

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA // LUIS GUILLERMO OSORIO VANEGAS VS ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. // RAD. 41298400300120220004600 // JOB

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Vie 10/06/2022 3:59 PM

Para: Juzgado 01 Civil Municipal - Huila - Garzon <j01cmpalgarzon@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC: alejandro_07 <alejandro_07@hotmail.com>; contacto@mafcolombia.com

<contacto@mafcolombia.com>; provedores@mafcolombia.com

<provedores@mafcolombia.com>; njudiciales@mapfre.com.co <njudiciales@mapfre.com.co>

Señores,

JUZGADO PRIMERO MUNICIPAL DE GARZÓN – HUILA

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL
RADICADO: 412984003001 2022 00046 00
DEMANDANTES: LUIS GUILLERMO OSORIO VANEGAS
DEMANDADOS: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. Y OTROS

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado General de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT 860.026.182-5 y representada legalmente por el doctor David Alejandro Colmenares Spence, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio que se aporta con el presente documento, donde se observa el mandato general a mi conferido a través de Escritura Pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 otorgada en la Notaría 29 de la ciudad de Bogotá. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, manifiesto comedidamente que procedo, a **CONTESTAR A LA DEMANDA** instaurada por Luis Guillermo Osorio Vanegas en contra de mi representada.

Con base en lo que dispone el art. 16 del Acuerdo PCSJA21-11840 copio este mensaje de datos a los correos electrónicos de las demás partes.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

JOB

Señores,

JUZGADO PRIMERO MUNICIPAL DE GARZÓN – HUILA

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL
RADICADO: 412984003001 2022 00046 00
DEMANDANTES: LUIS GUILLERMO OSORIO VANEGAS
DEMANDADOS: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. Y OTROS

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado General de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT 860.026.182-5 y representada legalmente por el doctor David Alejandro Colmenares Spence, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio que se aporta con el presente documento, donde se observa el mandato general a mi conferido a través de Escritura Pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 otorgada en la Notaría 29 de la ciudad de Bogotá. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, manifiesto comedidamente que procedo, a **CONTESTAR A LA DEMANDA** instaurada por Luis Guillermo Osorio Vanegas en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a la totalidad de las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO 1: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

FRENTE AL HECHO 2: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

FRENTE AL HECHO 3: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin perjuicio de lo anterior, no debe perderse de vista que en la Póliza 22127195 no podrá ser afectada, como quiera que no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención. En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

FRENTE AL HECHO 4: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin perjuicio de lo anterior, no debe perderse de vista que en la Póliza 22127195 no podrá ser afectada, como quiera que no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención. En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

FRENTE AL HECHO 5: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin perjuicio de lo anterior, es necesario precisar que, de acuerdo con lo indicado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila en dictamen No. 12705 de fecha 18 de diciembre de 2020, el señor Luis Guillermo Osorio Vanegas presentaba un número plural de antecedentes médicos, como se observa en el siguiente aparte:

Oftalmología 8 de Septiembre del 2020, especialidad retinología refiere baja visión donde hace 3 en lagrimeo en angiografía se evidencia palidez escasos microaneurismos antecedentes de hipertension arterial desde hace 15 años diabetes mellitus desde hace 3 años insulino dependiente tuvo cama diabético. Agudeza visual ojo derecho movimiento manos ojo izquierdo percepción de luz estrabismo biomicroscopia esclerosis nuclear subcapsular posterior ojo izquierdo diagnostico neuropatía óptica isquémica ambos ojos retinopatía diabética, endoscopia digestiva 12 de Diciembre del 2014, esofozitva erosiva hernia hiatal, gastritis.

Documento: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila, Ponencia información general del dictamen

Transcripción parte esencial: “(...) Hipertensión arterial desde hace 15 años, diabetes mellitus desde hace 3 años insulino dependiente(...)”

FRENTE AL HECHO 6: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin perjuicio de lo anterior, es necesario precisar que, de acuerdo con lo indicado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila en dictamen No. 12705 de fecha 18 de diciembre de 2020, el señor Luis Guillermo Osorio Vanegas presentaba un número plural de antecedentes médicos, como se observa en el siguiente aparte:

Oftalmología 8 de Septiembre del 2020, especialidad retinología refiere baja visión donde hace 3 en lagrimeo en angiografía se evidencia palidez escasos microaneurismos antecedentes de hipertension arterial desde hace 15 años diabetes mellitus desde hace 3 años insulino dependiente tuvo cama diabético. Agudeza visual ojo derecho movimiento manos ojo izquierdo percepción de luz estrabismo biomicroscopia esclerosis nuclear subcapsular posterior ojo izquierdo diagnostico neuropatía óptica isquémica ambos ojos retinopatía diabética, endoscopia digestiva 12 de Diciembre del 2014, esofozitva erosiva hernia hiatal, gastritis.

Documento: Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila, Ponencia información general del dictamen

Transcripción parte esencial: “(...) Hipertensión arterial desde hace 15 años, diabetes mellitus desde hace 3 años insulino dependiente(...)”

FRENTE AL HECHO 7: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

FRENTE AL HECHO 8: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin perjuicio de lo anterior, no debe perderse de vista que en la Póliza 22127195 no podrá ser afectada, como quiera que no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención. En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

FRENTE AL HECHO 9: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin perjuicio de lo anterior, no debe perderse de vista que en la Póliza 22127195 no podrá ser afectada, como quiera que no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de

Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención. En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

FRENTE AL HECHO 10: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin perjuicio de lo anterior, se pone de presente que revisadas las documentales allegadas al proceso, se advierte que por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila dictaminó la pérdida de capacidad laboral al señor Luis Guillermo Osorio Vanegas, mediante dictamen No. 12705 de fecha 18 de diciembre de 2020, con un porcentaje de 69.59% y no de 78.60% como se indica erróneamente en la demanda.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO 11: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin perjuicio de lo anterior, no debe perderse de vista que en la Póliza 22127195 no podrá ser afectada, como quiera que no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención.

En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

FRENTE AL HECHO 12: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

Sin perjuicio de lo anterior, no debe perderse de vista que en la Póliza 22127195 no podrá ser afectada, como quiera que no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención. En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

FRENTE AL HECHO 13: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

FRENTE AL HECHO 14: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

FRENTE AL HECHO 15: A mi representada no le consta de forma directa lo señalado por el demandante, toda vez que las circunstancias aludidas le son ajenas. En todo caso, no debe perderse de vista que la parte actora deberá acreditar su dicho en debida forma a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para el efecto.

FRENTE AL HECHO 16: Es cierto que mi procurada atendió y dio respuesta a la comunicación radicada por el demandante, acreditando inequívocamente los fundamentos

fácticos y jurídicos que le eximen de efectuar el pago de la indemnización deprecada, con motivo a la falta de cobertura temporal de la Póliza de Seguro que se pretende hacer efectiva. Por tal motivo, me atengo al contenido literal y exacto de la comunicación expedida por mi representada.

FRENTE AL HECHO 17: NO ES CIERTO. La Póliza 22127195 no podrá ser afectada, como quiera que no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención. En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

FRENTE AL HECHO 18: NO ES CIERTO. La Póliza 22127195 no podrá ser afectada, como quiera que no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención. En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

FRENTE AL HECHO 19: NO ES UN HECHO. La afirmación incorporada en el presente relato no corresponde a un hecho sino a la alusión de haber agotado la conciliación extrajudicial como requisito de procedibilidad para el ejercicio de la acción judicial.

FRENTE AL HECHO 20: NO ES UN HECHO. La afirmación incorporada en el presente relato no corresponde a un hecho sino a la alusión de haber agotado la conciliación extrajudicial como requisito de procedibilidad para el ejercicio de la acción judicial.

En todo caso, no debe perderse de vista que la Póliza 22127195 no podrá ser afectada, como quiera que no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención. En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

FRENTE AL HECHO 21: NO ES UN HECHO. La afirmación incorporada en el presente relato no corresponde a un hecho sino a la alusión de haber agotado la conciliación extrajudicial como requisito de procedibilidad para el ejercicio de la acción judicial.

En todo caso, no debe perderse de vista que la Póliza 22127195 no podrá ser afectada, como quiera que no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención. En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

FRENTE A LAS PRETENSIONES

ME OPONGO A LA TOTALIDAD DE LAS PRETENSIONES 1, 2, 3, 4 y 9: formuladas por el extremo acto, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra del extremo pasivo de la litis. Lo anterior, primero, por cuanto en este caso (i) no se formuló ninguna pretensión en contra de mi representada (ii) La póliza de Seguro No. 22127195 no presta cobertura temporal, (iii) El riesgo asegurado mediante la póliza de Seguro que se pretende hacer efectiva no se realizó y (iv) existe falta de legitimación en la causa por pasiva por parte de Allianz Seguros de Vida S.A.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN 1: ME OPONGO A LA PRETENSIÓN en la medida que no puede declararse el incumplimiento del contrato de seguros en el entendido que la pretensión va dirigida a compañías totalmente diferentes a mi representada,

En todo caso, no debe perderse de vista que la Póliza 22127195 no podrá ser afectada, como quiera que no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención. En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSION 2: ME OPONGO A LA PRETENSIÓN en la medida que no puede declararse el incumplimiento del contrato de seguros en el entendido que la pretensión va dirigida a compañías totalmente diferentes a mi representada,

En todo caso, no debe perderse de vista que la Póliza 22127195 no podrá ser afectada, como quiera que no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por

los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención. En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSION 3: ME OPONGO A LA PRETENSIÓN en la medida que no puede declararse el incumplimiento del contrato de seguros en el entendido que la pretensión va dirigida a compañías totalmente diferentes a mi representada,

En todo caso, no debe perderse de vista que la Póliza 22127195 no podrá ser afectada, como quiera que no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención. En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

OPOSICION FRENTE A LA PRETENSION 4: ME OPONGO A LA PRETENSIÓN en la medida que no puede declararse el incumplimiento del contrato de seguros en el entendido que la pretensión va dirigida a compañías totalmente diferentes a mi representada,

En todo caso, no debe perderse de vista que la Póliza 22127195 no podrá ser afectada, como quiera que no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de

Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención. En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRENTENSION 5, 6, 7 y 8: en efecto, no me mencionare a las pretensiones en numeradas, esto es en el entendido que son sociedades jurídicas diferentes a mi representada Allianz seguros de vida S.A.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN 9: ME OPONGO a la condena en costas y agencias en derecho, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., En su lugar, solicito condena en costas y agencias en derecho para la parte Demandante.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Objeto al juramento estimatorio de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso, por la siguiente razón que pasa a exponerse:

- **Falta de cobertura temporal:** La póliza de seguro No. 22127195 no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos objeto de reclamación. Lo anterior, en tanto el presente asunto tiene por objeto establecer si se reúnen los presupuestos para hacer efectivo el amparo de incapacidad total o permanente. El cual brinda cobertura si durante la vigencia de la póliza si el dictamen es calificado por los entes autorizados por el Gobierno Nacional y con base en el Manual Único de Calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993. Sin embargo, como se advierte de las documentales allegadas al proceso lo referido no tuvo lugar, en tanto en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Osorio Vanegas emitida por la Junta Regional de Invalidez del Huila del 18 de diciembre de 2020, refirió como fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que feneciera la vigencia de la póliza en mención. En consecuencia, esa dable advertir que póliza de seguro 22127195 no prestaba cobertura temporal con ocasión a los hechos que son objeto de debate.

EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE AL CONTRATO DE SEGURO

1. IMPROCEDENCIA DE EMISIÓN DE SENTENCIA CONDENATORIA EN CONTRA DE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. AL NO EXISTIR PRETENSIONES EN SU CONTRA – APLICACIÓN DEL PRINCIPIO DE CONGRUENCIA

Debe partirse por recordar que verificado el llamamiento en garantía se evidencia que no se encuentra consignada una sola pretensión declaratoria o condenatoria en contra de la aseguradora que presento. Por lo que no puede válidamente proferirse decisión alguna que incorpore resoluciones en su contra, so pena de haber vulnerado el principio de congruencia. En otras palabras, dado que los jueces deben dar aplicación al principio de congruencia, no puede en el presente asunto emitirse ningún tipo de condena en contra de mi representada, como quiera que el extremo actor no formuló ninguna pretensión en su contra.

A este respecto, resulta necesario indicar que el artículo 281 del Código General del Proceso señala los parámetros de aplicación del principio de congruencia en la resolución de casos judiciales, según el cual, las sentencias deberán guardar consonancia con los hechos, pretensiones y excepciones formulados al interior del proceso, de manera que exista identidad jurídica. En este sentido la disposición en mención establece:

ARTÍCULO 281. CONGRUENCIAS. *La sentencia deberá estar en consonancia con los hechos y las pretensiones aducidos en la demanda y en las demás oportunidades que este código contempla y con las excepciones que aparezcan probadas y hubieren sido alegadas si así lo exige la ley.*

No podrá condenarse al demandado por cantidad superior o por objeto distinto del pretendido en la demanda ni por causa diferente a la invocada en esta.

Si lo pedido por el demandante excede de lo probado se le reconocerá solamente lo último.

En la sentencia se tendrá en cuenta cualquier hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda, siempre que aparezca probado y que haya sido alegado por la parte interesada a más tardar en su alegato de conclusión o que la ley permita considerarlo de oficio (...).

En virtud de este tópico, el máximo órgano de la Jurisdicción Ordinaria ha establecido que las razones de la incorporación de la disposición en mención estriban en la aplicación del principio dispositivo que inspira el proceso civil. Precepto según el cual los límites del ejercicio de la labor judicial se definen por la petición de justicia, en tanto, no ha de olvidarse que la jurisdicción civil es rogada. Lo cual lleva consigo la imposibilidad de proferir fallos más allá de lo pedido por el extremo actor en el libelo genitor, por cuanto, los medios exceptivos formulados por el extremo pasivo van dirigidos exclusivamente a derruir los fundamentos fácticos y jurídicos planteados por el llamante en garantía. En otras palabras, los jueces de instancia se encuentran compelidos a fallar dentro de los límites del ejercicio de la acción, toda vez que decidir bajo otros supuestos conllevaría la violación al derecho al debido proceso del extremo pasivo.

En este sentido, se trae a colación el siguiente aparte recopilatorio, donde se plantea con suma claridad los lineamientos centrales del principio procesal de congruencia:

“Así lo ha expuesto la Sala al señalar que:

‘[e]l principio dispositivo que inspira el proceso civil, conduce a que la petición de justicia que realizan las partes delimite la tarea del juez y a que éste, por consiguiente, al dictar sentencia, deba circunscribir su pronunciamiento a lo reclamado por ellas y a los fundamentos de hecho que hubieren delineado, salvo el caso de las excepciones que la ley permite reconocer de oficio, cuando aparecen acreditadas en el proceso (...) Sobre el particular, la Sala ha sido insistente en que ‘(...) son las partes quienes están en posesión de los elementos de juicio necesarios para estimar la dimensión del agravio que padecen, con el fin de que sobre esa premisa restringente intervenga el órgano jurisdiccional, a quien le está vedado por tanto, sustituir a la víctima en la definición de los contornos a los que ha de circunscribirse el reclamo y por tanto ceñirse la sentencia, salvo que la ley expresamente abra un espacio a la oficiosidad (...) Al fin y al cabo, la tarea judicial es reglada y, por contera, limitada, no sólo por obra de la ley, sino también con arreglo al pedimento de las partes’ (Cas. Civ., sentencia del 22 de enero de 2007, expediente No. 11001-3103-017-1998-04851-01) (...) En este escenario, el principio de congruencia establecido en el artículo 305 del Código de Procedimiento Civil impide el desbordamiento de la competencia del juez para resolver la contienda más allá de lo pedido por las partes (ultra petita), o por asuntos ajenos a lo solicitado (extra petita) o con olvido de lo que ellas han planteado (citra petita) (...) En caso de presentarse tal descarrío, su ocurrencia puede denunciarse en casación a través de la causal segunda prevista en el artículo 368 ibídem, pues, valga decirlo,

una sentencia judicial de esos contornos agravia súbitamente a la parte que actuó confiada en los límites trazados durante el litigio, toda vez que al ser soslayados por el juez al momento de definirlo, le impiden ejercer a plenitud su derecho a la defensa' Sentencia del 9 de diciembre de 2011, exp. 1992-05900¹"

En virtud de lo anterior, se puede concluir que: i) no es válido emitir fallos *ultra petita*, es decir, sentencias en las cuales se condene al demandado por más de lo pedido, ii) tampoco se pueden emitir fallos *extra petita*, es decir, sentencias en las cuales se condene al demandado con base en pretensiones distintas a las deprecadas en la demanda y iii) no pueden ser proferidas sentencias por causas distintas a las invocadas en el *petitum* de la demanda.

Sin perjuicio de lo anterior, se pone de presente que los redactores del Código General del Proceso incluyeron en el inciso quinto del artículo 42 del mismo cuerpo normativo, la obligación de los juzgadores de instancia de interpretar las demandas que estén bajo su trámite con el objeto de decidir de fondo las controversias planteadas. Lo anterior, con miras a reducir la emisión de sentencias inhibitorias:

ARTÍCULO 42. DEBERES DEL JUEZ. *Son deberes del juez: (...)*

*5. Adoptar las medidas autorizadas en este código para sanear los vicios de procedimiento o precaverlos, integrar el litisconsorcio necesario e **interpretar la demanda de manera que permita decidir el fondo del asunto. Esta interpretación debe respetar el derecho de contradicción y el principio de congruencia**". (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Cabe señalar a este respecto, que el deber oficioso de interpretación de las peticiones elevadas ante los jueces, tiene como límites el derecho de contradicción y el principio de congruencia. Toda vez que la transgresión de sus alcances conlleva a la violación del derecho de defensa de los demandados, quienes no habrían tenido la oportunidad de realizar pronunciamiento alguno acerca de los fundamentos facticos y jurídicos por los que se condena, así como de las pretensiones formuladas en su contra.

Teniendo ello en mente, resulta corolario deducir que mediante la interpretación de los escritos de demanda, los jueces no se encuentran facultados para variar los hechos o las pretensiones incorporadas. Noción que ha sido reiterada por la Corte Suprema de Justicia en múltiples pronunciamientos:

¹Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC8845-2016. Julio 1 de 2016.

*“si en gracia de discusión se sostuviera que era necesario desentrañar el alcance de la pretensión bajo estudio, **es claro que en desarrollo de esta obligación el juzgador no podía corregir la causa petendi o las pretensiones**, pues su competencia no llega hasta modificar o reformar lo que fue objeto de pedimento”².*

*“Empero, no puede el sentenciador, dentro de la facultad que tiene para interpretar la demanda y, por ende, determinar el recto sentido de la misma, moverse ad libitum o en forma ilimitada hasta el punto de corregir desaciertos de fondo, o de resolver sobre pretensiones no propuestas, o decidir sobre hechos no invocados. **Porque en tal labor de hermenéutica no le es permitido descender hasta recrear una causa petendi o un petitum, pues de lo contrario se cercenaría el derecho de defensa de la contraparte y, por demás, el fallo resultaría incongruente**”³*

Así las cosas, a través de los preceptos legales y jurisprudenciales en mención se evidencia que los operadores judiciales deben interpretar las demandas dentro de los límites de la congruencia, es decir que, no pueden variar el fundamento fáctico que sirve de base a la acción ni las pretensiones incorporadas. Ahora bien, teniendo en cuenta lo anterior, resulta necesario aterrizar la teoría al caso concreto, donde se advierte que la demanda no contiene ninguna pretensión clara y precisa en contra de mi representada, en contravención del artículo 82 del Código General del Proceso.

En conclusión, se evidencia como en el presente asunto la parte actora no siguió los lineamientos dispuestos en el artículo 82 del Código General del Proceso, pues ni siquiera planteó pretensiones en contra de mi representada. De manera que, en aplicación del principio de congruencia, al juez no le es dable variar las peticiones incorporadas en el escrito genitor. En este sentido, no puede realizarse ningún tipo de pronunciamiento respecto a la afectación de la póliza de seguro No. 22127195 expedida por Allianz Seguros de Vida S.A. Lo anterior, en tanto el Juez no puede válidamente variar el contenido de la demanda, so pena de interpretación del documento, puesto que ello cercenaría el derecho al debido proceso de mi representada.

2. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LAS PÓLIZA DE SEGURO No. 22127195

² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC15211-2017. Septiembre 26 de 2017.

³ Corte Suprema de Justicia. Gaceta Judicial. Tomo CCXVI. Página 520; reiterado en Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Expediente 4489. Septiembre 1 de 1995

Resulta fundamental que se tome en consideración que la póliza de seguro No. 22127195 no presta cobertura temporal con ocasión a los hechos base del presente litigio. Toda vez que la responsabilidad de Allianz Seguros de Vida S.A. se determina por los términos pactados en el contrato de seguro suscrito entre las partes. En este sentido, al haberse establecido el ámbito temporal de cobertura, para que pueda predicarse el amparo, es necesario que el hecho ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Supuesto que no tuvo lugar en este caso, como quiera que la pérdida de capacidad laboral del señor Luis Guillermo Osorio Vanegas, fue después de la vigencia de la cobertura del seguro.

De esta forma, resulta evidente que el riesgo contractualmente amparado por la Aseguradora es aquel que se encuentra dentro de la vigencia de la póliza de seguro. En otras palabras, para que sea jurídicamente posible la afectación de la póliza, resulta indispensables que el riesgo asegurado haya acaecido dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro.

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

*“Previo a abordar la problemática anunciada, conviene dejar sentado que: Si, por definición, el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño (siniestro) previsto en el contrato, va de suyo que, en el marco de la autonomía de la voluntad y de las normas legales imperativas y relativamente imperativas, las partes deberán acordar la determinación del riesgo cubierto. En efecto, el interés asegurado no es factible hallarlo asegurado bajo cualquier circunstancia o causa, sin límites temporales, o en cualquier lugar que se halle o ubique. Por el contrario, **se hace necesario delimitar el riesgo causal, temporal** y espacialmente.”⁴ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De lo anterior, se advierte que la jurisprudencia ha precisado que es necesario que el hecho ocurra dentro de la delimitación temporal de la Póliza, para que sea jurídicamente posible la afectación de esta. Por tanto, resulta indispensable que el riesgo asegurado haya acaecido dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. En el mismo sentido, la Legislación Colombiana estableció en el artículo 1057 del Código de Comercio, desde qué momento se asumen los riesgos por parte de la Aseguradora, así:

4 Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. SC3893 de 2020. Radicación 2015-00826. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

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

En consecuencia, la compañía aseguradora se entenderá obligada a prestar cobertura de los amparos otorgados única y exclusivamente dentro del término de vigencia del contrato de seguro, en tanto, este corresponde al marco temporal por el cual la entidad asume los riesgos. En este sentido, previo a realizar el análisis con relación a los amparos otorgados, es necesario determinar que el supuesto objeto de reclamación se enmarca en la vigencia del contrato. Supuesto que no se realiza en este caso.

