Señores

JUZGADO TREINTA (30) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ

E. S. D.

REFERENCIA: ORDINARIO - VERBAL

RADICADO: 11001400303020220032900

DEMANDANTE: FRAHIN OVIEDO TRUJILLO

DEMANDADO: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA AVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali, identificado con la Cédula de Ciudadanía No.19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de Representante Legal de G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S., persona jurídica, legalmente constituida, identificada con NIT. 900.701.533-7, firma que actúa como apoderada general de la Compañía LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C, identificada con NIT 9.830.008.686-1, sociedad cooperativa de seguros, de conformidad con la Escritura Pública No. 2779 de la Notaría 10 de Bogotá D.C., del 02 de diciembre de 2021, inscrita bajo el registro No 2100580240 del libro XIII. Mediante el presente escrito procedo a CONTESTAR LA DEMANDA VERBAL DECLARATIVA DE MENOR CUANTÍA, promovida por el señor FRAHIN OVIEDO TRUJILLO, quien actúa en calidad de hijo de la señora ROSA TULIA TRUJILLO (Q.E.P.D.), en contra de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., para que en el momento en que se vaya a definir el litigio se tengan en cuenta los hechos y precisiones que se hacen a continuación, según las pruebas que se practiquen, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho, en los siguientes términos:

CAPÍTULO I

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

1. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

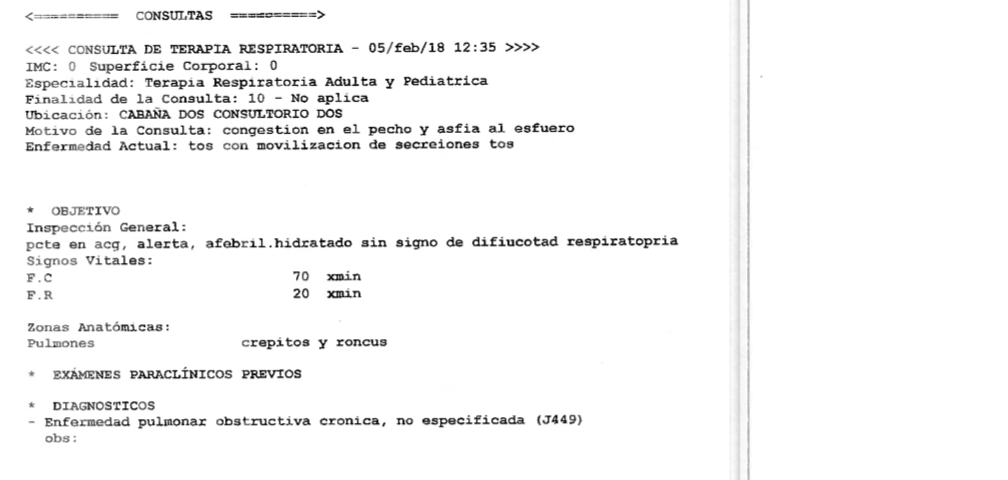
ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el Accionante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que, el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurada la señora ROSA TULIA TRUJILLO (Q.E.P.D) debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co., como consecuencia de la reticencia con la que esta última suscribió el certificado individual de seguro.

OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES PRINCIPALES

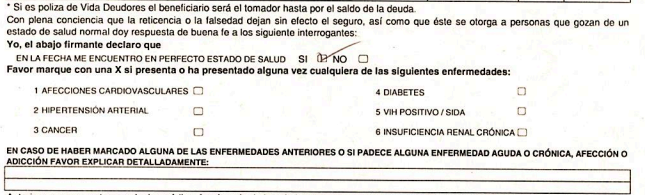
PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO A LA PRETENSIÓN INCOADA POR EL ACCIONANTE, y en consecuencia me opongo a que se declare que el señor FRAHIN OVIEDO TRUJILLO se encuentra legitimado para demandar y para solicitar el pago del seguro objeto de este litigio. Lo anterior, por cuanto, en este caso el único sujeto que se encontraría legitimado para exigir dicho cumplimiento será aquel que ostente la calidad de beneficiario, lo que en el caso en concreto se traduce en que el cumplimiento del contrato de seguro únicamente puede ser pretendido por MIBANCO - BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A. En síntesis, ruego señor juez desestime esta pretensión, toda vez que el demandante no se encuentra legitimado en la causa por activa para solicitar hacer efectivo el contrato de seguro materia de litigio.

PRETENSIÓN SEGUNDO: ME OPONGO A LA PRETENSIÓN INCOADA POR EL ACCIONANTE, debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación alguna respecto de la Compañía de Seguros, pues si bien, no hay duda sobre la existencia del contrato de seguro, el mismo no podrá hacerse efectivo, toda vez que la Póliza Vida Grupo Deudores Póliza No. AA000025 suscrita por la señora ROSA TULIA TRUJILLO, debe ser declarada nula de conformidad con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio. Esta nulidad se deriva de la reticencia por parte de la señora Trujillo al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad del seguro de vida grupo de deudores, el 30 de noviembre de 2018. Lo anterior como quiera que para el caso que nos ocupa se encuentra configurado:

* *Nulidad del contrato de seguro:* No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza Vida Grupo Deudores No. AA000025, como quiera que la señora ROSA TULIA TRUJILLO (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la entonces Asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo los negó en el momento de perfeccionar su seguro, las cuales son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Epoc), la Diabetes Mellitus tipo 2, y la Hipertensión Arterial Esencial con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica de la señora Trujillo para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.



En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado, y en consecuencia el aseguramiento de la señora ROSA TULIA TRUJILLO debe seguir su misma suerte, por cuanto fue reticente al negar todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aún, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente a la señora Trujillo a través de seis (06) oportunidades para suscribir de manera íntegra y transparente si sufre o ha sufrido enfermedades descritas en el cuestionario, o se encuentra en tratamiento frente a aquellas u otro síntoma o antecedente, dentro de los cual se recalca *“(…) Afecciones cardiovasculares (…) Hipertensión arterial (…) Cáncer (…) Diabetes (…) VIH Positivo/ Sida (…) Insuficiencia Renal Crónica (…) (Subrayado y negrilla fuera del texto).* Se enfatizó la importancia de proporcionar información detallada sobre cualquier enfermedad aguda, crónica, afección o adicción en la casilla correspondiente, pero esta información no se incluyó. Se descubrió que la señora Trujillo padecía Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), una enfermedad que se relaciona directamente con la causa de su fallecimiento.

