

JAIME ALEXANDER CAICEDO BURBANO.
C.C. 87.065.615 de Pasto (N).
T.P. 348.237 del C.S. de la J.
ABOGADO ESPECIALISTA.



San Juan de Pasto, once (11) de marzo del año dos mil veinticinco (2025).

Señores.

JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE PASTO.
E.S.D.

DEMANDANTE: DIEGO ANDRES LOPEZ Y LOPEZ GUERRERO.
DEMANDADO: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.
RADICADO: 520013103002-2024-00240-00.

**REF.: MEMORIAL DESCORRIENDO TRASLADO DE LA CONTESTACION
DE LA DEMANDA Y EXCEPCIONES DE MERITO.**

JAIME ALEXANDER CAICEDO BURBANO, mayor de edad, vecino de esta ciudad, identificado con la cédula de ciudadanía N° 87.065.615 de Pasto (N), abogado en ejercicio y portador de la tarjeta profesional N° 348.237 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial, amplio y suficiente del señor **DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ GUERRERO**, mayor de edad, residente en el municipio de Pasto (N) e identificado con cédula de ciudadanía N° 98.429.932 expedida en Tumaco (N), en ejercicio del derecho de contradicción y defensa, respetuosamente me permito **descorrer el traslado de la contestación de la demanda** presentada por el apoderado judicial de la compañía aseguradora demandada, con base en los siguientes:

PRONUNCIAMIENTO DE LOS HECHOS DE LA DEMANDA Y SU CONTESTACIÓN:

1. Hecho 1:

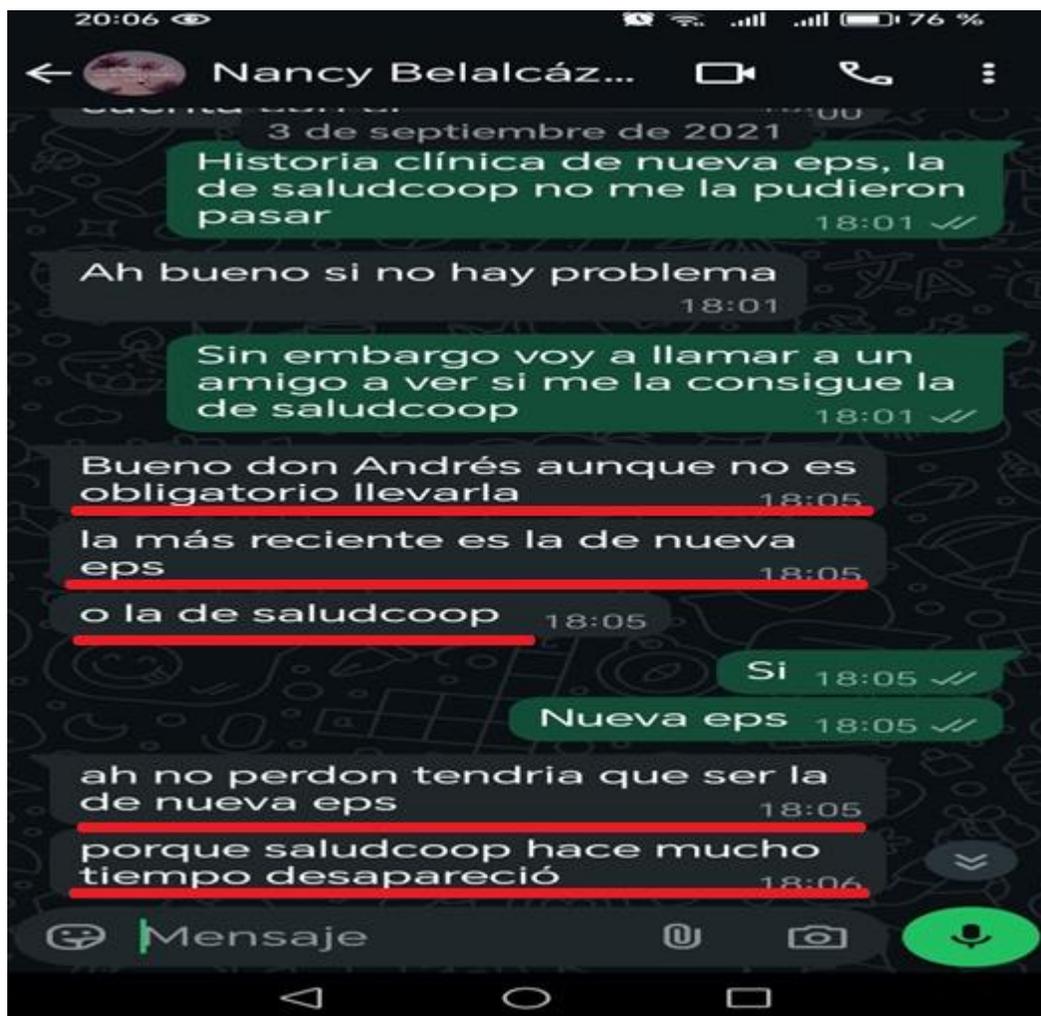
Demanda: Se relata la emisión de la póliza de seguro, incluyendo los detalles de los corredores de seguros, el señor Martín Pastas y Nancy Belalcázar, así como las coberturas establecidas en el contrato.

Contestación: Se acepta parcialmente lo expuesto en la demanda, pero se alega la existencia de exclusiones en el clausulado general de la póliza.

Comentario: Es fundamental recalcar que las exclusiones solo pueden aplicarse cuando existan pruebas claras y concluyentes sobre enfermedades preexistentes. La carga de la prueba respecto de dichas exclusiones recae en la aseguradora. Además, se resalta que, previo a la emisión de la póliza,



la compañía aseguradora, a través de sus agentes de seguros, solicitó a mi poderdante únicamente la historia clínica de su EPS actual (Nueva EPS), manifestando que las historias clínicas de sus anteriores EPS (Medimás y SaludCoop) no eran relevantes para la contratación del seguro. Tal cual lo demuestra el chat de mi cliente con los agentes de seguros;



2. Hecho 2:

Demanda: La póliza se encuentra vigente hasta 2025.

Contestación: Se acepta parcialmente, destacando que la vigencia relevante para este caso corresponde al periodo 2021-2022. También se menciona que el asegurado habría omitido declarar enfermedades previas.



Comentario: Se debe enfatizar que la aseguradora aceptó la póliza tras verificar los documentos y exámenes médicos. Es fundamental reiterar que, el 3 de septiembre de 2021, antes de la venta de la póliza, los agentes de seguros solicitaron a mi cliente sus historias clínicas. Adicionalmente, Allianz contrató a la IPS Pasto Especialidades para que el señor López Guerrero se realizara exámenes de laboratorio, un electrocardiograma y una valoración médica por parte de los galenos de dicha IPS. Como prueba de lo anterior, se adjunta el pantallazo emitido por los corredores de seguros, en el cual se le informa a mi cliente que debe acudir a este centro hospitalario el día martes 7 de septiembre de 2021 para la realización de dichos exámenes. Tal cual se demuestra;

←  Nancy Belalcázar...   

3 de septiembre de 2021 16:22 ✓✓

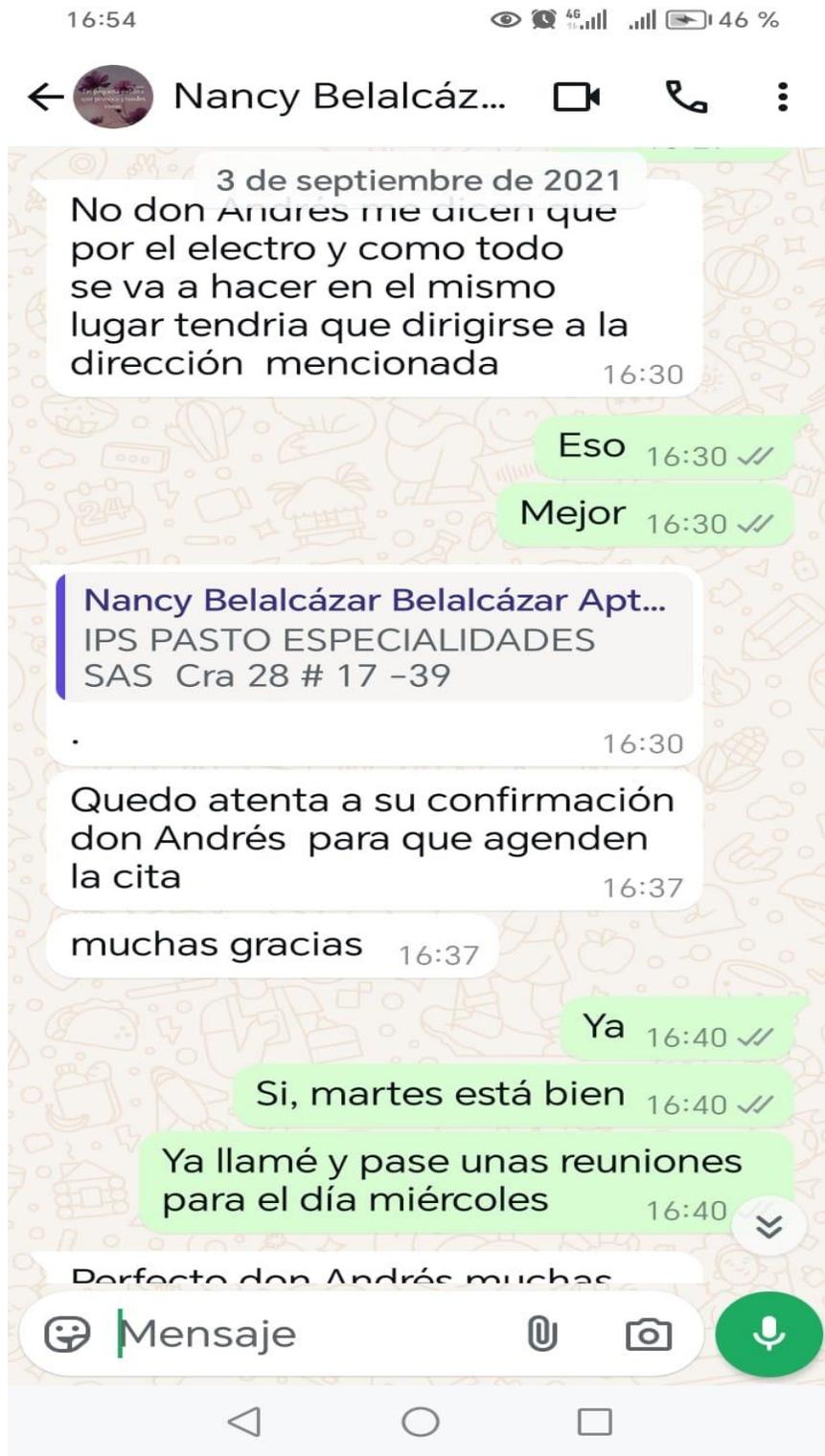
⇒ Reenviado

Hola buenas tardes, el otro centro medico donde realizan todos los exámenes me dan disponibilidad para el día martes 7 a las 7:20am o 8:00am

16:22

IPS PASTO ESPECIALIDADES
SAS Cra 28 # 17 -39

16:23





3. Hecho 3:

Demanda: Se indica el diagnóstico de enfermedades graves en 2022, durante la vigencia de la póliza.

Contestación: Se niega que las enfermedades hayan sido diagnosticadas en 2022, argumentando que son preexistentes desde 2018.

