Señores

**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.**

E.S.D.

**Despacho:** Juzgado 2 Civil Municipal de Cali

**Radicado:** 760014003002-**2023-00890**-00

**Asunto:** Responsabilidad Civil contractual.

**Causante:** BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN

**Demandantes:** JAVIER TARCISIO MIRA BUILES (esposo), y sus hijos CARLOS EDUARDO MIRA MOLINA, JULIÁN DAVID MIRA MOLINA y JOSÉ ALEJANDRO MIRA MOLINA.

**Demandados:** ARL AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.

**Asunto:** análisis viabilidad respecto a aportar dictamen pericial **(CASE 18977)**

De conformidad con lo dispuesto en el auto interlocutorio No. 1203 con fecha de elaboración 02 de mayo de 2023 y notificado en estados el día 02 de julio de 2024, el despacho realizó el decreto probatorio, concediendo a AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A., el término de quince (15) días para aportar el dictamen pericial anunciado en la contestación de la demanda. El término para aportarlo está condicionado a que COSMITET LTDA y a la CLÍNICA IMBANACO aporten la historia clínica y esta se ponga en conocimiento por el Juzgado, concediéndose un término a dichas entidades de 5 días. En ese orden de ideas, en principio, la fecha límite para aportar el dictamen pericial correspondería al 30 de julio de 2024.

No obstante, como se abordará a continuación, se sugiere no aportar la expertica.

1. **CONCEPTO DE VIABILIDAD**

De conformidad el análisis de las pruebas obrantes en el expediente resulta preciso exponer que, **NO es necesario** aportar el dictamen pericial. La experticia tenía la finalidad de demostrar la reticencia de la asegurada y la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas a la compañía al momento de la suscripción del contrato de seguro, así como la incidencia que las mismas tuvieron a la hora de expedir el seguro. Sin embargo, se advierte que la obtención de esta prueba resulta inocua toda vez que, la causa de la muerte de la asegurada fue el cáncer de páncreas, por ende, no se logrará acreditar ante el despacho el nexo de causalidad de la información objeto de reticencia y la causa del siniestro, además no existen pruebas que acredite la mala fé por parte de la señora Blanca Emilse al momento de suscribir el seguro, entre otros aspectos jurídicos que son analizados en el siguiente acápite.

**Para llegar a la conclusión anterior se tuvo en cuenta lo siguiente:**

1. **HECHOS**

De conformidad con los hechos de la demanda la señora BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN tomó la Póliza Grupo Con Plan Familia No. 29-67- 11000 con la compañía aseguradora AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A, además, se indicó que los beneficiarios del seguro por motivo de incapacidad total y permanente y cobertura básico de muerte eran los señores JAVIER TARCISIO MIRA BUILES (esposo), y sus hijos CARLOS EDUARDO MIRA MOLINA, JULIÁN DAVID MIRA MOLINA y JOSÉ ALEJANDRO MIRA MOLINA.

El 22 de enero de 2022 la señora BLANCA MOLINA fue diagnosticada con cáncer de páncreas, y lamentablemente fallece el 27 de marzo de 2022 debido a complicaciones propias de esa patología. Debido a lo anterior los beneficiarios realizaron solicitud de reclamación ante la aseguradora el 13 de junio de 2022, sin embargo, AXA envió respuesta el 10 de agosto de 2022 objetando la reclamación debido a que la señora BLANCA MOLINA habría omitido información sobre su estado de salud al momento de adquirir la póliza de seguro. Configurándose la consecuencia legal inserta en el Art.1058 del C. Co.

1. **PRETENSIONES**
* Por la suma de DIECIOCHO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO ($18.259.428.oo) MONEDA CORRIENTE suma de dinero que CONSTITUYE EL MONTO DEL VALOR RECLAMADO por el siniestro ocurrido bajo el amparo de la póliza No.11000, cuyo tomador y asegurado fue la señora BLANCA EMILSE MOLINA GAITAN, (q.e.p.d.) y como beneficiarios los señores aquí demandantes.
* Por la suma resultante de aplicar la tasa de interés moratoria a que hace referencia el artículo 1080 del Código de Comercio, al capital indicado en el literal anterior. Lo anterior deberá contarse desde el día trece (13) de julio de 2022, fecha desde la cual se cumple el mes que la Ley les concede a las aseguradoras para pagar los siniestros, hasta la fecha que se efectúe el pago.
* Costas y agencias en derecho.
1. **LIQUIDACIÓN OBJETIVA PRETENSIONES**

Valor del seguro para el amparo básico de muerte: **$**18.259.428 (de conformidad a la anotación posterior)

Intereses moratorios: $13.000.000

Fecha inicial cobro de intereses: 13 de julio de 2022 (tomamos el mes siguiente a la reclamación remitida a la compañía liquidados hasta el 15 de julio de 2024)