[[1]](#footnote-0)

1. *Falta de cobertura material ante la configuración de exclusión para el amparo de muerte por cualquier causa:* Como se ha indicado en precedencia y se desarrollará más adelante, para el presente caso se presentó la falta de cobertura material del contrato de seguro materializado en la Póliza Vida Grupo Deudores No. AA000025 ante la materialización de la exclusión dispuesta en el contrato que es ley para las partes, aplicable al amparo que pretende se afecte y ha sido consagrado como muerte por cualquier causa, esto es se transcribe expresamente lo contemplado en la póliza:

“*DEFINICIÓN DE PREEXISTENCIA: Para todos los efectos de presente póliza, se consideran preexistentes las siguientes enfermedades: Cardiovasculares, renales, cáncer, diabetes, hipertensión arterial y SIDA que hayan sido manifestadas, tratadas o diagnosticadas al asegurado con anterioridad al desembolso del crédito o la ocurrencia de un accidente con anterioridad al desembolso del crédito y que tengan relación directa con la posterior causa de la muerte o incapacidad del asegurado.*

*EFECTOS DE LA NO DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD: La compañía de seguros acepta el no diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad únicamente para los valores y los asegurados expresamente señalados en el cuadro de requisitos de asegurabilidad, sin que tal aceptación releve al asegurado de su obligación consistente en declarar al momento del otorgamiento del crédito las circunstancias determinantes de salud que puedan afectar la validez del seguro. En caso de reclamaciones, la compañía de seguros verificará si el evento está amparado conforme a la póliza de seguro contratada, y si es el caso, aplicará lo consagrado en el Artículo 1058 del Código de Comercio.*

*Para el contexto de esta cláusula, deberá entenderse como circunstancias determinantes de salud, haber padecido o estar padeciendo en el momento de tomar el seguro, las siguientes enfermedades: cardiovasculares, renales, cáncer, diabetes, hipertensión arterial y SIDA.*

*Para efectos de lo mencionado en estos numerales, se cubren los siniestros que ocurran directa o indirectamente por enfermedades o agravaciones del riesgo preexistentes a la fecha de desembolso del crédito, siempre que tales preexistencias hayan sido declaradas por el asegurado y exista aceptación expresa o tácita por parte de la compañía de seguros, entendiéndose la aceptación tácita el hecho de haber transcurrido los tres (3) días hábiles mencionados en el numeral 1.3 sin que la compañía de seguros emita ninguna comunicación sobre el análisis de los mismos.” (Subrayado y negrilla fuera de texto)*

En este caso, conforme a lo anterior, la señora Rosa Tulia Trujillo no solamente fue reticente al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, sino que, no permitió que la aseguradora aceptara el verdadero riesgo a amparar, sobre el cual evidentemente se hubieren pactado condiciones onerosas conforme con las tablas de extra prima o incluso, retraerse de la celebración del contrato aseguraticio.

PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO A LA PRETENSIÓN INCOADA POR EL ACCIONANTE, por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho. Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, y en su lugar, imponer condena en costas y agencias en derecho.

CAPÍTULO III

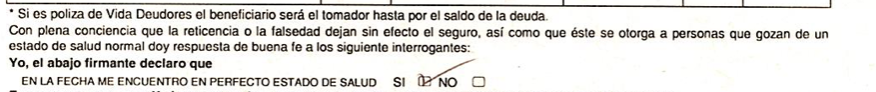
1. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

EN RELACIÓN AL HECHO PRIMERO: No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

EN RELACIÓN AL HECHO SEGUNDO: No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

EN RELACIÓN AL HECHO TERCERO: Es parcialmente cierto. El 30 de noviembre de 2018, se suscribió la Póliza No. AA000025 de seguro grupo de vida deudores, siendo el tomador de la misma MIBANCO - BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A, asegurada ROSA TULIA TRUJILLO, y beneficiario MIBANCO - BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A, con una vigencia desde el 30 de noviembre de 2018 al 05 de enero de 2025.

El 30 de noviembre de 2018, fecha en la que se perfeccionó el aseguramiento, mi representada formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la Asegurada las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora ROSA TULIA TRUJILLO (Q.E.P.D) conocía de los padecimientos de salud con anterioridad al mes de noviembre de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Epoc), Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Esencial, Obesidad. Asimismo, conforme a la historia clínica, la paciente presentaba Neumonía, Tabaquismo pesado y, refería exposición a biomasa en la infancia.



En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora ROSA TULIA TRUJILLO (Q.E.P.D) respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que la Asegurada (Q.E.P.D.) había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que la señora ROSA TULIA TRUJILLO (Q.E.P.D) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de noviembre de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándola.

Aunado a lo anterior, debe tener en consideración el Honorable Despacho que la jurisprudencia ha sido enfática en determinar que no existe un deber de inspección a cargo de la Compañía Aseguradora. Incluso, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio en ningún caso se impone tal deber al asegurador. Por el contrario, es la asegurada quien tenía un deber precontractual y frente a su incumplimiento, la ley comercial castiga esa falta a la verdad con la nulidad del contrato de seguro.

En resumen, la señora ROSA TULIA TRUJILLO (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Epoc), Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Esencial, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la Asegurada (Q.E.P.D) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

EN RELACIÓN AL HECHO CUARTO: Es parcialmente cierto. Sin embargo, la parte demandante no puede alegar que la señora ROSA TULIA TRUJILLO (Q.E.P.D) gozaba de plena salud al momento de suscribir el seguro de vida grupo deudor. Si bien es cierto que, en el momento de la suscripción de la póliza, no se conocía la existencia del virus SARS-CoV-2, y por lo tanto, la asegurada no lo padecía, es fundamental destacar que la paciente ya presentaba enfermedades preexistentes, tales como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Esencial y obesidad. Estos factores determinantes fueron negados en la declaración de asegurabilidad por parte de la señora Trujillo. Estos factores, en conjunto con la infección por el coronavirus, la pusieron en un riesgo inminente de falla ventilatoria y, como consecuencia, un riesgo de fallecimiento.

Su Señoría, según la historia clínica de la paciente, se puede constatar que tenía un historial de tabaquismo significativo, lo que sugiere que fumaba en promedio más de 16 cigarrillos al día. Además, se menciona que estuvo expuesta a biomasa durante su infancia.

En este contexto, solicito respetuosamente al Honorable Despacho que considere, a partir de este momento, la inexactitud en la declaración del estado de salud de la difunta Sra. ROSA TULIA TRUJILLO (Q.E.P.D) al momento de formalizar el seguro el 30 de noviembre de 2018. Esto se debe a que, en ese momento, la asegurada no reveló que ya le habían diagnosticado Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial Esencial con anterioridad a noviembre de 2018. Este incumplimiento constituye una violación al deber precontractual establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio.

EN RELACIÓN AL HECHO QUINTO: Es cierto que la Póliza No. AA000025 de Seguro Vida Grupo Deudores ampara la obligación 1086319, no obstante, en el momento en que se perfeccionó el aseguramiento el 30 de noviembre de 2018, la señora Rosa Tulia Trujillo incurrió en reticencia al no informar que con anterioridad a febrero de 2018, le había sido diagnosticada la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Epoc), Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Esencial y Obesidad. En este sentido, es claro que, de acuerdo al artículo 1058 del Código de Comercio, mi representada no tenía otra opción que objetar la solicitud presentada, ya que resultaba evidente que la entonces Asegurada (Q.E.P.D.) incumplió con el deber precontractual de proporcionar información precisa y completa.

Es importante destacar que este asunto se limita a la discusión sobre el cumplimiento de las obligaciones precontractuales y contractuales en relación con el contrato de seguro contenido en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. AA000025. La reticencia de la asegurada, al omitir informar sus condiciones médicas preexistentes, tiene implicaciones significativas en la evaluación de la procedencia de la reclamación del seguro. Por lo tanto, la objeción se sustenta en la falta de divulgación precisa de información relevante para la suscripción del contrato de seguro.