Comentario: Es crucial señor Juez, que el dictamen base de este litigio no tiene en cuenta historia clínica del año 2018, si se observa el dictamen, la calificación se emite por patologías del año 2022 en adelante, esto se puede corroborar en el dictamen de invalidez en su parte de conceptos médicos, para lo cual me permito extraer dicho fragmento;

Conceptos médicos	
<u>Fecha: 13/09/2022</u> Resumen:	Especialidad: Medicina Interna Anemia grado II OMS microcítica hipocrómica hb 7.8 Creatinina elevada Albumina 3.37 HG glicada 8.2
<u>Fecha: 30/09/2022</u> Resumen:	Especialidad: Psicología Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos Trastorno de ansiedad no especificado
<u>Fecha: 30/09/2022</u> Resumen:	Especialidad: Psicología Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos Hipertensión esencial primaria Hipotiroidismo no especificado Diabetes mellitus, no insulino dependiente sin mención de complicación
<u>Fecha: 07/10/2022</u> Resumen:	Especialidad: Psicología Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
<u>Fecha: 06/12/2022</u> Resumen:	Especialidad: Psicología Episodio depresivo moderado Trastorno de adaptación
<u>Fecha: 27/12/2022</u> Resumen:	Especialidad: Psicología Episodio depresivo moderado Trastorno de adaptación
<u>Fecha: 16/01/2023</u> Resumen:	Especialidad: Medicina Interna Hipertensión arterial controlado Diabetes mellitus tipo II con mal control metabólico HB glicosilada Hipotiroidismo Hipertensión esencial Hipotiroidismo Diabetes mellitus no especificada sin mención de complicación.



Por lo expuesto, es fundamental resaltar que Allianz, a través de sus agentes de seguros, tuvo acceso a toda la historia clínica de mi cliente durante el proceso de venta de la póliza. En septiembre de 2021, se le informó que no era necesario aportar las historias clínicas de sus anteriores IPS, dado que estas habían sido liquidadas, y que únicamente debía suministrar la historia clínica correspondiente a su EPS actual (Nueva EPS).

Además, el 7 de septiembre de 2021, Allianz contrató a la IPS Pasto Especialidades para que mi cliente se realizara exámenes de laboratorio, un electrocardiograma y una valoración médica por parte de los galenos de dicha institución, como requisito para la expedición de la póliza. Lo anterior demuestra que la aseguradora contó con la información necesaria antes de la venta del contrato de seguros.

4. Hecho 4:

Demanda: Se describen los requisitos solicitados por la Junta Regional para realizar la calificación de invalidez.

Contestación: Se niega su conocimiento, señalando que la Junta no tiene relación directa con la aseguradora.

Comentario: Este hecho no requiere la intervención directa de la aseguradora; debe reafirmarse que el proceso cumplió con las normas aplicables, como lo es, el **Decreto 1352 de 2013**:

“ARTÍCULO 1°. Campo de aplicación. El presente decreto se aplicará a las siguientes personas y entidades:

1. De conformidad con los dictámenes que se requieran producto de las calificaciones realizadas en la primera oportunidad: (...)

m) Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte; “

ARTÍCULO 3: De conformidad con las personas que requieran dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos, deben demostrar el interés jurídico e indicar puntualmente la finalidad del dictamen, manifestando de igual forma cuáles son las demás partes interesadas, caso en el cual, las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez actuarán como peritos, y contra dichos conceptos no procederán recursos, en los siguientes casos:



- a) *Personas que requieren el dictamen para los fines establecidos en este numeral;*
- b) *Entidades bancarias o compañía de seguros;*

De igual forma, desconoce el **Decreto 1072 de 2015**:

ARTÍCULO 1.2.1.5. Juntas Regionales y Nacional de Calificación de Invalidez: Las Juntas Regionales y Nacional de Calificación de invalidez son organismos del Sistema de la Seguridad Social del orden nacional, de creación legal, adscritas al Ministerio de Trabajo con personería jurídica, de derecho privado, sin ánimo de lucro, de carácter interdisciplinario, sujetas a revisoría fiscal, con autonomía técnica y científica en los dictámenes periciales, cuyas decisiones son de carácter obligatorio, sin perjuicio de la segunda instancia que corresponde a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, respecto de las regionales y conforme a la reglamentación que determine el Ministerio del Trabajo. (subrayas mías)

CAPÍTULO 1, DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 2.2.5.1.1. Campo de aplicación. El presente capítulo se aplicará a las siguientes personas y entidades:

1. *De conformidad con los dictámenes que se requieran producto de las calificaciones realizadas en la primera oportunidad:
(...) 1.13. Compañías de seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte;*

(...)

3. *De conformidad con las personas que requieran dictamen de pérdida de capacidad laboral para reclamar un derecho o para aportarlo como prueba en procesos judiciales o administrativos, deben demostrar el interés jurídico e indicar puntualmente la finalidad del dictamen, manifestando de igual forma cuáles son las demás partes interesadas, caso en el cual, las juntas regionales de calificación de invalidez actuarán como peritos, y contra dichos conceptos no procederán recursos, en los siguientes casos:*

- 3.1. Personas que requieren el dictamen para los fines establecidos en este numeral;*

- 3.2. Entidades bancarias o compañía de seguros;”*

5. Hecho 5:

Demanda: Se informa a Allianz del inicio del trámite de calificación de PCL, de acuerdo a la normas concordantes y explicadas en el punto anterior.



Contestación: Se acepta la recepción, pero se argumenta que el procedimiento no fue conforme a las condiciones contractuales.

Comentario: Es importante señalar, señor Juez, que el proceso de calificación se llevó a cabo conforme a las normas aplicables en la materia, en especial el Decreto 1352 de 2013 y el Decreto 1072 de 2015, así como el artículo 1077 del Código de Comercio, el cual establece que el asegurado puede demostrar el siniestro incluso extrajudicialmente.

Adicionalmente, existe un fallo de tutela que ordenó a Allianz responder la solicitud de indemnización y en el cual se ratifica que el eje fundamental del contrato de seguro es el dictamen de invalidez.

6. Hecho 6:

Demanda: Se expone la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral por la Junta Regional.

Contestación: Se cuestiona su validez, destacando que no fue solicitado ni validado por las entidades estipuladas en la póliza.

Comentario: El dictamen de la Junta tiene presunción de validez jurídica, lo que refuerza su uso como prueba principal, como lo establece el Decreto 1352 de 2013 y el Decreto 1072 de 2015, así como el artículo 1077 del Código de Comercio, el cual establece que el asegurado puede demostrar el siniestro incluso extrajudicialmente.

7. Hecho 7:

Demanda: Se concluye que el siniestro no está excluido de la cobertura.

Contestación: Se niega, argumentando enfermedades preexistentes y reticencia.

Comentario: Es necesario enfatizar que las enfermedades mencionadas no pueden considerarse preexistentes si no existe evidencia continua y específica de su diagnóstico antes de la vigencia de la póliza.

Adicionalmente, como se ha expuesto a lo largo de este escrito, el día 3 de septiembre del año 2021, los agentes de seguros recibieron la historia clínica completa de mi cliente y manifestaron expresamente que las historias clínicas de SaludCoop y Medimás no eran vinculantes, requiriendo únicamente la historia clínica correspondiente a su EPS actual (Nueva EPS).



Asimismo, para la expedición de la póliza, Allianz solicitó y realizó exámenes de laboratorio y valoración médica a través de la IPS Pasto Especialidades, y solo una vez superados estos trámites, procedió a emitir el contrato de seguro.

Por lo tanto, la aseguradora no puede alegar reticencia con base en una atención médica por infección urinaria ocurrida en el año 2018, ya que dicho evento fue tratado en su momento y no tuvo continuidad médica ni seguimiento posterior.

8. Hecho 8:

Demanda: Se detalla la presentación de documentos requeridos por la aseguradora.

Contestación: Se niega que la historia clínica completa haya sido aportada, justificando nuevas solicitudes.

Comentario: Se debe insistir en que los documentos entregados fueron suficientes y que las solicitudes adicionales constituyen obstáculos injustificados, de igual manera la compañía aseguradora ya cuenta con todas las historias clínicas y documentos de mi cliente.

9. Hecho 9:

Demanda: Se critica la falta de objeción por parte de Allianz dentro del término legal.

Contestación: Se niega la existencia de una reclamación formal completa, justificando las solicitudes de información adicional.

Comentario: La falta de objeción dentro del plazo legal y la orden judicial desvirtúan este argumento.

10. Hecho 10-16:

Contestación: Se insiste en enfermedades preexistentes, reticencia y falta de cumplimiento de procedimientos contractuales.

Comentario: El argumento principal debe girar en torno al fallo de tutela, la suficiencia de los documentos aportados y el cumplimiento del asegurado con los requisitos legales y contractuales razonables.



PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.

Primera Pretensión:

La aseguradora Allianz Seguros de Vida S.A. debe cumplir con su obligación de pagar el monto asegurado en virtud de la póliza Vida Actual No. 022962369, por cuanto:

1. No existe reticencia:

Pruebas aportadas: En el proceso se ha demostrado que, al momento de emitir la póliza, Allianz realizó un análisis previo del estado de salud del asegurado, incluyendo exámenes médicos y revisión de historia clínica, sin encontrar motivo para rechazar el aseguramiento.

Prueba de ello, como se ha explicado a lo largo de este escrito, es que antes de expedir la póliza de seguros, los corredores de seguros Martín Pastas y Nancy Belalcázar, en representación de Allianz, recibieron la historia clínica de mi cliente correspondiente a la Nueva EPS, vigente para esa fecha, y manifestaron que las historias clínicas anteriores, es decir, de SaludCoop y Medimás, no eran relevantes para la suscripción del seguro.

Adicionalmente, el 7 de septiembre de 2021, Allianz contrató a la IPS Pasto Especialidades para que al señor López Guerrero se le realizaran exámenes de laboratorio, un electrocardiograma y una valoración médica, lo que confirma que la aseguradora contó con información suficiente sobre su estado de salud antes de expedir la póliza.

Enfermedades preexistentes: La infección urinaria de 2018 fue un evento aislado, relacionado con una visita a una piscina, sin continuidad médica que permitiera configurarla como una preexistencia.

Buena fe del asegurado: El tomador actuó de manera transparente al responder el formulario de asegurabilidad, aportar toda la documentación que estaba en su poder y autorizar su entrega a la aseguradora. Asimismo, se sometió a los exámenes médicos requeridos por Allianz en la IPS Pasto Especialidades el día 07 de septiembre del año 2021.

2. Procedencia del dictamen de pérdida de capacidad laboral:

La Junta de Calificación de Invalidez de Nariño, órgano autorizado y regulado por la ley, determinó una pérdida de capacidad laboral del 69% con origen común. Este dictamen cumple con los requisitos estipulados en la póliza y no requiere validación adicional, conforme a lo pactado en el contrato y a las normas aplicables.



En concordancia con lo anterior, el Decreto 1352 de 2013, el Decreto 1072 de 2015 y el artículo 1077 del Código de Comercio establecen que el asegurado puede demostrar la ocurrencia del siniestro incluso por medios extrajudiciales, lo que refuerza la validez y obligatoriedad del dictamen emitido por la Junta de Calificación de Invalidez.

3. **Cumplimiento del asegurado:**

El asegurado cumplió con su carga probatoria, remitiendo el dictamen, la historia clínica y demás documentos necesarios para acreditar el siniestro, como lo exige el artículo 1077 del Código de Comercio.

Por lo anterior, Allianz no puede alegar exclusiones contractuales ni configuraciones de reticencia como fundamento para evitar el pago de la póliza. En consecuencia, debe indemnizar al asegurado por la suma de \$900.000.000, correspondiente al valor asegurado por la cobertura de incapacidad total y permanente (ITP).

Segunda Pretensión:

Los intereses moratorios contemplados en el artículo 1080 del Código de Comercio son procedentes, considerando que:

1. **Omisión de objeción fundada:** Allianz no objetó la reclamación de manera seria y fundada dentro del término legal, incumpliendo con el plazo de 30 días estipulado en el artículo 1077 del Código de Comercio.
2. **Plazo para el pago:** El término para el pago de la indemnización inició el 27 de abril de 2023, tras la reclamación formal presentada el 27 de marzo de 2023, sin que Allianz emitiera objeción válida.

Por tanto, los intereses moratorios deben ser liquidados desde el 27 de abril de 2023 hasta la fecha en que se realice el pago efectivo de la indemnización.

Tercera Pretensión:

La condena en costas judiciales es procedente porque:

1. La negativa injustificada de Allianz a cumplir con sus obligaciones contractuales ha generado un proceso judicial innecesario.
 2. La oposición de Allianz carece de sustento jurídico, al basarse en supuestas exclusiones y reticencias que no se configuran según los hechos probados.
-



Cuarta Pretensión:

La condena al pago de agencias en derecho también procede, considerando que el demandante se vio obligado a recurrir a la justicia para hacer valer sus derechos, incurriendo en costos legales derivados de la conducta omisiva de Allianz.