Con el objeto de acreditar lo referido, se pone de presente que la delimitación temporal de cobertura de la póliza 22127195, se encuentran establecida en los siguientes documentos:

I. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE ASEGURABILIDAD

Póliza y duración	Póliza / Certificado No.	22127195		
	Vigencia desde el	01/07/2018 a las 00:00 hrs	al	01/05/2020 a las 00:00 hrs
CERTIFICADO INDIVIDUAL				

II. CONDICIONADO GENERAL DEL CONTRATO DE SEGURO

<p>CLAUSULA 8ª. VIGENCIA DEL SEGURO</p> <p>La presente póliza se expide bajo plan temporal renovable anualmente por voluntad de las partes y estará en vigor por el término de un (1) año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia, siempre y cuando no sea revocado o renovado.</p>
CLAUSULA 8ª. VIGENCIA DEL SEGURO

III. CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO PÓLIZA NO. 22127195

<p>35. TERMINACIÓN DEL SEGURO</p> <p>El seguro individual de cualquier asegurado terminará en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuando por cualquier causa deje de pertenecer al grupo asegurado.• En la fecha que termine la vigencia señalada en la póliza• Por falta de pago de prima• Al pagar las indemnizaciones por los amparos de muerte, invalidez y/ o incapacidad total y permanente del asegurado. <p>PARAGRAFO: Cuando el Seguro o Amparo termine por causas distintas a las previstas en la Ley, la Compañía notificará dicha terminación al Tomador / Asegurado.</p>

IV. RESPUESTA A REQUERIMIENTO RDP 21-0000527**V.**

1. Entre MAF Colombia en calidad de tomador y Allianz Seguros de Vida S.A. suscribieron la póliza de Vida Grupo Deudores No 22127195, la cual estuvo vigente en esta compañía del 01 de julio de 2017 hasta el 01 de julio de 2020.
2. Es importante resaltar que el tomador MAF Colombia decidió no renovar la póliza con Allianz, por ende, la cobertura finalizó el 01 de julio de 2020 ya que trasladó el riesgo de la póliza de Vida Grupo Deudores a otra compañía de seguros.
3. Para el caso en particular el señor Luis Guillermo Osorio Vanegas nos registra como asegurado de la póliza de Vida Grupo No 22127195 del 01 de julio de 2018 al 01 de mayo de 2020. Por ende, atendiendo su requerimiento anexamos los siguientes documentos:

RESPUESTA REQUERIMIENTO

Como se lee, la vigencia del seguro de la póliza No. 22127195 está delimitada temporalmente entre el 01 de julio de 2018 y el 01 de mayo de 2020. De modo que la Compañía Aseguradora no está llamada a responder en este caso, puesto que de conformidad con las pruebas allegadas al proceso, el dictamen No. 12705 del 18 de diciembre de 2020, emitido por la Junta De Invalidez Del Huila, determino que el señor Luis Guillermo Osorio Vanegas posee una pérdida de capacidad laboral del 69.59%, indicando así una fecha de estructuración el 21 de julio de 2020, es decir después del que el término de cobertura de la póliza en mención terminara su vigencia. Razón suficiente para desestimar cualquier pretensión encaminada a obtener indemnización o pago alguno con cargo a la póliza de seguro, puesto que la misma no tenía cobertura, como se observa en el siguiente aparte:

FECHA DE ESTRUCTURACIÓN:
21 DE JULIO DEL 2020
FORMULARIO DE CALIFICACIÓN DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

Referidos los anteriores supuestos, es dable advertir que, para que el contrato de seguro prestara cobertura temporal resultaba totalmente necesario que la fecha de estructuración ocurriera durante la vigencia del contrato de seguro, Sin embargo, como quiera que la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral tuvo lugar el 21 de julio de 2020 es decir después del periodo de vigencia de las pólizas de seguro en mención, ésta no brinda cobertura temporal. En ese sentido, ante la falta de cobertura temporal de la póliza de seguro, se deberán despachar desfavorablemente las pretensiones formuladas en la demanda.

En conclusión, no resulta procedente hacer efectiva la póliza de seguro No. 22127195 como quiera que los hechos por los cuales se discute la responsabilidad se encuentran fuera de

la cobertura temporal de la póliza, en tanto de conformidad con el dictamen No. 12705 del 18 de diciembre de 2020, emitido por la Junta De Invalidez Del Huila, determinó que el señor Luis Guillermo Osorio Vanegas posee una pérdida de capacidad laboral del 69.59%, indicando así una fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que terminara el término de cobertura. En consecuencia, la póliza de seguro no presta cobertura temporal en tanto la fecha de estructuración se presentó con posterioridad a la vigencia de la póliza. De este modo, no resulta procedente afectar la póliza de seguro 22127195, por lo que el Despacho deberá negar cualquier pretensión encaminada a obtener indemnización alguna con cargo a la póliza de seguro.

3. NO EXISTE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. TODA VEZ QUE NO SE HA REALIZADO EL RIESGO ASEGURADO EN LA PÓLIZA 22127195

Adicional a lo anteriormente expuesto, debe decirse que no existe obligación indemnizatoria a cargo de mi prohijada Allianz Seguros de Vida S.A., respecto de la Póliza 22127195. Por cuanto no se ha realizado el riesgo asegurado y amparado en la póliza, esto es, la incapacidad total y permanente del Asegurado que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de la Póliza. Lo anterior en concordancia con las condiciones generales y particulares de la póliza en cuestión, que menciona como amparo principal:

“(...) AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos de este amparo, se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por EL ASEGURADO, que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de esta póliza, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impida al ASEGURADO desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días. En todo caso dicha incapacidad podrá ser demostrada mediante certificación de EPS, ARL, AFP o Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez donde se indique que EL ASEGURADO ha sufrido una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral.

El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de estructuración de la correspondiente incapacidad total y permanente.

En todos los casos se ampara la incapacidad total y permanente cuando esta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo.

La incapacidad total y permanente deberá ser calificada por los entes autorizados por el gobierno nacional y con base en el manual único de calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de los manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993.

Sin perjuicio de cualquier otra causa, se considera como incapacidad total y permanente, la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos, la amputación de ambas manos o ambos pies, o de toda una mano y un pie. (...)"

En consonancia con lo anterior el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro:

“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado”.

Así las cosas, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, puesto que no hubo responsabilidad civil que sea consecuencia de un siniestro atribuible a la pérdida de capacidad laboral del señor Luis Guillermo Osorio Vanegas. Toda vez que como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito, al interior del plenario no se encuentra acreditados los elementos de la responsabilidad, en tanto, la póliza de seguro no se encontraba vigente, puesto que la fecha de estructuración se presentó con posterioridad a la vigencia de la póliza. De este modo, no resulta procedente afectar la póliza de seguro 22127195, En consecuencia, no existe realización de riesgo asegurado en el presente asunto en tanto que no hubo responsabilidad civil por de la aseguradora.

En conclusión, resulta improcedente acceder a las pretensiones de la demanda, como quiera que el extremo actor no acreditó la responsabilidad civil extracontractual en la cual presuntamente incurrieron las demandadas. Así las cosas y debido a que no existe responsabilidad en cabeza de Allianz Seguros de Vida S.A., no ha surgido la obligación condicional del asegurador, en la medida que no se ha realizado el riesgo asegurado dentro de la vigencia de la póliza de seguro. Por todo lo anterior, no demostrada la existencia de perjuicios imputable al asegurado que sean consecuencia de un siniestro durante la vigencia del seguro, no podrá bajo ninguna circunstancia afectarse la póliza identificada con el número 22127195 como quiera que no existe obligación alguna a cargo de mi prohijada.

4. INEXISTENCIA DE PRUEBA DE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO – INEXISTENCIA DE SINIESTRO EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1072 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

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

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

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

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

*porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados)⁵
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Lo anteriormente mencionado, debe ser interpretado armónicamente con los principios generales del Derecho Comercial denominados “autonomía de la voluntad” y “buena fe”, tal como lo explica la Corte Constitucional en sentencia T-065 de 2015, de la siguiente manera:

“La celebración y ejecución de los contratos civiles y comerciales debe desarrollarse de acuerdo con los principios de la autonomía de la voluntad y la buena fe. Así lo señala el Código Civil en sus artículos 1602 y 1603, y la Constitución Política en su artículo 83. El primero de estos principios, también conocido como *pacta sunt servanda*, establece que las personas naturales o jurídicas tienen la facultad de contraer libremente obligaciones y/o derechos mediante la celebración de contratos. Una vez manifiestan allí su voluntad y llegan a un acuerdo, el contrato se transforma en una ley para las partes. Su terminación queda sujeta a la realización de un nuevo acuerdo, o al cumplimiento de una de las causales previstas en la ley o en el mismo contrato. Por lo tanto, mientras no hayan establecido otra cosa, ninguna de ellas queda autorizada para alterar los términos contractuales de manera unilateral porque, de lo contrario, le impondría a la otra una obligación, o le concedería un derecho que jamás consintió. Lo anterior implica que, por regla general y sin perjuicio de las excepciones consagradas en la ley, cualquier modificación de un contrato debe estar sometida al concurso de todas las personas que lo celebraron.

(...)

5.3. Según lo ha puesto de presente la jurisprudencia de la Corte, **tratándose específicamente de un contrato de seguro, la buena fe que se espera de las partes es cualificada.** Es decir, que la persona no solo debe tener conciencia de celebrar y ejecutar el contrato de acuerdo con la naturaleza de la relación jurídica y la finalidad que persiguen los firmantes. Sino que, además, debe tener certeza de que efectivamente lo está haciendo. De esta manera, la buena fe aplicable a este tipo de situaciones exige un elemento subjetivo, que se refiere a la intención del

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

actor, y un objetivo, que tiene que ver con la efectiva realización del comportamiento esperado.

5.4. En conclusión, la celebración y ejecución de un contrato de acuerdo con los principios de la autonomía de la voluntad y la buena fe, le permite a cada uno de los contratantes confiar en la palabra del otro y tener una expectativa cierta de los efectos jurídicos del acuerdo celebrado. De esta manera, la alteración unilateral de alguno de los términos contractuales, o su lectura literal y maliciosa, se traducirían en un acto sorpresivo que traicionaría la confianza depositada”⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio, con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones bajo las cuales asumen los mismos. Así las cosas, se evidencia que la cobertura principal de la Póliza de Seguro es amparar la incapacidad total y permanente en los términos pactados.

Ahora bien, en el presente caso no se ha realizado el riesgo asegurado en la Póliza de Seguro, puesto que la pérdida de capacidad laboral del señor Luis Guillermo Osorio Vanegas se determinó con fecha de estructuración una fecha posterior a la vigencia de la póliza de seguro. De manera que queda completamente claro que en el presente asunto no se ha realizado el riesgo asegurado en el contrato de seguro. Por cuanto no se ha presentado un evento en el cual haya sido declarada la responsabilidad civil del asegurado puesto que no se encontraba vigente la póliza de seguro. Razón por la que no es responsable de la indemnización que se reclama por parte del actor.

En los términos antes indicados, el artículo 1072 del Código de Comercio define como siniestro:

“ARTÍCULO 1072. DEFINICIÓN DE SINIESTRO. Se denomina siniestro la realización del riesgo asegurado.” (Subrayado fuera del texto original)

Así las cosas, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional en cabeza de mi mandante, por cuanto el asegurado no incurrió en responsabilidad civil extracontractual. De forma que como se ha desarrollado a lo largo del presente escrito. En consecuencia, no existe la realización del riesgo asegurado en el presente asunto, toda vez que no se ha declarado civilmente responsable al asegurado,. En este sentido, al no encontrarse acreditados los elementos de la responsabilidad civil en cabeza de los demandados, no

⁶ Corte Constitucional. Sentencia de Tutela T 065 de 2015.

resulta procedente la declaratoria de responsabilidad y con ello no existe el riesgo asegurado.

En conclusión, no resulta procedente hacer efectiva la póliza de seguro No. 22127195 como quiera que los hechos por los cuales se discute la responsabilidad se encuentran fuera de la cobertura temporal de la póliza, en tanto de conformidad con el dictamen No. 12705 del 18 de diciembre de 2020, emitido por la Junta De Invalidez Del Huila, determino que el señor Luis Guillermo Osorio Vanegas posee una pérdida de capacidad laboral del 69.59%, indicando así una fecha de estructuración el 21 de julio de 2020. Es decir, después de que terminara la cobertura de la póliza. En consecuencia, la póliza de seguro no presta cobertura temporal en tanto la fecha de estructuración se presentó con posterioridad a la vigencia de la póliza. De este modo, no resulta procedente afectar la póliza de seguro 22127195. En ese sentido, no ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional del asegurador y por ese motivo, es totalmente improcedente jurídicamente ordenar la efectividad de la póliza de seguro por la cual es vinculada la Compañía de Seguros en el presente trámite.

5. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

Allianz Seguros de Vida S.A. carece de legitimación en la causa por pasiva con ocasión a los hechos que son objeto de debate. Lo anterior como quiera que la Póliza No. 22127195, fue expedida por una sociedad diferente. En consecuencia, Allianz Seguros de Vida S.A. carece de legitimación no está llamada a responder acerca de la existencia del derecho que reclama el demandante. De ahí que, deberá emitirse fallo desestimatorio a las pretensiones del demandante, en tanto se encuentra con suficiencia la falta de legitimación en la causa por pasiva por parte de Allianz Seguros de Vida S.A.

Debe partirse por precisar que la legitimación en la causa se refiere a la relación que debe existir entre las partes del proceso y el interés del litigio, por lo que carecerán de falta de legitimación en la causa por pasiva aquellas personas que no se deban responder por el derecho reclamado. En este sentido, debe establecerse que la legitimación en causa para acudir a un proceso judicial en calidad de demandado, implica necesariamente que quien es destinatario de la acción tenga conexión con la situación fáctica constitutiva de litigio. En ese orden de ideas, carece de legitimación en la causa por pasiva quién acude al trámite sin tener relación con los hechos del litigio. Evento en el cual, habrán de negarse las pretensiones formuladas por el actor. Al respecto, la sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha definido la legitimación en la causa así:

“Según concepto de Chiovenda, acogido por la Corte, la legitimatio ad causam consiste en la identidad de la persona del actor con la persona a

la cual la ley concede la acción (legitimación activa) y la identidad de la persona del demandado con la persona contra la cual es concedida la acción (legitimación pasiva)". (Instituciones de Derecho Procesal Civil, I, 185). Conviene desde luego advertir, para no caer en el error en que incurrió el Tribunal que cuando el tratadista italiano y la Corte hablan de 'acción' no están empleando ese vocablo en el sentido técnico procesal, esto es como el derecho subjetivo público que asiste a toda persona para obtener la aplicación justa de la ley a un caso concreto, y que tiene como sujeto pasivo al Estado, sino como sinónimo de 'pretensión', que se ejercita frente al demandado. **Para que esa pretensión sea acogida en la sentencia es menester, entre otros requisitos, que se haga valer por la persona en cuyo favor establece la ley sustancial el derecho que se reclama en la demanda, y frente a la persona respecto de la cual ese derecho puede ser reclamado.** De donde se sigue que lo concerniente a la legitimación en la causa es cuestión propia del derecho sustancial y no del derecho procesal, razón por la cual su ausencia no constituye impedimento para desatar en el fondo el litigio sino motivo para decidirlo en forma adversa al actor. **Si el demandante no es titular del derecho que reclama o el demandado no es persona obligada, el fallo ha de ser adverso a la pretensión de aquél,** como acontece cuando reivindica quien no es el dueño o cuando éste demanda a quien no es poseedor⁷. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

"La legitimación en la causa, bien por activa o por pasiva, no es una excepción, sino que es uno de los requisitos necesarios e imprescindibles para que se pueda dictar providencia de mérito, ora favorable al actor o bien desechando sus pedimentos, porque entendida **ésta 'como la designación legal de los sujetos del proceso para disputar el derecho debatido ante la jurisdicción, constituye uno de los presupuestos requeridos para dictar sentencia de fondo, sea estimatoria o desestimatoria.** Y en caso de no advertirla el juez en la parte activa, en la pasiva o en ambas, deviene ineluctablemente, sin necesidad de mediar ningún otro análisis, la expedición de un fallo absolutorio⁸ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 23 de abril de 2007, precisó que en los eventos en que los demandados carecen de falta de legitimación en la causa por pasiva, deberá proferirse sentencia

7 Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Expediente 4268. Agosto 14 de 1995. Reiterado en Tribunal Superior de Distrito Judicial. Sala Civil. Referencia *EJECUTIVO de Andrés Felipe Molano Rodríguez contra Agencia De Aduanas R & R Kronos Nivel 1 S.A.S. Exp. 003-2014-00624-01*. Marzo 9 de 2021.

8 Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Expediente 76519. Abril 23 de 2003.

desestimatoria a las pretensiones, como quiera que mal podría condenarse a quién no es el sujeto que debe responder acerca de la existencia del derecho reclamado, en los siguientes términos:

*Entonces, para abordar tal planteamiento advierte la Sala que la legitimación en la causa, consiste en la identidad de la persona del actor con la persona a la cual la ley concede acción o el derecho y en la igualdad de la persona del demandado con la persona contra la cual se le puede reclamar la prestación correlativa; esto es, que **el demandante debe ser el titular del derecho que reclama y el demandado el único obligado a restituirlo**; por ello no puede considerarse como presupuesto del proceso, sino que apunta a la súplica y no a las condiciones para la integración y el desarrollo regular de aquel; si no se presenta legitimación por activa o pasiva, pero concurren los cuatro presupuestos procesales, entonces la sentencia deber absoluta, ya que **mal podría condenarse a quien no es la persona que debe responder del derecho reclamado** o a quien es demandado por quien carece de la titularidad de la pretensión que reclama; así mismo sería absurdo declarar la inhibición por falta de legitimación en la causa, pues así se permitiría que el litigante ilegítimo promoviera nuevamente el proceso o contra él se suscitara otra vez, y se iniciara así una cadena interminable de inhibiciones”⁹.*
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Dejando claro en lo citado que procesalmente es necesario que quien acuda al proceso en calidad de demandado, debe ser quién efectivamente esté llamado a responder por los hechos materia del litigio, salta a la vida que Allianz Seguros de Vida S.A., carece de legitimación en la causa para ser demandada en este proceso, en tanto no existe fundamento jurídico para que la compañía aseguradora responda por el derecho indemnizatorio reclamado.

En conclusión, las pretensiones formuladas en contra de Allianz Seguros de vida S.A. resultan improcedentes. Lo anterior como quiera que la Póliza No. 22127195, fue expedida por una sociedad diferente de mi representada. En este sentido, Allianz Seguros de vida S.A. carece de legitimación en la causa por pasiva en tanto no está llamada a responder acerca de la existencia del derecho que reclama el demandante. De ahí que, deberá emitirse fallo desestimatorio a las pretensiones del demandante, en tanto se encuentra con suficiencia la falta de legitimación en la causa por pasiva por parte de Allianz Seguros de vida S.A.

9 Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Expediente 4268. Agosto 14 de 1995. Reiterado en Tribunal Superior de Distrito Judicial. Sala Civil. Referencia EJECUTIVO de Andrés Felipe Molano Rodríguez contra Agencia De Aduanas R & R Kronos Nivel 1 S.A.S. Exp. 003-2014-00624-01. Marzo 9 de 2021.

6. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y ESPECIALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA NO. 22127195

Sin perjuicio de la falta de legitimación en la causa por pasiva de Allianz Seguros de Vida S.A., es preciso señalar que de acuerdo con lo contemplado en el artículo 1044 del Código de Comercio, la compañía aseguradora podrá proponer a los beneficiarios, la excepciones que pueda alegar en contra del tomador y el asegurado cuando son personas distintas, por tanto, en caso de un fallo en contra este deberá ajustarse de acuerdo con las condiciones pactadas dentro del contrato de seguro, y dicha condena no podrá exceder los parámetros acordados por los contratantes.

Por lo tanto en caso de que prosperen las pretensiones del extremo actor, no debe perderse de vista que cual decisión del Despacho deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado Póliza de Seguro No. 22127195, en la cual se encuentran contenidas las condiciones especiales para pagos únicos seguro de vida individual vida activa, esto es, que se reúnan las condiciones de ocurrencia de siniestro. La cual en el presente evento no tuvo lugar, de conformidad con el amparo pactado

“(...) AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos de este amparo, se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por EL ASEGURADO, que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de esta póliza, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impida al ASEGURADO desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días. En todo caso dicha incapacidad podrá ser demostrada mediante certificación de EPS, ARL, AFP o Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez donde se indique que EL ASEGURADO ha sufrido una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral.

El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de estructuración de la correspondiente incapacidad total y permanente.

En todos los casos se ampara la incapacidad total y permanente cuando esta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo.

La incapacidad total y permanente deberá ser calificada por los entes autorizados por el gobierno nacional y con base en el manual único de calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de los manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993.

*Sin perjuicio de cualquier otra causa, se considera como incapacidad total y permanente, la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos, la amputación de ambas manos o ambos pies, o de toda una mano y un pie.
(...)"*

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis de que mi representada que el asunto bajo estudio deberá regirse según las condiciones generales y particulares de la Póliza de Seguro No. 22127195. En todo caso, las pólizas de seguro contienen unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Despacho en el remoto e improbable evento de una condena.

7. GENÉRICA O INNOMINADA

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del Código de Comercio.