AL HECHO SEXTO: Es cierto que la señora ROSA TULIA TRUJILLO (Q.E.P.D.) falleció el 02 de febrero de 2021 en el Nuevo Hospital La Candelaria debido al virus COVID-19, lo cual se ha probado con la historia clínica del hospital y los registros de la Funeraria Comfunser de Purificación-Tolima. Sin embargo, es fundamental reconocer que la reclamación del seguro no puede evaluarse únicamente desde la perspectiva del fallecimiento por COVID-19. Debe considerarse la totalidad de las circunstancias, incluyendo las condiciones contractuales que rigen la póliza de seguro en cuestión.

La objeción obedece a un mandato legal consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio y ampliamente analizado y discutido por las Altas Cortes, en el que se impone en la etapa precontractual un deber de información a cargo del tomador y del asegurado respecto de la declaración del estado del riesgo. Así las cosas, para el caso en concreto, tratándose de una Póliza de Vida resulta evidente que era indispensable que la señora Trujillo (Q.E.P.D.) declarara de manera exacta su estado de salud real.

Ahora bien, es cierto que el 30 de noviembre de 2018, fecha en la que se perfeccionó el aseguramiento, mi representada formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la Asegurada las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de noviembre de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva.

En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que la Asegurada (Q.E.P.D.) había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que la señora Rosa Tulia Trujillo conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de noviembre de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándola.

Aunado a lo anterior, debe tener en consideración el Honorable Despacho que la jurisprudencia ha sido enfática en determinar que el no existe un deber de inspección a cargo de la Compañía Aseguradora. Incluso, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio en ningún caso se impone tal deber al asegurador. Por el contrario, es la asegurada quien tenía un deber precontractual y frente a su incumplimiento, la ley comercial castiga esa falta a la verdad con la nulidad del contrato de seguro.

En resumen, la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Epoc), Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Esencial y Obesidad con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la Asegurada (Q.E.P.D) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

AL HECHO SÉPTIMO: No es preciso afirmar que la compañía de seguros haya rechazado inexplicablemente el pago del valor asegurado, ya que, de acuerdo con la declaración de asegurabilidad firmada por la señora Trujillo, esta tenía pleno conocimiento de las consecuencias derivadas de la reticencia en el contrato. Al no haber comunicado de manera adecuada su estado de salud, como se ha subrayado a lo largo de la contestación de la demanda, la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) incumplió con las obligaciones que le incumbían, al omitir informar a la compañía aseguradora que había sido diagnosticada con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Epoc), Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Esencial y Obesidad, y que habían transcurrido más de diez (10) meses desde el diagnóstico.

Es importante resaltar que dicho incumplimiento, de acuerdo al artículo 1058 del Código de Comercio, resulta en la nulidad del contrato de seguro. Estas negativas, que constituyen una falta a la verdad, dan lugar a la aplicación del mencionado artículo, lo que conlleva a la nulidad del aseguramiento. La Asegurada (Q.E.P.D.) padecía una enfermedad que, sin lugar a dudas, debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Esto es especialmente relevante, ya que si la Aseguradora hubiera tenido conocimiento de su condición antes de la inclusión en el contrato de seguro, podría haber optado por no celebrar el contrato o, al menos, podría haber negociado condiciones mucho más onerosas. En otras palabras, a pesar de que la señora Rosa Tulia Trujillo era consciente de sus problemas de salud con anterioridad a julio de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades, lo que vició el consentimiento de la Compañía Aseguradora que estaba proporcionando la cobertura.

Aunado a lo anterior, debe tener en consideración el Honorable Despacho que la jurisprudencia ha sido enfática en determinar que el no existe un deber de inspección a cargo de la Compañía Aseguradora. Incluso, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio en ningún caso se impone tal deber al asegurador. Por el contrario, es la asegurada quien tenía un deber precontractual y frente a su incumplimiento, la ley comercial castiga esa falta a la verdad con la nulidad del contrato de seguro.

En resumen, la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Diabetes Mellitus tipo 2, e Hipertensión Arterial Esencial con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la Asegurada (Q.E.P.D) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Por lo anterior, es claro que no hay un incumplimiento a cargo de mi representada.

AL HECHO OCTAVO: Es parcialmente cierto. El accionante formuló una acción de tutela invocando los derechos fundamentales a la Dignidad Humana, Seguridad Social, Mínimo Vital, por considerarlos vulnerados. Sin embargo, como bien lo refiere el Juzgado Promiscuo de Familia de Purificación - Tolima, la misma no tiene vocación de prosperar toda vez que no se ha demostrado la existencia de un perjuicio irremediable que justificaría la intervención del juez constitucional a través de una acción de tutela. El demandante no ha presentado pruebas detalladas que indiquen los perjuicios específicos que está experimentando como resultado de la decisión de mi prohijada. Además, conforme lo refirió el despacho el demandante ha estado cumpliendo con sus obligaciones al pagar las cuotas, lo que demuestra que no se requiere una intervención inmediata del juez de tutela.

Por otro lado, existen otros medios de defensa judiciales disponibles para el demandante, por lo que no sería apropiado que el juez de tutela emitiera órdenes que pudieran afectar las obligaciones contractuales entre las partes. El demandante podría haber optado por iniciar un proceso ordinario desde el inicio para buscar una declaración sobre la obligación de la aseguradora de cumplir con el contrato de seguros. Este procedimiento, aunque sumario y preferente, sigue requiriendo que las partes presenten pruebas que demuestran la vulneración de los derechos fundamentales que se alegan.

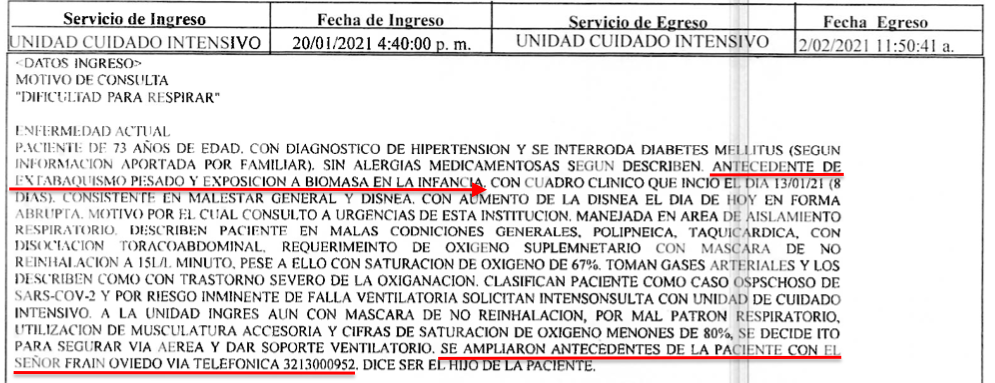
La Corte Constitucional, en su sentencia T-571 de 2015, ha establecido que un juez no puede conceder una tutela si no existe al menos una prueba sumaria de la violación concreta de un derecho fundamental. La acción de tutela tiene como objetivo garantizar la efectividad de los derechos fundamentales, y su intervención se justifica cuando se demuestra de manera clara la vulneración de estos derechos. En este caso, no se ha proporcionado tal evidencia que justifique la procedencia de una tutela.

Además de los argumentos presentados, es fundamental destacar que, sin perjuicio de lo anterior, la parte accionante deberá cumplirse la carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso. En consecuencia, el demandante debe proporcionar los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para respaldar sus alegaciones.