Refutación a la oposición de la aseguradora:

1. Nulidad por reticencia:

No se configura reticencia, ya que el asegurado cumplió con su deber de informar de manera clara y completa. Además, Allianz tenía pleno conocimiento de su afiliación previa a Medimás y SaludCoop, información que el 3 de septiembre de 2021, los agentes de seguros manifestaron que no era necesario aportar, señalando expresamente que con la historia clínica actual de la Nueva EPS bastaba para la evaluación del asegurado.

Adicionalmente, el 7 de septiembre de 2021, Allianz contrató a la IPS Pasto Especialidades para que al asegurado se le realizaran exámenes de laboratorio, un electrocardiograma y una valoración médica como parte del proceso de suscripción de la póliza.

Por lo tanto, las condiciones actuales de salud del asegurado están relacionadas con diabetes y no con la infección urinaria de 2018, un evento aislado sin continuidad médica. Esto descarta cualquier conexión entre la supuesta preexistencia y el siniestro actual, dejando sin fundamento la objeción de la aseguradora.

2. Exclusión contractual:

La aseguradora no puede alegar exclusiones de manera retroactiva, ya que aprobó el aseguramiento con pleno conocimiento del estado de salud del asegurado, tras realizar un análisis previo y exámenes médicos antes de la emisión de la póliza.

El 3 de septiembre de 2021, los agentes de seguros recibieron la historia clínica del asegurado y manifestaron que no era necesario aportar las historias clínicas de Medimás y SaludCoop, ya que solo se requería la historia clínica vigente de la Nueva EPS.

Adicionalmente, el 7 de septiembre de 2021, Allianz contrató a la IPS Pasto Especialidades para que al asegurado se le realizaran exámenes de laboratorio, un electrocardiograma y una valoración médica. Solo tras superar estas evaluaciones, la aseguradora procedió con la expedición de la póliza.



Por lo tanto, resulta improcedente que la aseguradora pretenda invocar exclusiones de manera retroactiva, cuando previamente validó toda la información médica del asegurado y aprobó la contratación del seguro sin objeción alguna.

3. Procedencia del dictamen:

El dictamen de la Junta de Calificación de Invalidez de Nariño es plenamente válido y cumple con los requisitos establecidos en el clausulado de la póliza. Este dictamen fue emitido por un órgano autorizado y regulado por la ley, conforme a lo dispuesto en el Decreto 1352 de 2013 y el Decreto 1072 de 2015.

La aseguradora no puede desconocer su legitimidad bajo el argumento de que no designó un médico o institución para la valoración, ya que esa era su responsabilidad desde el inicio del trámite. Al no haber ejercido dicha facultad en el momento oportuno, no puede ahora pretender invalidar el dictamen emitido por la autoridad competente.

4. Formalización de la reclamación:

La comunicación del 27 de marzo de 2023, acompañada del dictamen y otros documentos, constituye una reclamación formal en los términos del artículo 1077 del Código de Comercio. Por lo tanto, Allianz tenía la obligación de responder dentro del plazo legal, pero no lo hizo.

Como consecuencia de esta omisión, se profirió un fallo de tutela en el cual se ordenó a Allianz dar una respuesta a la solicitud de indemnización. Sin embargo, a la fecha, la aseguradora sigue sin cumplir con dicha orden judicial, vulnerando el derecho de mi representado a obtener una respuesta oportuna y de fondo.

Conclusión:

Con base en lo expuesto, solicito al despacho acceder a todas las pretensiones de la demanda y condenar a Allianz Seguros de Vida S.A. a cumplir con sus obligaciones contractuales, incluyendo el pago de la indemnización, los intereses moratorios, costas y agencias en derecho.

PRONUNCIAMIENTO A EXCEPCIONES DE MERITO:



PRIMERA EXCEPCIÓN: INEXISTENCIA DE SINIESTRO Y FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLIZA.

1. Sobre la exclusión invocada por la aseguradora

La aseguradora alega que el siniestro que dio lugar a la incapacidad total y permanente de mi poderdante está expresamente excluido de cobertura debido a la supuesta preexistencia de una enfermedad (insuficiencia renal crónica 3B), relacionada con una infección urinaria ocurrida en 2018, antes de la vigencia de la póliza. Sin embargo, este argumento carece de sustento fáctico y jurídico por las siguientes razones:

2. Respuesta al argumento de preexistencia.

2.1. La infección urinaria de 2018 fue un evento aislado.

- Fue tratada y resuelta de manera satisfactoria, sin necesidad de seguimiento médico posterior ni recurrencia documentada.
- No existe evidencia en las historias clínicas de la EPS **Medimás** ni de la **Nueva EPS** que indique consultas recurrentes, tratamientos prolongados, o cualquier relación médica entre la infección urinaria de 2018 y la insuficiencia renal crónica diagnosticada en 2022.

2.2. La insuficiencia renal crónica fue consecuencia directa de la diabetes.

- La insuficiencia renal crónica calificada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez no tiene relación con la infección urinaria mencionada. Fue consecuencia de la **diabetes**, enfermedad diagnosticada después de la entrada en vigor de la póliza.
- El dictamen de invalidez no establece ninguna conexión entre la insuficiencia renal crónica y la infección urinaria de 2018, como se detalla en las evaluaciones médicas realizadas.

3. Sobre el proceso de evaluación previa a la emisión de la póliza.

3.1. Exámenes médicos solicitados y autorización otorgada.

Antes de emitir la póliza Vida Actual N.º 022962369, el agente de seguros Edgar Martín Pastas Castillo, en representación de Allianz, solicitó a mi cliente que se realizara exámenes médicos como parte del proceso de evaluación previa de asegurabilidad. Como parte de este trámite, el 3 de septiembre de 2021, los agentes de seguros manifestaron que no era necesario aportar las historias clínicas de Medimás y SaludCoop, señalando que únicamente se requería la historia clínica vigente de la Nueva EPS.



Mi poderdante otorgó su autorización para que Allianz verificara su historia clínica en cualquier institución médica pertinente, demostrando así su buena fe y disposición para que la aseguradora evaluara su estado de salud de manera completa y objetiva.

Adicionalmente, el 7 de septiembre de 2021, Allianz contrató a la IPS Pasto Especialidades, donde a mi representado se le realizaron exámenes de laboratorio, un electrocardiograma y una valoración médica, lo que confirma que la aseguradora contó con toda la información necesaria antes de expedir la póliza.

3.2. Historia clínica de Medimás y Nueva EPS.

Mi poderdante informó al agente Edgar Martín Pastas Castillo que su historia clínica previa estaba en la EPS Medimás, la cual fue liquidada por el Gobierno Nacional en 2018. Como consecuencia de esta liquidación, mi cliente fue trasladado a la Nueva EPS, donde continuó recibiendo atención médica.

El 3 de septiembre de 2021, el agente Pastas manifestó que la historia clínica de Medimás no era relevante para el proceso de aseguramiento, indicando que los exámenes médicos realizados y la historia clínica de la Nueva EPS serían suficientes para evaluar el riesgo asegurado.

Posteriormente, el 7 de septiembre de 2021, Allianz contrató a la IPS Pasto Especialidades, donde a mi representado se le realizaron exámenes de laboratorio, un electrocardiograma y una valoración médica como parte del proceso de suscripción de la póliza.

Tras analizar toda la información proporcionada y realizar los exámenes pertinentes, Allianz decidió emitir la póliza, lo que demuestra que no existían condiciones de riesgo que justificaran la exclusión del aseguramiento, y que la aseguradora tuvo plena certeza sobre el estado de salud de mi poderdante antes de la expedición del contrato.

3.3. Falta de objeción oportuna por parte de Allianz.

Como se evidenció en el fallo de tutela del **Juzgado Segundo Civil del Circuito de Pasto**, Allianz no objetó la póliza ni la solicitud de indemnización en los términos legales, incumpliendo su deber de diligencia. Esto refuerza la validez del contrato y la obligación de cumplir con las condiciones pactadas.

4. Sobre el dictamen de invalidez y su vinculatoriedad.

4.1. Reconocimiento del dictamen como eje fundamental del contrato.



El fallo de tutela confirmó que el dictamen de invalidez emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño constituye el eje fundamental del contrato de seguro. Dicho dictamen fue emitido por la autoridad competente conforme a lo establecido en el Decreto 1352 de 2013 y el Decreto 1072 de 2015, los cuales regulan el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral en Colombia.

El dictamen determinó una pérdida de capacidad laboral del 69%, superando el umbral del 50% requerido para activar la cobertura de la póliza. Además, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio, el asegurado puede demostrar la ocurrencia del siniestro incluso por medios extrajudiciales, lo que refuerza la validez y obligatoriedad del dictamen.

En consecuencia, Allianz no puede desconocer la validez de este dictamen, ya que cumple con los requisitos normativos y contractuales exigidos, y constituye prueba suficiente para el reconocimiento de la indemnización.

4.2. Vinculatoriedad del dictamen.

- Conforme a los **Decretos 1352 de 2013** y **1072 de 2015**, los dictámenes emitidos por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez son vinculantes para las aseguradoras y no pueden ser desconocidos salvo prueba en contrario, que en este caso no ha sido aportada.
- El dictamen se fundamentó en valoraciones médicas realizadas desde 2021, descartando cualquier relación con patologías previas a la vigencia de la póliza.

5. Sobre la relación causal entre la enfermedad y la incapacidad.

5.1. La incapacidad calificada no tiene relación causal con la infección urinaria de 2018.

- La insuficiencia renal crónica diagnosticada en 2022 fue calificada como una consecuencia directa de la diabetes, enfermedad diagnosticada después de la entrada en vigor de la póliza.
- No existe prueba de que la infección urinaria de 2018, un evento aislado y resuelto, haya tenido impacto en la insuficiencia renal o en las patologías calificadas en 2022.

6. Fundamento Jurídico Adicional.

6.1. Artículo 1060 del Código de Comercio.



- Obliga a la aseguradora a cumplir con las obligaciones contractuales derivadas de la póliza, especialmente cuando el siniestro está debidamente acreditado mediante pruebas legales como el dictamen de invalidez.

6.2. Principio de buena fe contractual (artículo 1603 del Código Civil).

- La conducta de mi poderdante refleja buena fe al proporcionar información completa y permitir que la aseguradora verificara su estado de salud. Allianz, al aceptar la póliza tras su evaluación, asumió los riesgos asegurados conforme al contrato.

6.3. Presunción de legalidad del dictamen de invalidez.

- Reconocida por la Corte Constitucional en la **Sentencia T-437 de 2014**, la presunción de legalidad de los dictámenes emitidos por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez los hace vinculantes salvo prueba en contrario, que no ha sido aportada por Allianz.

7. Conclusión.

Por las razones expuestas, se solicita respetuosamente al Honorable Despacho **desestimar la excepción de inexistencia de siniestro y falta de cobertura material** planteada por la aseguradora, teniendo en cuenta:

- Mi poderdante cumplió con todas las obligaciones precontractuales, incluyendo la autorización para que Allianz accediera a su historia clínica y la realización de exámenes médicos el 7 de septiembre de 2021 en la IPS Pasto Especialidades, como parte del proceso de evaluación de asegurabilidad.
- El dictamen de invalidez confirma que el siniestro cumple con los requisitos contractuales y legales para activar la cobertura, en concordancia con lo establecido en el Decreto 1352 de 2013, el Decreto 1072 de 2015 y el artículo 1077 del Código de Comercio, el cual permite la demostración extrajudicial del siniestro.
- Allianz no presentó objeciones oportunas ni demostró la existencia de una relación causal entre la infección urinaria de 2018 y las patologías calificadas en 2022. Por lo tanto, no puede alegar reticencia ni preexistencia para negar la cobertura de la póliza.

Se solicita, además, ordenar a Allianz proceder al cumplimiento de sus obligaciones contractuales, reconociendo la cobertura y el pago correspondiente conforme a la póliza **Vida Actual N.º 022962369**.



SEGUNDA EXCEPCIÓN: CONFIGURACIÓN DE NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO POR RETICENCIA.