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES:

- 1.1. Copia de la Póliza No. 22127195 Con su respectivo condicionado particular y general.
- 1.2. Certificado Individual de Seguro, cuyo asegurado es Luis Guillermo Osorio Vanegas.
- 1.3. Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Luis Guillermo Osorio Vanegas

- 1.4. Respuesta al derecho de petición, 12 de agosto de 2021 por Allianz seguros de Vida S.A.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte el señor **LUIS GUILLERMO OSORIO VANEGAS**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario que se le formulara frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

El señor **LUIS GUILLERMO OSORIO VANEGAS** podrá ser citado en la dirección de correo electrónico: alejandroe_07@hotmail.com o en la Calle 7 #15 – 41 oficina 204-206 de Pitalito – Huila.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

Al tenor de lo preceptuado por el artículo 198 del C.G.P. comedidamente solicito al Despacho ordenar la citación del representante legal de **ALLIANZ SEGURO DE VIDA S.A.** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso y las condiciones del contrato de seguro en cuestión podrá ser citado en la dirección de Correo Electrónica: notificacionesjudiciales@allianz.co

4. TESTIMONIALES

Solicito se sirva citar a la doctora **MARIA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de hecho y derecho sobre la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio. El testigo podrá ser citado en la Calle 22D No. 78-32 de la ciudad de Bogotá D.C. o en el correo electrónico camilaortiz2797@gmail.com

ANEXOS

1. Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas

2. Certificado de existencia y representación legal de ALLIANZ SEGURO DE VIDA S.A. Expedido por la Cámara de Comercio de Cali, en el que consta el poder otorgado al suscrito.

NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Mi representada **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, recibirá notificaciones en la Carrera 13ª # 29 – 24, de la ciudad de Bogotá D.C., Correo Electrónico:

notificacionesjudiciales@allianz.co

Al suscrito en la Carrera 11ª No. 94ª-56, Oficina 402 de la ciudad de Bogotá D.C. o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

Vida Grupo

Anexo de
Condiciones del
Contrato de Seguro

Versión: 5

Póliza No.
22127195

Allianz

Póliza de Vida Grupo Deudores

www.allianz.co

Bogotá, 06 de junio de 2019.

Tomador de la Póliza:

MAF COLOMBIA S A S

Estas son las condiciones de renovación de su contrato de seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente,

Delima Marsh SA

Allianz Seguros de Vida S.A.

Allianz 

CONDICIONES
PARTICULARES

Capítulo I Datos Identificativos

Tomador del Seguro Tomador del Seguro: MAF COLOMBIA S A S
 Tipo y Número de Identificación: Nit. 900839702 - 9
 Actividad Económica: * 7010 - Actividades de administración empresarial
 * 7020 - Actividades de consultoría de gestión
 Ciudad: Todo el país.

Asegurados Todas las personas naturales y/o representantes legales de sociedades y/o socios que son deudores y/o locatarios y/o deudores solidarios de MAF COLOMBIA.

Se incluyen los deudores solidarios hasta por el porcentaje de su participación en la deuda que será específicamente declarado por MAF COLOMBIA sobre los cuales se pague la prima de seguro correspondiente.

Se incluyen los codeudores siempre y cuando se pague la prima de seguro correspondiente y se cumplan los requisitos de asegurabilidad en caso de aplicar. Se aclara que en caso de siniestro opera a primera pérdida, es decir, si fallece primero el deudor o codeudor el seguro se extingue.

Beneficiarios Para efectos de este seguro el tomador será el primer beneficiario de la póliza a título oneroso.

Póliza y duración Póliza No.: 22127195
 Duración: Desde las 00:00 horas del <01/07/2019> hasta las 00:00 horas del <01/07/2020>

Intermediario Nombre intermediario: DELIMA MARSH SA
 Clave: 1071285
 Sucursal: 202 Brokers

Versión Clausulado Particular: DTV_VGD_2017	Fecha:	06/06/2018
	Preparado por:	Juan Pablo Pérez G.
	Página:	Página 2 de 15

Capítulo II Objeto y alcance del seguro

Allianz Seguros de Vida S.A., quien en adelante se denominará “LA COMPAÑÍA”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por EL ASEGURADO, la cual se incorpora al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

Capítulo III Condiciones Particulares de Emisión

1. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

VIDA E ITP

Mínima de ingreso: 18 años

Máxima de ingreso: 75 años + 364 días

Permanencia: ilimitada

Para efectos de la permanencia, ésta se mantendrá siempre que la póliza se encuentre vigente con ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

2. AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
MUERTE: Fallecimiento por cualquier causa incluye suicidio y homicidio desde el primer día del otorgamiento del crédito, SIDA siempre y cuando no sea preexistente desde el ingreso a la póliza.	El valor asegurado para cada deudor nuevo, ingreso posterior al 01/07/2018, será el valor inicial, y para los asegurados incluidos antes del 01/07/2018 será el saldo insoluto de la respectiva operación, incluidos capital, intereses del plazo de gracia, intereses corrientes y moratorios, honorarios de abogado y cualquiera otra suma que se relacione con la misma operación de crédito contraída con MAF COLOMBIA, si llegase a existir saldo de la
Desaparición / muerte presunta: Se Otorga. En caso de desaparición, incluido el secuestro del Asegurado, la Aseguradora indemnizará el siniestro cuando la autoridad competente declare la muerte presunta bajo los términos de la Ley Colombiana.	
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE – Incluye intento de suicidio e intento de homicidio desde su primer día del otorgamiento del crédito.	

Versión Clausulado Particular: DTV_VGD_2017	Fecha:	06/06/2018
	Preparado por:	Juan Pablo Pérez G.
	Página:	Página 3 de 15

	indemnización, éste será girado a los beneficiarios designados por el asegurado ó a los de ley según aplique.
MÁXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	\$1.000.000.000 en uno o varios créditos

El valor asegurado para cada deudor nuevo, ingreso posterior al 01/07/2018, será el valor inicial, y para los asegurados incluidos antes del 01/07/2018 será el saldo insoluto de la respectiva operación, incluidos capital, intereses del plazo de gracia, intereses corrientes y moratorios, honorarios de abogado y cualquiera otra suma que se relacione con la misma operación de crédito contraída con MAF COLOMBIA, si llegase a existir saldo de la indemnización, éste será girado a los beneficiarios designados por el asegurado ó a los de ley según aplique.

NOTA: Para todos los efectos de este seguro, se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por el asegurado que haya sido ocasionada o se manifieste estando asegurado bajo el presente amparo y que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar su ocupación habitual u otra compatible con su educación, formación o experiencia, por tener una pérdida de la capacidad laboral mayor o igual al 50%, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días, sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal, la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos; la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie.

La incapacidad total y permanente deberá ser calificada por los entes autorizados por el gobierno nacional y con base en el manual único de calificación vigente, al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de los manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993.

El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de estructuración de la correspondiente incapacidad total y permanente.

3. MANEJO ADMINISTRATIVO

La custodia de las solicitudes individuales de seguro diligenciadas por los asegurados en las que su edad no supere los 76 años, su valor asegurado no sea superior a \$300.000.000 y se encuentre en buen estado de salud, estará a cargo del tomador, quien en caso de reclamación deberá entregar una copia de éste documento a la Compañía como complemento a la reclamación. En caso que no se cumpla con alguno de los aspectos antes mencionados, la solicitud individual de seguro debidamente diligenciada deberá ser remitida a Allianz Seguros de Vida S.A., quien se reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos, extraprimarlos o de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias.

4. DURACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Versión Clausulado Particular: DTV_VGD_2017	Fecha:	06/06/2018
	Preparado por:	Juan Pablo Pérez G.
	Página:	Página 4 de 15

La duración de la cobertura del seguro inicia desde el momento en que el Tomador active la operación del crédito y está vigente hasta la cancelación total de la deuda incluyendo las eventuales prórrogas autorizadas por el Banco, extendiéndose también a la duración de los procesos judiciales que se inicien para hacer efectivo el pago en los casos de mora, siempre con sujeción a la vigencia de la póliza.

Se ampara de manera automática y sin ningún tipo de requisitos, ni limitantes de edad ni valor, cualquier tipo de reestructuración y/o refinanciación a los créditos otorgados, siempre y cuando el incremento sobre el valor asegurado actual (en uno o varios créditos) no supere el 35%, superado este monto deberá cumplir con requisitos.

5. RESTRICCIÓN DE ASEGURABILIDAD

Se Otorga siempre y cuando correspondan a ocupaciones lícitas y no al margen de la ley.

6. EXTRAPRIMAS AUTOMÁTICAS

Para créditos iguales o menores a \$175.000.000 y 60 años de edad, se podrán otorgar extraprimas automáticas según documento denominado MANUAL DE PATOLOGIAS EXTRAPRIMABLES. No se otorga inclusión Forzosa.

7. COMPRA DE CARTERA POR PARTE DEL ENTIDAD

Se Otorga, siempre y cuando las tasas con que vengan los riesgos sean iguales o superiores a la tasa pactada con el Banco.

8. INCONTESTABILIDAD Y CONVERSIÓN

Estos beneficios tienen efecto desde la iniciación de la póliza y desde el momento en que toda persona ingrese al grupo asegurado.

9. EXCLUSIONES

El proponente aceptará, que el reporte de exclusiones de personas aseguradas se realice hasta con sesenta (60) días de retroactividad.

10. PRINCIPIO DE CAUSALIDAD

En caso de inexactitud o reticencia del asegurado en la declaración de asegurabilidad, la Aseguradora solo podrá aplicar las sanciones contempladas en el artículo 1058 y 1158 del código de comercio y concordantes, si la o las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia o inexactitud en que incurrió el asegurado.

11. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Queda consignada la obligación del tomador consistente en suministrar previo a la suscripción a la póliza y a cada movimiento de ingreso o cobro, listado del personal a

Versión Clausulado Particular: DTV_VGD_2017	Fecha:	06/06/2018
	Preparado por:	Juan Pablo Pérez G.
	Página:	Página 5 de 15

asegurar que deberá ser remitido en medio magnético – archivo Excel con la siguiente información:

ASEGURADO	
TIPO DOCUMENTO	Cédula CC - Tarjeta de identidad TI -Pasaporte PSA – CE Cédula de Extranjería - NUIP
DOCUMENTO	Número del Documento
PRIMER APELLIDO	Primer Apellido del asegurado
SEGUNDO APELLIDO	Segundo Apellido del asegurado
NOMBRES	Nombres del Asegurado
FECHA DE NACIMIENTO	DD/MM/AAAA
GENERO	FEMENINO (F) MASCULINO (M)
VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL (CORRESPONDE AL VALOR INICIAL DEL CREDITO O DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA)	\$

12. AMPARO AUTOMÁTICO

Se concede amparo automático para deudores que adquieran obligaciones hasta \$400.000.000 en una o varias obligaciones, y edad hasta 76 años (aplica para valores asegurados mayores a \$150.000.000), con el diligenciamiento y firma del formato de declaración de asegurabilidad, siempre y cuando manifiesten buen estado de salud y/o no indiquen padecer alguna de las enfermedades propuestas en el formulario.

Cuando el deudor solicite un nuevo crédito o un desembolso adicional del crédito actual, la compañía aseguradora aceptará la última calificación médica realizada, siempre y cuando tenga un (1) año o menos de vigencia."

Se entiende que el amparo automático hace referencia a las sumas iniciales para otorgar cobertura con el diligenciamiento y firma del formato de declaración de asegurabilidad, en consecuencia si un deudor toma un crédito por el límite del amparo automático, tendrá cobertura automáticamente independientemente de que luego, por efecto de los intereses y/o inflación, crezca el valor de la deuda; por lo tanto en caso de siniestro la verificación del cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad se efectuará con respecto al valor del crédito en el momento del desembolso.

Todo deudor asegurado deberá diligenciar la declaración de asegurabilidad y el formato de designación de beneficiarios y su distribución porcentual, a título gratuito de los excesos del monto adeudado a pagar a la Entidad.

13. CLAUSULA ESPECIAL SIN REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Versión Clausulado Particular: DTV_VGD_2017	Fecha:	06/06/2018
	Preparado por:	Juan Pablo Pérez G.
	Página:	Página 6 de 15

Con sujeción a los límites y requisitos establecidos en las condiciones particulares y generales de la póliza, los ingresos de personas que su valor asegurado sea igual o inferior a \$150.000.000, no deberán diligenciar solicitud de seguro.

14. COBERTURA DE PREEXISTENCIAS.

La Compañía asumirá indemnizaciones originadas por enfermedades preexistentes en el amparo de fallecimiento, diagnosticadas con anterioridad al momento en que se inicie la cobertura de cada riesgo, para los deudores de la Entidad cuya suma asegurada en uno o varios créditos sea menor o igual a \$150.000.000, sin diligenciamiento de solicitud de seguro a partir de la fecha en que aparezca tal novedad en los registros internos del Tomador y reportados a la Compañía.

15. CONTINUIDAD

Teniendo en cuenta que Allianz Seguros de Vida S.A. es la compañía actual, se otorga la continuidad para el grupo asegurado actual, siempre y cuando haya ingresado válidamente a la póliza.

La responsabilidad de la aseguradora respecto de los asegurados que no hubiesen ingresado válidamente a la póliza se limitará a la devolución de las primas recibidas por dicho ingreso.

16. FORMA DE COBRO Y REPORTE DEL TOMADOR

El cobro de la Prima se efectuará en forma **MENSUAL VENCIDO** según reporte de la entidad tomadora el cual deberá ser entregado en medio magnético. En todo caso se efectuará un solo cobro mensual donde se incluyan todos los conceptos a cobrar en el respectivo periodo.

17. PLAZO PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

El Tomador pagará la prima a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., dentro de los **60** días contados a partir de la fecha de iniciación de vigencia de cada periodo.

En consecuencia el amparo que se otorga terminará automáticamente si al día **91** de inicio vigencia del periodo no se ha efectuado el pago de la prima respectiva.

18. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

La compañía deberá establecer claramente los requisitos de asegurabilidad necesarios para ampararlos y detallar la infraestructura con que cuentan en cada ciudad ó mecanismos para los respectivos exámenes médicos en las ciudades o municipios donde no tengan médico y/o laboratorios autorizados.

Versión Clausulado Particular: DTV_VGD_2017	Fecha:	06/06/2018
	Preparado por:	Juan Pablo Pérez G.
	Página:	Página 7 de 15

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

Cuando los montos sean menores o iguales a 150 Millones en uno o varios créditos: Ingreso sin cumplimiento de requisitos de asegurabilidad.

Cuando los montos sean mayores a 150 Millones y menores a 200 Millones en uno o varios créditos: El Tomador basado en el manual de extraprimas anexo a estas condiciones, podrá hacer suscripción automática. De no encontrarse en el manual la patología o ser mayor de 60 años la novedad deberá ser evaluada y autorizada por Allianz Seguros de Vida S.A.

Previo al ingreso o incremento de valor asegurado, los solicitantes o Asegurados deberán presentar los requisitos de asegurabilidad que correspondan de acuerdo con su edad y valor asegurado individual total, indicados en la siguiente tabla:

VALORES ASEGURADOS EN PESOS		EIDADES		
Desde	Hasta	Hasta 45	De 46 a 60	Desde 61
\$0	\$150.000.000	NO DILIGENCIAMIENTO		
\$150.000.001	\$400.000.000	1	1	2
\$400.000.001	\$500.000.000	2	2	3
\$500.000.001	\$600.000.000	2	3	4
\$600.000.001	En adelante	4	4	4

1. Solicitud de seguro
2. Solicitud de seguro, examen médico y parcial de orina.
3. Solicitud de seguro, examen médico, parcial de orina, colesterol, (total y HDL), triglicéridos, HIV y Electrocardiograma.
4. Solicitud de seguro, examen médico, parcial de orina, colesterol, (total y HDL), triglicéridos, HIV, Electrocardiograma, glicemia, cuadro hemático, creatinina y transaminasas (GPT y GOT)

En cualquier caso, la Aseguradora podrá exigir requisitos médicos y/o paraclínicos adicionales cuando lo estime conveniente.

19. EXÁMENES MÉDICOS

La compañía de seguros deberá especificar los requisitos médicos, el directorio médico y las clínicas o laboratorios que serán utilizados para realizar los respectivos exámenes, y autorizará a MAF COLOMBIA a ordenar la práctica de estos en los sitios indicados dentro del territorio nacional. Así mismo indicará el procedimiento establecido para este proceso y los exámenes que cubre.

Versión Clausulado Particular: DTV_VGD_2017	Fecha:	06/06/2018
	Preparado por:	Juan Pablo Pérez G.
	Página:	Página 8 de 15

Siempre que en la ciudad en que el solicitante se vaya a practicar exámenes haya Red se garantiza respuesta en 2 días hábiles. En las ciudades donde no hay convenio el tiempo estimado de respuesta son 4 días hábiles.

Una vez expire el plazo antes mencionado, si la Aseguradora no emite ninguna comunicación, se entienden amparados por la póliza.
La validez de las calificaciones médicas será de un (1) año.

20. VALIDEZ DE CALIFICACIONES MÉDICAS

La validez de las calificaciones médicas será de un (1) año. Cuando el deudor solicite un nuevo crédito, o un desembolso adicional del crédito actual, la compañía aseguradora aceptará la última.

21. ERRORES E INEXACTITUDES NO INTENCIONALES

No obstante lo establecido en la cláusula de amparo automático, la cobertura de esta póliza continuara vigente para aquellas personas que por error u omisión involuntaria del tomador, no sean reportadas dentro del plazo de amparo automático. Al momento de ocurrir un siniestro, la compañía pagara hasta la suma asegurada en el amparo automático siempre y cuando se haya diligenciado la declaración de asegurabilidad, las respuestas sean negativas y la muerte o incapacidad no sean consecuencia directa o indirecta de una enfermedad preexistente al ingreso a la póliza.

22. CONVERTIBILIDAD

Se otorga la cláusula de convertibilidad para posibles estrategias comerciales en el futuro; lo anterior teniendo en cuenta que la cláusula no aplica para pólizas de vida grupo deudores.

23. ERROR EN LA DECLARACIÓN DE EDAD

Se deja sin validez la cláusula de error en la declaración de edad, por haberse pactado una tasa única de riesgo para todos los asegurados. Lo anterior rige siempre y cuando la edad verdadera esté dentro de los límites de aceptación de la póliza.

24. OPERATIVIDAD DE LA CUENTA

La póliza de Vida Grupo Deudores será contratada a valor global, con relación de asegurados indicando tipo de documento, documento, nombres y apellidos del asegurado valor asegurado
La relación se enviará mensualmente.

25. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES

Para efectos de la prescripción de acciones contemplada en el Artículo 1081 del Código de Comercio, La Entidad en su calidad de beneficiario de la póliza tiene el carácter de

Versión Clausulado Particular: DTV_VGD_2017	Fecha:	06/06/2018
	Preparado por:	Juan Pablo Pérez G.
	Página:	Página 9 de 15

Interesado, por lo tanto el término de la prescripción comenzará a correr desde el momento en que MAF COLOMBIA haya tenido conocimiento del siniestro.

26. CLAUSULA ESPECIAL

Para efectos de esta póliza, queda acordado que siempre y cuando MAF COLOMBIA cumpla a cabalidad con todos los controles internos que la organización tiene establecidos para la financiación de préstamos e inclusión en la póliza tomada por los deudores, la Aseguradora pagará las indemnizaciones a las que haya lugar siempre y cuando al analizar las pruebas aportadas haya lugar a indemnización.

27. REVOCACIÓN

La presente póliza podrá ser revocada por el Tomador en cualquier momento. Los anexos de la presente póliza podrán ser revocados por la Aseguradora en cualquier momento, para lo cual deberá dar aviso al tomador sobre esta determinación con una anticipación no menor a 60 días.

28. CONVERTIBILIDAD

Se otorga la cláusula de convertibilidad para posibles estrategias comerciales en el futuro; lo anterior teniendo en cuenta que la cláusula no aplica para pólizas de vida grupo deudores.

29. AVISO DE SINIESTRO:

Se otorgará plazo para el aviso de siniestros de 90 días.

30. PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTROS

- **PLAZO Y DOCUMENTOS MÍNIMOS REQUERIDOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS.**

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización dentro de 5 días siguientes a la fecha en que se acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía de acuerdo a la reclamación formal presentada por EL ASEGURADO o los beneficiarios, acompañada de los documentos necesarios.

Para acreditar el derecho a la indemnización, EL ASEGURADO o el (los) beneficiario (s) presentarán a la Compañía la reclamación soportada con los documentos que demuestren la ocurrencia del siniestro y su cuantía. LA COMPAÑÍA, de manera meramente ilustrativa sugiere soportar la reclamación con los siguientes documentos, según sea el caso:

EN CASO DE FALLECIMIENTO

Documentos del asegurado:

Versión Clausulado Particular: DTV_VGD_2017	Fecha:	06/06/2018
	Preparado por:	Juan Pablo Pérez G.
	Página:	Página 10 de 15

- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, y datos del reclamante.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Original o copia auténtica del registro civil notarial de defunción.
- Certificado expedido por el Banco en el cual conste el saldo insoluto de la deuda a la fecha de fallecimiento, junto con la copia de solicitud del seguro de vida firmada por el deudor fallecido.
- Copia o fotocopia de la solicitud del crédito y el pagaré firmado el deudor fallecido para garantizar el (los) crédito(s) otorgado(s) por el Banco.
- Documentos que acrediten la calidad de beneficiarios (copia auténtica y original de registro civil de nacimiento o matrimonio, fotocopia de la cédula de ciudadanía, declaraciones extrajuicio) en los casos que se requiera.

EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

- Carta solicitando la reclamación en la cual se evidencie No. de póliza, amparo reclamado, documentos aportados, y datos del reclamante.
- Historia clínica completa del tratamiento con su dictamen final y las pruebas que determinen la existencia de la incapacidad.
- Estructuración de la incapacidad total y permanente emitida por la Empresa Promotora de Salud o la Junta de Calificación de Invalidez.
- Fotocopia de la cédula de ciudadanía.
- Certificado expedido por el Banco en el cual conste el saldo insoluto de la deuda a la fecha de la estructuración de la incapacidad total y permanente, junto con la copia de solicitud del seguro de vida firmada por el deudor incapacitado.
- Copia o fotocopia del (de los) documento(s) que haya firmado el deudor incapacitado, para garantizar el (los) crédito(s) otorgado(s) por el Banco.

NOTA: Si del análisis de los documentos aportados se requiere un documento adicional para determinar la cobertura, ALLIANZ Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales cuando el siniestro lo amerite.