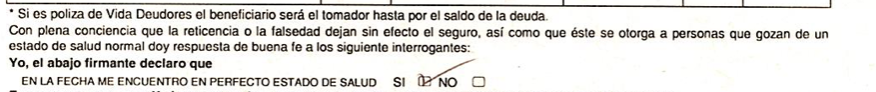
AL HECHO NOVENO: No es cierto que la señora Rosa Tulia Trujillo se hubiera recuperado completamente de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), ya que, de acuerdo con la literatura especializada en el tema y respaldado por el dictamen pericial que se pretende demostrar, la EPOC, a la fecha, no cuenta con una cura definitiva. No obstante, es importante señalar que la condición puede mejorar significativamente si se toman medidas adecuadas, como dejar de fumar, evitar la exposición a la contaminación del aire y recibir las vacunas recomendadas.

Por tanto, no es válida la afirmación de la parte accionante, la cual argumenta que la señora Trujillo no habría fallecido si no hubiera contraído el COVID-19. Es importante destacar, su Señoría, que de acuerdo con la literatura médica y estudios realizados a lo largo de los años, la Organización Mundial de la Salud ha catalogado la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) como la tercera causa de muerte a nivel mundial.[[2]](#footnote-1) Por lo tanto, es innegable que el riesgo de fallecimiento de la paciente, en el momento de la firma de la póliza de seguro de grupo deudor, era elevado. En consecuencia, existe una relación directa entre la enfermedad y el fallecimiento de la asegurada.

Sin embargo, como se mencionó previamente, la señora Rosa Tulia Trujillo, a pesar de ser consciente de su diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, era una fumadora pesada tal cual lo refiere el médico tratante, lo que traduce conforme a la literatura médica, que consumía más de media cajetilla de cigarrillos al día, lo que empeoró significativamente su condición médica y consecuencialmente fue un factor de riesgo para fallecer a causa del SARS-COV 2. Cabe resaltar que fue el mismo accionante, el señor Frahin, fue la persona que que amplió los antecedentes que tenía la asegurada, tal como lo describe el médico tratante en la historia clínica con fecha del 02 de febrero de 2021, anexa a continuación:



Es relevante destacar que en la declaración de asegurabilidad, la señora Trujillo (Q.E.P.D.) confirmó con su firma y huella que había recibido una 'información clara y completa' en relación al contrato de seguro que estaba solicitando. Asimismo, manifestó su consentimiento con respecto a la diligencia libre de la póliza. La señora Trujillo, mediante su firma, reafirmó que había recibido una 'información clara y completa' en relación al contrato de seguro, conociendo con claridad las consecuencias y el efecto de la reticencia.



Cabe señalar que en los documentos pertinentes se detallaron las condiciones generales de las pólizas, junto con una exposición explícita de las consecuencias y el impacto de la omisión deliberada en la póliza de seguro. La declaración de asegurabilidad fue suscrita el 08/11/2012, en la cual se solicitó la inclusión en la Póliza de Seguro de Vida Deudor No. AA000025:



EN RELACIÓN AL HECHO DÉCIMO. No es cierto que los argumentos aducidos por mi prohijada no sean admisibles, por el contrario, de la historia clínica de la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) se evidencia que incumplió los deberes a su cargo, pues omitió indicar a la compañía aseguradora que desde antes del año 2018 ya había sido diagnosticada con Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC), pese a que para el momento en que se perfeccionó el aseguramiento el 30 de noviembre de 2018, había transcurrido más de 10 meses. Sobre el particular se destaca que el incumplimiento antes descrito en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, deriva en la nulidad del contrato de seguro.

Teniendo en cuenta que estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que la Asegurada (Q.E.P.D.) había padecido y/o sufrido una enfermedad que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocida en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que la señora Rosa Tulia Trujillo conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de noviembre de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Aunado a lo anterior, debe tener en consideración el Honorable Despacho que la jurisprudencia ha sido enfática en determinar que el no existe un deber de inspección a cargo de la Compañía Aseguradora. Incluso, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio en ningún caso se impone tal deber al asegurador. Por el contrario, es la asegurada quien tenía un deber precontractual y frente a su incumplimiento, la ley comercial castiga esa falta a la verdad con la nulidad del contrato de seguro.

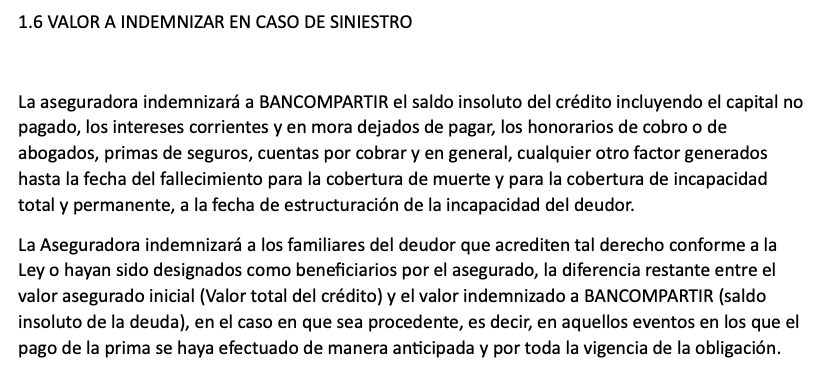
En resumen, la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la Diabetes Mellitus tipo 2, y la Hipertensión Arterial Esencial con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la Asegurada (Q.E.P.D) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Por lo anterior, es claro que no hay un incumplimiento a cargo de mi representada.

EN RELACIÓN AL HECHO DÉCIMO PRIMERO: No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que el demandante no allega prueba alguna que respalde las afirmaciones contenidas en el acápite. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin, en consecuencia no se puede imponer una multa conforme lo aduce la parte accionante.

EN RELACIÓN AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO: No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Aunque en el presente caso no se haya incluido un juramento estimatorio en el escrito de la Demanda, es imperativo considerar que existen argumentos sólidos que respaldan su improcedencia. Esto se sustenta en el ANEXO #2 SLIP DE CONDICIONES: VIDA GRUPO DEUDORES DE CRÉDITOS DIFERENTES A LOS ASOCIADOS CON GARANTÍA HIPOTECARIA O LEASING HABITACIONAL, donde se exponen las razones que fundamentan esta afirmación:



Lo anterior quiere decir, que mi representada únicamente estaría obligada, si es que no se hubiere presentado una reticencia y su consecuencial nulidad, a pagar el monto de la obligación para la fecha del siniestro, que para el amparo de “vida”, sería el fallecimiento del asegurado. Es importante que se establezca de manera clara que las condiciones médicas y los antecedentes mencionados, claramente exceden los criterios establecidos en el artículo 1058 del Código de Comercio. Esto justifica la invocación y declaración de la nulidad de la póliza de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. **NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.**

Es fundamental que desde ahora el honorable Juez tome en consideración que la señora Rosa Tuli aTrujillo fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de sus aseguramientos, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras, y en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, los deben informar claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

“*Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia*”[[3]](#footnote-2). (Sub líneas fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la Asegurada, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. La Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

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

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

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

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

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

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”[[4]](#footnote-3)(Sub líneas y negrilla fuera del texto original)*

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

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse. Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”[[5]](#footnote-4) (Sublíneas y negrilla fuera del texto original)*