1. Sobre el argumento de la aseguradora.

La aseguradora sostiene que mi poderdante, el señor Diego Andrés López y López, fue reticente al momento de perfeccionar el contrato de seguro, al omitir información relevante sobre su estado de salud en la etapa precontractual. Este argumento busca sustentar que dicha omisión afectó la valoración del riesgo y, por ende, configuró la nulidad del contrato conforme al **artículo 1058 del Código de Comercio**. Sin embargo, esta alegación carece de sustento fáctico y jurídico, como se expone a continuación.

2. Respuesta al argumento de reticencia.

2.1. Cumplimiento de la declaración del estado del riesgo.

Mi poderdante cumplió cabalmente con su obligación de declarar el estado del riesgo, conforme a lo establecido en la normatividad aplicable, al:

- Completar el formulario de asegurabilidad proporcionado por Allianz, suministrando la información requerida de manera clara y transparente.
 - Autorizar a la aseguradora para verificar su historia clínica en cualquier institución médica pertinente, demostrando su buena fe y disposición para la evaluación del riesgo asegurado.
 - Someterse a los exámenes médicos en la IPS Pasto Especialidades el 7 de septiembre de 2021, los cuales fueron solicitados por Allianz y no evidenciaron condiciones que justificaran la exclusión del aseguramiento.
 - Durante el proceso de evaluación previa, el agente de seguros Edgar Martín Pastas Castillo y Nancy Belalcázar, en representación de Allianz, solicitaron a mi poderdante la realización de exámenes médicos, manifestando expresamente que esta era la herramienta principal para evaluar su estado de salud y determinar la viabilidad de la póliza.
 - Mi cliente informó al agente que su historia clínica previa estaba en la EPS Medimás, entidad que fue liquidada por el Gobierno Nacional en 2018. Ante esto, el 3 de septiembre de 2021, el agente Pastas manifestó que dicha información no era relevante, señalando que los exámenes médicos y la historia clínica de la Nueva EPS, a la que fue trasladado mi poderdante, serían suficientes para la evaluación del riesgo asegurado.
-



En consecuencia, Allianz aceptó la suscripción del seguro con pleno conocimiento del estado de salud de mi poderdante, sin objeción alguna y sin requerir información adicional sobre su historial médico previo.

2.2. Ausencia de dolo o mala fe en la declaración del asegurado.

- Según la Sentencia T-437 de 2014 de la Corte Constitucional, para que exista reticencia es necesario que el asegurado haya actuado con dolo o mala fe, omitiendo información relevante sobre su estado de salud. En este caso, no existe evidencia alguna que demuestre que mi poderdante haya ocultado deliberadamente información relevante para la contratación del seguro.
- La aseguradora tuvo pleno acceso a la historia clínica del asegurado y a los resultados de los exámenes médicos realizados el 7 de septiembre de 2021 en la IPS Pasto Especialidades, pruebas suficientes para valorar adecuadamente el riesgo asegurado antes de expedir la póliza.
- Adicionalmente, el 3 de septiembre de 2021, los agentes de seguros manifestaron que la historia clínica de Medimás y SaludCoop no era necesaria, ya que con la historia clínica de la Nueva EPS y los exámenes médicos sería suficiente para evaluar el estado de salud del asegurado.
- Por lo tanto, no es procedente que Allianz pretenda alegar reticencia de manera extemporánea, cuando fue la misma aseguradora quien determinó los requisitos de asegurabilidad y aprobó la póliza con la información que tuvo a su disposición desde el inicio del proceso.

2.3. Falta de objeción oportuna por parte de Allianz.

- El fallo de tutela del **Juzgado Segundo Civil del Circuito de Pasto**, en agosto de 2023, determinó que Allianz no objetó la solicitud de indemnización en tiempo ni forma, consolidando la validez del contrato y la cobertura del siniestro.
- Según el **artículo 1077 del Código de Comercio**, la aseguradora tenía la obligación de objetar cualquier irregularidad en la etapa precontractual o en la solicitud de indemnización dentro de los términos legales, lo cual no ocurrió en este caso.

3. Sobre la relación causal entre la supuesta omisión y el siniestro.

3.1. No existe relación causal entre la omisión alegada y el siniestro.

- Allianz intenta vincular la insuficiencia renal crónica diagnosticada en 2022 con una infección urinaria tratada en 2018, pero no ha presentado pruebas médicas que respalden esta relación causal.
-



- Las patologías calificadas como causa de la incapacidad (insuficiencia renal crónica y pérdida de visión) son consecuencia directa de la diabetes, una enfermedad diagnosticada después de la vigencia de la póliza.

3.2. Vinculatoriedad del dictamen de invalidez.

- El dictamen emitido por la **Junta Regional de Calificación de Invalidez** concluyó que mi poderdante presenta una pérdida de capacidad laboral del **69%**, sin establecer ninguna conexión entre las patologías calificadas y eventos médicos previos a 2021.
- Conforme a los **Decretos 1352 de 2013 y 1072 de 2015**, este dictamen es vinculante y suficiente para activar la cobertura de la póliza.

4. Fundamento Jurídico Adicional.

4.1. Principio de buena fe recíproca.

- La **Sentencia C-232 de 1997** de la Corte Constitucional establece que la buena fe en el contrato de seguro obliga tanto al asegurado como al asegurador. En este caso, mi cliente actuó con total transparencia, mientras que Allianz no puede alegar reticencia cuando tuvo la oportunidad de verificar el estado del riesgo y no encontró razones para rechazar la solicitud.

4.2. Carga probatoria de la aseguradora.

- Según el **artículo 167 del Código General del Proceso**, quien alega un hecho debe probarlo. Allianz no ha aportado evidencia suficiente para demostrar que mi cliente actuó de mala fe o que omitió información relevante de manera intencionada.

4.3. Vinculatoriedad del dictamen de invalidez.

- La Sentencia T-437 de 2014 de la Corte Constitucional reafirma la presunción de legalidad de los dictámenes emitidos por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez, estableciendo que estos son vinculantes salvo prueba en contrario.
 - En el presente caso, Allianz no ha aportado prueba alguna que desvirtúe la validez del dictamen de invalidez emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, el cual determinó una pérdida de capacidad laboral del 69%, superando el umbral exigido para la activación de la cobertura de la póliza.
 - Por lo tanto, la aseguradora no puede desconocer arbitrariamente el dictamen, ya que este fue expedido conforme a la normatividad vigente, incluyendo el Decreto 1352 de 2013, el Decreto 1072 de 2015 y el artículo
-



1077 del Código de Comercio, los cuales regulan la calificación de pérdida de capacidad laboral y establecen que el asegurado puede demostrar el siniestro incluso por medios extrajudiciales.

5. Conclusión.

Por las razones expuestas, se solicita respetuosamente al Honorable Despacho desestimar la excepción de nulidad por reticencia planteada por Allianz, teniendo en cuenta que:

- Mi cliente cumplió con todas las obligaciones precontractuales, incluyendo la autorización para que Allianz verificara su estado de salud, la presentación de su historia clínica de la Nueva EPS y la realización de los exámenes médicos en la IPS Pasto Especialidades el 7 de septiembre de 2021.
- No existe relación causal entre la infección urinaria de 2018 y las patologías calificadas en 2022, dado que dicho evento fue aislado, sin continuidad médica ni impacto en el estado de salud actual del asegurado.
- Allianz no presentó objeciones oportunas ni demostró dolo o mala fe en la declaración de asegurabilidad de mi cliente. El 3 de septiembre de 2021, los agentes de seguros manifestaron que no era necesario aportar las historias clínicas de Medimás y SaludCoop, ya que con la historia clínica de la Nueva EPS y los exámenes médicos realizados era suficiente para evaluar el riesgo asegurado.
- El dictamen de invalidez emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño es vinculante, de conformidad con la Sentencia T-437 de 2014 de la Corte Constitucional, el Decreto 1352 de 2013, el Decreto 1072 de 2015 y el artículo 1077 del Código de Comercio, los cuales establecen que la calificación de pérdida de capacidad laboral es prueba suficiente para la activación de la cobertura del seguro.

Por lo anterior, se solicita ordenar a Allianz cumplir con sus obligaciones contractuales, reconociendo la cobertura y efectuando el pago correspondiente conforme a la póliza Vida Actual N.º 022962369.

TERCERA EXCEPCIÓN: LA MALA FE NO ES REQUISITO PARA LA RETICENCIA.

1. Sobre el argumento de la aseguradora.
La aseguradora sostiene que no es necesario acreditar la mala fe del asegurado para declarar la nulidad del contrato de seguro por reticencia, y que basta con demostrar que el asegurado no declaró circunstancias determinantes del estado del riesgo que, de haber sido conocidas, hubieran llevado a la aseguradora a abstenerse de contratar o a pactar condiciones más onerosas.



Sin embargo, este argumento, aunque jurídicamente correcto en su base, es inaplicable en el caso concreto por las razones que se exponen a continuación.

2. Respuesta del demandante.

2.1. Cumplimiento de la obligación de declarar el estado del riesgo.

Mi poderdante cumplió cabalmente con su obligación de declarar el estado del riesgo, conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, al:

- Completar el formulario de asegurabilidad proporcionado por Allianz, suministrando la información requerida de manera clara y veraz.
- Autorizar expresamente a la aseguradora para acceder a su historia clínica en las instituciones pertinentes, demostrando su transparencia y buena fe en el proceso de asegurabilidad.
- Someterse a los exámenes médicos solicitados por Allianz el 7 de septiembre de 2021 en la IPS Pasto Especialidades, los cuales no evidenciaron condiciones que justificaran la exclusión del aseguramiento.
- El 3 de septiembre de 2021, el agente de seguros Edgar Martín Pastas Castillo, en representación de Allianz, manifestó expresamente que la historia clínica de la EPS Medimás, donde mi poderdante estuvo afiliado hasta 2018, no era relevante para el proceso de asegurabilidad. Indicó además que los exámenes médicos y la historia clínica de la Nueva EPS eran suficientes para evaluar el riesgo asegurado.

En consecuencia, la aseguradora aprobó la póliza con pleno conocimiento del estado de salud de mi poderdante, sin exigir documentación adicional ni formular objeción alguna en el momento de la suscripción del contrato.

2.2. Ausencia de omisión o inexactitud relevante.

Allianz no ha demostrado que mi poderdante haya omitido declarar información relevante o haya incurrido en inexactitudes que afectaran la evaluación del estado del riesgo. Por el contrario, la información médica disponible confirma que:

- La insuficiencia renal crónica diagnosticada en 2022, que contribuyó a la incapacidad, es consecuencia directa de la diabetes, una enfermedad diagnosticada después de la entrada en vigor de la póliza.
 - La infección urinaria de 2018 fue un evento aislado, tratado y resuelto satisfactoriamente, sin recurrencia ni continuidad médica documentada en las historias clínicas de Medimás o la Nueva EPS.
 - Adicionalmente, el 3 de septiembre de 2021, los agentes de seguros manifestaron expresamente que la historia clínica de Medimás no era
-



relevante, indicando que solo era necesario aportar la historia clínica vigente de la Nueva EPS y realizar los exámenes médicos solicitados.

- El 7 de septiembre de 2021, Allianz contrató a la IPS Pasto Especialidades para la realización de exámenes de laboratorio, un electrocardiograma y una valoración médica, tras lo cual emitió la póliza sin formular objeción alguna.

En consecuencia, no existe evidencia que permita alegar omisión, inexactitud o reticencia, ya que mi poderdante actuó con total transparencia, proporcionando la información requerida por la aseguradora y cumpliendo con todas las exigencias precontractuales.

2.3. Vinculatoriedad del dictamen de invalidez.

- El dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez determinó que mi poderdante presenta una pérdida de capacidad laboral del 69%, superando el umbral del 50% requerido para activar la cobertura de la póliza, conforme a lo estipulado en el contrato de seguro.
- Dicho dictamen fue emitido por un órgano autorizado y regulado por la ley, en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1352 de 2013 y el Decreto 1072 de 2015, los cuales regulan el procedimiento para la calificación de la pérdida de capacidad laboral.
- El dictamen no establece ninguna relación entre las patologías calificadas y eventos médicos previos a la vigencia de la póliza, lo que confirma que las condiciones de salud que dieron lugar a la invalidez no pueden considerarse preexistentes ni sujetas a exclusión.
- De acuerdo con la Sentencia T-437 de 2014 de la Corte Constitucional, los dictámenes emitidos por las Juntas de Calificación de Invalidez gozan de presunción de legalidad y son vinculantes, salvo prueba en contrario, prueba que en este caso Allianz no ha aportado.
- En consecuencia, la aseguradora no puede desconocer arbitrariamente la validez del dictamen, pues este constituye prueba suficiente para el reconocimiento de la cobertura, conforme a lo dispuesto en el artículo 1077 del Código de Comercio, que permite la demostración del siniestro incluso por medios extrajudiciales.