31. DOCUMENTOS EMITIDOS EN EL EXTERIOR

Cuando se trate de documentos otorgados en el extranjero deberá adelantarse el trámite señalado en el artículo 259 del código de procedimiento civil, modificado por D.E. 2282 de 1.989 art. 1, numeral 18 y por la ley 455 de 1.998.

Versión Clausulado Particular: DTV_VGD_2017	Fecha:	06/06/2018
	Preparado por:	Juan Pablo Pérez G.
	Página:	Página 11 de 15

Para la traducción deberá tenerse en cuenta lo estipulado en el art 260 del C. De P. C. Y en la resolución 2201 de 1.997 emanada del ministerio de relaciones exteriores.

En cualquier caso, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales cuando el siniestro lo amerite.

32. ARBITRAMENTO

Por medio de la presente cláusula, las partes acuerdan someter a la decisión de tres árbitros todas las diferencias que se susciten en relación con esta oferta. Los árbitros serán nombrados de común acuerdo con las partes y, si ello no fuere posible, se aplicará lo dispuesto por el Decreto Ley 2279 de 1989, modificado por la Ley 23 de 1991 y demás normas que lo modifiquen o reemplacen. El fallo será en derecho y el término del proceso será de seis (6) meses.

33. TERRITORIALIDAD

La presente póliza otorga cobertura a nivel mundial, no obstante en todo caso se regirá por las leyes de la república de Colombia.

34. GARANTIAS EXIGIDAS AL TOMADOR Y/O ASEGURADO

- Suministro oportuno de listado actualizado de asegurados en los términos de este documento.
- Realizar oportunamente los reportes de ingresos y retiros en los términos de este documento.
- Notificar cualquier agravación de riesgo conocida
- Previo al ingreso de cualquier asegurado, el tomador tendrá la obligación de hacer que el mismo diligencie completamente el formulario de solicitud de seguro propuesto por la Aseguradora.

35. TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro individual de cualquier asegurado terminará en los siguientes casos:

- Cuando por cualquier causa deje de pertenecer al grupo asegurado.
- En la fecha que termine la vigencia señalada en la póliza
- Por falta de pago de prima
- Al pagar las indemnizaciones por los amparos de muerte, invalidez y/ o incapacidad total y permanente del asegurado.

PARAGRAFO: Cuando el Seguro o Amparo termine por causas distintas a las previstas en la Ley, la Compañía notificará dicha terminación al Tomador / Asegurado.

Versión Clausulado Particular: DTV_VGD_2017	Fecha:	06/06/2018
	Preparado por:	Juan Pablo Pérez G.
	Página:	Página 12 de 15

36. CÓDIGO DE COMERCIO

Las demás condiciones no previstas en las presentes condiciones particulares, se regirán por el Código de Comercio de la República de Colombia, por las normas reglamentarias, por las normas que los modifiquen o adicionen, y por las demás normas aplicables al contrato de seguro.

LO NO ESTIPULADO EN ESTE CONTRATO, ASÍ COMO LA DEFINICIÓN DE LOS AMPAROS NO DESCRITOS, SE REGIRÁ DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES Y POLÍTICAS DE LA POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO 25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10.

Acepto los términos de renovación en todos sus términos y condiciones.

TOMADOR
Firma de aceptación

Aceptamos el contrato en todos sus términos y condiciones



ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
Firma Autorizada

Versión Clausulado Particular: DTV_VGD_2017	Fecha:	06/06/2018
	Preparado por:	Juan Pablo Pérez G.
	Página:	Página 13 de 15

Versión Clausulado Particular: DTV_VGD_2017	Fecha:	06/06/2018
	Preparado por:	Juan Pablo Pérez G.
	Página:	Página 14 de 15

Allianz Seguros de Vida S.A.
NIT No. 860.027.404-1

www.allianz.co
Cra. 13 A No. 29-24
Torre Empresarial Allianz
Bogotá, D.C.
Conmutador: 5 188801

Versión Clausulado Particular: DTV_VGD_2017	Fecha:	06/06/2018
	Preparado por:	Juan Pablo Pérez G.
	Página:	Página 15 de 15

Vida Grupo

Allianz

Condiciones Generales Vida Grupo

www.allianz.co

Estas son las condiciones generales de su contrato de seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Allianz Seguros de Vida S.A.

Allianz 

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

PRELIMINAR

El contrato de seguro está integrado por las condiciones generales y particulares de la póliza, la solicitud de seguro firmada por EL ASEGURADO, los formularios de asegurabilidad y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

LA COMPAÑÍA EN CUMPLIMIENTO DE SU DEBER PRECONTRACTUAL HA PUESTO A CONSIDERACIÓN DEL TOMADOR DEL PRESENTE SEGURO LAS CONDICIONES GENERALES DEL MISMO DE MANERA ANTICIPADA, LAS CUALES SE LE HA INFORMADO SE ENCUENTRAN INCORPORADAS Y A SU DISPOSICIÓN EN LA PÁGINA www.allianz.co Y LE HA EXPLICADO DIRECTAMENTE Y/O A TRAVÉS DEL INTERMEDIARIO RESPECTIVO, EL CONTENIDO DE LA COBERTURA (RIESGOS QUE EL ASEGURADOR CUBRE), DE LAS EXCLUSIONES (CIRCUNSTANCIAS EN LAS CUALES EL ASEGURADOR NO BRINDA COBERTURA) Y DE LAS GARANTÍAS (PROMESAS DEL ASEGURADO RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL RIESGO O AFIRMACIÓN O NEGACIÓN DE UNA SITUACIÓN DE HECHO) ALLÍ CONTENIDAS, ASÍ COMO SOBRE SU EXISTENCIA, EFECTOS Y ALCANCE. EN TODO CASO DE PERSISTIR CUALQUIER INQUIETUD EL TOMADOR PODRÁ COMUNICARSE A NUESTRAS LÍNEAS DE ATENCIÓN INDICADAS EN ESTE MISMO CONDICIONADO.”

LA COMPAÑÍA NO OTORGARÁ COBERTURA NI SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR NINGÚN SINIESTRO U OTORGAR NINGÚN BENEFICIO EN LA MEDIDA EN QUE (I) EL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA, (II) EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN O (III) EL OTORGAMIENTO DE TAL BENEFICIO EXPONGAN A LA COMPAÑÍA A CUALQUIER SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONTEMPLADA EN LAS RESOLUCIONES, LEYES, DIRECTIVAS, REGLAMENTOS, DECISIONES O CUALQUIER NORMA DE LAS NACIONES UNIDAS, LA UNIÓN EUROPEA, EL REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE, LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA O CUALQUIER OTRA LEY NACIONAL O REGULACIÓN APLICABLE.

* Grandes contribuyentes, Régimen Común. No sujeto a Retención.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., que en adelante se denominará “**LA COMPAÑÍA**”, en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el “Tomador” y a las solicitudes individuales de los Asegurados, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada a la realización de los riesgos amparados, con base en los valores asegurados pactados y las definiciones de cobertura contenidas en las condiciones generales de la póliza.

CLAUSULA 1ª. AMPAROS

A. AMPARO BÁSICO

- BÁSICO DE VIDA

B. AMPAROS OPCIONALES

El tomador podrá contratar si lo desea todos o alguno(s) de lo(s) siguiente(s) amparo(s) y deberán quedar especificados en la carátula de la póliza.

- INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
- ENFERMEDADES GRAVES
- TRASPLANTE DE ORGANOS
- INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL
- BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL
- RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE
- RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA
- RENTA DIARIA POST-HOSPITALARIA
- RENTA CLÍNICA DIARIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
- AUXILIO POR TRATAMIENTO AMBULATORIO O CIRUGÍA AMBULATORIA
- AUXILIO FUNERARIO
- AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR MUERTE
- AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

CLAUSULA 2ª. EXCLUSIONES

1. EXCLUSIONES PARA TODOS LOS AMPAROS

LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ LA INDEMNIZACIÓN DE LAS COBERTURAS CONTRATADAS Y ESTABLECIDAS EN LA CLAUSULA DE AMPAROS, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

PARA TODOS LOS AMPAROS

1. **EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS DIRECTAMENTE POR GUERRA INTERIOR O EXTERIOR, INVASIÓN, HOSTILIDADES U OPERACIONES BÉLICAS CON O SIN DECLARACIÓN DE GUERRA, GUERRA CIVIL, REVOLUCIÓN, SEDICIÓN, ASONADA O ACTOS VIOLENTOS MOTIVADOS POR CONMOCIÓN CIVIL O POR APLICACIÓN DE**

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

LA LEY MARCIAL, REBELIÓN, INSURRECCIÓN, PODER MILITAR USURPADO, MOTÍN. NO ESTÁN EXCLUIDOS LOS EVENTOS ACCIDENTALES CAUSADOS, DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR TERRORISMO.

2. EVENTOS OCURRIDOS A CONSECUENCIA DE FISIÓN O FUSIÓN NUCLEAR, RADIOACTIVIDAD O EL USO DE ARMAS ATÓMICAS, BACTERIOLÓGICAS O QUÍMICAS.

AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. LESIONES QUE HAYAN SIDO PROVOCADAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, ASÍ COMO EL INTENTO DE SUICIDIO.
2. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES.
3. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES ORIGINADOS U OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO.
4. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.
5. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.
6. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

Código Clausulado:

Código Nota Técnica:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO CUBRE LAS ENFERMEDADES INDICADAS A CONTINUACIÓN, NI LAS QUE SE DERIVEN DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE DE ÉSTAS:

1. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR O PRODUCIDA POR LOS MISMOS TIPOS DE VIRUS CAUSANTES DEL SIDA, QUE SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.
2. ANGIOPLASTIA CON BALÓN, LÁSER U OTROS PROCEDIMIENTOS, Y CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIONES POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.
3. ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES TRANSITORIAS ISQUÉMICAS.
4. ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN.
5. EL ESTADO DE COMA PROVOCADO POR EL ABUSO DE ALCOHOL, TÓXICO O DROGAS NO PRESCRITAS POR UN MÉDICO.
6. CUALQUIER ENFERMEDAD QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADA DENTRO DE LA COBERTURA DEL AMPARO ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES.
7. LESIONES PREMALIGNAS, CÁNCER DE PRÓSTATA EN SUS ETAPAS INICIALES T1A O T1B DE LA CLASIFICACIÓN TNM (TUMOR NÓDULO METASTÁSIS) CON CLASIFICACIÓN DE GLEASON INFERIOR A CINCO, CÁNCER INSITU NO INVASIVO (INCLUIDO EL MELANOMA MALIGNO EN ESTADIO INSITU), LOS TUMORES MALIGNOS DE PIEL (EXCEPTO EL MELANOMA MALIGNO INVASIVO), ENFERMEDAD DE HODGKIN ESTADIO I Y LOS TUMORES EN PRESENCIA DEL VIH O SIDA.
8. CARCINOMA DE TIROIDES VARIEDAD PAPILAR EN SUS ETAPAS INICIALES T1 T2 N0 M0 (DE LA CLASIFICACIÓN TNM). EL RESTO DE ESTADIOS, T3-4 Y CARCINOMAS DE TIROIDES VARIEDADES FOLICULAR, ANAPLASICO, MEDULAR, O CUALQUIER OTRO TIPO DE CÁNCER DE TIROIDES DIFERENTE A LOS MENCIONADOS, TENDRÁN COBERTURA EN CUALQUIERA DE SUS ESTADIOS.

AMPARO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO CUBRE LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS QUE SE DERIVEN DIRECTAMENTE O INDIRECTAMENTE DE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES EVENTOS:

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

1. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD O TIPOS CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR O PRODUCIDA POR LOS MISMOS DE VIRUS CAUSANTES DEL SIDA, QUE SEA DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.
2. ANGIOPLASTIA CON BALÓN, LÁSER U OTROS PROCEDIMIENTOS, Y CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRA-ARTERIAL, OPERACIONES DE VÁLVULA, OPERACIONES POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.
3. ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESIÓN.
4. CUALQUIER TRANSPLANTE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADO DENTRO DE LA COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ORGANOS.
5. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.
6. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. LESIONES QUE HAYAN SIDO PROVOCADAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, ASÍ COMO EL INTENTO DE SUICIDIO.
2. MUERTE CAUSADA POR LA ACCIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE UNA PERSONA SOBRE EL ASEGURADO, MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE ARMA DE FUEGO, ARMA CORTANTE, PUNZANTE O CONTUNDENTE, CON EXPLOSIVOS, O POR ENVENENAMIENTO O INTOXICACIÓN, O CUALQUIER OTRA CAUSA DE MUERTE NO NATURAL DIFERENTE A LA MUERTE ACCIDENTAL DEFINIDA EN ESTA PÓLIZA.
3. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O

Código Clausulado:

Código Nota Técnica:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

- 4. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.**
- 5. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.**
- 6. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.**
- 7. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.**
- 8. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.**

AMPARO DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 1. LESIONES QUE HAYAN SIDO PROVOCADAS A SÍ MISMO POR EL ASEGURADO ESTANDO O NO EN USO DE SUS FACULTADES MENTALES, ASÍ COMO EL INTENTO DE SUICIDIO.**
- 2. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O**

Código Clausulado:

Código Nota Técnica:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

- 3. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.**
- 4. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES.**
- 5. RECLAMACIONES QUE SEAN CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES O ACCIDENTES ORIGINADOS U OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD AL INICIO DE VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL O A LA INCLUSIÓN DE LOS AMPAROS ADICIONALES, SIEMPRE Y CUANDO SEAN CONOCIDOS POR EL ASEGURADO.**
- 6. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.**
- 7. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.**
- 8. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.**
- 9. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.**

Código Clausulado:

Código Nota Técnica:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

AMPARO DE RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
2. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
3. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE CAUTERIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, EXTRACCIÓN DE VERRUGAS, LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.
4. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
5. HOSPITALIZACIONES Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
6. CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VÁRICES.
7. INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO CONTRA SU PROPIA INTEGRIDAD FÍSICA.
8. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.
9. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.
10. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
11. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR

Código Clausulado:

Código Nota Técnica:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.

- 12. LA ESCLEROTERAPIA, SUTURAS Y TRATAMIENTOS CON CRIOTERAPIA.**
- 13. EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO GENERAL O POR LAPAROSCOPIA PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN INVITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.**
- 14. ENFERMEDADES MENTALES DEL ASEGURADO, EFECTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS O ESTÉTICOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y RECLUSIÓN PARA CHEQUEOS DE CONTROL O PRÁCTICA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.**
- 15. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES, CURAS DE DESCANSO O DE REPOSO, ADICCIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL, LESIONES DEBIDAS A LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, POLISOMNOGRAMAS Y CIRUGIAS PARA LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, ASÍ COMO LAS LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENAS, O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ.**
- 16. EL ESTUDIO O USO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO, O EL CONTROL DE PESO, PÉRDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PALPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE Y PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICOS EN GENERAL, TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBARICA, ENTRE OTROS.**
- 17. LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS.**
- 18. CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS.**
- 19. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.**
- 20. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS**

Código Clausulado:

Código Nota Técnica:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.

21. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
2. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
3. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE CAUTERIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, EXTRACCIÓN DE VERRUGAS, LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.
4. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
5. HOSPITALIZACIONES Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
6. CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VÁRICES.
7. INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO CONTRA SU PROPIA INTEGRIDAD FÍSICA.
8. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.
9. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

10. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
11. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
12. LA ESCLEROTERAPIA, SUTURAS Y TRATAMIENTOS CON CRIOTERAPIA.
13. EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO GENERAL O POR LAPAROSCOPIA PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN INVITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.
14. ENFERMEDADES MENTALES DEL ASEGURADO, EFECTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS O ESTÉTICOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y RECLUSIÓN PARA CHEQUEOS DE CONTROL O PRÁCTICA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.
15. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES, CURAS DE DESCANSO O DE REPOSO, ADICCIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL, LESIONES DEBIDAS A LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, POLISOMNOGRAMAS Y CIRUGÍAS PARA LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, ASÍ COMO LAS LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENAS, O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ.
16. EL ESTUDIO O USO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO, O EL CONTROL DE PESO, PÉRDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PALPEBRAL, BLEFAROKHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE Y PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICOS EN GENERAL, TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBARICA, ENTRE OTROS.
17. LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS.
18. CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS.
19. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.

Código Clausulado:

Código Nota Técnica:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

20. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.
21. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

AMPARO DE RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
2. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
3. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE CAUTERIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, EXTRACCIÓN DE VERRUGAS, LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.
4. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
5. HOSPITALIZACIONES Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
6. CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VÁRICES.
7. INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO CONTRA SU PROPIA INTEGRIDAD FÍSICA.
8. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.

Código Clausulado:

Código Nota Técnica:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

9. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.
10. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
11. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
12. LA ESCLEROTERAPIA, SUTURAS Y TRATAMIENTOS CON CRIOTERAPIA.
13. EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO GENERAL O POR LAPAROSCOPIA PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN INVITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.
14. ENFERMEDADES MENTALES DEL ASEGURADO, EFECTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS O ESTÉTICOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y RECLUSIÓN PARA CHEQUEOS DE CONTROL O PRÁCTICA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.
15. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES, CURAS DE DESCANSO O DE REPOSO, ADICCIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL, LESIONES DEBIDAS A LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, POLISOMNOGRAMAS Y CIRUGIAS PARA LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, ASÍ COMO LAS LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENAS, O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ.
16. EL ESTUDIO O USO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO, O EL CONTROL DE PESO, PÉRDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PALPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE Y PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICOS EN GENERAL, TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBARICA, ENTRE OTROS.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

17. LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS.
18. CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS.
19. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.
20. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAJIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.
21. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

AMPARO DE RENTA CLÍNICA DIARIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE RENTA CLÍNICA DIARIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.
2. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.
3. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE CAUTERIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, EXTRACCIÓN DE VERRUGAS, LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.
4. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.
5. HOSPITALIZACIONES Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
6. CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VÁRICES.
7. INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO CONTRA SU PROPIA INTEGRIDAD FÍSICA.

Código Clausulado:

Código Nota Técnica:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

8. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.
9. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.
10. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
11. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
12. LA ESCLEROTERAPIA, SUTURAS Y TRATAMIENTOS CON CRIOTERAPIA.
13. EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO GENERAL O POR LAPAROSCOPIA PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN INVITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.
14. ENFERMEDADES MENTALES DEL ASEGURADO, EFECTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS O ESTÉTICOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y RECLUSIÓN PARA CHEQUEOS DE CONTROL O PRÁCTICA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.
15. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES, CURAS DE DESCANSO O DE REPOSO, ADICCIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL, LESIONES DEBIDAS A LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, POLISOMNOGRAMAS Y CIRUGIAS PARA LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, ASÍ COMO LAS LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENAS, O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ.
16. EL ESTUDIO O USO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO, O EL CONTROL DE PESO,

Código Clausulado:

Código Nota Técnica:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

PÉRDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PALPEBRAL, BLEFAROCHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE Y PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICOS EN GENERAL, TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBARICA, ENTRE OTROS.