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del C. Co., analizando lo siguiente:

“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, *si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.*

*Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.*

*En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.*

*Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza*.[[6]](#footnote-5)” (Sublíneas y negrilla fuera del texto original)

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

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

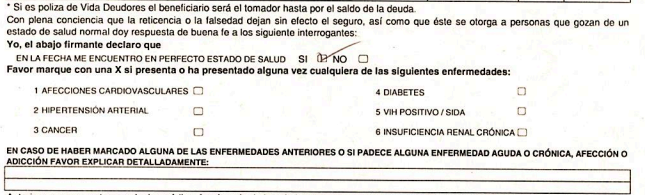
En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte, involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicientes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

* El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
* En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
* La necesidad de que el contrato de seguro se celebre bajo la uberrimae bona fidei contractus o buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Encontrándonos que para el día 30 de noviembre de 2018, mi prohijada le formuló cuatro cuestionarios (declaraciones de asegurabilidad) a la señora Rosa Tulia Trujillo, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, en sus declaraciones de asegurabilidad, la asegurada respondió negativamente frente a la totalidad de las preguntas formuladas por mi representada, cuando esto realmente no correspondía a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora Rosa Tulia Trujillo, conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad a la suscripción de las referidas declaraciones de asegurabilidad, negó la existencia de sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación las citada declaraciones de asegurabilidad, en las que se evidencian las respuestas negativas y falsas de la asegurada:

• Declaración de asegurabilidad que data del 30/12/2018:



En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras, y en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia”[[7]](#footnote-6).* (Sublíneas y negrilla fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la Asegurada (Q.E.P.D), conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. La Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

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

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

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

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

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

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio*.”[[8]](#footnote-7) (Sublíneas y negrilla fuera del texto original)

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

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse. Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio*.”[[9]](#footnote-8) (Sublíneas y negrilla fuera del texto original)

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del C.Co, analizando lo siguiente:

“*Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.*

*Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.*

*En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.*

*Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza*.[[10]](#footnote-9)” (Sublíneas y negrilla fuera del texto original)

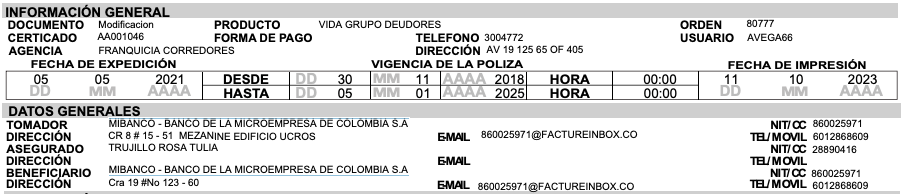
No obstante y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C.Co. La sentencia C-232 de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

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

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte, involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicientes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

* El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
* En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
* Lanecesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 30 de noviembre de 2018, fecha en la cual la Asegurada (Q.E.P.D) solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiera entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Aunado a lo anterior, se advierte al Despacho desde este momento que la declaración de asegurabilidad aportada por el Demandante no corresponde al certificado diligenciado por la Asegurada (Q.E.P.D.) con ocasión a la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. AA000025 que amparaba la obligación representada en el Pagaré No. 1086319.

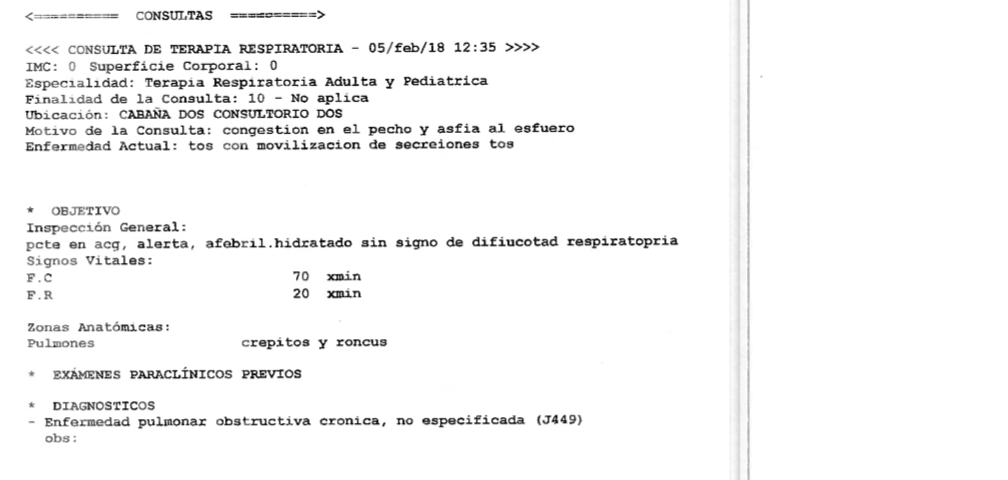


Así las cosas, resulta claro que la declaración de asegurabilidad aportada, con fecha del 30 de noviembre de 2018 se diligenció la certificación de asegurabilidad y a pesar de que la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de noviembre de 2018, negó la existencia de sus enfermedades a la Compañía Aseguradora.

En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que la entonces Asegurada (Q.E.P.D) había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el Honorable Despacho tenga en cuenta que la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) no informó a mi representada que padecía de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Epoc), Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial Esencial, Obesidad. :

* PADECÍA DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA



A partir de este documento se demuestra fehacientemente que por lo menos desde el 05 de febrero de 2018, la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) fue diagnosticada con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica de la señora Trujillo sufrió de esta patología con anterioridad a la suscripción de la póliza de seguro, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó.

El Despacho deberá advertir entonces, que la historia clínica del paciente contiene anotaciones que indican que la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) sufría Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica a la cual se le realizaban seguimiento continuo por medio de terapias respiratorias. Tanto así, que se encuentran notas clínicas que demuestran que la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) Se le diagnosticó dicha enfermedad desde antes del año 2018 y se encontró en terapias respiratorias.

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica es una enfermedad prolongada en el tiempo que padeció la paciente con anterioridad al año 2018. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que la señora Rosa Tulio Trujillo (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

Máxime cuando los expertos han establecido las complicaciones que podría ocasionar el padecimiento de esta patología, entre los que se encuentran incluso la muerte. Es decir, como se observa, es muy alto el riesgo para la vida de las personas que sufren esta patología, lo que confirma la necesidad de que la misma fuese informada a la Compañía Aseguradora.