2.4. Falta de objeción oportuna por parte de Allianz.

- El fallo de tutela del **Juzgado Segundo Civil del Circuito de Pasto** estableció que Allianz no objetó la solicitud de indemnización ni presentó argumentos válidos en su momento, incumpliendo con su deber de diligencia conforme al **artículo 1077 del Código de Comercio**.
-



3. Sobre el principio de buena fe y la carga de la prueba.

3.1. Presunción de buena fe del asegurado.

- La **Sentencia T-437 de 2014** de la Corte Constitucional subrayó que la reticencia debe estar acompañada de dolo o mala fe para configurarse como causal de nulidad del contrato de seguro.
- En este caso, mi poderdante actuó con total transparencia al autorizar el acceso a su historia clínica, realizar los exámenes médicos requeridos y proporcionar toda la información solicitada por Allianz.

3.2. Carga probatoria de la aseguradora.

- Según el **artículo 167 del Código General del Proceso**, quien alega un hecho debe probarlo. Allianz no ha presentado pruebas suficientes para demostrar que mi poderdante omitió información relevante o que esta tuvo impacto en la valoración del riesgo asegurado.
- Además, la **Sentencia C-232 de 1997** de la Corte Constitucional establece que la carga de información recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual, pero el asegurador también tiene el deber de verificar la información proporcionada, especialmente cuando tiene acceso a herramientas como exámenes médicos y registros clínicos.

4. Fundamento Jurídico Adicional.

4.1. Vinculatoriedad del dictamen de invalidez.

- Conforme a los **Decretos 1352 de 2013** y **1072 de 2015**, el dictamen de invalidez emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez es vinculante y suficiente para activar la cobertura de la póliza, salvo prueba en contrario, que no ha sido aportada por Allianz.

4.2. Principio de buena fe contractual (artículo 1603 del Código Civil).

- La conducta de mi poderdante refleja una clara intención de cumplir con los principios de transparencia y lealtad que rigen el contrato de seguro.

4.3. Irrelevancia de la mala fe en la teoría, pero no en el caso concreto.

Si bien la mala fe no es un requisito sine qua non para configurar la reticencia, en el presente caso no se configura dicha figura, ya que:

- **No hubo omisión ni inexactitud relevante:**
-



Mi poderdante cumplió cabalmente con su deber de declarar el estado del riesgo, proporcionando la información requerida por Allianz, incluyendo la historia clínica de la Nueva EPS y sometiéndose a los exámenes médicos practicados el 7 de septiembre de 2021 en la IPS Pasto Especialidades.

El 3 de septiembre de 2021, los agentes de seguros manifestaron expresamente que no era necesario aportar la historia clínica de Medimás y SaludCoop, lo que demuestra que mi representado actuó de buena fe y conforme a las instrucciones de la aseguradora.

- **No existe relación causal entre la información alegada como omitida y el siniestro calificado:**

La insuficiencia renal crónica diagnosticada en 2022, que contribuyó a la invalidez del asegurado, es consecuencia directa de la diabetes, enfermedad diagnosticada después de la entrada en vigor de la póliza.

La infección urinaria de 2018 fue un evento aislado, sin continuidad médica ni impacto en la calificación de invalidez realizada en 2022.

En consecuencia, Allianz no puede invocar la reticencia de manera infundada y extemporánea, pues no ha demostrado que la información supuestamente omitida hubiera modificado la evaluación del riesgo o justifique la negativa de cobertura.

6. Conclusión.

Por las razones expuestas, se solicita respetuosamente al Honorable Despacho desestimar la excepción relacionada con la no exigencia de mala fe para configurar la reticencia, considerando que:

- Mi poderdante cumplió con todas las obligaciones de declaración del estado del riesgo, proporcionando la información requerida por Allianz, autorizando la verificación de su estado de salud y sometiéndose a los exámenes médicos solicitados el 7 de septiembre de 2021 en la IPS Pasto Especialidades.
 - Allianz no ha demostrado que mi cliente omitiera información relevante ni que dicha supuesta omisión haya afectado la valoración del riesgo asegurado. El 3 de septiembre de 2021, los agentes de seguros manifestaron expresamente que no era necesario aportar la historia clínica de Medimás y SaludCoop, lo que demuestra que mi representado actuó conforme a las indicaciones de la aseguradora y de buena fe.
 - El dictamen de invalidez emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño es vinculante, conforme a lo establecido en la Sentencia
-



T-437 de 2014 de la Corte Constitucional, el Decreto 1352 de 2013, el Decreto 1072 de 2015 y el artículo 1077 del Código de Comercio, los cuales ratifican que la calificación de pérdida de capacidad laboral es prueba suficiente para la activación de la cobertura del seguro.

Por lo anterior, se solicita ordenar a Allianz cumplir con sus obligaciones contractuales, reconociendo la cobertura y efectuando el pago correspondiente conforme a la póliza Vida Actual N.º 022962369.

CUARTA EXCEPCIÓN: RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA POR DECLARATORIA DE RETICENCIA.

1. Sobre el argumento de la aseguradora.
La aseguradora sostiene que, de conformidad con el **artículo 1059 del Código de Comercio**, tiene la facultad de retener la totalidad de la prima a título de pena en caso de que se declare la nulidad del contrato de seguro por reticencia. Sin embargo, este argumento carece de aplicación en el presente caso, dado que no se cumplen los presupuestos legales ni fácticos para la configuración de la reticencia, como se expone a continuación.

2. Respuesta del demandante.

2.1. El contrato de seguro no es nulo por reticencia.

La reticencia, conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, solo se configura si se demuestra que el asegurado omitió información relevante que afectara significativamente la valoración del riesgo asegurado. En este caso, no se cumplen dichos requisitos, dado que:

- Mi poderdante cumplió con todas las obligaciones precontractuales, incluyendo la autorización para que Allianz verificara su historia clínica y la realización de los exámenes médicos requeridos el 7 de septiembre de 2021 en la IPS Pasto Especialidades, sin que se evidenciara condición alguna que justificara la exclusión del aseguramiento.
 - El 3 de septiembre de 2021, el agente de seguros Edgar Martín Pastas Castillo, en representación de Allianz, manifestó expresamente que la historia clínica de la EPS Medimás no era necesaria, indicando que los exámenes médicos practicados y la historia clínica de la Nueva EPS eran suficientes para evaluar el riesgo asegurado.
 - No existe evidencia que demuestre que la insuficiencia renal crónica diagnosticada en 2022 tenga relación con la infección urinaria de 2018, ya que esta última fue un evento aislado, tratado y resuelto satisfactoriamente, sin continuidad médica ni impacto en la calificación de invalidez posterior.
-



En consecuencia, el contrato de seguro no es nulo por reticencia, ya que Allianz aprobó la póliza con pleno conocimiento del estado de salud del asegurado, sin exigir documentación adicional ni presentar objeciones en el momento de la suscripción del contrato.

2.2. Vinculatoriedad del dictamen de invalidez.

- La Junta Regional de Calificación de Invalidez, organismo adscrito al Ministerio de Trabajo, emitió un dictamen en el que determinó una pérdida de capacidad laboral del 69%, basada en patologías desarrolladas desde 2021 en adelante, sin que exista relación alguna con eventos médicos previos.
- Este dictamen es vinculante conforme a lo dispuesto en los Decretos 1352 de 2013 y 1072 de 2015, los cuales regulan el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral en Colombia.
- Allianz no ha refutado válidamente este dictamen, ni ha presentado pruebas que desvirtúen su presunción de legalidad, la cual ha sido ratificada por la Sentencia T-437 de 2014 de la Corte Constitucional, estableciendo que los dictámenes emitidos por las Juntas de Calificación de Invalidez son vinculantes salvo prueba en contrario.
- En consecuencia, la aseguradora no puede desconocer arbitrariamente el dictamen, ya que este constituye prueba suficiente para el reconocimiento de la cobertura del seguro, en concordancia con lo estipulado en el artículo 1077 del Código de Comercio, que permite la demostración del siniestro incluso por medios extrajudiciales.

2.3. Falta de objeción oportuna por parte de Allianz.

- El fallo de tutela del Juzgado Segundo Civil del Circuito de Pasto resaltó que Allianz no objetó la solicitud de indemnización ni presentó argumentos válidos dentro de los términos legales, lo que consolida la validez del contrato y la cobertura del siniestro.
 - La falta de objeción oportuna por parte de la aseguradora impide que ahora pretenda desconocer su obligación contractual, ya que no ejerció su derecho a controvertir la reclamación en el momento procesal oportuno.
 - El fallo de tutela ratifica la obligación de Allianz de dar respuesta y reconocer la indemnización, conforme a la normatividad vigente, incluyendo el artículo 1077 del Código de Comercio, el cual establece que el asegurado puede demostrar la ocurrencia del siniestro incluso por medios extrajudiciales.
 - En consecuencia, la aseguradora no puede alegar de manera extemporánea razones que no fueron oportunamente esgrimidas, lo que refuerza la procedencia del pago de la indemnización conforme a la póliza Vida Actual N.º 022962369.
-



3. Sobre la inaplicabilidad del artículo 1059 del Código de Comercio.

3.1. El contrato de seguro.

La retención de la prima a título de pena, conforme a lo dispuesto en el artículo 1059 del Código de Comercio, solo es aplicable cuando se declara la nulidad del contrato de seguro por reticencia. En este caso, no se ha configurado la reticencia, ni se ha demostrado omisión relevante por parte del asegurado que pudiera afectar la validez del contrato.

Allianz aceptó el contrato tras realizar un análisis exhaustivo de asegurabilidad, el cual incluyó:

- La verificación de la historia clínica de la Nueva EPS.
- Los exámenes médicos realizados el 7 de septiembre de 2021 en la IPS Pasto Especialidades, sin que se identificaran condiciones que justificaran la exclusión del aseguramiento.
- El 3 de septiembre de 2021, los agentes de seguros manifestaron que la historia clínica de Medimás y SaludCoop no era necesaria, indicando que con la historia clínica de la Nueva EPS y los exámenes médicos era suficiente para evaluar el estado de salud del asegurado.
- Allianz no presentó objeciones válidas ni durante el proceso precontractual ni al momento de la solicitud de indemnización, lo que confirma que el contrato de seguro sigue vigente y la aseguradora debe cumplir con sus obligaciones contractuales.

3.2. Principio de buena fe contractual.

- Conforme al **artículo 1603 del Código Civil**, el contrato de seguro debe ejecutarse bajo el principio de buena fe, tanto por parte del asegurado como del asegurador. Mi poderdante actuó con total transparencia al proporcionar la información solicitada y permitir el acceso a su historia clínica.
- Allianz, al aceptar la solicitud y emitir la póliza sin objeciones, asumió las obligaciones contractuales derivadas del contrato de seguro.

4. Fundamento Jurídico Adicional.

4.1. Carga probatoria de la aseguradora.

- Según el **artículo 167 del Código General del Proceso**, quien alega un hecho debe probarlo. Allianz no ha presentado pruebas suficientes para demostrar que mi poderdante omitió información relevante o que esta omisión alteró la valoración del riesgo.
-



4.2. Presunción de legalidad del dictamen de invalidez.

- La Corte Constitucional, en la Sentencia T-437 de 2014, reconoció la presunción de legalidad de los dictámenes emitidos por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez, estableciendo que estos son vinculantes salvo prueba en contrario.
- En el presente caso, Allianz no ha presentado prueba alguna que desvirtúe la validez del dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, el cual determinó una pérdida de capacidad laboral del 69%, superando el umbral requerido para activar la cobertura de la póliza.
- Este dictamen fue emitido conforme a la normatividad vigente, incluyendo el Decreto 1352 de 2013 y el Decreto 1072 de 2015, los cuales regulan la calificación de pérdida de capacidad laboral.
- De acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio, el asegurado puede demostrar la ocurrencia del siniestro incluso por medios extrajudiciales, lo que refuerza la obligatoriedad del dictamen como prueba suficiente para el reconocimiento de la cobertura del seguro.
- En consecuencia, Allianz no puede desconocer arbitrariamente el dictamen ni condicionar el pago de la indemnización, pues este ha sido emitido por la autoridad competente y su presunción de legalidad sigue vigente.