- 17. LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS.**
- 18. CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS.**
- 19. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.**
- 20. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.**
- 21. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.**

AUXILIO POR TRATAMIENTO AMBULATORIO O CIRUGÍA AMBULATORIA

ADICIONAL A LAS EXCLUSIONES QUE APLICAN PARA TODOS LOS AMPAROS, LA COMPAÑÍA NO RECONOCERÁ SUMA ALGUNA EN LA COBERTURA DE AUXILIO POR TRATAMIENTO AMBULATORIO O CIRUGÍA AMBULATORIA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

- 1. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.**
- 2. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES Y/O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES AL INGRESO DEL ASEGURADO A LA PÓLIZA.**
- 3. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE CAUTERIZACIONES DE CUALQUIER TIPO, EXTRACCIÓN DE VERRUGAS, LUNARES, UÑAS ENCARNADAS, LIPOMAS Y QUISTES SEBÁCEOS.**
- 4. HOSPITALIZACIONES Y/O CIRUGÍAS A CONSECUENCIA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS.**

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

5. HOSPITALIZACIONES Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES RELACIONADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).
6. CUALQUIER CLASE DE HERNIAS Y VÁRICES.
7. INTENTO DE SUICIDIO Y LESIONES CAUSADAS VOLUNTARIAMENTE POR EL ASEGURADO CONTRA SU PROPIA INTEGRIDAD FÍSICA.
8. EL USO DE VEHÍCULOS O ARTEFACTOS AÉREOS EN CALIDAD DE PILOTO, ESTUDIANTE DE PILOTAJE, MECÁNICO DE AVIACIÓN O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN, SALVO CUANDO SEA PASAJERO DE UNA LÍNEA COMERCIAL LEGALMENTE ESTABLECIDA Y AUTORIZADA PARA TRANSPORTE REGULAR DE PASAJEROS BAJO ITINERARIOS PREESTABLECIDOS.
9. ACCIDENTES QUE SUFRA EL ASEGURADO CUANDO VIAJE COMO PASAJERO EN AERONAVES QUE NO PERTENEZCAN A UNA COMPAÑÍA DE TRANSPORTE AÉREO CON ITINERARIOS DEBIDAMENTE PUBLICADOS Y AUTORIZADA PARA EL TRANSPORTE DE PASAJEROS POR LA AUTORIDAD GUBERNAMENTAL CONSTITUIDA Y CON JURISDICCIÓN SOBRE LA AVIACIÓN CIVIL DEL PAÍS DE SU REGISTRO.
10. HALLARSE VOLUNTARIAMENTE EL ASEGURADO BAJO INFLUENCIA DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, ESTUPEFACIENTES, ALUCINÓGENOS O DROGAS TÓXICAS O HEROICAS, CUYA UTILIZACIÓN NO HAYA SIDO REQUERIDA POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.
11. LOS ACCIDENTES SUFRIDOS POR EL ASEGURADO DURANTE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O COMO CONSECUENCIA DE ELLAS O LOS CAUSADOS POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE RAYOS X O CHOQUES ELÉCTRICOS, SALVO QUE OBEDEZCAN A LA CURACIÓN DE LESIONES PRODUCIDAS POR UN ACCIDENTE AMPARADO.
12. LA ESCLEROTERAPIA, SUTURAS Y TRATAMIENTOS CON CRIOTERAPIA.
13. EMBARAZO, MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SUS CONSECUENCIAS, ASÍ COMO EL DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO GENERAL O POR LAPAROSCOPIA PARA FERTILIZACIÓN Y ESTERILIDAD, INSEMINACIÓN ARTIFICIAL, DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y/O FRIGIDEZ, FECUNDACIÓN INVITRO, PRUEBAS GENÉTICAS Y TRATAMIENTOS ORIENTADOS AL FETO EN GENERAL O EL ABORTO PROVOCADO.
14. ENFERMEDADES MENTALES DEL ASEGURADO, EFECTOS PSIQUIÁTRICOS Y/O PSICOLÓGICOS O ESTÉTICOS DE CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y RECLUSIÓN PARA CHEQUEOS DE CONTROL O PRÁCTICA DE EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

15. TRATAMIENTOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS POR ENFERMEDADES O TRASTORNOS MENTALES, CURAS DE DESCANSO O DE REPOSO, ADICCIÓN A LAS DROGAS O ALCOHOL, LESIONES DEBIDAS A LOCURA, ESTADOS DE DEMENCIA, POLISOMNOGRAMAS Y CIRUGÍAS PARA LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, ASÍ COMO LAS LESIONES O ENFERMEDADES DEBIDAS A LA INGESTIÓN DE DROGAS SOMNÍFERAS, BARBITÚRICOS, ALUCINÓGENAS, O POR ESTADO DE EMBRIAGUEZ.
16. EL ESTUDIO O USO, ASÍ COMO SUS CONSECUENCIAS, DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS PARA EL CRECIMIENTO, ENVEJECIMIENTO, OBESIDAD, ADELGAZAMIENTO, O EL CONTROL DE PESO, PÉRDIDA DE LA MEMORIA, PTOSIS PALPEBRAL, BLEFAROKHALASIS, ARRUGAS Y CALVICIE Y PROCEDIMIENTOS DE USO COSMÉTICOS EN GENERAL, TALES COMO: MESOTERAPIA, HIDROTERAPIA, CELULOTERAPIA, CÁMARA HIPERBARICA, ENTRE OTROS.
17. LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS O EXÁMENES DE CHEQUEO GENERAL O DE RUTINA, DE TAMIZAJE O PREVENTIVOS.
18. CIRUGÍAS PARA DONACIÓN DE ÓRGANOS.
19. CIRUGÍAS ESTÉTICAS O PLÁSTICAS CON FINES DE EMBELLECIMIENTO.
20. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN CUALQUIER COMPETENCIA DE VELOCIDAD O HABILIDAD CATALOGADA COMO DE ALTO RIESGO, PRÁCTICAS DEPORTIVAS TALES COMO AUTOMOVILISMO, BOXEO, PARACAIDISMO, MOTONÁUTICA, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, KARTISMO, MOTOCICLISMO, PARAPENTE, TAUROMAQUIA, EQUITACIÓN, SALTO CON CUERDAS DESDE PUENTES O CONSTRUCCIONES Y EN CUALQUIER OTRO CONCURSO, COMPETENCIA, O SUS PREPARATIVOS, MONTAÑISMO, Y OTROS SIMILARES, SEA COMO MIEMBRO ACTIVO O EJECUTANTE.
21. PRÁCTICA, ENTRENAMIENTO O PARTICIPACIÓN EN DEPORTES O ACTIVIDADES TALES COMO ESPELEOLOGÍA, BUCEO, ALPINISMO O ESCALAMIENTO DE MONTAÑAS, PLANEADORES, DEPORTES DE INVIERNO Y LA PRÁCTICA O ENTRENAMIENTO DE DEPORTES A NIVEL PROFESIONAL.

CLAUSULA 3ª. DEFINICIÓN DE LOS AMPAROS

DEFINICIÓN DE COBERTURAS

Riesgos Amparados

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

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

1. AMPARO BÁSICO DE VIDA

Si el asegurado fallece por cualquier causa no mencionada en las exclusiones de la presente póliza, LA COMPAÑÍA pagará el valor asegurado para este amparo, siempre que la fecha de fallecimiento ocurra dentro de la vigencia de esta póliza.

El pago del valor asegurado para este amparo generará la terminación automática del contrato de seguro.

En caso de muerte presunta por desaparecimiento, la suma a indemnizar, será el valor asegurado a la fecha de la muerte establecida en la sentencia, la cual deberá inscribirse en el registro civil de defunción.

2. DEFINICIÓN Y CONDICIONES DE LOS AMPAROS OPCIONALES

• AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos de este amparo, se entenderá por incapacidad total y permanente la sufrida por EL ASEGURADO, que haya sido ocasionada y se manifieste bajo la vigencia de ésta póliza, que produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que le impida al ASEGURADO desempeñar cualquier trabajo remunerado acorde con su formación personal u ocupación habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un periodo continuo no menor a 120 días. En todo caso dicha incapacidad podrá ser demostrada mediante certificación de EPS, ARL, AFP o Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez donde se indique que EL ASEGURADO ha sufrido una pérdida igual o superior al 50% de su capacidad laboral.

El valor de la indemnización por este amparo se calculará con el valor asegurado correspondiente a la fecha de estructuración de la correspondiente incapacidad total y permanente.

En todos los casos 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.

La incapacidad total y permanente deberá ser calificada por los entes autorizados por el gobierno nacional y con base en el manual único de calificación vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación, sin que sea posible la aplicación de los manuales de calificación de invalidez de los regímenes especiales o exceptuados de la ley 100 de 1993.

Sin perjuicio de cualquier otra causa, se considera como incapacidad total y permanente, la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos, la amputación de ambas manos o ambos pies, o de toda una mano y un pie.

Para los efectos de este amparo, las pérdidas anteriores se definen así:

- De las manos: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la muñeca.
- De los pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel del tobillo.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

- De los dos ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

Para los efectos de este amparo, por accidente se entiende todo suceso imprevisto, exterior, violento, visible, verificable mediante examen médico, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que produzca en la integridad física del mismo, cualquiera de las pérdidas indicadas en la tabla de indemnizaciones.

En los seguros de grupo no deudores, se podrá a elección del tomador, otorgar todos los amparos descritos en estas condiciones generales.

- **AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES**

Cuando al ASEGURADO le sea diagnosticada médicamente por primera vez, durante la vigencia del presente amparo, cualquiera de las siguientes enfermedades: CÁNCER, LEUCEMIA, INFARTO DEL MIOCARDIO, CIRUGÍA ARTERIOCORONARIA, ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR, INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES, QUEMADURAS GRAVES, ESTADO DE COMA, ANEMIA APLÁSTICA, TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y ENFERMEDAD DE PARKINSON; LA COMPAÑÍA pagará la suma equivalente al porcentaje señalado en la carátula de la póliza.

El porcentaje señalado afectará directamente el valor asegurado en el amparo básico de vida e invalidez, desmembración o inutilización por accidente o enfermedad, que se reducirán en esa proporción, al momento del diagnóstico de la enfermedad. En caso de presentarse una reclamación posterior por una cobertura del amparo básico, la indemnización se hará con base en el remanente.

La manifestación y el diagnóstico de la enfermedad, deberán presentarse con posterioridad a los tres (3) meses de iniciación de la primera vigencia del presente anexo y el diagnóstico deberá ser confirmado por evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

En cualquier caso no habrá lugar a pago alguno, cuando:

- a) Exista un historial relacionado con la enfermedad, previo al inicio de la vigencia individual de este amparo.
- b) b. Se haya recibido tratamiento por la enfermedad, antes del inicio de la vigencia individual del presente amparo.

DEFINICIONES DE LAS ENFERMEDADES GRAVES

Para todos los efectos del presente amparo, las afecciones citadas quedan definidas así:

- **CÁNCER:**

Significa un tumor maligno caracterizado por el crecimiento no controlado y esparcimiento de células malignas y la invasión de tejido. Esta definición incluye también leucemia y

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

enfermedades malignas del sistema linfático como, por ejemplo, la enfermedad de Hodgkin diferente al estadio I.

- **AMPARO DE CÁNCER IN SITU:**

Se define como Cáncer In Situ todo cáncer o tumor maligno sin evidencia de invasión, es decir el cáncer diagnosticado o todo tumor con clasificación TNOM0

Todo valor indemnizado por esta cobertura será deducido del amparo de enfermedades graves en caso de que dicha enfermedad se convierta en metastásica.

La suma asegurada de esta cobertura será la siguiente:

Se pagará el porcentaje de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves establecido en la carátula de la póliza al momento de ser diagnosticado la etapa TNOM0, con un límite máximo establecido en la póliza.

Se pagará el 100% de la suma asegurada del amparo de enfermedades graves, al momento de ser diagnosticado la etapa II, III o IV, deduciendo cualquier pago que se haya realizado anteriormente por esta cobertura.

- **INFARTO AL MIOCARDIO:**

Significa la muerte de una porción del músculo del corazón resultado del bloqueo de una o más arterias coronarias.

El diagnóstico está basado en un episodio que consiste en:

- a. Dolor de pecho típico,
- b. Nuevos cambios electrocardiográficos (ECG) asociados, consistentes en elevación del segmento ST en dos o más derivaciones, aparición de onda Q patológica en dos o más derivaciones, o inversión de la onda T en dos o más derivaciones, y
- c. Elevación de enzimas cardíacas

- **INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:**

Falla total crónica e irreversible de ambos riñones, como consecuencia de la cual haya de efectuarse trasplante o diálisis renal, en forma regular durante tres (3) meses como mínimo.

- **ESCLEROSIS MÚLTIPLE:**

Diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo especialista que confirme más de un episodio de déficit neurológico bien definido, con síntomas persistentes de deterioro de los nervios ópticos,

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

del tronco cerebral y de la médula espinal en su conjunto, y con alteración de la coordinación y de las funciones motoras y sensitivas, sin que necesariamente EL ASEGURADO requiera el uso de una silla de ruedas.

El diagnóstico deberá ser confirmado por técnicas modernas de imágenes cumplidos los ciento ochenta (180) días comunes posteriores a la ocurrencia del evento.

- **APOPLEJÍA O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (INFARTO CEREBRAL POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA):**

Todo padecimiento cerebrovascular tratado en un hospital, con secuelas neurológicas de una duración de más de veinticuatro horas, que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolia originada en una fuente extracraneal, con pruebas de disyunción neurológica permanente. Estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo, después de transcurridos tres (3) meses como mínimo, después del accidente.

- **AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA (BY – PASS)**

Cirugía de corazón recomendada por un cardiólogo para corregir el estrechamiento o la obstrucción de una o más arterias coronarias que requieran la colocación de al menos dos injertos o puentes (By - Pass). No está amparada la angioplastia con balón, láser u otros procedimientos.

- **TRASPLANTE DE ÓRGANOS:**

Es la implantación de un órgano extraído de un donante humano, en el organismo DEL ASEGURADO, con restablecimiento de las conexiones vasculares, arteriales y venosas. La compañía concederá el beneficio indicado en esta cláusula, cuando EL ASEGURADO deba ser sometido a un trasplante de los siguientes órganos:

- Trasplante de Hígado
- Trasplante de Páncreas
- Trasplante de Corazón
- Trasplante de Médula Ósea
- Trasplante de Pulmón
- Trasplante de Intestino Delgado

Nota:

- El trasplante de todos los demás órganos, partes de órganos o el trasplante de cualquier otro tejido están excluidos.
- Para cualquier proceso de indemnización por trasplante de órganos, es condición indispensable que se cumplan en todas y cada una de sus partes, las disposiciones de las leyes vigentes de trasplantes de órganos.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

- La compañía no pagará la indemnización cuando el trasplante de órganos sea consecuencia de enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de la vigencia del certificado individual.
- Este amparo se concederá siempre y cuando el trasplante se haya efectuado de acuerdo con las condiciones anotadas anteriormente.
- **QUEMADURAS GRAVES (GRAN QUEMADO):**

Dícese de las quemaduras de tercer grado, que comprometan más del 20% de la superficie corporal DEL ASEGURADO, el diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por los resultados de la carta de Lund Browder o un calculador equivalente a áreas corporales quemadas.

- **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:**

Diagnóstico clínico inequívoco de Enfermedad de Alzheimer (demencia pre-senil), confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo TAC, Resonancia Nuclear Magnética, PET de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

- **ENFERMEDAD DE PARKINSON:**

Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas) confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

- **ESTADO DE COMA:**

Estado de inconsciencia sin reacciones o respuestas a estímulos externos o necesidades internas, persistiendo continuamente con el uso de sistemas de soporte de la vida por un periodo de al menos 96 horas y resultando en un déficit neurológico permanente. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y el déficit neurológico debe ser documentado por lo menos durante 3 meses.

- **ANEMIA APLÁSTICA:**

Diagnóstico inequívoco de falla de la médula ósea confirmado por especialista y evidenciado por los resultados de biopsia de médula ósea. La enfermedad debe ocasionar anemia, neutropenia y trombocitopenia, que requieran al menos uno de los siguientes tratamientos:

- a. Transfusión de productos de sangre.
- b. Estimulantes de la médula ósea.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

c. Agentes inmunosupresores.

d. Trasplante de médula ósea.

- **TRAUMATISMO MAYOR DE CABEZA:**

Trauma mayor de la cabeza con trastorno de la función cerebral que debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en los tests neuroradiológicos (por ejemplo: TAC o RNM de cerebro).

El trauma debe provocar una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria.

Para todos los efectos de la Cobertura de Enfermedades Graves, se consideran actividades de la Vida Diaria las siguientes:

Actividades de la vida diaria:

Se consideran: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso), continencia (control sobre los esfínteres), comer/ beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas por lo menos durante 3 meses.

- **AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL**

Se entiende por accidente el hecho violento, externo, visible y fortuito que ocurra durante la vigencia de la póliza y que produzca en la integridad física del Asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas, o ahogamiento.

Cuando dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la ocurrencia de un accidente amparado por esta póliza, el Asegurado falleciere como consecuencia de las lesiones sufridas en dicho evento, LA COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados, la suma asegurada por este amparo a la fecha del accidente.

- **AMPARO DE BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL**

Si como consecuencia de un accidente sufrido por EL ASEGURADO durante la vigencia de la póliza se ocasiona dentro de los ciento veinte (120) días calendario siguientes contados a partir de la fecha del accidente la pérdida funcional o anatómica de uno de sus miembros u órganos, o amputación traumática o quirúrgica, EL ASEGURADO tendrá derecho a una indemnización de acuerdo con los porcentajes que se establecen en la siguiente tabla de desmembraciones y que se fijará con base en el valor asegurado estipulado para el amparo de Beneficios por Desmembración Accidental.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

Salvo las exclusiones previstas para los efectos de esta póliza, se entenderá por accidente todo suceso provocado por una acción violenta, exterior, visible, súbita, imprevista, repentina e independiente de la voluntad del asegurado y de sus beneficiarios, que produzca la desmembración o la perturbación funcional verificable mediante examen médico realizado por un médico.

DEFINICIONES:

INHABILITACIÓN Y/O PÉRDIDA: Se entiende por inhabilitación la pérdida funcional total y definitiva de un miembro.

Tabla 1 - Tabla de indemnizaciones

La Compañía pagará la indemnización estipulada para el amparo de beneficios por desmembración al recibo de pruebas idóneas donde se demuestre que EL ASEGURADO sufrió, a causa de un accidente, cualquiera de las siguientes pérdidas, y la suma indemnizable será, respecto al valor asegurado, la correspondiente al porcentaje que se indica para cada pérdida:

Clase de Pérdida	% de la suma a pagar
Enajenación mental incurable con impotencia funcional absoluta	100,00%
Parálisis o Invalidez Total y Permanente	100,00%
Ceguera completa en ambos ojos	100,00%
La pérdida total e irreparable de ambos pies o ambas manos	100,00%
Sordera total bilateral	100,00%
Pérdida del habla	100,00%
Pérdida del brazo o de la mano derecha	60,00%
Pérdida completa de la visión de un ojo	50,00%
Sordera total unilateral	50,00%
Pérdida del brazo o de la mano izquierda	50,00%
Pérdida de una pierna por encima de la rodilla	50,00%
Pérdida de un pie	40,00%
Pérdida completa del uso de la cadera	30,00%
Fractura no consolidada de una pierna	30,00%
Pérdida del dedo pulgar derecho	25,00%
Pérdida total de tres dedos de la mano derecha o pulgar y otro dedo que no sea el índice	25,00%
Pérdida completa del uso del hombro derecho	25,00%
Como máxima indemnización por trastornos en la masticación y habla	25,00%
Pérdida del dedo pulgar izquierdo	20,00%

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

Pérdida total de tres dedos de la mano izquierda o el pulgar y otro dedo que no sea el índice	20,00%
Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo derecho	20,00%
Pérdida completa del uso de alguna rodilla	20,00%
Fractura no consolidada de una rodilla	20,00%
Pérdida del dedo índice derecho	15,00%
Pérdida completa del uso de la muñeca o del codo izquierdo	15,00%
Pérdida completa del uso del tobillo	15,00%
Pérdida del dedo índice izquierdo	12,00%
Pérdida del dedo anular derecho	10,00%
Pérdida del dedo medio derecho	10,00%
Pérdida del dedo anular izquierdo	8,00%
Pérdida del dedo medio izquierdo	8,00%
Pérdida del dedo gordo de alguno de los pies	8,00%
Pérdida del dedo meñique derecho	7,00%
Pérdida del dedo meñique izquierdo	5,00%
Pérdida de una falange de cualquier dedo	5,00%

Parágrafo 1:

- a) Para todos los efectos de la presente condición, se entiende por pérdida de la mano, la amputación que se verifique a la altura de la muñeca o por encima de ella, y por pérdida del pie, la amputación que se verifique a la altura del tobillo o por encima de él.
- b) También se entiende por pérdida, la inhabilitación funcional total y permanente del órgano o miembro lesionado, en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales
- c) Cuando el Asegurado sufra dos o más pérdidas de las especificadas en la tabla, el valor total del pago no podrá exceder el 100% del Valor Asegurado en este amparo.
- d) Las indemnizaciones pagadas por la pérdida de dedos, se deducirán de cualquier pago que se hiciese por concepto de la pérdida de la mano o el pie respectivo.

Parágrafo 2: La tabla contenida en este numeral aplica para personas diestras, en caso de asegurado zurdo se aplica en los mismos porcentajes indicados en sentido inverso.

Parágrafo 3: Cuando se reconozca el 100% del valor asegurado por desmembración accidental, finaliza el seguro, por ende, EL ASEGURADO perderá el derecho de reclamar a la Compañía por cualquier otro amparo suscrito en la presente póliza.

Parágrafo 4: La indemnización por la cobertura de desmembración accidental no es acumulable al amparo de invalidez y/o incapacidad total y permanente por accidente, por lo tanto, cualquier pago realizado por este amparo, se deducirá del valor asegurado del que pueda corresponder de la amparo de invalidez y/o incapacidad total y permanente.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una, sin exceder la suma asegurada individual. En caso de algún pago por este anexo que no corresponda al 100% de la suma asegurada individual, este anexo continuará en vigor, para el evento de fallecimiento hasta completar la vigencia anual, por la diferencia entre la suma asegurada individual y las indemnizaciones ya pagadas. Terminada la vigencia anual el amparo individual terminará.

- **AMPARO DE RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

Este amparo cubre la hospitalización que se origine como consecuencia de un accidente o de una enfermedad no preexistente a la fecha de aceptación individual de este amparo, siempre que tal hospitalización sea superior a un período de 24 horas.

Cuando EL ASEGURADO aporte pruebas fehacientes que determinen la existencia de una hospitalización, LA COMPAÑÍA le pagará, mientras ésta subsista continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia, el valor asegurado por renta diaria que figure en la póliza, siempre que tal hospitalización tenga lugar en un establecimiento debidamente reconocido y registrado para la atención de enfermos.

El periodo de espera corresponde al plazo durante el cual EL ASEGURADO debe mantenerse en situación de hospitalización para tener derecho a la indemnización.

- **AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN EN CASA**

La Compañía reconocerá un valor de renta diaria continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia y hasta por el valor asegurado contratado, siempre que tal hospitalización sea superior a un período de 24 horas.

El periodo de espera corresponde al plazo durante el cual EL ASEGURADO debe mantenerse en situación de hospitalización para tener derecho a la indemnización.

Para indemnizar este amparo, EL ASEGURADO deberá aportar concepto del médico tratante, de la EPS o de la ARL, en el cual se determine que debe ser hospitalizado en su lugar de residencia, por lo que se deberá demostrar mediante certificado médico la orden de hospitalización en casa, así como adjuntar las órdenes de visitas de control del departamento médico de la institución hospitalaria.

Para que exista lugar a la cobertura, EL ASEGURADO deberá permanecer en su lugar de domicilio con aparatos médicos que la Institución Médica le instale y con registro de visitas diarias certificadas del médico tratante y enfermeras, si es el caso. Las anteriores condiciones se deben dar por situaciones específicas tales como la no existencia de suficientes camas en el hospital para atender la demanda y/o que las condiciones psicológicas o mentales del paciente requieren que su recuperación se lleve a cabo en casa y/o que el paciente haya sido dado de alta de manera temprana para su protección.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

• AMPARO DE RENTA DIARIA POST HOSPITALARIA

Si inmediatamente después de la salida del hospital o clínica por una hospitalización superior a 24 horas, EL ASEGURADO continúa incapacitado, LA COMPAÑÍA reconocerá un valor de renta diaria continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia y hasta por el valor de la suma diaria contratada por cada día de incapacidad que le sea concedido por la Entidad Promotora de Salud o validado cuando la incapacidad sea otorgada por Medicina Prepagada, Plan Complementario o Póliza de Hospitalización.

• AMPARO DE RENTA CLÍNICA DIARIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Este amparo cubre la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos que se origine como consecuencia de un accidente o de una enfermedad no preexistente a la fecha de aceptación individual de este amparo, siempre que tal hospitalización sea superior a un período de 24 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La Compañía pagará mientras EL ASEGURADO permanezca en Cuidados Intensivos continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia y hasta por el valor de la suma diaria contratada por cada día hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), siempre que tal hospitalización tenga lugar en un establecimiento debidamente reconocido y registrado para la atención de enfermos.