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que con antelación al año 2018, la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) fue diagnosticada con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica no especificada se registra en la historia clínica desde el año 2018, de modo que es evidente que esta es una enfermedad prolongada en el tiempo pues la Asegurada (Q.E.P.D.) la padeció desde al menos un (1) año antes de su vinculación al contrato de seguro. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

Máxime cuando los expertos han establecido las complicaciones que podría ocasionar el padecimiento de esta patología es incluso la muerte. Es decir, como se observa, son muchos los riesgos para la vida de las personas que sufren esta patología, lo que confirma la necesidad de que la misma fuese informada a la Compañía Aseguradora.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) la señora Rosa Tulia Trujilla (Q.E.P.D.) ya contaba con una serie de diagnósticos de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica con anterioridad al mes de noviembre de 2018, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y (ii) que esta patología y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C. Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que la Asegurada (Q.E.P.D) omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C-232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

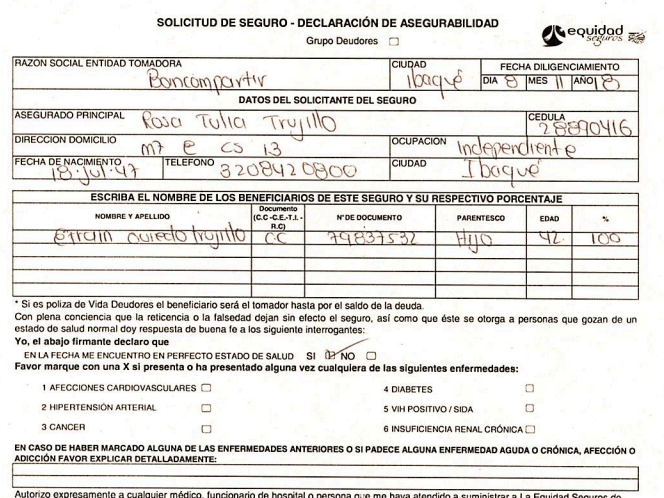
“*Séptima.- Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.*

*En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.*

***Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la 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, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador****. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).*” (Sublíneas y negrilla fuera del texto original)

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C. Co., no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual, lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) padecía y conocía de la existencia de su Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.



En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) no informó a mi procurada de la existencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en el momento en que suscribió su declaración de asegurabilidad en el mes de julio de 2017. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de su aseguramiento en los términos del artículo 1058 del C. Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.

En resumen, la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que la Asegurada (Q.E.P.D) negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica de la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que ella negó su patología y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aún, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntadas expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

1. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA

Se propone la presente excepción, por cuanto en este caso la falta de legitimación es evidente porque el demandante al no ser parte del contrato de seguro, no tiene derecho a exigir la efectividad del mismo. Lo anterior, toda vez que en las pólizas de seguro grupo vida deudores que nos atañen, se pactó que el tomador y beneficiario de estas sería MIBANCO - BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A, razón por la cual, dicha entidad sería la única que podría judicialmente pretender la efectividad del seguro.

Al respecto, es preciso resaltar que, en un sentido material, la legitimación en la causa implica la relación verdadera que tiene la parte convocada con los hechos que dieron lugar al litigio. Al respecto, el Consejo de Estado ha indicado que:

“(...) *la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño. En un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al mismo tiempo, legitimación material, pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales;por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra (...)”21.* (Sublíneas y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, la legitimación en la causa puede ser activa o pasiva, y ambas son un presupuesto procesal para que se dicte una sentencia de fondo favorable a las pretensiones. En palabras del Consejo de Estado:

“*Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda - legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. Corresponde a un presunto procesal de la sentencia del fondo favorable a las pretensiones, toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante (...)[[11]](#footnote-10) (sub líneas y negrilla fuera del texto original).*

*En otra oportunidad, esa corporación afirmó que:*

*“(...) la legitimación material en la causa activa y pasiva, es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado (...)[[12]](#footnote-11)”.*

Es más, en el mismo sentido que el Consejo de Estado, la Corte Constitucional definió la falta de legitimación en la causa como una cualidad subjetiva de las partes, derivada de la relación de las mismas con el interés sustancial que se discute en el proceso. Al respecto, el tenor literal de la sentencia expuso:

“*2.1. La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso. Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces simplemente declararse inhibido para fallar en el caso de fondo” (*Sublíneas y negrilla fuera del texto original)[[13]](#footnote-12)

Lo anterior quiere decir que, como el demandante no es tomador, asegurado ni beneficiario de la póliza de seguro, no se encuentra legitimado en la causa para reclamar las prestaciones que del contrato se derivan. En otras palabras, la única persona que se encuentra legitimada para exigir en un proceso judicial el cumplimiento del contrato de seguro previamente identificado, es aquella que ostente la calidad de beneficiario del mismo, lo que en el presente caso traduce, que el cumplimiento del contrato de seguro únicamente puede ser pretendido por la entidad Bancaria.

La Corte Suprema de Justicia ha sido clara al pronunciarse en el mismo sentido, específicamente en casos análogos y coincidentes en materia de seguros de vida grupo deudores, en donde ha establecido que:

“*A partir de dejar sentado, con vista en el contrato de seguro y sus anexos, que el causante era el asegurado, sin que figurara como “beneficiario de dicho contrato”, el sentenciador concluyó que los demandantes no tenían derecho a reclamar valor alguno por concepto de indemnización, porque el seguro de vida tenía como “especial destinación” cubrir el “saldo insoluto de la obligación” a la muerte del deudor asegurado.*

*Por esto, al constatar que el tomador del seguro, esto es, el Banco Davivienda S. A., aparecía como el “exclusivo titular del crédito”, o lo que es lo mismo, del saldo de la obligación, el ad-quem señaló que dicho acreedor, en su calidad de beneficiario del seguro, como así constaba expresamente, era el “único legitimado para efectuar la reclamación.*

*(...)*

*En suma, como en la sentencia se reconoció que el “único” beneficiario del seguro de vida grupo deudores, era el citado banco, por las razones que adujo, claramente se advierte que en ningún error de hecho, con las características de manifiesto y trascendente, pudo incurrir el Tribunal, porque el adjetivo “único” necesariamente descartaba que otras personas, incluidos los demandantes, por las circunstancias que fueren, pudieran serlo, menos cuando expresamente se refirió, para confirmar la legitimación en causa de aquellos, a todos los hechos que en el cargo segundo se mencionan*

*Desde luego que nadie desconoce, como así se reconoce en el contexto de la acusación y se afirma desde la propia demanda, que en el contrato de seguros de que se trata, la calidad de beneficiario la tenía el titular del crédito. Distinto es que la condición de beneficiarios del seguro, los demandantes la hicieran derivar del hecho de que el banco acreedor no hubiere insistido ante la aseguradora en la reclamación y en su lugar haya acudido a demandar judicialmente el pago del saldo de la obligación contra uno de los codeudores solidarios.*

*Por supuesto que la anterior conclusión no fue insular, sino que es el producto de haber dejado sentado que el beneficiario del seguro no podía ser persona distinta del “exclusivo titular del crédito”, porque se trataba de un “contrato de seguro destinado al pago de la deuda” que el asegurado había contraído con el banco beneficiario, y porque lo que se aseguró fue el pago del “saldo insoluto de la obligación” que existiera al momento de ocurrir la muerte del deudor.*

*Para el Tribunal, entonces, fue intrascendente que los demandantes fueran la “cónyuge” e “hijos” del deudor fallecido, porque el destino de la suma asegurada, convertían al tomador del seguro, beneficiario a su vez del mismo, como el “único” legitimado para reclamar la indemnización, inclusive frente al hecho de que éste no haya insistido en el pago ante la aseguradora y en su lugar hubiere acudido a demandar judicialmente el cobro insoluto de la obligación contra uno de los codeudores solidarios. Como se explicó en el precedente citado por el Tribunal (sentencia 025 de 23 de marzo de 2004, expediente 14576), al ocurrir el siniestro, el acreedor del crédito quedaba habilitado para hacer efectivo el valor del seguro de vida grupo deudores, sin menoscabo, claro está, del derecho que también le asistía de solicitar o exigir el pago de la deuda “contra los otros codeudores solidarios si los hay”*