4.3. Normativa sobre reticencia.

Según la Sentencia C-232 de 1997 de la Corte Constitucional, la reticencia debe estar probada con hechos claros y contundentes que demuestren dolo o mala fe por parte del asegurado.

En el presente caso, no se cumplen los elementos necesarios para configurar la reticencia, ya que:

- Mi poderdante cumplió con todas las obligaciones precontractuales, incluyendo la autorización para que Allianz verificara su historia clínica y la realización de los exámenes médicos solicitados el 7 de septiembre de 2021 en la IPS Pasto Especialidades.
 - El 3 de septiembre de 2021, los agentes de seguros manifestaron expresamente que la historia clínica de Medimás y SaludCoop no era necesaria, señalando que con la historia clínica de la Nueva EPS y los exámenes médicos se tenía información suficiente para evaluar el riesgo asegurado.
 - No existe evidencia de que la información presuntamente omitida haya afectado la evaluación del riesgo o que haya sido determinante para la expedición de la póliza.
-



- Allianz no presentó objeciones en el proceso de suscripción ni al momento de la solicitud de indemnización, lo que impide que ahora pretenda alegar reticencia de manera extemporánea.

En consecuencia, no hay dolo ni mala fe por parte del asegurado, y la aseguradora no ha probado hechos claros y contundentes que justifiquen la nulidad del contrato por reticencia, por lo que debe cumplir con sus obligaciones contractuales y reconocer la indemnización correspondiente.

4. Conclusión.

Por las razones expuestas, se solicita respetuosamente al Honorable Despacho desestimar la excepción relacionada con la retención de la prima a título de pena, considerando que:

- No se ha demostrado la existencia de reticencia que justifique la nulidad del contrato de seguro, pues Allianz no ha aportado prueba clara y contundente que evidencie dolo o mala fe por parte del asegurado, conforme a lo exigido por la Sentencia C-232 de 1997 de la Corte Constitucional.
- Mi poderdante cumplió con todas las obligaciones precontractuales y actuó con total transparencia, autorizando la verificación de su historia clínica y realizando los exámenes médicos requeridos el 7 de septiembre de 2021 en la IPS Pasto Especialidades, sin que se evidenciaran condiciones que justificaran la exclusión del aseguramiento.
- El dictamen de invalidez emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez es vinculante, conforme a la Sentencia T-437 de 2014, el Decreto 1352 de 2013, el Decreto 1072 de 2015 y el artículo 1077 del Código de Comercio, y confirma que el siniestro cumple con los requisitos contractuales y legales para activar la cobertura.
- Allianz no presentó objeciones válidas ni dentro de los términos legales, lo que consolida la vigencia del contrato y confirma su obligación de responder por la indemnización solicitada.

Por lo anterior, se solicita ordenar a Allianz cumplir con sus obligaciones contractuales, reconociendo la cobertura y efectuando el pago correspondiente conforme a la póliza Vida Actual N.º 022962369.

QUINTA EXCEPCIÓN: APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO.

1. Sobre el argumento de la aseguradora.
La aseguradora sostiene que debe darse estricta aplicabilidad a las condiciones del contrato de seguro contenidas en la **Póliza de Vida Actual N.º 022962369**,



destacando que el riesgo amparado por el contrato respecto de la invalidez está sujeto a los siguientes criterios:

1. Una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, calificada por un ente autorizado.
2. Que dicha pérdida de capacidad laboral no derive de una enfermedad preexistente.

Aunque estos criterios son contractualmente válidos, se debe analizar su aplicación en el caso concreto a la luz de los hechos probados y la normativa vigente.

2. Respuesta del demandante.

2.1. Cumplimiento de los requisitos de cobertura.

Mi poderdante cumplió cabalmente con las condiciones establecidas en el contrato de seguro para la activación del amparo de invalidez, en virtud de los siguientes fundamentos:

- Pérdida de capacidad laboral superior al 50%:
 - a) La Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, un ente autorizado y reconocido por el Ministerio de Trabajo, emitió un dictamen que determinó que mi poderdante presenta una pérdida de capacidad laboral del 69%, superando ampliamente el umbral requerido por la póliza para la activación de la cobertura.
 - b) Este dictamen fue emitido conforme a lo dispuesto en los Decretos 1352 de 2013 y 1072 de 2015, con base en evaluaciones médicas detalladas y en estricta aplicación del Manual Único de Calificación de Invalidez.
 - Ausencia de preexistencia relevante:
 - a) Las patologías que llevaron a la pérdida de capacidad laboral (insuficiencia renal crónica y pérdida de visión) son consecuencias directas de la diabetes, una enfermedad diagnosticada después de la entrada en vigor de la póliza, el 28 de octubre de 2021.
 - b) La supuesta preexistencia alegada por Allianz, basada en una infección urinaria tratada en 2018, carece de fundamento, ya que:
 - c) Se trató de un evento aislado, tratado y resuelto satisfactoriamente, sin recurrencia documentada en las historias clínicas de Medimás o la Nueva EPS.
 - d) No existe evidencia médica que relacione este evento con las patologías calificadas por la Junta Regional de Calificación de Invalidez.
-



Conclusión.

Dado que se han cumplido todos los requisitos contractuales y normativos para la activación de la cobertura de invalidez, Allianz no tiene fundamentos para desconocer su obligación de pago. En consecuencia, se reitera la solicitud para que la aseguradora cumpla con sus obligaciones contractuales y reconozca el pago correspondiente conforme a la póliza Vida Actual N.º 022962369.

2.2. Vinculatoriedad del dictamen de invalidez.

- El dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez es vinculante para la aseguradora, conforme a lo dispuesto en los Decretos 1352 de 2013 y 1072 de 2015, los cuales establecen que estos dictámenes son definitivos salvo prueba en contrario.
- La Corte Constitucional, en la Sentencia T-437 de 2014, subrayó que los dictámenes emitidos por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez gozan de presunción de legalidad y son vinculantes para las partes, salvo que se demuestre con pruebas fehacientes su invalidez, lo que en este caso Allianz no ha hecho.
- En consecuencia, la aseguradora no puede desconocer arbitrariamente el dictamen de la Junta, pues este constituye prueba suficiente para la activación de la cobertura, de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio, que permite la demostración del siniestro incluso por medios extrajudiciales.

2.3. Falta de objeción oportuna por parte de Allianz.

Como lo establece el artículo 1077 del Código de Comercio, la aseguradora tenía la obligación de presentar objeciones válidas y oportunas al dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez. Sin embargo, en el presente caso:

- Allianz no presentó objeción alguna dentro del término legal, lo que implica su aceptación tácita del dictamen y la procedencia de la cobertura del siniestro.
 - Este incumplimiento fue destacado en el fallo de tutela emitido por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Pasto, el cual ordenó a Allianz dar respuesta a la solicitud de indemnización, confirmando la falta de actuación diligente por parte de la aseguradora.
 - La ausencia de objeción en el tiempo procesal oportuno impide que Allianz intente desconocer su obligación de indemnizar, pues permitir lo contrario vulneraría el principio de seguridad jurídica y el derecho del asegurado a la pronta satisfacción de su reclamación.
-



En consecuencia, Allianz debe cumplir con sus obligaciones contractuales y proceder con el pago de la indemnización conforme a la póliza Vida Actual N.º 022962369, ya que no presentó objeciones dentro de los términos establecidos en la ley.

3. Fundamento Jurídico Adicional.

3.1. Principio de buena fe contractual.

Conforme al artículo 1603 del Código Civil, el contrato de seguro debe ejecutarse bajo los principios de buena fe y lealtad recíproca, lo que implica que tanto el asegurado como la aseguradora deben actuar con transparencia y cumplimiento de sus obligaciones contractuales.

Mi poderdante cumplió cabalmente con todos los requisitos establecidos en el contrato de seguro, entre ellos:

- La presentación de su historia clínica, según lo solicitado por Allianz en el proceso de asegurabilidad.
- El sometimiento a los exámenes médicos practicados el 7 de septiembre de 2021 en la IPS Pasto Especialidades, sin que se evidenciaran condiciones que justificaran la exclusión del aseguramiento.
- El proceso de calificación de invalidez, cuyo dictamen emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez determinó una pérdida de capacidad laboral del 69%, superando el umbral exigido por la póliza.
- En consecuencia, Allianz está obligada a cumplir con el contrato de seguro conforme al principio de buena fe, sin alegar de manera extemporánea exclusiones o preexistencias que no fueron objetadas oportunamente ni sustentadas con pruebas fehacientes.

3.2. Carga probatoria de la aseguradora.

Según el artículo 167 del Código General del Proceso, quien alega la exclusión de cobertura por preexistencia tiene la carga de probar que las patologías calificadas tienen relación directa con eventos previos a la vigencia del contrato.

En el presente caso, Allianz no ha aportado evidencia suficiente ni concluyente que demuestre dicha relación, ya que:

- Las patologías que dieron lugar a la invalidez (insuficiencia renal crónica y pérdida de visión) son consecuencia directa de la diabetes, enfermedad diagnosticada después de la entrada en vigor de la póliza, el 28 de octubre de 2021.
-



- La infección urinaria de 2018, mencionada por la aseguradora como preexistencia, fue un evento aislado, tratado y resuelto sin recurrencia ni continuidad médica documentada en las historias clínicas.
- El dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez no establece ninguna relación entre la pérdida de capacidad laboral y eventos médicos anteriores a la vigencia de la póliza.

En consecuencia, Allianz no ha cumplido con su carga probatoria y, por tanto, no puede justificar la negación de la cobertura con base en una preexistencia no demostrada, lo que refuerza la obligación de la aseguradora de reconocer la indemnización conforme a la póliza Vida Actual N.º 022962369.

4. Conclusión.

Por las razones expuestas, se solicita respetuosamente al Honorable Despacho desestimar la excepción relacionada con la aplicación de las condiciones del contrato de seguro, teniendo en cuenta que:

- Mi poderdante cumplió con todos los requisitos establecidos en la póliza, incluyendo la calificación de su pérdida de capacidad laboral por un ente autorizado, conforme a lo dispuesto en los Decretos 1352 de 2013 y 1072 de 2015.
- No existe prueba que demuestre que las patologías calificadas sean preexistentes o estén excluidas de cobertura, ya que la insuficiencia renal crónica y la pérdida de visión fueron consecuencia directa de la diabetes, enfermedad diagnosticada después de la entrada en vigor de la póliza.
- Allianz no presentó objeciones válidas ni cumplió con su carga probatoria para sustentar la exclusión de cobertura, conforme a lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso, el cual impone a la aseguradora la obligación de demostrar que las patologías calificadas tienen relación directa con eventos previos a la vigencia del contrato.

Por lo anterior, se solicita ordenar a Allianz cumplir con sus obligaciones contractuales, reconociendo la cobertura y efectuando el pago correspondiente conforme a la póliza Vida Actual N.º 022962369.

SEXTA EXCEPCIÓN: GENÉRICAS, INNOMINADAS Y OTRAS.

1. Sobre el argumento de la aseguradora. La aseguradora solicita que el Despacho declare cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, incluyendo la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme al **artículo 1081 del Código de Comercio**. Esta solicitud es vaga y carece de fundamento en el caso concreto, como se argumenta a continuación.



2. Respuesta del demandante.

2.1. Sobre las excepciones genéricas e innominadas

- Las excepciones genéricas o innominadas solo pueden ser declaradas si se derivan de hechos probados en el curso del proceso y que tengan fundamento en la Ley. Sin embargo, en este caso no existe hecho probado que sustente una excepción de este tipo.
- Allianz no ha aportado evidencia adicional que respalde la existencia de situaciones que configuren excepciones legales adicionales, limitándose a plantear hipótesis sin sustento probatorio.