Para todos los efectos del anexo de la cobertura de Renta Diaria, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- **Hospitalización:** es la permanencia en una institución Hospitalaria para recibir Tratamiento Médico o Quirúrgico con una duración superior a 24 horas.
- **Hospital o Clínica:** es el establecimiento legalmente registrado y autorizado para prestar en él, servicios médicos y quirúrgicos.
- **Enfermedad:** es la alteración de la salud, según diagnóstico médico.
- **Accidente:** Se entiende por accidente para efecto de este contrato, el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito, que produzca en la integridad física del asegurado lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas.
- **Cirugía ambulatoria:** Es todo tratamiento quirúrgico realizado en el quirófano de un Hospital o Clínica, que no requiera hospitalización.
- **EPS:** Entidad Promotora de Salud.
- **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- **POS:** Plan Obligatorio de Salud.
- **PVS:** Planes Voluntarios de Salud, tales como Medicina Prepagada, Pólizas de Salud o Planes Complementarios de Salud.
- **Periodo de Espera:** Para los efectos del anexo de la cobertura de Renta Clínica Diaria, el periodo de espera corresponde al plazo durante el cual el asegurado debe mantenerse en situación de hospitalización para tener derecho a la indemnización.
- **Evento:** comprende todas las hospitalizaciones continuas o discontinuas que requiera cualquiera de los Asegurados, debidas a una misma causa o causas relacionadas entre sí.

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

- **AMPARO DE AUXILIO POR TRATAMIENTO AMBULATORIO O CIRUGÍA AMBULATORIA**

Bajo este amparo la Aseguradora otorga AL ASEGURADO, un auxilio por la cirugía ambulatoria o el tratamiento ambulatorio practicado, que se origine como consecuencia de una enfermedad o accidente que este cubierto por la presente póliza, una vez EL ASEGURADO aporte pruebas medicas que determinen la necesidad de dicha cirugía y haya sido practicada en un quirófano de una institución de salud legalmente constituida, LA COMPAÑÍA le reconocerá por una sola vez por vigencia el valor pactado en las condiciones particulares del contrato del seguro.

- **AMPARO DE AUXILIO FUNERARIO**

Si durante la vigencia de esta póliza el asegurado llegare a fallecer como consecuencia de un evento amparado por la póliza, LA COMPAÑÍA indemnizará a los beneficiarios como auxilio funerario el valor asegurado indicado en la carátula de la póliza.

- **AMPARO DE AUXILIO PARA CANASTA FAMILIAR POR MUERTE**

Si durante la vigencia de esta póliza el asegurado llegare a fallecer como consecuencia de un evento amparado por la póliza, LA COMPAÑÍA indemnizará a los beneficiarios como auxilio para canasta familiar, el valor asegurado indicado en la carátula de la póliza.

- **AMPARO PARA CANASTA FAMILIAR POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Si durante la vigencia de esta póliza el asegurado llegare a quedar en Incapacidad Total y Permanentemente como consecuencia de un evento amparado por la póliza, LA COMPAÑÍA indemnizará AL ASEGURADO como auxilio para canasta familiar, el valor asegurado indicado en la carátula de la póliza.

CLAUSULA 4ª. – DEDUCCIONES

El valor asegurado en el amparo de Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente no es acumulable al amparo básico de vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente, el Seguro de Vida Grupo terminará.

Si la póliza tiene además el amparo de Beneficios por Desmembración Accidental, cualquier pago por tal amparo se deduce del que pueda corresponder por el amparo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente.

En consecuencia, cuando se reconozca una indemnización por el amparo de Beneficios por Desmembración Accidental equivalente al 100% del Valor Asegurado, el amparo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente terminará y LA COMPAÑÍA estará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este seguro.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

Igualmente cuando la póliza tenga el amparo de Enfermedades Graves y/o Trasplante de Órganos, cualquier indemnización por estos conceptos no es acumulable al amparo básico de vida y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dichos amparos, este pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo básico. En consecuencia, cuando se pague cualquier suma como indemnización por el amparo de Enfermedades Graves y/o Trasplante de Órganos, el valor asegurado del Amparo Básico se deducirá en el mismo monto.

Si la póliza tiene los amparos de Enfermedades Graves, Trasplante de Órganos e Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente, y en virtud de los dos primeros amparos, la Compañía ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de Incapacidad total y permanente.

Si la póliza tiene los amparos de enfermedades graves y trasplante de órganos, y en virtud de cualquiera de ellos la Compañía ha efectuado un pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el otro amparo.

SUJETOS QUE INTERVIENEN EN EL CONTRATO

CLAUSULA 5ª. – TOMADOR

Es la persona que contrata un seguro por cuenta de terceros para asegurar un número determinado de personas, haciéndose responsable del pago de la prima. El tomador se indicará en la carátula de la Póliza.

CLAUSULA 6ª. – GRUPO ASEGURABLE

Es el constituido por un grupo de personas naturales, agrupadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal o reglamentaria o que tengan con otra persona relaciones estables de la misma naturaleza cuyo vínculo no tenga relación con el propósito de contratar el seguro. También podrá otorgarse el seguro a aquellos conjuntos de personas que por sus condiciones, aunque no tengan Personería Jurídica, puedan tener la condición de grupo asegurable.

CLAUSULA 7ª. BENEFICIARIOS

El beneficiario puede ser a título gratuito o a título oneroso.

Cuando el beneficiario sea a título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a LA COMPAÑÍA.

Cuando no se designe beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán calidad de tales el cónyuge del asegurado, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

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

Cuando el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero, tendrán derecho al seguro el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad, si el título de beneficiario es gratuito; si es oneroso, los herederos del beneficiario.

CLAUSULA 8ª. VIGENCIA DEL SEGURO

La presente póliza se expide bajo plan temporal renovable anualmente por voluntad de las partes y estará en vigor por el término de un (1) año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia, siempre y cuando no sea revocado o renovado.

CLAUSULA 9ª. MODIFICACIONES

Cualquier modificación a la presente Póliza deberá ser solicitada por el Tomador y de manera escrita a LA COMPAÑÍA.

En el evento de solicitar aumentos del valor asegurado, el Asegurado deberá presentar los requisitos de asegurabilidad establecidos por LA COMPAÑÍA. Las disminuciones que se soliciten, se efectuarán con base en el valor asegurado al inicio de la anualidad respectiva.

CLAUSULA 10ª. MODALIDADES DE SEGURO

- **Seguro de Grupo Contributivo:** Cuando la totalidad o parte de la prima sea sufragada por los miembros del grupo asegurado.
- **Seguro de Grupo No Contributivo:** Cuando la integridad de la prima sea sufragada por el Tomador del Seguro.
- **Seguro de Grupo de Deudores:** Es aquel cuyo objeto es el de amparar contra el riesgo de muerte, y contra el de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente si se hubiere contratado, hasta por el saldo insoluto de la deuda, a los deudores de un mismo acreedor (Tomador).

CLAUSULA 11ª. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Indica el límite mínimo y máximo de edad para ingresar al grupo asegurado, así:

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

COBERTURA	INGRESO		PERMANENCIA
	Mínima	Máxima	
Amparo Básico de muerte	12 años	70 años	Mientras EL ASEGURADO permanezca en el grupo asegurado ó hasta el término de la vigencia (anualidad) en que cumpla 80 años de edad.
Amparos adicionales Opcionales	12 años	65 años	Mientras EL ASEGURADO permanezca en el grupo asegurado ó hasta el término de la vigencia (anualidad) en que cumpla 70 años de edad.

CLAUSULA 12ª. – REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

El asegurado principal que solicite su inclusión o la de sus asegurados secundarios en el Grupo Asegurable, debe presentar los requisitos de asegurabilidad que le señale LA COMPAÑÍA, contestando en forma diligente y sincera el cuestionario propuesto por la misma. Las inclusiones de nuevas personas al Grupo Asegurable solo podrán presentarse al momento de inicio de Vigencia individual o al momento de la renovación anual de la póliza. Dichas inclusiones solo podrán ser solicitadas formalmente por parte del Tomador o del asegurado principal.

La Compañía se reserva el derecho de admitirlos, rechazarlos, extraprimarlos o de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias.

CLAUSULA 13ª. PAGO DE LA PRIMA

LA COMPAÑÍA y el Tomador podrán establecer un convenio en el que se establezca una fecha de pago determinada, estipulada en el certificado de seguro que le sea entregado. Si las cuotas de las primas no fueren pagadas en el plazo establecido con el tomador del seguro, se producirá la terminación automática del contrato de seguro y LA COMPAÑÍA quedará libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la terminación de dicho plazo según lo establece el artículo 1152 del Código de Comercio. Estando el seguro vigente y la prima del periodo correspondiente pagada, en caso de siniestro la Compañía tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas y pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva. El pago extemporáneo de la prima no convalida la mora, ni reactiva la cobertura.

En caso de terminación automática de la póliza por mora, se devolverá la prima que no haya sido devengada.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

CLAUSULA 14ª. DEVOLUCION DE PRIMAS

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

CLAUSULA 15ª. SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

El valor del seguro de cada persona incluida dentro del Grupo Asegurable se calculará de acuerdo con la forma indicada en la carátula de la Póliza, y respecto de cada Asegurado, se indicará el mismo, en el Certificado Individual de Seguro que se emita.

CLAUSULA 16ª PÓLIZAS COLECTIVAS

Cuando la presente Póliza otorgue cobertura a un grupo plural de Asegurados bajo la modalidad de Póliza Colectiva, las estipulaciones contenidas en este contrato se entenderán aplicables respecto de cada uno de los Asegurados individualmente considerados.

CLAUSULA 17ª VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

El Valor Asegurado Individual será el indicado en la Carátula de la Póliza, tanto para el amparo básico como para cada uno de los anexos.

CLAUSULA 18ª MÁXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL

El máximo Valor Asegurado Individual que podrá otorgarse a cada Asegurado, será el estipulado en la Carátula de la Póliza. Cualquier modificación en esta suma deberá ser consultada previamente con LA COMPAÑÍA, quien se reserva el derecho de aprobarla o rechazarla, según sea el caso.

CLAUSULA 19ª. INICIO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Los amparos respecto de cada persona, sólo entrarán en vigor a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA comunique por escrito su aprobación al Tomador. Si dentro de los treinta (30) días comunes siguientes a la fecha de recibo de la solicitud, LA COMPAÑÍA no ha producido esta comunicación, se considerará como no aprobada.

Tratándose del Seguro de Grupo de Deudores, para la iniciación del amparo individual se requerirá, además de la aprobación de LA COMPAÑÍA, que se haga el desembolso efectivo del crédito al asegurado.

CLAUSULA 20ª. TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

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

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

- a. Por mora en el pago de la prima, no renovación o por revocación.
- b. Cuando el Asegurado principal fallezca o deje de pertenecer al grupo asegurado.
- c. Cuando al momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a 5 personas.
- d. Si se trata del seguro del cónyuge, compañero(a) permanente, padres, hermanos e hijos dependientes, cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado.
- e. Los amparos opcionales terminarán cuando el asegurado supere la edad límite de permanencia aplicable.
- f. Para cada uno de los amparos cuando el Asegurado o los Beneficiarios hubiesen recibido una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado.
- g. Cuando termine el anexo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente.
- h. En el Seguro de Vida Grupo Deudores, cuando la obligación del asegurado se extinga íntegramente.

PARÁGRAFO 1: Lo preceptuado en el literal h anterior, se entiende sin perjuicio de lo dispuesto en la Condición de “CONVERTIBILIDAD” de esta póliza.

PARAGRAFO 2: Cuando el Seguro o Amparo termine por causas distintas a las previstas en la Ley, la Compañía notificará dicha terminación al Tomador.

CLAUSULA 21ª. MODIFICACION DEL ESTADO DEL RIESGO

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

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

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

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

PARÁGRAFO:

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

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

CLAUSULA 22ª. DECLARACION INEXACTA O RETICENTE

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

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador o el asegurado individualmente considerado, ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, sin perjuicio de lo previsto en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad, literales B y C, de este contrato.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador o del asegurado individualmente considerado, el contrato no será nulo pero LA COMPAÑÍA solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, sin perjuicio de lo previsto en la Condición de Irreductibilidad.

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

CLAUSULA 23ª. INEXACTITUD EN LA DECLARACION DE EDAD

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

- A. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de LA COMPAÑÍA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- B. Si es mayor que la declarada, el Seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA COMPAÑÍA, y
- C. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal B anterior.

PARÁGRAFO

Lo dispuesto en los literales B y C anteriores, no se aplicará cuando la prima se establezca por el sistema de tasas promedio o se utilice la tarifa para asegurados de edad desconocida.

CLAUSULA 24ª. IRREDUCTIBILIDAD DEL SEGURO

De conformidad con lo establecido por los artículos 1160 y 1161 del Código de Comercio, una vez transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, contados desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, o desde la fecha de perfeccionamiento de su rehabilitación, según el caso, y encontrándose éste vigente, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

inculpable en la Declaración de Asegurabilidad ó en la Solicitud de Seguro, sin perjuicio de lo establecido en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad.

CLAUSULA 25ª. CONVERTIBILIDAD

Salvo en el Seguro de Vida Grupo de Deudores, los asegurados menores de 70 años que revoquen su seguro o que por causa distinta de siniestro, dejen de pertenecer al grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la Póliza de Grupo, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro de vida individual de los que estén autorizados a LA COMPAÑÍA o a otra Compañía de seguros con la cual se tenga un contrato para garantizar este beneficio, con excepción de los planes temporales y crecientes, siempre y cuando lo solicite en el término de un mes contado a partir de su retiro del grupo. El Seguro Individual que se expida, se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, a su ocupación y estado de salud en la fecha de la solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirá la póliza individual con la clasificación y la extraprima que corresponda al Seguro de Vida Individual.

Si el asegurado fallece dentro del plazo arriba indicado para solicitar la Póliza Individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie o no solicitud o pago de prima), se considerará amparado en los términos de la presente póliza.

CLAUSULA 26ª. REVOCACION DEL CONTRATO

La presente póliza y sus anexos podrán ser revocados por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA. El importe de la prima devengada y de la devolución se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Tratándose de los amparos opcionales y los anexos, LA COMPAÑÍA podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación a la fecha de revocación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación.

CLAUSULA 27ª. RENOVACION DEL CONTRATO

La presente póliza es renovable anualmente, por lo tanto, no aplicará, bajo ninguna circunstancia la renovación automática; quiere ello decir, que se renovará a voluntad entre las partes contratantes.

Las condiciones de prima / tasa, coberturas y valores asegurados para la vigencia siguiente, serán acordadas con el tomador y se plasmarán en la renovación, sin perjuicio de lo estipulado en la condición de "PAGO DE LA PRIMA" de la presente póliza.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

CLAUSULA 28ª. SEGUROS COEXISTENTES

El tomador o asegurado deberá informar por escrito al asegurador los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

Esta cláusula opera sólo para los amparos opcionales con carácter indemnizatorio.

CLAUSULA 29ª. OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

Según lo dispuesto por el artículo 1080 del Código de Comercio, LA COMPAÑÍA pagará la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite la ocurrencia del siniestro y su cuantía de conformidad con lo establecido en el artículo 1077 del Código de Comercio.

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza o sus anexos, el Tomador o el beneficiario, según el caso, deberá dar aviso a LA COMPAÑÍA del siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia. En caso de pérdida de la vida, el aviso se dará dentro de los diez (10) días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

El asegurado está obligado a declarar a LA COMPAÑÍA, al dar aviso del siniestro, los seguros coexistentes que tenga contratados, con indicación del asegurador y de la suma asegurada. La inobservancia maliciosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada. Esto opera únicamente para los amparos opcionales.

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

El asegurado y/o sus beneficiario (s) se comprometen con LA COMPAÑÍA a facilitar toda investigación médica encaminada a esclarecer la causa de la reclamación

CLAUSULA 30ª. RECLAMACIÓN

El beneficiario o asegurado, según el caso, deberán remitir a LA COMPAÑÍA la reclamación formal acompañada de los documentos indispensables para acreditar la ocurrencia y, en su caso, la cuantía del siniestro.

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

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

CLAUSULA 31ª. PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑÍA pagará al Asegurado o a los beneficiarios, la indemnización a que está obligada por la póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del término legal de un mes, contado a partir de la fecha en que se acreditó la ocurrencia y, en su caso, la cuantía del siniestro.

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

Cuando la indemnización deba pagarse al asegurado y éste tiene la calidad de tomador, el pago se efectuará previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva.

Cuando la indemnización deba pagarse al beneficiario y éste tiene la calidad de tomador, el pago se efectuará previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva.

Cuando las calidades (tomador, asegurado y beneficiario) se encuentran separadas en tres personas, la deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago, hasta completar la anualidad respectiva, sólo se podrá realizar con la autorización previa del asegurado o beneficiario

Para acreditar el derecho a la indemnización el Asegurado o los Beneficiarios presentarán a LA COMPAÑÍA la reclamación en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio.

PRESCRIPCIÓN:

La prescripción de las acciones derivadas del presente contrato, se regirá de acuerdo con lo establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio.

CLAUSULA 32ª. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

CLAUSULA 33ª. DERECHO A LA INSPECCION

El Tomador autoriza a LA COMPAÑÍA para inspeccionar los libros y documentos del Tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

CLAUSULA 34ª AVISO DEL SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la presente póliza o sus amparos adicionales, EL TOMADOR, ASEGURADO o LOS BENEFICIARIOS, según el caso, deberá dar aviso del siniestro a LA COMPAÑÍA dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

En caso de pérdida de la vida, el término del aviso se extenderá a (10) días comunes siguientes a

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que LA COMPAÑÍA deduzca los perjuicios que se le causen por el no aviso oportuno.

CLAUSULA 35ª CONOCIMIENTO DEL CLIENTE

De conformidad con lo establecido por la Superintendencia Financiera, el Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios, se obligan con LA COMPAÑÍA a diligenciar con datos ciertos y reales el formato que para tal menester se presente y a suministrar los documentos que se soliciten como anexo, al momento del pago de una indemnización (aplica para beneficiarios).

CLAUSULA 36ª DOMICILIO:

Sin perjuicio de las disposiciones procesales vigentes para los efectos del lugar de cumplimiento de las obligaciones pactadas, las partes fijan como domicilio la ciudad de Bogotá D.C., en la República de Colombia.

CLAUSULA 37ª. NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que deban hacer las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores que signifiquen modificación al contrato, deberá consignarse por escrito, sin perjuicio de lo previsto en la condición de "OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO" para el aviso del siniestro; y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes. Para tal efecto en la Póliza se indica la dirección de LA COMPAÑÍA para la notificación.

CLAUSULA 38ª. ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES

El Tomador se obliga a actualizar por cualquier medio escrito y por lo menos una vez al año, la información relacionada con sus datos personales, así como la del asegurado y el beneficiario.

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

CLAUSULA 39ª. POLIZAS DE VIDA GRUPO DEUDORES

a. El Tomador será el acreedor, quien tendrá el carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda.

b. Por saldo insoluto de la deuda, para efectos del presente seguro, se entenderá el capital no pagado, más los intereses corrientes, calculados hasta la fecha de fallecimiento del asegurado. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no canceladas por el deudor.

c. Si la indemnización tuviese como causa el amparo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente, se tendrá como saldo insoluto de la deuda aquel que se registre en la fecha en la cual LA COMPAÑÍA informe por escrito al Tomador su aceptación respecto de la declaratoria de Incapacidad del asegurado.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

d. Cuando existan varios asegurados respecto de una misma deuda, serán aplicables las normas contenidas en los literales a, b y c anteriores de esta cláusula, con ocasión de la realización del riesgo asegurado para cualquiera de los mencionados asegurados.

El seguro terminará automáticamente para los asegurados sobrevivientes o no incapacitados total y permanentemente por enfermedad o accidente, en la fecha de fallecimiento o de declaratoria de Incapacidad Total y Permanente para el primero de los asegurados respecto del cual se realice el riesgo asegurado.

e. El Tomador estará obligado a mantener vigente la presente póliza y a pagar las primas correspondientes, durante la totalidad del período en el cual subsista la deuda, aún en el caso en el cual el deudor se encuentre en mora, incluyendo la duración de los procesos judiciales que se inicien para hacer efectiva la deuda.

CLAUSULA 40ª CONDICIONES NO PREVISTAS

Las condiciones no previstas en el presente clausulado se regirán por la ley colombiana.

Código Clausulado:

25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSIÓN10

Código Nota Técnica:

25/11/2016 – 1401 – NT – P – 34 – AZCNTVidaGrupo



Allianz Seguros de Vida S.A.
NIT. 860027404-1
Carrera 13a No. 29-24 - Bogotá
Colombia

Certificado Individual de Seguro de Vida Grupo

www.allianz.co

Datos Generales

Tomador del seguro	Nombre	MAF COLOMBIA S.A.S.		
	Tipo y No. de identificación	NIT	900839702 - 9	

Póliza y duración	Póliza / Certificado No.	22127195			
	Vigencia desde el	01/07/2018	a las 00:00 hrs	al	01/05/2020 a las 00:00 hrs

Datos del Asegurado

Nombre del asegurado	OSORIO VANEGAS LUIS GUILLERMO		
Tipo y No de documento de identidad	CC	4949781	

Beneficiarios:

Nombres y Apellidos	Tipo de documento	Número de documento	% Participación	Parentesco
MAF COLOMBIA S.A.S.	NIIT	900839702 - 9	100%	BENEFICIARIO ONEROSO

Cuadro de amparos y valores asegurados: Importe expresados en PESO COLOMBIANO.

Coberturas	Valor Asegurado	Edad máxima de permanencia
Muerte	67.774.902	Ilimitada
Incapacidad Total y perm	67.774.902	Ilimitada

Definición del riesgo:

Extraprima	
Exclusiones	No serán amparados los siniestros causados directa o indirectamente por enfermedades, incapacidades, desórdenes, lesiones, operaciones y/o tratamientos relacionados con:
Observaciones	

Especificaciones de la póliza:

Lo no estipulado en este documento, así como las coberturas contratadas e indicadas en estas condiciones particulares y sus correspondientes exclusiones, junto con las condiciones aplicables a la póliza se regirán de acuerdo con las condiciones generales del Seguro de Vida Grupo 25/11/2016-1401-P-34-VIDGRUPVERSION10.