*(...)*

*En síntesis, como la cónyuge del deudor fallecido, quien es la recurrente en casación, carecía de la condición de beneficiaria supletiva del seguro de vida grupo deudores, pues existía beneficiario directo a título oneroso, sin que de otra parte quedaran remanentes, surge claro que el Tribunal no pudo violar directamente, por falta de aplicación, las disposiciones que se citaron como violadas”.[[14]](#footnote-13) (Subrayado fuera del texto original).*Como se pudo constatar previamente, para la Corte Suprema de Justicia, especialmente en materia específica de seguros de vida grupo deudores, la legitimación en la causa por activa para reclamar el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan, recae únicamente sobre la persona, natural o jurídica, que ostente la calidad de beneficiaria en el seguro de vida.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es claro que el tomador y beneficiario del contrato de seguro materia de litigio es únicamente MIBANCO - BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A. En este sentido, se entiende que la legitimación en la causa por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que el Demandante no se encuentra legitimado en la causa por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente, en consecuencia, no puede ella pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

En conclusión, ruego al Honorable Despacho tener por probada esta excepción debido a que la ley y la jurisprudencia reconocen expresamente que el único legitimado para solicitar el cumplimiento de un contrato de seguro de vida grupo de deudores es el beneficiario del mismo, lo que en nuestro caso representa única y exclusivamente al Banco MIBANCO - BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A y no al Demandante.

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del C. Co señala, sin lugar a una interpretación diferente, que el asegurado debe cumplir con la carga de ubérrima buena fe y lealtad, y así informar a la compañía aseguradora de todos los aspectos que conforman el riesgo trasladado, so pena que se dé aplicación a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del C. Co. Al respecto, el artículo 1158 del Código de Comercio indica lo siguiente:

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

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es más, en una reciente providencia, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

*“Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.*

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico[[15]](#footnote-14).*

*Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales[[16]](#footnote-15). De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer[[17]](#footnote-16)”.* (Sublíneas y negrilla fuera del texto original)

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso:

*Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)[[18]](#footnote-17)*

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez[[19]](#footnote-18), en donde estableció lo siguiente:

*“De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 id previene que «aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».*

*No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».*

*Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.*

*(…)*

*Ahora bien, no puede pasarse por alto que tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.”* (Sublíneas y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, no sobra resaltar que la doctrina más reconocida en el tema se ha pronunciado en el mismo sentido que los fallos anteriormente expuestos, al establecer:

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe…”[[20]](#footnote-19)* (Sublíneas y negrilla fuera del texto original).

Ahora, no puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C-232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del C. Co., explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

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

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

1. **LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

Resulta fundamental confirmarle al Honorable Juez que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

Al respecto, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido muy clara al explicar lo siguiente:

*“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (…) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”.* (Sublíneas y negrilla fuera del texto original)*”.[[21]](#footnote-20)*

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez[[22]](#footnote-21), expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

*“Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».”* (Sublíneas y negrilla fuera del texto original).

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

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

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de éste último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C. Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

1. LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C **TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que el Honorable Despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

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

En conclusión, dado que la señora Rosa Julia Trujillo (Q.E.P.D.) fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que La Equidad Seguros de Vida O.C., tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

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

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

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

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

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

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes.”* (Sublíneas y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”[[23]](#footnote-22)* (Sublíneas y negrilla fuera del texto original)

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C.Co. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

1. **GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.**

Solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Accionante (1081 C. Co).

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

1. **EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.**

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

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

1. DE **CUALQUIER** MODO**, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.**

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el honorable Juez considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de las obligaciones a la fecha de siniestro.

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

1. **EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES** BANCOMPARTIR HOY MIBANCO - BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A **.**

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

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

*En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.[[24]](#footnote-23) (…)*

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

*(…) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.[[25]](#footnote-24) (…)*

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación crediticia representada en el Pagaré No. 1086319. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era Bancompartir, hoy MIBANCO - Banco De la Microempresa de Colombia S.A. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

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

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

* 1. **DOCUMENTALES**
  2. Contrato de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. AA000025
  3. Condicionado General del Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores.
  4. Respuesta formal de EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., el día 26 de mayo de 2021.
  5. Derecho de petición enviado a Famisanar SAS.
  6. Historias clínicas que demuestran el estado de salud de la señora Rosa Tulia Trujillo.
  7. Derecho de petición enviado al Nuevo Hospital la Candelaria

La mayoría de los anteriores documentos se aportan en copia simple, siguiendo lo señalado por el artículo 246 del Código General del Proceso, disposición mediante la cual se les asigna a este tipo de copias el mismo valor probatorio que a los documentos aportados en original.

* 1. **INTERROGATORIO DE PARTE**
  2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a el señor FRAHIN OVIEDO TRUJILLO, en su calidad de Accionante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

El señor FRAHIN OVIEDO TRUJILLOpodrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

1. **DECLARACIÓN DE PARTE**
   1. Al tenor de lo preceptuado por el artículo 198 del C.G.P, comedidamente solicito al Despacho ordenar la citación de un representante legal de EQUIDAD SEGUROS DE VIDA E.C, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso, y especialmente, para que evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la Asegurada (Q.E.P.D).
2. **TESTIMONIALES**
   1. Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor XXXXX, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.XXXXX, profesional médico adscrito a la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia clínica, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del Asegurado (Q.E.P.D).

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho desde la óptica de un profesional en salud, cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de la patología clínica de la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.), así como de la relevancia o no de las prexistencias médicas no declaradas por el entonces Asegurado, de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la…..

* 1. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora XXXXXXX, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D). Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de la patología de la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D) así como la relevancia o no de las prexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada (Q.E.P.D.) de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la …

* 1. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora MARÍA CAMILA AGUDELO ORTIZ, asesora externa de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, le ilustre al despacho sobre las condiciones del seguro, la negativa del pago, efectos de la reticencia por parte de la asegurada, la falta de legitimación en la causa por activa, y en general todos, los hechos relacionados en el presente escrito. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga, en general, sobre los hechos y excepciones propuestas frente a la demanda. El testigo podrá ser ubicado en la Calle 75ª No. 66-43 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico [camilaortiz2797@gmail.com](mailto:camilaortiz2797@gmail.com)

No obstante, comedidamente solicito al honorable Juez que, en aplicación de los artículos 103, 171 y siguientes del C.G.P., se autorice a los testigos en mención para comparecer ante su Despacho de forma remota en ejercicio del uso de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y/o medios electrónicos, con el objetivo de facilitar y agilizar el acceso a la administración de justicia, así como ampliar su cobertura.

1. **EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS**
   1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **AL** **ACCIONANTE** para que exhiba la Historia Clínica de la señora Rosa Tulia Trujillo, correspondiente al periodo comprendido entre el año 2000 y el año 2019, de la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.), en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que la entonces Asegurada (Q.E.P.D) declaró su estado de asegurabilidad.

* 1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a FAMISANAR S.A.S., exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2020. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue era la entidad prestadora de salud a la cual estaba adscrita la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.).

