez emitido por la Junta Médico Laboral No. 111337, el cual le otorgo una pérdida de la capacidad laboral del 59.59%, al asegurado al señor Yair Leandro Rodriguez Giraldo, sobre el particular la aseguradora se permite informar lo siguiente:

La póliza de seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000002 tiene como objeto amparar los deudores del Banco GNB Sudameris contra los riesgos de Muerte o Incapacidad Total y Permanente, cuya realización pueda apañarle al Banco un perjuicio económico.

En este caso, es preciso señalar que el asegurado firmó la declaración de asegurabilidad contenida en el formulario de la solicitud individual de seguro, requerida por el Banco GNB Sudameris para el trámite del crédito solicitado, el 15 de febrero de 2019, y en ella manifestó no padecer ni haber padecido ninguna enfermedad.

Ahora bien, teniendo en cuenta el párrafo anterior, es necesario mencionar que el 08 de octubre de 2018, la Junta Medico Laboral No.1198, le otorgó al asegurado una calificación de la disminución de la capacidad laboral del 19%, circunstancia que se produce con anterioridad a al ingreso a la póliza, ahora bien en noviembre de 2019 le califican 4 patologías: Lumbago mecánico, artrosis de rodilla ambas con fecha de diagnóstico junio de 2018, hipoacusia con diagnóstico de diciembre de 2018, Según los soportes allegados todas las patologías están diagnosticadas con anterioridad al ingreso. No declaró ningún tema de salud. Ingresa como persona absolutamente sana.

Conforme lo enunciado, se procedió con el análisis de la solicitud de indemnización, encontrándola improcedente, teniendo en cuenta lo estipulado por el artículo 1054 del código de comercio, el cual establece:

“Denomínese riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento.”

De otra parte, el artículo 1073 del código de comercio establece sobre la responsabilidad del asegurador según el inicio del siniestro lo siguiente:

OBSP-20 – 604 - RUI - 34954

“Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consume la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

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

Conforme lo enunciado, es claro entonces que la configuración de la pérdida de la capacidad laboral del asegurado superior al 50%, se causó en un 19% con anterioridad de la vigencia de la póliza contratada, siendo éste un hecho cierto que de acuerdo con los postulados jurídicos precitados no constituye riesgo y es por ende ajeno al contrato de seguro.

Ciertamente, la Aseguradora asume los riesgos de conformidad con el diligenciamiento del cuestionario que considera pertinente para la evaluación del riesgo al momento de hacer la suscripción, dicho formulario debe ser tramitado por cada asegurado. Para el presente caso, el asegurado tenía antecedentes importantes de salud y no los manifestó, esto interfiere con el eficaz desarrollo del contrato de seguro, de acuerdo a lo indicado en el artículo 1058 del Código de comercio, que enuncia:

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

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

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

De acuerdo a los postulados jurídicos, anteriormente enunciados, señalamos que el asegurado, omitió informar que presentaba antecedentes médicos, contexto que no sólo agrava el riesgo, sino que aumenta las probabilidades de complicarlo en el futuro; para nuestro caso particular, podría indicarse que dichos dictámenes constituyen un factor de riesgo, presentándose así un nexo causal entre las circunstancias no mencionadas en la declaración de asegurabilidad y el origen del fallecimiento.

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

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

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

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

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibidem, según el cual el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad

OBSP-20 – 604 - RUI - 34954

relativa del seguro (...) Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...) Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 (...) Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

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

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

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

Así las cosas, Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa lamenta informarle que en esta ocasión, no puede atender favorablemente su solicitud indemnizatoria de conformidad con los argumentos aquí expuestos, procediendo así con la objeción del reclamo y declinando el pago pretendido por el mismo.

Con toda atención,



GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA

Copia SEAS DIR LICITACION - BCO GNB SUDAMERIS
Intermediario: AON RISK SERVICES COLOMBIA S.A CORREDORES DE SEGUROS

Elaboro: JOBELTRAN
Reviso: GADIAZ