Total: $29.784.247

1. **ANÁLISIS RESPECTO A LA PÓLIZA**

Con la demanda se vinculó la Póliza de Seguro de Banca Seguros Grupo con Plan Familia No. 11000 de la cual se extrae la siguiente información:

* **Tomador**: BANCO SCOTIABANK COLPATRIA S.A.
* **Asegurado**: BLANCA EMILSE MOLINA GAITÁN
* **Benenficiarios**: los señores JAVIER TARCISIO MIRA BUILES (esposo de la causante), y sus hijos CARLOS EDUARDO MIRA MOLINA, JULIÁN DAVID MIRA MOLINA y JOSÉ ALEJANDRO MIRA MOLINA.
* **Vigencia**: 08 de febrero de 2019 (anual renovable), ultima renovación 08 de febrero de 2022.
* **Amparo afectado: Amparo básico de muerte**
* **Valor Asegurado**: De conformidad a la póliza remitida como antecedentes de la compañía el valor asegurado (para la renovación del 08 de febrero de 2021) corresponde al valor de $16.784.156, sin embargo, en el condicionado general de la póliza se indica que el valor asegurado se ajustará automáticamente en cada aniversario de conformidad a las variaciones de IPC que para dicha temporada fue de 13,12%.

**Razón por la cual, el valor correcto sería $**18.259.428

**Exclusiones aplicables al caso**:

Este aseguramiento presta cobertura material y temporal, de conformidad con los hechos y pretensiones expuestas en el líbelo de la demanda. Frente a la cobertura temporal, debe señalarse que la muerte de la asegurada ocurrió el 27 de marzo de 2022 es decir, ocurrió dentro de la tercera renovación anual de la póliza de Seguro Plan Familia que inició vigencia desde el 08 de febrero de 2022. Aunado a ello, presta cobertura material en tanto ampara la muerte de la asegurada.

Ahora bien, si bien se alegó la nulidad relativa del contrato de seguro por la reticencia de la asegurada, dado que omitió informar a la compañía que sufría de patologías tales como: i) Hipertensión arterial, ii) Diabetes Mellitus, iii) Obesidad y iv) Dislipidemia, lo cierto es que, dentro de la historia clínica que obra en el expediente digital no se permite percibir prueba de que la paciente sufriera de estas patologías para la época de la suscripción del seguro; además en sentencias de la Corte Suprema de Justicia tales como la SC167 de 2023 se ha establecido la postura de que las patologías dejadas de informar a la compañía aseguradora deben tener un nexo de causalidad directo con la causa del siniestro, siendo de indicar que en el presente caso la causal de la muerte de la asegurada fue el cáncer de páncreas, el cual no tiene relación directa con las enfermedades dejadas de informar a la compañía. Además, en el presente caso la declaración de la señora Blanca Emilse Gaitán (Q.E.P.D) no estuvo precedida de un cuestionario propiamente dicho, por lo que la anulación del vínculo contractual estará sujeto a que se logré probar dentro del proceso que el tomador haya encubierto con culpa y de mala fé (de acuerdo a la postura de la Corte Suprema de Justicia en la sentencia referenciada) de las circunstancias que impliquen la agravación objetiva del estado del riesgo, sin que hasta la fecha se tenga pruebas que sustenten esta postura.

Fuera de lo anterior, en el escrito de la demanda se alude que la señora Blanca Emilse Molina fue diagnosticada con cáncer el pasado 22 de enero de 2022 y que en dicha fecha se le avisó a la compañía aseguradora, es decir, previo a la tercera renovación de la póliza por lo que, se entiende que la compañía conoció de la enfermedad sobre la cual versaba el vicio de la declaración previo a la renovación.

Por último, si bien con la obtención del dictamen pericial se podría acreditar a cuál correspondería la consecuencia negocial diferencial, es decir, cuál habría sido la posición de la compañía si esta hubiese conocido las patologías de la señora Blanca Emilse Gaitán antes de emitir el seguro, lo cierto es que no se cumple con el resto de los presupuestos que jurisprudencialmente se exigen para este tipo de casos, particularmente el de la relación causal entre la enfermedad omitida y la que conllevó a la producción del siniestro.