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. FAMISANAR S.A.S., puede ser notificada a través del correo electrónico [servicioalcliente@famisanar.com.co](mailto:servicioalcliente@famisanar.com.co)

* 1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2020. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención médico asistencial que recibió la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) entre los años 2000 a 2020.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar la patología y antecedentes que la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. El NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA puede ser notificado en el correo electrónico [nhc.gerencia@nhcese.gov.co](mailto:nhc.gerencia@nhcese.gov.co).

1. **OFICIOS**
   1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a FAMISANAR S.A.S**.**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.)correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2020. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue era la entidad prestadora de salud a la cual estaba adscrita la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.).

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.)sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. FAMISANAR S.A.S., puede ser notificada a través del correo electrónico [servicioalcliente@famisanar.com.co](mailto:servicioalcliente@famisanar.com.co)

* 1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie al NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA**.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención médico asistencial que recibió la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) al momento de su fallecimiento.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar la patología y antecedentes que la señora Rosa Tulia Trujillo (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. El NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA, puede ser notificado en el correo electrónico [nhc.gerencia@nhcese.gov.co](mailto:nhc.gerencia@nhcese.gov.co).

1. **DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P.**

Anuncio respetuosamente que me valdré de prueba pericial la cual es imposible aportar por el momento, por su componente técnico. En virtud de lo anterior, respetuosamente solicito al despacho se le conceda a mi representada un término no inferior a 30 días, con el fin de aportar dictamen pericial emitido por un especialista en Neumología, Medicina Interna y/o Medicina Forence. Ahora bien, el Dictamen Pericial que se solicita, tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) que de haber conocido EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., las patologías de la señora TRUJILLO se hubieran contratado las pólizas de seguro bajo otras condiciones, es decir, el dictamen demostrará cómo el antecedente médico que omitió informar la asegurada era absolutamente indispensable para determinar el riesgo que asumía la Compañía (ii) En relación con lo anterior, que EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., de haber conocido los antecedentes médicos de la señora TRUJILLO, habría fijado otras condiciones negóciales en los seguros, esto es, extraprimando a la asegurada o retirando un amparo del contrato de seguro.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y médica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad la Asegurada. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular los contratos de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

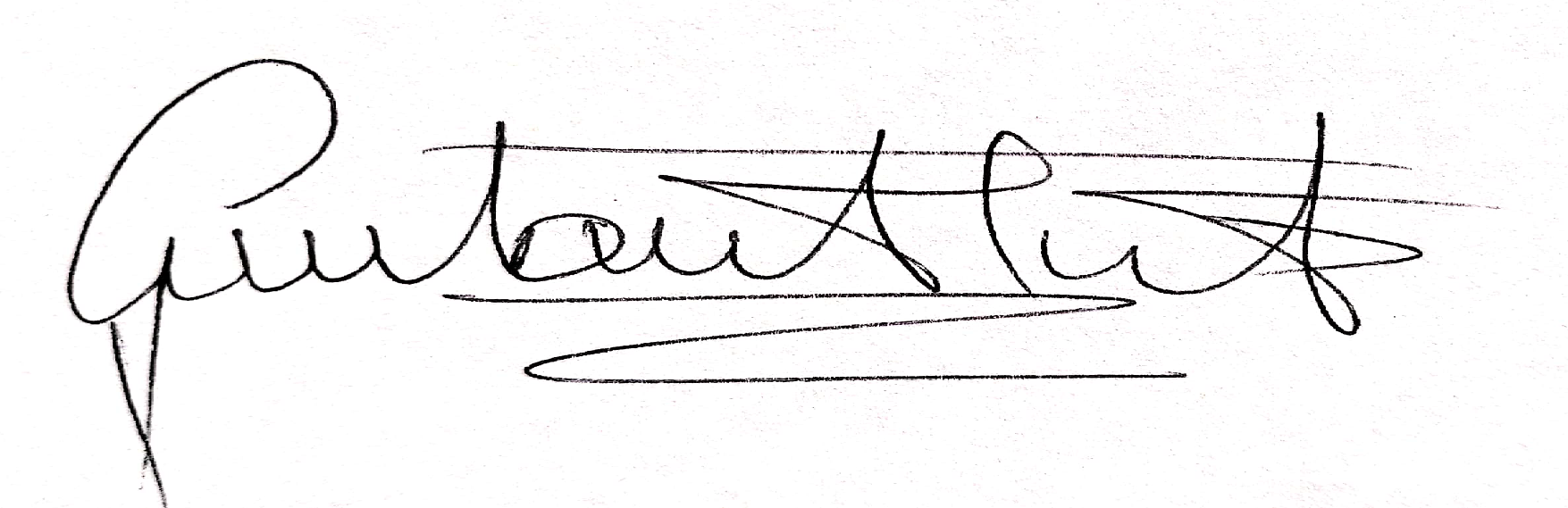
ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder conferido.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá de EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

NOTIFICACIONES

* El suscrito, en la Calle 69 # 4 - 48, Edificio Buró 69, oficina 502 de la ciudad de Bogotá, o en la dirección de correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)
* Por mi representada La Equidad Seguros Vida O.C. se recibirán notificaciones en la carrera 14 No. 96-34 de Bogotá, dirección de notificaciones notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop
* El Demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relacionan en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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

1. *Declaración de Asegurabilidad - Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. AA000025, con fecha del 30 de noviembre de 2018.* [↑](#footnote-ref-0)
2. *Organización Mundial de la Salud. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Recuperado de* [*https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)#:~:text=La%20enfermedad%20pulmonar%20obstructiva%20crónica,de%20ingreso%20mediano%20y%20bajo*](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)#:~:text=La%20enfermedad%20pulmonar%20obstructiva%20cr%C3%B3nica,de%20ingreso%20mediano%20y%20bajo)*.*  [↑](#footnote-ref-1)
3. BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104. [↑](#footnote-ref-2)
4. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01. [↑](#footnote-ref-3)
5. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001- 31-03-023-1996-02422-01. [↑](#footnote-ref-4)
6. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01. [↑](#footnote-ref-5)
7. BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104. [↑](#footnote-ref-6)
8. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01. [↑](#footnote-ref-7)
9. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01. [↑](#footnote-ref-8)
10. Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01. [↑](#footnote-ref-9)
11. Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 22 de noviembre de 2001. Expediente No.13.356. M.P. María Elena Giraldo Gómez. [↑](#footnote-ref-10)
12. Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 20 de septiembre 2001 C.P Maria Elena Giraldo, Rad: 10973 [↑](#footnote-ref-11)
13. Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Renteria. [↑](#footnote-ref-12)
14. *Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Mp Jaime Alberto Arrubla Paucar, sentencia del 29 de septiembre de 2005, expediente C-1100131030162000-22940-01)* [↑](#footnote-ref-13)
15. *Desde sus inicios, siguiendo la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”*  [↑](#footnote-ref-14)
16. *Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.* [↑](#footnote-ref-15)
17. *Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.*  [↑](#footnote-ref-16)
18. *Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez.*  [↑](#footnote-ref-17)
19. *Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01* [↑](#footnote-ref-18)
20. *LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.*  [↑](#footnote-ref-19)
21. *Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.*  [↑](#footnote-ref-20)
22. *Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.* [↑](#footnote-ref-21)
23. *Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.* [↑](#footnote-ref-22)
24. *Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014* [↑](#footnote-ref-23)
25. *Corte Constitucional, Sentencia T-251/17* [↑](#footnote-ref-24)