INEXACTITUD EN LA DECLARACION DE EDAD

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

- A. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de LA COMPAÑÍA, el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
- B. Si es mayor que la declarada, el Seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA COMPAÑÍA, y
- C. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal B anterior.

PARÁGRAFO

Lo dispuesto en los literales B y C anteriores, no se aplicará cuando la prima se establezca por el sistema de tasas promedio o se utilice la tarifa para asegurados de edad desconocida.

TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro individual de cualquier asegurado terminará en los siguientes casos:

- Cuando por cualquier causa deje de pertenecer al grupo asegurado.
- En la fecha que termine la vigencia señalada en la póliza
- Por falta de pago de prima
- Al pagar las indemnizaciones por los amparos de muerte, invalidez y/ o incapacidad total y permanente del asegurado.

IRREDUCTIBILIDAD DEL SEGURO

De conformidad con lo establecido por los artículos 1160 y 1161 del Código de Comercio, una vez transcurridos dos (2) años en vida del Asegurado, contados desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, o desde la fecha de perfeccionamiento de su rehabilitación, según el caso, y encontrándose éste vigente, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error inculpable en la Declaración de Asegurabilidad o en la Solicitud de Seguro, sin perjuicio de lo establecido en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad.

Especificaciones adicionales

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Servicios para el asegurado

Línea de atención al cliente a nivel nacional 01800 513 500
Bogotá 594 1133
Desde el celular #265

Si tiene inquietudes, sugerencias o desea presentar una queja, visite www.allianz.co y haga clic en la sección **Contacto**.

VIGILADO

Nota Importante:

El contrato de seguro está integrado por las condiciones generales y particulares de la póliza, la solicitud de seguro firmada por el asegurado (si aplica) y los anexos que se emitan para adicionar, modificar, suspender, renovar o revocar la póliza.

De conformidad con el artículo 1152 del Código de Comercio, 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 dará derecho a la compañía para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato.

La Compañía no otorgará cobertura ni será responsable de pagar ningún siniestro u otorgar ningún beneficio en la medida en que (i) el otorgamiento de la cobertura, (ii) el pago de la reclamación o (iii) el otorgamiento de tal beneficio expongan a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción contemplada en las resoluciones, leyes, directivas, reglamentos, decisiones o cualquier norma de las Naciones Unidas, la Unión Europea, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley nacional o regulación aplicable.


SANTIAGO LOZANO CIFUENTES
Vicepresidencia de Personas
ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

Expedido el día 11 de agosto de 2021

Código Clausulado:

15/10/2019-1401-P-34-VIDGRUPVERSION11-000I

Código Nota Técnica

15102019-1401-NT-P-34-AZCONT VidaGrupo



JURECAHUILA

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION
DE INVALIDEZ HUILA

NIT. 813.008.428-4



MINTRABAJO

Neiva, 21 de Diciembre del 2020

Señor
LUIS GUILLERMO OSORIOVANEGAS
Correo: alejandroe_07@hotmail.com
Carrera 5 No 11 – 08 oficina 201
Cel. 3112029122
Neiva – Huila

REF: Notificación Personal de una decisión de la Junta Regional de calificación de Invalidez del Huila.

De conformidad con lo establecido por artículo 2 del Decreto 1352 del 2013, unificado en el Decreto 1072 del 2015, me permito notificarle la decisión tomada respecto a su caso, por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Huila, con ponencia del Doctor HENRY ALBERTO CORTES, en sesión del Tribunal Médico del 18 de Diciembre del 2020; según dictamen No 12705 de la misma fecha.

“..Conforme al Decreto 1352 del 26 de Junio de 2013, Artículo 1 Numeral 3, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actuarán como peritos, y **contra dichos conceptos no procederán recursos**, en los siguientes casos: a) Personas que requieren el dictamen para los fines establecidos en este numeral; b) Entidades bancarias o compañía de seguros; c) Personas con derecho a las prestaciones y beneficios contemplados en la Ley 418 de 1997”.

Para constancia se firma la presente notificación a los _____

_____ Días del mes de _____ de Dos Mil Veinte (2020)

Se hace entrega al notificado del original del Dictamen No 12705 y la Ponencia

EL NOTIFICADO

LUIS GUILLERMO OSORIO VANEGAS

CC. No 4.949.781

Notificado

EL NOTIFICADOR

GUSTAVO ROJAS YAÑEZ
Director Administrativo y Financiero

Proyectó y Elaboró: Yenny Aragonés M.
Revisó: Dr. Gustavo Rojas Yañez



FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1507 AGOSTO 12 DE 2014



1. INFORMACION GENERAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Fecha de dictamen: D 18 M 12 AAA 2020 Número de dictamen: 12705
 Motivo de solicitud: Primera Oportunidad: Primera Instancia: X Segunda Instancia:
 Solicitante: EPS AFP ARL Empleador Rama Judicial
 Afiliado: Pensionado Otro: PARTICULAR-CONDONACIÓN BANCARIA
 Nombre solicitante: Luis Guillermo Osorio Vanegas
 NIT/Documento de Identidad: Teléfono(s): Ciudad:
 Dirección Solicitante: Carrera 5 No. 11 - 05 oficina 201 Teléfono: 3112029122 Correo: alexandros_07@hotmail.com Ciudad: Neiva

2. INFORMACION GENERAL DE LA ENTIDAD CALIFICADORA

Nombre: JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL HUILA Nit: 813008428
 Dirección: CALLE 17 No 6 - 60 LOCAL 103 Teléfono: 8726865 email: jurcohuila@hotmail.com Ciudad: NEIVA

3. DATOS GENERALES DE LA PERSONA CALIFICADA

Afiliado: XXXX Beneficiario:
 Apellido(s): OSORIO VANEGAS Nombre(s): LUIS GUILLERMO
 Documento de identificación: NIU RC TI CC X CE No: 4.949.781
 Fecha de nacimiento: DD 14 MM 11 AAAA 1964 Edad: 56 Meses Años
ETAPAS DEL CICLO VITAL:
 Bebes y niños menores de 3 años: Niños y adolescentes:
 Población en Edad Económicamente activa: XXX Adultos mayores:
ESCOLARIDAD: ANALFABETA: Preescolar: Primaria: X
 Básica: Media: Universitaria: Post Grados:
 Tecnológica: Otros: Cuat:
 Dirección: Teléfono(s): Correo Electrónico: Ciudad:
ESTADO CIVIL: Soltero: Casado: X Unión Libre:
 Separado: Viudo: Otros:
 En caso de calificar un beneficiario, anotar los datos del Afiliado:
 Nombre y Apellidos Documento de Identidad: Teléfono(s) Ciudad:
 En caso de calificar un menor de edad, anotar los datos del Acudiente o Adulto Responsable:
 Nombre y Apellidos Documento de Identidad: Teléfono(s) Ciudad:
AFILIACION AL SISS:
 Régimen en Salud: Contributivo: X Subsidiado: No afiliado:
 Administradoras: EPS: NUEVA EPS AFP: COLPENSIONES ARL: N/A Otros:
 Nombre - Email Nombre - Email Nombre - Email Nombre - Email

LUIS GUILLERMO OSORIO VANEGAS



FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1607 AGOSTO 12 DE 2014



MINTRABAJO

4. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO

Independiente: Dependiente:
 Nombre del Trabajo/empleo: _____ Ocupación: AGRICULTOR Código CIUO: _____
 Nombre Actividad Económica: _____ Clase: _____
 Nombre de la Empresa: NIT/CC _____
 No Aplica:

5. RELACION DE DOCUMENTOS / EXAMEN FISICO - (Descripción)

Historial Clínico:	<input checked="" type="checkbox"/>
Estudios clínicos:	<input checked="" type="checkbox"/>
Pruebas objetivas:	<input type="checkbox"/>
Examen físico:	<input checked="" type="checkbox"/>
Otras Interconsultas:	<input checked="" type="checkbox"/>

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TITULOS I y II

TITULO I
CALIFICACION / VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS

No	CODIGOS CIE 10	DIAGNOSTICO	DEFICIENCIA(S) MOTIVO DE CALIFICACION / CONDICIONES DE SALUD
1			RETINOPATIA DIABETICA
2			DIABETES MELLITUS INSULINO DEPENDIENTE
3			ESOFAGITIS EROSIVA
4			HIPERTENSION ARTERIAL
5			
6			
7			
8			

No	NOMBRE DE LA DEFICIENCIA	Clase funcional/Valor porcentual							Resultado		CAT	Ponderación	% Total Deficiencia (F. Defactor, sin ponderar)
		No Tabla	Clase	CFP ó FU	CFM1	CFM2	CFM3	Ajuste Total de Deficiencia	Clase final y literal	% Deficiencia			
1	DEFICIENCIA POR DIABETES MELLITUS	8,10	3	30						30			78,60
2	DEFICIENCIA PERDIDA AGUDEZA VISUAL	11,1		65						65			
3	DEFICIENCIA POR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR HIPERTENSIVA	2,6	1	8						8			
4	DEFICIENCIA POR DESORDENES DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR	4,8	1	5						5			
5													
6													
7													

CFP: Clase Factor principal CFM: Clase Factor Modulador CFU: Clase Factor Único

Formula: Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP) + (CFM2-CFP) + (CFM3-CFP)

Formula de Defactor: Obtener el valor final de las deficiencias sin ponderar

Combinación de valores: $A + \frac{(100-A) \cdot B}{100}$
 A: Deficiencia de mayor valor B: Deficiencia de menor valor

CALCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- PONDERADA: % Total deficiencia(sin ponderar) X 0,6 = 39,29 %



FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL
DECRETO 1507 AGOSTO 12 DE 2014



MINTRABAJO

TITULO II

VALORACION DEL ROL LABORAL, ROL OCUPACIONAL Y OTRAS AREAS OCUPACIONALES

Personas en edad económicamente activa (excluye menores trabajadores, jubilados, pensionados, adultos mayores que trabajan)

ROL LABORAL

1	Restricciones del rol laboral	0	5	10	15	20	25							20,00
2	Restricciones autosuficiencia económica	0	1	1,5	2	2,5				X				2,50
3	Restricciones en función de la edad cronológica	2,5	0,5	1	1,5	2	2,5							2,00
Sumatoria rol laboral autosuficiencia económica y edad (30%)													24,50	

CALIFICACIÓN OTRAS AREAS OCUPACIONALES (AVO)

Asigne el valor según grado de dificultad, ayuda y dependencia

CLASE	VALOR	Descripción
A	0,0	No hay dificultad, no dependencia
B	0,1	Dificultad leve no dependencia
C	0,2	Dificultad moderada-dependencia moderada

0/0,3	Dificultad severa-dependencia severa
E/0,4	Dificultad completa-dependencia completa

COD	AREA OCUPACIONAL	d110	d115	d140-148	d150	d163	d166	d170	d172	d175	d1751	
d1	Tabla 6 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	1,1 0,3	1,2 0,0	1,3 0,0	1,4 0,0	1,5 0,0	1,6 0,3	1,7 0,3	1,8 0,0	1,9 0,0	1,10 0,0	0,00
d3	Tabla 7 Comunicación	d310 2,1 0,0	d315 2,2 0,0	d320 2,3 0,0	d325 2,4 0,0	d330 2,5 0,0	d335 2,6 0,0	d340 2,7 0,0	d345 2,8 0,0	d350 2,9 0,0	d360 2,10 0,0	0,0
d4	Tabla 8 Movilidad	d410 3,1 0,0	d415 3,2 0,0	d420 3,3 0,0	d425 3,4 0,0	d430 3,5 0,0	d435 3,6 0,3	d440 3,7 0,3	d445 3,8 0,3	d450 3,9 0,3	d455 3,10 0,4	1,60
d5	Tabla 9 Auto cuidado-cuidado personal	d510 4,1 0,0	d520 4,2 0,0	d530 4,3 0,0	d540 4,4 0,0	d5401 4,5 0,0	d5402 4,6 0,0	d550 4,7 0,0	d560 4,8 0,3	d570 4,9 0,3	d5701 5,10 0,3	0,60
d6	Tabla 10 Vida doméstica	d610 5,1 0,3	d620 5,2 0,3	d6200 5,3 0,3	d630 5,4 0,3	d640 5,5 0,3	d6402 5,6 0,3	d650 5,7 0,3	d660 5,8 0,3	d6504 5,9 0,3	d6500 5,10 0,0	2,70
Sumatoria total otras áreas ocupacionales (20 %)												6,8

Valor final de la segunda parte para las personas en edad económicamente activa

30,3

7. CONCEPTO FINAL DEL DICTAMEN PERICIAL

Perdida de Capacidad Laboral:

TITULO I -Valor Final Ponderado + TITULO II-Valor Final

VALOR FINAL DE LA PCLO/OCUPACIONAL % = 39,29% +30,3% 69,59 %

DD/	MM/	AAAA	ORIGEN:	FECHA ACCIDENTE:		
21 DE JULIO DEL 2020			Accidental:	SI	NO	
Sustentación:			Laboral:			
VALORACIÓN DE OFTALMOLOGIA			Común:			
			Enfermedad:	SI	NO	
			Laboral:			
			Común:	X		

ALTO COSTO (CATÁSTRICA)

CLASIFICACION CONDICION DE SALUD-TIPO DE ENFERMEAD (marcar con una X)

REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI		NO	X
REQUIERE DE TERCERAS PERSONAS PARA LA TOMA DE DECISIONES	SI		NO	X
REQUIERE DE DISPOSITIVOS DE APOYO (para realizar sus actividades de la vida diaria (áreas ocupacionales):	SI		NO	X

TIPO DE ENFERMEDAD/DEFICIENCIA:	DEGENERATIVA		PROGRESIVA:			
---------------------------------	--------------	--	-------------	--	--	--

LUIS GUILLERMO OSORIO VANEGAS



FORMULARIO DE CALIFICACION DE LA
PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y
OCUPACIONAL
DECRETO 1507 agosto 12 de 2014



MINTRABAJO

8. GRUPO CALIFICADOR

GRUPO MEDICO INTERDISCIPLINARIO

	Nombre	Cedula	Registr o Medico	Firma
Medico	JESUS A. HERNANDEZ REYNA	12.106.000		
Medico	HENRY A. CORTES FORERO	3.012.309		
Terapeuta Físico	MONICA M. PERDOMO	26.607.359		

LUIS GUILLERMO OSORIO VANEGAS



JURECAHUILA

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION
DE INVALIDEZ HUILA

NIT. 813.008.428-4



MINTRABAJO

CASO 1. PONENCIA
1. INFORMACIÓN GENERAL DEL DICTAMEN

Entidad Remitente	PARTICULAR
Fecha de Ponencia	18 DE DICIEMBRE DEL 2020
Medico Ponente	DR HENRY ALBERTO CORTES
Motivo de la Remisión	CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL

2 DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO

NOMBRE	LUIS GUILLERMO OSORIO
CEDULA	4949781
	56
EMPRESA	INDEPENDIENTE
CARGO	AGRICULTOR

ANTECEDENTES Y HALLAZGOS CLÍNICOS.

Historia clínica: 21 de Julio del 2020, oftalmología consulta disminución progresiva de agudeza visual, ojo derecho movimiento de manos ojo izquierdo movimiento de manos estrabismo biomicroscopia ojo derecho opacificación cristalino, comea clara.

Ojo izquierdo opacificación cristalino mas subcapsular anterior comea clara leucoma control presión intraocular 14 m HG ambos ojos fondos de ojo derecha nervio óptico normal, macula normal retina normal ojo izquierdo nervio óptico escotoma macula normal retina normal, se solicita angiografía .

Oftalmología 8 de Septiembre del 2020, especialidad retinología refiere baja visión donde hace 3 en lagrimeo en angiografía se evidencia palidez escasos microaneurismos antecedentes de hipertension arterial desde hace 15 años diabetes mellitus desde hace 3 años insulino dependiente tuvo cama diabético. Agudeza visual ojo derecho movimiento manos ojo izquierdo percepción de luz estrabismo biomicroscopia esclerosis nuclear subcapsular posterior ojo izquierdo diagnostico neuropatía óptica isquémica ambos ojos retinopatía diabética, endoscopia digestiva 12 de Diciembre del 2014, esofagitis erosiva hernia hiatal, gastritis.

Medicado losartan amlodipina metformina insulina acetafen.

Psicología 13 de Junio del 2019, trastorno depresivo grave más ansiedad.

Por video llamada relata su patología diabetes mellitus , hipertension arterial medicado insulino losartan amlodipina metformina usa bastón. valoración titulo II se procede a calificar por acceso remoto entrevista videollamada, dado a la emergencia sanitaria generada por el covid-19 y siguiendo las directrices del ministerio de salud y de trabajo, no es procedente realizar la valoración de manera presencial.

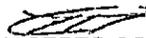
Paciente quien presenta hipertension arterial, diabetes mellitus insulino dependiente, retinopatía diabética con pérdida de la agudeza visual solo cuenta dedos; a la valoración se encuentra dificultad severa para la deambulacion , requiere ayuda para las actividades de la vida diaria, usa bastón. Con limitaciones y restricciones completas para tareas y operaciones como agricultor se califica cambio de rol laboral con actividades recortadas. Dificultad severa dependencia severa para otras áreas ocupacionales relacionadas con movilidad, uso del transporte, conducir, cuidado de la propia salud, quehaceres y limpieza del hogar.

SE PROCEDE A CALIFICAR CON LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS:

- RETINOPATIA DIABETICA
- DIABETES MELLITUS INSULINO DEPENDIENTE
- ESOFAGITIS EROSIVA
- HIPERTENSION ARTERIAL

Con base en la Historia Clínica y documentos aportados se fundamentó la ponencia materia de discusión y análisis por los demás miembros asistentes quienes coinciden en todos sus términos; atendiendo lo dispuesto en el Decreto 1507/14 -1352 de 2013 y Ley 776 de 2002 se procede a calificar teniendo en cuenta los siguientes factores así:

DEFICIENCIA: 39.29%
 ROL LABORAL: 24.50%
 OTRAS AREAS OCUPACIONAL: 5.8%
 TOTAL: 69.59%
 ORIGEN: ENFERMEDAD COMUN
 FECHA DE ESTRUCTURACION: 21 DE JULIO DEL 2020


DR. HENRY ALBERTO CORTES
 Médico Principal

CONECTADOS CON NUESTROS CLIENTES

Bogotá, 12 de agosto de 2021

Señor
OSORIO VANEGAS LUIS GUILLERMO
Correo electrónico alejandroe_07@hotmail.com
Ciudad

Asunto: Respuesta requerimiento No. RDP 21-0000537

Estimado Señor Osorio

Recibimos su petición a través del buzón de servicio al cliente en días pasados, en que nos solicita copia autentica del seguro de Vida Grupo No. 22127195 tomador MAF Colombia, en que figuraba como asegurado el señor Luis Guillermo Osorio Vanegas, para lo cual, nos permitimos realizar las siguientes observaciones:

1. Entre MAF Colombia en calidad de tomador y Allianz Seguros de Vida S.A. suscribieron la póliza de Vida Grupo Deudores No 22127195, la cual estuvo vigente en esta compañía del 01 de julio de 2017 hasta el 01 de julio de 2020.
2. Es importante resaltar que el tomador MAF Colombia decidió no renovar la póliza con Allianz, por ende, la cobertura finalizó el 01 de julio de 2020 ya que trasladó el riesgo de la póliza de Vida Grupo Deudores a otra compañía de seguros.
3. Para el caso en particular el señor Luis Guillermo Osorio Vanegas nos registra como asegurado de la póliza de Vida Grupo No 22127195 del 01 de julio de 2018 al 01 de mayo de 2020. Por ende, atendiendo su requerimiento anexamos los siguientes documentos:
 - Certificado Individual de Seguro vigencia 01.07.2018 al 01.05.2020 (la clave para abrir el documento es AllianzQ3).
 - Condiciones particulares vigencia del 01.07.2018 al 01.07.2019
 - Condiciones particulares vigencia del 01.07.2019 al 01.07.2020

Nuestra ambición es ser **la mejor**
y **más confiable aseguradora** de Colombia.

Allianz 

CONECTADOS CON NUESTROS CLIENTES

- Condicionado general que rige las pólizas de vida grupo
4. No se aporta solicitud de seguro porque de acuerdo a las condiciones particulares de la póliza vigencia del 01 de julio de 2018 al 01 de julio de 2019, periodo en el cual ingresó el señor Osorio, indica en el numeral 13 "CLAUSULA ESPECIAL SIN REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD" lo siguiente:

"(...) Con sujeción a los límites y requisitos establecidos en las condiciones particulares y generales de la póliza, los ingresos de personas que su valor asegurado sea igual o inferior a \$100.000.000, no deberán diligenciar solicitud de seguro. (...)" Y el valor asegurado era inferior a este monto.

5. Respecto a la solicitud de que los documentos sean autenticados, no se aportan de esta forma teniendo en cuenta la disposición establecida en el artículo 244 del Código General del Proceso, según la cual todos los documentos, en original o en copia, públicos y privados se presumen auténticos.

Esperamos que nuestra respuesta haya aclarado todas sus inquietudes. Si tiene alguna otra duda o comentario adicional puede escribirnos al correo electrónico servicioalcliente@allianz.co

Le recordamos nuestras líneas de atención:

- Celular #265
- En Bogotá al 5941133
- Línea nacional 018000 513500

Cordialmente,



Adriana Rocío Castro Espinosa
Directora Oficina del Cliente

Nuestra ambición es ser **la mejor**
y **más confiable aseguradora** de Colombia.