2.2. Sobre la prescripción alegada.

2.2.1. Cumplimiento del término para la reclamación.

- El artículo 1081 del Código de Comercio establece que las acciones derivadas de los contratos de seguro prescriben en **dos (2) años**, contados desde el momento en que el interesado tuvo conocimiento del hecho que da lugar a la acción.
- En este caso, el dictamen de la **Junta Regional de Calificación de Invalidez**, que determinó la pérdida de capacidad laboral del señor Diego Andrés López y López, tiene fecha del **13 de septiembre de 2022**. Mi poderdante presentó la reclamación a la aseguradora dentro del término legal.
- Además, el fallo de tutela emitido por el **Juzgado Segundo Civil del Circuito de Pasto** en agosto de 2023 ordenó a Allianz responder a la reclamación, confirmando que esta no estaba prescrita en ese momento.

2.2.2. Interrupción de la prescripción.

- La reclamación presentada por mi poderdante a Allianz interrumpió el término de prescripción, conforme al **artículo 1082 del Código de Comercio**, que señala que la prescripción se suspende desde el momento en que se presenta la reclamación hasta que la aseguradora comunique su decisión.
- Allianz no solo fue notificada de la reclamación de manera oportuna, sino que tampoco objetó la póliza ni el siniestro dentro del término legal, consolidando la obligación de cumplimiento.

3. Fundamento Jurídico Adicional.

3.1. Principio de buena fe contractual.

- Conforme al **artículo 1603 del Código Civil**, las partes están obligadas a ejecutar el contrato de seguro de buena fe. Mi poderdante actuó en todo
-



momento conforme a este principio, presentando su reclamación en tiempo y forma.

3.2. Falta de fundamento para excepciones genéricas.

- Según el **artículo 167 del Código General del Proceso**, quien alega un hecho debe probarlo. Allianz no ha presentado hechos concretos ni pruebas suficientes que respalden la existencia de excepciones genéricas o innominadas en este caso.

3.3. Presunción de legalidad del dictamen de invalidez.

- La **Sentencia T-437 de 2014** reafirma que los dictámenes emitidos por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez son vinculantes y definitivos, salvo prueba en contrario, que en este caso no ha sido aportada.

4. Conclusión.

Por las razones expuestas, se solicita respetuosamente al Honorable Despacho **desestimar la excepción genérica e innominada, incluida la prescripción de la acción**, teniendo en cuenta que:

1. Mi poderdante presentó su reclamación dentro del término legal y conforme a las disposiciones del artículo 1081 del Código de Comercio.
2. La reclamación interrumpió el término de prescripción, conforme al artículo 1082 del Código de Comercio.
3. No existen hechos probados que sustenten excepciones adicionales.

Se solicita, además, ordenar a Allianz proceder al cumplimiento de sus obligaciones contractuales, reconociendo la cobertura y el pago correspondiente conforme a la póliza **Vida Actual N.º 022962369**.

CONTESTACIÓN A LA EXCEPCIÓN SUBSIDIARIA: LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO.

1. **Sobre el argumento de la aseguradora**
La aseguradora alega que, en caso de que el Honorable Despacho considere que la póliza **Vida Actual N.º 022962369** presta cobertura para los hechos objeto del litigio, el pago no podrá exceder el límite del valor asegurado, conforme al **artículo 1079 del Código de Comercio**. Este planteamiento es jurídicamente válido en términos generales, pero no resulta relevante en este caso, dado que el monto reclamado está dentro del límite del valor asegurado.
-



2. Respuesta del demandante.

2.1. El valor asegurado es suficiente para cubrir la obligación.

- Mi poderdante, el señor Diego Andrés López y López, no ha solicitado una indemnización que exceda el límite del valor asegurado en la póliza **Vida Actual N.º 022962369**.
- La póliza estipula de manera clara y expresa el monto asegurado, y el siniestro reclamado se encuentra completamente cubierto dentro de este límite.

2.2. Vinculatoriedad de las condiciones contractuales.

- Tanto el asegurado como la aseguradora están sujetos a las condiciones contractuales pactadas en el contrato de seguro, incluyendo el límite del valor asegurado. En este sentido, mi poderdante no ha solicitado ni busca obtener una indemnización mayor al monto previamente pactado.
- Conforme al principio de ejecución del contrato de buena fe, establecido en el **artículo 1603 del Código Civil**, mi poderdante ha actuado en todo momento respetando las condiciones de la póliza.

3. Fundamento Jurídico Adicional.

3.1. Aplicación del artículo 1079 del Código de Comercio.

- El **artículo 1079 del Código de Comercio** establece que el asegurador no estará obligado a responder por una suma que exceda el límite asegurado. Este principio es reconocido y aceptado en el marco de este litigio, pero no tiene incidencia práctica en este caso, ya que el monto reclamado se encuentra dentro del límite de cobertura.

3.2. Principio de indemnización y ausencia de enriquecimiento sin causa.

- La **Sentencia C-1008 de 2002** de la Corte Constitucional reafirma el principio de indemnización, que busca evitar el enriquecimiento sin causa del asegurado. En este caso, mi poderdante únicamente reclama la cobertura que le corresponde conforme a los términos de la póliza, sin exceder el límite asegurado ni pretender una ganancia indebida.

3.3. Vinculatoriedad del dictamen de invalidez.

- El dictamen de invalidez emitido por la **Junta Regional de Calificación de Invalidez** establece una pérdida de capacidad laboral del **69%**, suficiente para activar la cobertura de la póliza. Este dictamen, conforme a los **Decretos 1352 de 2013** y **1072 de 2015**, tiene carácter vinculante, y la
-



cobertura del seguro debe aplicarse en su totalidad dentro del límite asegurado.

4. Conclusión.

Por las razones expuestas, se solicita respetuosamente al Honorable Despacho **desestimar la excepción subsidiaria**, teniendo en cuenta que:

1. El monto reclamado por mi poderdante se encuentra dentro del límite del valor asegurado establecido en la póliza.
2. No existe fundamento para argumentar un riesgo de exceso en la indemnización, ya que mi poderdante respeta las condiciones contractuales pactadas.
3. El dictamen de invalidez, que es vinculante y suficiente para activar la cobertura, confirma que el siniestro reclamado se encuentra dentro de los parámetros de la póliza.

Se solicita, además, ordenar a Allianz proceder al cumplimiento de sus obligaciones contractuales, reconociendo el pago correspondiente dentro del límite del valor asegurado conforme a la póliza **Vida Actual N.º 022962369**.

CONTESTACIÓN A LA OPOSICIÓN AL DICTAMEN PERICIAL.

1. Sobre el argumento de la aseguradora
La aseguradora sostiene que el dictamen emitido por la **Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño** no cumple con los requisitos del **artículo 226 del Código General del Proceso** para ser considerado prueba pericial y solicita su exclusión como tal. Adicionalmente, pretende abrir una discusión sobre la validez del dictamen dentro de esta jurisdicción, lo cual resulta improcedente y carece de sustento jurídico.

2. Respuesta del demandante.

2.1. Naturaleza del dictamen de invalidez.
El dictamen de la **Junta Regional de Calificación de Invalidez** no es un dictamen pericial privado en los términos del **artículo 226 del Código General del Proceso**, sino un acto administrativo emitido por una autoridad legalmente constituida y adscrita al **Ministerio de Trabajo**. Este dictamen:

1. Tiene carácter vinculante y presunción de legalidad, conforme al **artículo 228 de la Constitución Política** y la **Sentencia C-836 de 2001** de la Corte Constitucional.
-



2. Solo puede ser cuestionado dentro de la **jurisdicción laboral**, conforme al **Decreto 1352 de 2013**, y en este caso, no existe evidencia de que Allianz haya iniciado tal discusión.

2.2. Vinculatoriedad del dictamen de invalidez.

- Según la **Sentencia T-437 de 2014** de la Corte Constitucional, los dictámenes emitidos por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez son vinculantes y definitivos para las aseguradoras, salvo prueba en contrario, que debe ser debatida en la jurisdicción correspondiente.
- **A la fecha**, no existe proceso alguno en la jurisdicción laboral donde se cuestione la validez del dictamen **N.º 10202300094**, por lo que este sigue siendo plenamente válido y vinculante.

2.3. Reconocimiento del fallo de tutela.
El **Juzgado Segundo Civil del Circuito de Pasto**, mediante fallo de tutela en **agosto de 2023**, reconoció los derechos fundamentales de mi poderdante y ordenó a Allianz dar una respuesta a la reclamación presentada. Este fallo:

1. Reconoce el dictamen de invalidez como eje fundamental del contrato de seguro.
2. Reafirma que la aseguradora no cumplió con su obligación de objetar o responder la reclamación dentro del término legal, consolidando su deber de cumplimiento.

Se solicita al Honorable Despacho que el fallo de tutela sea reconocido como prueba documental válida en este proceso, dado que constituye un antecedente relevante que ratifica la validez del dictamen y la obligación de la aseguradora.

3. Rechazo a la oposición del dictamen como prueba.

1. El dictamen **N.º 10202300094** cumple con las condiciones de una **prueba documental** conforme al **artículo 243 del Código General del Proceso**, dado que:
 - Es un documento público emitido por una autoridad competente.
 - Está sustentado en evaluaciones técnicas conforme al **Manual Único de Calificación de Invalidez**.
 - Fue notificado oportunamente a las partes interesadas, incluyendo a Allianz.
 2. La oposición de Allianz carece de fundamento, ya que:
 - No ha iniciado un proceso en la jurisdicción laboral para cuestionar la validez del dictamen.
 - No ha aportado pruebas que demuestren irregularidades en la emisión del dictamen.
-



4. Sobre la solicitud subsidiaria de interrogatorio.
En caso de que el Despacho considere pertinente el interrogatorio de los integrantes de la Junta Regional de Calificación de Invalidez, se solicita:

1. Limitar dicho interrogatorio a aclaraciones técnicas sobre el dictamen, sin abrir discusiones sobre su validez legal, que corresponde exclusivamente a la jurisdicción laboral.
2. Garantizar que las preguntas planteadas por Allianz sean pertinentes y relevantes, evitando desviar la atención del objeto principal del proceso.

5. Fundamento Jurídico Adicional.

5.1. Jurisdicción laboral como foro adecuado para cuestionar el dictamen.

- Según el **Decreto 1352 de 2013**, los dictámenes de las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez solo pueden ser cuestionados mediante un proceso en la **jurisdicción laboral**, y no en la jurisdicción civil ordinaria.

5.2. Presunción de legalidad del dictamen.

- La **Sentencia C-836 de 2001** establece que los actos administrativos, como el dictamen en cuestión, gozan de presunción de legalidad, salvo prueba en contrario que desvirtúe su validez.

5.3. Cumplimiento de la buena fe contractual.

- Conforme al **artículo 1603 del Código Civil**, mi poderdante ha actuado bajo los principios de buena fe, presentando su reclamación dentro del término legal y aportando pruebas válidas que sustentan su derecho a la cobertura.

6. Conclusión.

Por lo anterior, se solicita respetuosamente al Honorable Despacho:

1. **Reconocer el dictamen N.º 10202300094** como prueba documental válida y vinculante, en virtud de su naturaleza de acto administrativo y conforme a la normativa vigente.
 2. **Rechazar la oposición presentada por Allianz**, dado que carece de fundamento legal y no ha iniciado las acciones pertinentes en la jurisdicción laboral.
 3. **Tener como prueba el fallo de tutela emitido por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Pasto**, que reafirma la validez del dictamen y la obligación de la aseguradora de responder la reclamación.
-



En caso de aceptar la solicitud subsidiaria de interrogatorio, se solicita limitarla exclusivamente a aspectos técnicos o aclaratorios del dictamen, garantizando el respeto al debido proceso.

CONTESTACIÓN AL PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE.