Lo anterior sin perjuicio al carácter contingente del proceso

1. **ANÁLISIS SUCINTO DE LA POSICIÓN JURIDICA:**

Respecto de la obligación indemnizatoria de la compañía debe indicarse que esta estaría probada por cuanto, si bien se alegó en oportunidad (no está prescrita) la solicitud de nulidad relativa del contrato por reticencia, no se puede desconocer que para la declaración judicial de dicho fenómeno jurídico, el precedente jurisprudencial de los Tribunales y de la Corte se ha vuelto cada vez más exigente, requiriendo a las aseguradoras la acreditación de una serie de requisitos que en este caso no están enteramente probados, como se pasa a explicar:

* **El nexo de causalidad entre el siniestro y los hechos no declarados:** Los últimos postulados jurisprudenciales establecenla necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, ata el error o el dolo con el consentimiento de la aseguradora. En relación a ello es indispensable establecer que la causa de muerte de la asegurada fue cáncer de páncreas. De manera que, si bien eventualmente se logra probar que la señora Blanca Emilse al momento de realizar la declaración de asegurabilidadnegó la existencia de sus enfermedades de  i) Hipertensión arterial, ii) Diabetes Mellitus, iii) Obesidad y iv) Dislipidemia que padecía y conocía, lo cierto es que esta patología no tiene nexo de causalidad directo con la causa del siniestro que es el cáncer de páncreas. Por lo que este presupuesto no podrá probarse.
* **Respecto de la mala fe y su prueba:** en relación a lo anteriores de recordar que tanto la Corte Constitucional como la Corte Suprema de Justicia han afirmado la existencia de una regla según la cual las aseguradoras tienen que demostrar la mala fe de la tomadora para que proceda la objeción por reticencia[[1]](#footnote-1), además de que ante la duda sobre el conocimiento de una preexistencia por parte de la peticionaria al momento de declarar, debe adoptarse la posibilidad hermenéutica de la situación fáctica que le conceda un mayor rango de eficacia a sus derechos (principio pro homine). Como la nulidad relativa del contrato pretende castigar la mala fe en el comportamiento del tomador, motivo por el cual la relación contractual no podrá ser declarada nula por la sola omisión en el suministro de cualquier información, pues lo que se exige es que la inexactitud en la declaratoria se origine en un actuar contrario a los postulados de la buena fe, que tenga la entidad de retraer el negocio celebrado o que, de ser conocida por el asegurador, hubiese llevado a estipular condiciones más onerosas.En el presente caso, no es posible establecer que el tomador haya actuado de mala fe ya que es claro que para el día 08 de febrero de 2019 cuando la señora Blanca Emilse suscribió el seguro no estaba diagnosticada con cáncer de páncreas, e inclusive hasta el momento no se ha logrado probar que padeciera de i) Hipertensión arterial, ii) Diabetes Mellitus, iii) Obesidad y iv) Dislipidemia para la fecha de la declaración de asegurabilidad. Por lo que este presupuesto no podrá probarse.
* **Respecto de la realización de exámenes médicos por parte de la compañía aseguradora:** es de recordar que las sentencias de la Corte Constitucional han establecido que la compañía aseguradora tiene un deber de diligencia superior por ser la experta en seguros y quien ostenta la posición dominante en la relación jurídica por lo que debe verificar la información entregada por las tomadoras, y que, tratándose de seguros de personas, a estas debe practicarles exámenes médicos o solicitarlos y revisar sus historias clínicas, con el fin de que prosperen las excepciones de nulidad relativa por reticencia o inexactitud.[[2]](#footnote-2), sin que en el presente caso se encuentre probado que la compañía aseguradora haya solicitado exámenes médicos. Por lo que este presupuesto no podrá probarse.
* **Elemento subjetivo – relevancia de lo no declarado:** la Corte Suprema de Justicia[[3]](#footnote-3) ha establecido que leincumbe a las partes probar los supuestos de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen en virtud del artículo 167 del Código General del Proceso, es de mencionar que en el presente caso eventualmente se podía probar con el dictamen pericial, pero en todo caso, ninguno de los requisitos precedentes están acreditados.
1. **ANOTACIÓN**

Respecto de que la señora Blanca Emilse Molina para la fecha de la suscripción del contrato de seguro padeciera de i) Hipertensión arterial, ii) Diabetes Mellitus, iii) Obesidad y iv) Dislipidemia pretende ser probado con las historias clínicas que deberán ser allegadas por COSMITET LDTA y CLINICA IMBANACO, sin embargo, a la fecha no hay prueba siquiera sumaria de ello.

1. **CONCLUSIONES**

Bajo lo señalado anteriormente, y conforme a la calificación probable del proceso, se considera que, **NO es necesario** aportar el dictamen pericial, y, por lo contrario, lo mejor sería buscar una conciliación con la parte demandante.

Cordialmente,

1. T-830 de 2014, T-919 de 2014, T-393 de 2015, T-316 de 2015, T-684 de 2015, T-570 de 2015, T-058 de 2016, T-240 de 2016, T-609 de 2016, T-501 de 2016, T-670 de 2016, T-282 de 2016, T-571 de 2017, T-658 de 2017, T-027 de 2019 y T-061 de 2020. [↑](#footnote-ref-1)
2. T-533 de 1996, la T-117 de 1997 y la T-290 de 1998. [↑](#footnote-ref-2)
3. SC3791-2021 [↑](#footnote-ref-3)