Allianz 



Camara de Comercio de Cali
CERTIFICADO DE SUCURSAL VIGILADA
Fecha expedición: 11/04/2022 04:55:44 pm

Recibo No. 8501992, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822T8090A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

NOMBRE, DATOS GENERALES Y MATRÍCULA

Nombre: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. SUCURSAL CALI

Matrícula No.: 178754-2
Fecha de matrícula en esta Cámara: 14 de agosto de 1986
Último año renovado: 2022
Fecha de renovación: 30 de marzo de 2022

UBICACIÓN

Dirección comercial: KR 5 # 10 - 63 PI 9 ED COLSEGUROS
Municipio: Cali - Valle
Correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co
Teléfono comercial 1: 3989339
Teléfono comercial 2: No reportó
Teléfono comercial 3: No reportó

Dirección para notificación judicial: KR 5 # 10 - 63 PI 9 ED COLSEGUROS
Municipio: Cali - Valle
Correo electrónico de notificación: notificacionesjudiciales@allianz.co
Teléfono para notificación 1: No reportó
Teléfono para notificación 2: No reportó
Teléfono para notificación 3: No reportó

La sucursal ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. SUCURSAL CALI NO autorizó recibir notificaciones personales a través de correo electrónico, de conformidad con lo establecido en los artículos 291 del Código General del Proceso y 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

PROPIETARIO

Nombre: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S A
NIT: 860027404 - 1
Matrícula No.: 15518
Domicilio: Bogota
Dirección: CR 13 A NO. 29 - 24
Teléfono: 5188801

Recibo No. 8501992, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822T8090A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

NOMBRAMIENTO(S)

Por Acta No. 680 del 27 de marzo de 2014, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 29 de agosto de 2014 con el No. 1818 del Libro VI, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
SUBGERENTE SUCURSAL	ANDREA LORENA LONDOÑO GUZMAN	C.C.67004161

Por Acta No. 750 del 02 de diciembre de 2019, de Junta Directiva, inscrito en esta Cámara de Comercio el 02 de septiembre de 2021 con el No. 1831 del Libro VI, se designó a:

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACIÓN
GERENTE SUCURSAL	BENITO JOSE FERNANDEZ HEIDMAN	C.C.79317757

PODERES

Por Escritura Pública No. 1461 del 09 de agosto de 2000 Notaria Septima de Bogota , inscrito en esta Cámara de Comercio el 03 de octubre de 2000 con el No. 249 del Libro V , COMPARECIO EL SENOR JOSE PABLO NAVAS PRIETO, MAYOR DE EDAD Y VECINO DE BOGOTA, IDENTIFICADO CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 2.877.617 DE BOGOTA Y MANIFESTO: QUE POR MEDIO DE ESTE INSTRUMENTO OBRA EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A. Y QUE EN TAL CARACTER CONFIERE PODER GENERAL A LA DOCTORA CLAUDIA ROMERO LENIS, MAYOR DE EDAD E IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 38.873.416 EXPEDIDA EN BUGA, PARA QUE A NOMBRE DE LA SOCIEDAD PODERDANTE EJERZA LAS SIGUIENTES FACULTADES: A. REPRESENTAR A LA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE LOS JUZGADOS, TRIBUNALES SUPERIORES, DE ARBITRAMIENTO VOLUNTARIO Y CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTE O COMO DEMANDADA, COMO COADYUVANTES U OPOSITORES. B. OTORGAR EN NOMBRE DE LA CITADA SOCIEDAD LOS PODERES ESPECIALES QUE SEAN DEL CASO. C. REPRESENTAR A LA MISMA SOCIEDAD ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL. D. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O INTERROGATORIOS DE PARTE, ASI COMO ABSOLVER ESTOS, CONFESAR Y COMPROMETER EN ELLOS A LA SOCIEDAD QUE REPRESENTA. E. OBJETAR LAS RECLAMACIONES QUE PRESENTEN LOS ASEGURADOS A LAS SOCIEDADES PODERDANTES. F. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION GENERAL DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, RECONSIDERACION Y APELACION, TANTO ORDINARIOS COMO EXTRAORDINARIOS. G. REPRESENTAR A LA CITADA SOCIEDAD EN LAS REUNIONES DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS GENERALES DE SOCIOS DE SOCIEDADES EN QUE AQUELLA SEA ACCIONISTA O SOCIA Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACION PARA TALES ASAMBLEAS O JUNTAS, CUANDO SEA EL CASO. H. EN GENERAL LA DOCTORA MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS QUEDA AMPLIAMENTE FACULTADA PARA INTERPONER

Recibo No. 8501992, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822T8090A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CUALQUIER RECURSO CONSAGRADO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS NACIONALES, DEPARTAMENTALES, MUNICIPALES O DEL DISTRITO CAPITAL DE SANTAFE DE BOGOTA Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DEL MISMO ORDEN. IGUALMENTE QUEDA FACULTADA EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, CONCILIAR, TRANSIGIR, RECIBIR Y DESIGNAR ARBITROS ASI COMO TAMBIEN PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 Notaria Veintinueve de Bogota , inscrito en esta Cámara de Comercio el 08 de abril de 2009 con el No. 42 del Libro V , POR MEDIO DE ESTE INSTRUMENTO SE CONFIERE PODER GENERAL A LAS SIGUIENTES PERSONAS: ALBA INES GOMEZ VELEZ, IDENTIFICADA CON LA C.C. 30.724.774 EXPEDIDA EN PASTO Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADA NUMERO 48.637 Y GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, IDENTIFICADO CON LA C.C. 19.395.114 EXPEDIDA EN BOGOTA Y CON TARJETA PROFESIONAL DE ABOGADO NUMERO 39.116, PARA EJECUTAR LOS SIGUIENTES ACTOS:

A. REPRESENTAR A LAS REFERIDAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, JUZGADOS, FISCALIAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES DE CUALQUIER TIPO, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LLAMADAS EN GARANTIA, LITISCONSORTES, COADYUVANTES O TERCEROS INTERVINIENTES.

B. REPRESENTAR A LAS MISMAS SOCIEDADES ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL, Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL.

C. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASI COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACION E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACION DE LAS SOCIEDADES ANTES MENCIONADAS, LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICION, APELACION Y RECONSIDERACION, ASI COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY.

D. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O ADMINISTRATIVAS, REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN LA SOLICITUD Y PRACTICA DE PRUEBAS ANTICIPADAS, ASI COMO EN DILIGENCIAS DE EXHIBICION DE DOCUMENTOS, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, COMPARECER A ASISTIR Y DECLARAR EN TODO TIPO DE DILIGENCIAS Y AUDIENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, PROCESALES O EXTRAPROCESALES, RECIBIR NOTIFICACIONES O CITACIONES ORDENADAS POR JUZGADOS O AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS, ASISTIR Y REPRESENTAR A LAS COMPAÑIAS EN TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACION JUDICIAL O EXTRAJUDICIAL, RENUNCIAR A TERMINOS, CONFESAR Y COMPROMETER A LAS SOCIEDAD QUE REPRESENTAN, QUEDANDO ENTENDIDO QUE LAS NOTIFICACIONES, CITACIONES Y COMPARECENCIAS PERSONALES DE REPRESENTANTES LEGALES DE LAS SOCIEDADES QUEDARAN VALIDA Y LEGALMENTE HECHAS A TRAVES DE LOS APODERADOS GENERALES aquí DESIGNADOS.

E. EN GENERAL, LOS ABOGADOS MENCIONADOS QUEDAN AMPLIAMENTE FACULTADOS PARA ACTUAR CONJUNTA O SEPARADAMENTE, ASI COMO PARA INTERPONER CUALQUIER RECURSO ESTABLECIDO EN LAS LEYES CONTRA DECISIONES JUDICIALES O EMANADAS DE LOS FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL, MUNICIPAL O DISTRITAL, Y ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES. IGUALMENTE QUEDAN FACULTADOS EXPRESAMENTE PARA DESISTIR, RECIBIR, TRANSIGIR Y CONCILIAR, ASI COMO PARA SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Recibo No. 8501992, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822T8090A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Por Escritura Pública No. 2426 del 09 de junio de 2009 Notaria Veintitres de Bogota , inscrito en esta Cámara de Comercio el 30 de julio de 2009 con el No. 120 del Libro V COMPARECIÓ BELEN AZPÚRUA DE MATTAR, IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE EXTRANJERIA NRO. 324.238. QUE OBRANDO EN SU CONDICION DE REPRESENTANTE LEGAL DE ASEGURADORA DE VIDA COLSEGUROS S.A., OTORGÓ PODER GENERAL A: MARIA CLAUDIA ROMERO LENIS, IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 38.873.416 DE BUGA CON TARJETA PROFESIONAL NO. 83061 DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA; PARA QUE EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LA SOCIEDAD MENCIONADA EJECUTE EN EL VALLE DEL CAUCA Y EL CAUCA LOS SIGUIENTES ACTOS: A) REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LA REFERIDA SOCIEDAD EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRÁNSITO, INSPECCIONES DE POLICÍA, FISCALÍAS DE TODO NIVEL, JUZGADOS Y TRIBUNALES DE TODO TIPO, INCLUIDOS TRIBUNALES DE ARBITRAMIENTO DE CUALQUIER CLASE, CORTE CONSTITUCIONAL, CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA, CORTE SUPREMA DE JUSTICIA Y CONSEJO DE ESTADO, BIEN SEA COMO DEMANDANTES, DEMANDADAS, LITISCONSORTES, COADYUVANTES U OPOSITORES, B) REPRESENTAR CON AMPLIAS FACULTADES A LAS SOCIEDADES PODERDANTES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCEDIMIENTOS ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PÚBLICO DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, C) ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES, O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, ASÍ COMO DE CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE LA ADMINISTRACIÓN, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES ANTES MENCIONADAS LOS RECURSOS ORDINARIOS TALES COMO REPOSICIÓN, APELACIÓN Y RECONSIDERACIÓN, ASÍ COMO LOS RECURSOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY, D) REALIZAR LAS GESTIONES SIGUIENTES, CON AMPLIAS FACULTADES DE REPRESENTACIÓN: NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES O EMANADAS DE FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS DEL ORDEN NACIONAL, DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL, O DE ENTIDADES DESCENTRALIZADAS DE LOS MISMOS ORDENES, DESCORRER TRASLADOS, INTERPONER Y SUSTENTAR RECURSOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS, RENUNCIAR A TÉRMINOS, ASISTIR A TODA CLASE DE AUDIENCIAS Y DILIGENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS, ASISTIR A TODO TIPO DE AUDIENCIAS DE CONCILIACIÓN Y REALIZAR CONCILIACIONES TOTALES O PARCIALES CON VIRTUALIDAD PARA COMPROMETER A LAS SOCIEDADES PODERDANTES DE QUE SE TRATE, ABSOLVER INTERROGATORIOS DE PARTE, CONFESAR Y COMPROMETER A LAS SOCIEDADES QUE REPRESENTA, E) RECIBIR, DESISTIR, TRANSIGIR, CONCILIAR, SUSTITUIR Y REASUMIR EL PRESENTE MANDATO.

Por Escritura Pública No. 3024 del 04 de diciembre de 2014 Notaria Veintitres de Bogota , inscrito en esta Cámara de Comercio el 30 de abril de 2015 con el No. 180 del Libro V COMPARECIO ALBA LUCIA GALLEGU NIETO, MAYOR DE EDAD, IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 30.278.007. ACTUANDO EN SU CALIDAD DE REPRESENTANTE LEGAL DE ALLIANZ SEGUROS S.A. Y ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. OTORGO PODER A LOS GERENTES Y SUBGERENTES DE LAS SUCURSALES DE LAS SOCIEDADES, PARA EJECUTAR, EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES, EN EL DEPARTAMENTO EN EL CUAL SE ENCUENTRE UBICADA LA RESPECTIVA SUCURSAL LOS SIGUIENTES ACTOS:

1. EJECUTAR Y HACER EJECUTAR LAS RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS, DE LA JUNTA DIRECTIVA Y LAS DECISIONES DE LA ADMINISTRACIÓN DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.
2. CELEBRAR TODOS LOS CONTRATOS REFERENTES AL NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO, QUE SEAN

Recibo No. 8501992, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822T8090A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

PROPIOS DEL GIRO ORDINARIO DE LOS NEGOCIOS DE LAS SOCIEDADES CUALQUIERA QUE SEA SU CUANTIA.

3. PARTICIPAR EN LICITACIONES PUBLICAS O PRIVADAS REFERENTES A NEGOCIO DE SEGUROS Y DE AHORRO PRESENTADO OFERTAS, DIRECTAMENTE O POR INTERMEDIO DE APODERADO Y SUSCRIBIENDO LOS CONTRATOS QUE DE ELLAS SE DERIVEN CUALQUIERA SEA SU CUANTIA.

4. FIRMAR LAS POLIZAS DE SEGURO DE LOS RAMOS AUTORIZADOS A CADA UNA DE LAS SOCIEDADES INCLUYENDO PERO SIN LIMITARSE A POLIZAS DE SEGUROS DE CUMPLIMIENTO POLIZAS DE SEGUROS DE VIDA, POLIZAS DE SEGUROS DE SALUD, POLIZAS DE SEGUROS DE AUTOMOVILES, POLIZAS DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD.

5. FIRMAR POLIZAS DE DISPOSICIONES LEGALES QUE OTORQUE ALLIANZA SEGUROS S.A. EN EL RAMO DE CUMPLIMIENTO, CUYO ASEGURADO SEA LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES DIAN.

6. RECAUDAR PRIMAS DE SEGUROS Y RECAUDAR CUOTAS CORRESPONDIENTES A LOS CREDITOS QUE OTORGUEN LAS SOCIEDADES.

7. FIRMAR OBJECIONES A LAS RECLAMACIONES QUE LE SEAN PRESENTADAS A LAS SOCIEDADES SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLITICAS INTERNAS DE ESTAS.

8. CUIDAR QUE TODOS LOS VALORES PERTENECIENTES A LA SOCIEDAD Y LOS QUE ESTA TENGA EN CUSTODIA SE MANTENGAN CON LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD NECESARIAS.

9. REPRESENTAR LAS SOCIEDADES EN TODA CLASE DE ACTUACIONES Y PROCESOS JUDICIALES ANTE INSPECCIONES DE TRANSITO, INSPECCIONES DE POLICIA, INSPECCIONES DE TRABAJO, JUZGADOS, FISCALIAS DE TODO NIVEL, TRIBUNALES SUPERIORES CONTENCIOSO ADMINISTRATIVOS Y ARBITRAMENTOS.

10. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES ANTE LAS AUTORIDADES ADMINISTRATIVAS DEL ORDEN DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL Y ANTE CUALQUIER ORGANISMO DESCENTRALIZADO DE DERECHO PUBLICO DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL.

11. ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NOTIFICACIONES PROVENIENTES DE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES-DIAN O DE LA ENTIDAD QUE HAGA SUS VECES, E INTENTAR EN NOMBRE Y REPRESENTACIÓN DE LAS SOCIEDADES LOS RECURSOS ORDINARIOS DE REPOSICIÓN APELACION Y RECONSIDERACIÓN, ASI COMO LOS EXTRAORDINARIOS CONFORME A LA LEY.

12. FIRMAR FISICA, ELECTRONICAMENTE O POR CUALQUIER MEDIO QUE ESTABLEZCA AL DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES-DIAN O LAS ADMINISTRACIONES DE IMPUESTOS Y TERRITORIALES, LAS DECLARACIONES DE CUALQUIER TIPO DE IMPUESTOS U OBLIGACIONES TRIBUTARIAS QUE ESTEN A CARGO DE LA SOCIEDAD.

13. REPRESENTAR A LAS SOCIEDADES EN LAS REUNIONES ORDINARIAS Y EXTRAORDINARIAS DE LAS ASAMBLEAS GENERALES DE ACCIONISTAS O JUNTAS DE SOCIOS DE LAS SOCIEDADES EN LAS CUALES LAS SOCIEDADES SEAN ACCIONISTAS O SOCIAS, Y OTORGAR LOS PODERES DE REPRESENTACIÓN PARA TALES REUNIONES CUANDO SEA EL CASO.

14. NOTIFICARSE DE TODA CLASE DE PROVIDENCIAS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVAS.

15. FIRMAR TRASPASOS DE VEHICULOS QUE SE EFECTUEN A NOMBRE DE LAS SOCIEDADES Y ADELANTAR ANTE LAS ENTIDADES COMPETENTE S TODAS LAS GESTIONES PERTINENTES AL TRAMITE DE LOS MISMOS SIGUIENDO PARA EL EFECTO LAS POLITICAS INTERNAS DE LAS SOCIEDADES.

16. CUMPLIR LAS DEMAS FUNCIONES QUE LE SEÑALEN LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS O LA JUNTA DIRECTIVA DE CADA UNA DE LAS SOCIEDADES.

Recibo No. 8501992, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822T8090A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS- CIIU

Actividad principal Código CIIU: 6512

Descripción de la actividad económica reportada en el Formulario del Registro Único Empresarial y Social -RUES-: SEGUROS DE VIDA

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS CASA PRINCIPAL

QUE EN LOS REGISTROS QUE SE LLEVAN EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO, FIGURAN INSCRITOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS A NOMBRE DE: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S A

Los estatutos de la sociedad han sido reformados así:

DOCUMENTO	INSCRIPCIÓN
E.P. 1560 del 28/05/1957 de Notaria Octava de Bogota	15966 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 557 del 20/02/1969 de Notaria Decima de Bogota	15967 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 2929 del 25/07/1972 de Notaria Decima de Bogota	15969 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 2536 del 18/06/1974 de Notaria Decima de Bogota	15970 de 11/02/1976 Libro IX
E.P. 1026 del 27/04/1983 de Notaria Decima de Bogota	86896 de 13/08/1986 Libro IX
E.P. 0198 del 30/01/1995 de Notaria Treinta Y Cinco de Bogota	2427 de 19/10/1995 Libro VI
E.P. 5892 del 21/06/1996 de Notaria Veintinueve de Bogota	1958 de 26/09/1996 Libro VI
E.P. 7054 del 24/07/1996 de Notaria Veintinueve de Bogota	1959 de 26/09/1996 Libro VI
E.P. 3580 del 30/10/1981 de Notaria Decima de Bogota	1525 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 1998 del 26/07/1982 de Notaria Decima de Bogota	1526 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 3594 del 01/12/1982 de Notaria Decima de Bogota	1527 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 1320 del 10/03/1987 de Notaria Veintinueve de Bogota	1528 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 3091 del 28/07/1989 de Notaria Dieciocho de Bogota	1529 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 4846 del 26/10/1989 de Notaria Dieciocho de Bogota	1530 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 448 del 30/03/1994 de Notaria Cuarenta Y Siete de Bogota	1531 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 12639 del 29/12/1994 de Notaria Veintinueve de Bogota	1532 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 1117 del 17/04/1995 de Notaria Treinta Y Cinco de Bogota	1533 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 2452 del 27/07/1995 de Notaria Treinta Y Cinco de Bogota	1534 de 30/06/2011 Libro VI
E.P. 4773 del 21/05/1997 de Notaria Veintinueve de	1535 de 30/06/2011 Libro VI

Recibo No. 8501992, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822T8090A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

Bogota

E.P. 1780 del 15/07/1997 de Notaria Septima de Bogota 1536 de 30/06/2011 Libro VI

E.P. 7992 del 11/08/1997 de Notaria Veintinueve de 1537 de 30/06/2011 Libro VI

Bogota

E.P. 4118 del 22/12/1997 de Notaria Septima de Bogota 1538 de 30/06/2011 Libro VI

E.P. 3928 del 23/09/1998 de Notaria Treinta Y Cinco de 1539 de 30/06/2011 Libro VI

Bogota

E.P. 1202 del 15/06/1999 de Notaria Septima de Bogota 1540 de 30/06/2011 Libro VI

E.P. 1075 del 22/06/2000 de Notaria Septima de Bogota 1541 de 30/06/2011 Libro VI

E.P. 6316 del 24/08/2000 de Notaria Veintinueve de 1542 de 30/06/2011 Libro VI

Bogota

E.P. 1364 del 11/06/1997 de Notaria Treinta Y Cinco de 1543 de 30/06/2011 Libro VI

Bogota

E.P. 2099 del 30/10/2000 de Notaria Septima de Bogota 1544 de 30/06/2011 Libro VI

E.P. 2628 del 28/12/2000 de Notaria Septima de Bogota 1545 de 30/06/2011 Libro VI

E.P. 7674 del 02/10/2001 de Notaria Veintinueve de 1546 de 30/06/2011 Libro VI

Bogota

E.P. 14752 del 31/10/2003 de Notaria Veintinueve de 1547 de 30/06/2011 Libro VI

Bogota

E.P. 0655 del 28/01/2005 de Notaria Veintinueve de 1548 de 30/06/2011 Libro VI

Bogota

E.P. 2050 del 19/05/2006 de Notaria Treinta Y Uno de 1549 de 30/06/2011 Libro VI

Bogota

E.P. 1904 del 28/05/2008 de Notaria Treinta Y Uno de 1550 de 30/06/2011 Libro VI

Bogota

E.P. 2735 del 08/04/2010 de Notaria Setenta Y Dos de 1551 de 30/06/2011 Libro VI

Bogota

E.P. 2198 del 14/07/2010 de Notaria Veintitres de 1552 de 30/06/2011 Libro VI

Bogota

E.P. 3949 del 16/12/2010 de Notaria Veintitres de 1553 de 30/06/2011 Libro VI

Bogota

RECURSOS CONTRA LOS ACTOS DE INSCRIPCIÓN

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro, quedan en firme dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos. Para estos efectos, se informa que para la Cámara de Comercio de Cali, los sábados NO son días hábiles.

Una vez interpuestos los recursos, los actos administrativos recurridos quedan en efecto suspensivo, hasta tanto los mismos sean resueltos, conforme lo prevé el artículo 79 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

A la fecha y hora de expedición de este certifica, NO se encuentra en trámite ningún recurso.

Recibo No. 8501992, Valor: \$3.200

CODIGO DE VERIFICACIÓN: 0822T8090A

Verifique el contenido y confiabilidad de este certificado, ingresando a www.ccc.org.co y digite el respectivo código, para que visualice la imagen generada al momento de su expedición. La verificación se puede realizar de manera ilimitada, durante 60 días calendario, contados a partir de la fecha de su expedición.

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Este certificado refleja la situación jurídica del inscrito hasta la fecha y hora de su expedición.

Que no figuran otras inscripciones que modifiquen total o parcialmente el presente certificado.

De conformidad con lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, y de la Ley 962 de 2005, los actos administrativos de registro aquí certificados quedan en firme diez (10) días hábiles después de la fecha de inscripción, siempre que no sean objeto de recursos; el sábado no se tiene como día hábil para este conteo.

En cumplimiento de los requisitos sobre la validez jurídica y probatoria de los mensajes de datos determinados en la Ley 527 de 1999 y demás normas complementarias, la firma digital de los certificados generados electrónicamente se encuentra respaldada por una entidad de certificación digital abierta acreditada por el organismo nacional de acreditación (onac) y sólo puede ser verificada en ese formato.