1. Documentales.

Se acepta la solicitud de pruebas documentales anunciadas por la parte demandada, siempre que sean pertinentes al objeto del proceso y cumplan con los requisitos establecidos en el **artículo 168 del Código General del Proceso**. Sin embargo, se realizan las siguientes precisiones:

1. La **Póliza de Seguro Vida ActuAll No. 022962369/0**, con sus clausulados generales y particulares, ya ha sido reconocida y no existe controversia sobre su existencia.
2. Respecto a las solicitudes de derechos de petición dirigidas a Nueva EPS, Medimás EPS y la Junta Regional de Calificación de Invalidez, estas deben estar debidamente acreditadas con constancias de radicación y respuesta, si las hubiere.
3. La parte demandada debe aclarar cuál es la relación directa entre los fragmentos de historia clínica solicitados y los hechos relevantes al proceso, especialmente considerando que:
 - o El dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez ya estableció que las patologías evaluadas corresponden a hechos médicos posteriores a la vigencia de la póliza.
 - o El fallo de tutela del **Juzgado Segundo Civil del Circuito de Pasto (2023)** ordenó que Allianz respondiera a la reclamación basada en este dictamen.

2. Interrogatorio de Parte.

Se acepta la solicitud de interrogatorio a la parte demandante, señor **Diego Andrés López y López**, siempre que las preguntas se limiten a los hechos materia del proceso y no resulten impertinentes o ajenas a los puntos controvertidos.

Se solicita que el cuestionario anunciado por la parte demandada sea presentado con suficiente antelación para garantizar el derecho de defensa y contradicción.

3. Declaración de Parte.

La solicitud de citación del representante legal de **Allianz Seguros de Vida S.A.** resulta procedente conforme al **artículo 198 del Código General del Proceso**, pero debe observarse que:



1. La declaración debe enfocarse en la naturaleza, alcance y condiciones de la póliza, así como en las acciones u omisiones de la aseguradora durante el proceso precontractual y la posterior reclamación.
2. Cualquier pregunta que busque reabrir el análisis del dictamen de invalidez debe ser considerada improcedente, ya que esta discusión corresponde a la jurisdicción laboral.

4. Testimoniales.

Se acepta la práctica del testimonio de la Dra. **Darlyn Muñoz Nieves**, siempre que sus declaraciones se limiten a la interpretación técnica del contrato de seguro y no busquen emitir juicios de valor sobre la validez del dictamen de invalidez, materia que no le compete.

5. Exhibición de Documentos.

Respecto a las solicitudes de exhibición de documentos, se hacen las siguientes observaciones:

5.1. Historia clínica del señor Diego Andrés López y López.

- La historia clínica completa ya fue revisada y calificada por la **Junta Regional de Calificación de Invalidez**, y su dictamen goza de presunción de legalidad y vinculatoriedad.
- La exhibición de este documento debe limitarse estrictamente a hechos relacionados con las patologías evaluadas en el dictamen y no debe invadir el derecho fundamental a la intimidad del demandante.

5.2. Información adicional solicitada a la Junta Regional de Calificación de Invalidez.

- Esta información ya fue debidamente utilizada para emitir el dictamen de invalidez. La solicitud de nuevos documentos podría considerarse una maniobra dilatoria e improcedente, ya que no existe controversia sobre la validez del dictamen en la jurisdicción laboral.

6. Oficios.

Se acepta el envío de oficios a **Nueva EPS, Medimás EPS y la Junta Regional de Calificación de Invalidez** para que aporten los documentos solicitados. Sin embargo, se debe tener en cuenta:

1. Estos documentos deben ser relevantes y directamente relacionados con los hechos materia de la controversia.
-



2. En el caso de la historia clínica, la solicitud debe garantizar la confidencialidad y limitarse a las patologías calificadas en el dictamen.

7. Dictamen Pericial.

Respecto al dictamen pericial propuesto por la parte demandada, se hace énfasis en lo siguiente:

1. El dictamen anunciado pretende demostrar la importancia de las patologías omitidas en la declaración de asegurabilidad. Sin embargo:
 - La historia clínica presentada para el proceso de calificación de invalidez ya incluye todos los hechos médicos pertinentes, como lo reconoce el dictamen N.º 10202300094.
 - La vinculatoriedad del dictamen no depende de un nuevo análisis técnico, sino de su validez conforme a la normatividad vigente y la ausencia de cuestionamientos en la jurisdicción laboral.
2. El dictamen debe respetar las limitaciones del proceso y no buscar reabrir discusiones sobre la legalidad del dictamen de invalidez, que corresponde exclusivamente a la jurisdicción laboral.

8. Incorporación del fallo de tutela.

Se solicita al Honorable Despacho que el **fallo de tutela proferido por el Juzgado Segundo Civil del Circuito de Pasto** sea tenido como prueba documental dentro del proceso, ya que este reafirma:

1. La obligación de Allianz de responder oportunamente a la reclamación presentada.
2. La validez del dictamen de invalidez como fundamento del contrato de seguro.

9. Conclusión.

Por las razones expuestas, se solicita al Honorable Despacho:

1. Admitir las pruebas solicitadas por la parte demandada, con las limitaciones señaladas en este escrito.
 2. Reconocer el fallo de tutela como prueba documental válida y vinculante en el proceso.
 3. Garantizar que las pruebas solicitadas no vulneren los derechos fundamentales del demandante ni sean utilizadas como una estrategia dilatoria.
-



PRONUNCIAMIENTO A LA OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO PROPUESTO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA.

1. Contexto Legal del Juramento Estimatorio.

El artículo 206 del Código General del Proceso establece que el juramento estimatorio es un medio probatorio válido para acreditar la cuantía de las pretensiones indemnizatorias, en ausencia de otras pruebas directas que precisen el monto del daño reclamado. Este recurso se funda en el principio de buena fe y tiene como objetivo garantizar la efectividad del derecho sustancial de quien demanda.

El juramento estimatorio presentado por el señor **Diego Andrés López y López** cumple con las exigencias normativas y representa una declaración bajo gravedad de juramento que no ha sido desvirtuada con argumentos de peso por la parte demandada.

2. Inadmisibilidad de la Objeción por Falta de Fundamento Jurídico.

La objeción al juramento estimatorio presentada por Allianz se basa principalmente en un alegato de **reticencia** en la etapa precontractual, pero:

- **No se ha demostrado que la supuesta reticencia haya sido debidamente probada en el proceso.**
 - La aseguradora no objetó la póliza dentro de los términos establecidos en el artículo 1058 del Código de Comercio, dejando vencer el tiempo para controvertir la validez del contrato.
 - El dictamen de invalidez de la **Junta Regional de Calificación de Invalidez**, que fundamenta la reclamación, ha sido emitido conforme a la normativa aplicable y no ha sido cuestionado en la jurisdicción laboral, la única instancia competente para controvertir su contenido.
- **La relevancia del juramento estimatorio no depende de los argumentos de reticencia.**
 - La cuantificación del daño deriva de las obligaciones contractuales pactadas en la póliza y del porcentaje de pérdida de capacidad laboral determinado por la Junta Regional.

3. Validez y Presunción de Buena Fe del Juramento Estimatorio.

El juramento estimatorio tiene una presunción de buena fe, como lo ha reconocido la jurisprudencia colombiana:

- En el caso del señor **Diego Andrés López y López**, el monto estimado corresponde al valor asegurado en la póliza, que fue suscrita y aceptada por Allianz tras realizar un proceso de evaluación de asegurabilidad.
 - El fallo de tutela proferido por el **Juzgado Segundo Civil del Circuito de Pasto** (2023) confirmó que el dictamen de invalidez es el eje fundamental
-



para activar la cobertura de la póliza y, en consecuencia, las pretensiones económicas del demandante están debidamente fundamentadas.

4. Argumentos para Desestimar la Objeción.

1. El dictamen de invalidez y la relación contractual:

- El dictamen de la Junta Regional de Calificación de Invalidez determinó una pérdida de capacidad laboral del 69%, superando el umbral del 50% requerido por la póliza.
- Este documento es vinculante y suficiente para acreditar la realización del siniestro, de acuerdo con el Decreto 1352 de 2013 y el Decreto 1072 de 2015.

2. Ausencia de cuestionamientos válidos:

- La parte demandada no ha presentado pruebas que desvirtúen la legalidad del dictamen ni la relación causal entre las patologías calificadas y la pérdida de capacidad laboral.
- La objeción al juramento estimatorio no aborda la cuantificación de la reclamación, sino que intenta reabrir discusiones relacionadas con la validez del contrato, lo cual es improcedente.

3. El principio de buena fe prevalece:

- El señor López actuó con buena fe al presentar su reclamación, respaldándola con documentos legales y técnicos que demuestran su incapacidad total y permanente.
- El juramento estimatorio es un reflejo de la cuantificación de sus derechos derivados del contrato, basado en la suma asegurada pactada en la póliza.

5. Incorporación del Fallo de Tutela.

Se solicita al Honorable Despacho tener en cuenta el fallo de tutela emitido por el **Juzgado Segundo Civil del Circuito de Pasto**, que estableció que:

- Allianz debía responder oportunamente a la reclamación basada en el dictamen de invalidez.
- Este dictamen es el fundamento principal del contrato de seguro y, por ende, de las pretensiones del demandante.

6. Conclusión.

Por las razones expuestas, se solicita respetuosamente al Honorable Despacho:

1. **Desestimar la objeción al juramento estimatorio**, dado que no se ha desvirtuado la presunción de buena fe ni la relación contractual entre las partes.
-



2. **Reconocer la validez del juramento estimatorio presentado por el señor Diego Andrés López y López** como medio probatorio para cuantificar sus pretensiones.
3. **Ordenar que el juramento estimatorio sea tenido en cuenta como prueba suficiente de la indemnización reclamada**, salvo que se presenten pruebas directas que demuestren su improcedencia, lo cual no ha ocurrido en este caso.

ANEXOS:

1. Pantallazos fechados el 3 y 7 de septiembre de 2021, suscritos por los corredores de seguros Martín Pastas y Nancy Belalcázar, en representación de Allianz, en los cuales:
 - Se manifiesta expresamente que no se requiere la historia clínica de SaludCoop y Medimás, indicando que únicamente era necesaria la historia clínica de la Nueva EPS para evaluar la asegurabilidad de mi poderdante.
 - Se evidencia que los agentes de seguros programaron una cita en la IPS Pasto Especialidades para que el señor López Guerrero se realizara:
 - Exámenes de laboratorio.
 - Electrocardiograma.
 - Examen médico presencial.

Estos documentos **constituyen prueba clara y objetiva** de que **Allianz tuvo pleno conocimiento del estado de salud del asegurado antes de la emisión de la póliza**, aprobando el aseguramiento con base en la documentación y exámenes médicos requeridos en ese momento.

2. Exámenes médicos realizados por la IPS PASTO ESPECIALIDADES en fecha 07 de septiembre del año 2021.

SOLICITUD DE DOCUMENTOS EN PODER DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA;

- Respetuosamente, solicito al Honorable Juez ordenar a Allianz que aporte al expediente copia de los exámenes médicos practicados al señor López Guerrero en la IPS Pasto Especialidades el día 7 de septiembre de 2021.

Dichos exámenes fueron pagados por la aseguradora como parte del proceso de evaluación previa para la expedición de la póliza, lo que demuestra su conocimiento sobre el estado de salud del asegurado en el momento de la suscripción del contrato.

JAIME ALEXANDER CAICEDO BURBANO.
C.C. 87.065.615 de Pasto (N).
T.P. 348.237 del C.S. de la J.
ABOGADO ESPECIALISTA.



SOLICITUD PRUEBAS DE OFICIO:

SOLICITO al Honorable Despacho que se **OFICIE** a la **IPS PASTO ESPECIALIDADES**, con el propósito de que remita copia de los exámenes médicos practicados al señor López Guerrero el día 7 de septiembre de 2021.

Dichos exámenes fueron pagados por Allianz, evidenciando que la aseguradora realizó esta actuación como parte del proceso de evaluación previa para la expedición de la póliza de seguro, lo que demuestra su conocimiento sobre el estado de salud del asegurado en el momento de la suscripción del contrato.

Del señor Juez,

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is stylized and appears to read 'Jaime Alexander Caicedo Burbano'.

JAIME ALEXANDER CAICEDO BURBANO.
C.C. 87.065.615 de Pasto (N).
T.P. 348.237 del C.S. de la J.
