

Señores

JUZGADO QUINTO (5º) CIVIL MUNICIPAL DE MANIZALES

E. S. D.

REFERENCIA: NULIDAD RELATIVA DE CONTRATO DE SEGURO

RADICADO: 17001-40-03-005-2024-00417-00

DEMANDANTE: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO

DEMANDADOS: ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO

ASUNTO: DESCORRE EXCEPCIONES

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA mayor de edad, vecino y residente en la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de representante legal de la sociedad **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**, identificada con **NIT. No. 900.701.533-7** sociedad que obra en este proceso como apoderada judicial de **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO**, sociedad identificada con el NIT. 830.008.686-1, me dirijo respetuosamente a su Despacho con el fin de pronunciarme frente a la EXCEPCIONES propuestas por el apoderado judicial de la señora ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO, en el escrito de contestación de la demanda, solicitando desde ya se desestimen por falta de sustento jurídico.

I. OPORTUNIDAD DEL PRONUNCIAMIENTO

Su señoría se debe indicar que la parte demandada el día 03 de septiembre de 2024 procedió a dar contestación de la demanda a través de escrito del cual corrió traslado a mi representada a través de mensaje de datos enviado por correo electrónico, de tal suerte que de conformidad con lo estipulado en el parágrafo del artículo 9 de la ley 2213 de 2022 la notificación se entenderá surtida una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje y los términos empezarán a contarse cuando el iniciador recepcione acuse de recibo o se pueda por otro medio constatar el acceso del destinatario al mensaje. Así las cosas, la notificación a mi mandante se entendió realizada el 5 de septiembre de 2024 y los términos para hacer uso de los medios defensivos con los que cuentan empiezan a correr desde el 6 de septiembre, por ende, el término de 5 días para descorrer el traslado de las excepciones de mérito tal como dispone el artículo 370 del CGP se extiende hasta el 12 de septiembre de 2024 y por lo tanto este memorial se presenta oportunamente.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS EXCEPCIONES.

Lla parte demandada en el presente asunto propuso las excepciones que a continuación se enuncian:

- Inexistencia de vicios en la declaración de estado de riesgo del contrato de seguro
- Inexistencia de reticencia ni preexistencia del contrato de seguro
- Inexistencia de mala fe manifiesta
- Inexistencia de exclusiones contenidas en la póliza de seguro en relación con los diagnósticos
- Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro
- Presunción de legalidad del dictamen de la junta nacional de calificación de invalidez
- Compensación
- Ecuménica

Frente a estas excepciones debemos señalar lo siguiente: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO, contrario a lo que alega la parte demandada en las excepciones propuestas, no tenía ninguna obligación legal de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro, pues está en cabeza del asegurado declarar sinceramente el estado del riesgo, en este caso declarar fidedignamente el estado de salud de quien sería asegurada en el mentado negocio aseguraticio.

Tan es así que, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación legal de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Así mismo, la jurisprudencia y la doctrina más reconocida en la materia, han señalado que la exigencia de estos exámenes no es compatible con el principio de buena fe, pues en atención a este, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, informando a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que estas últimas están asegurando.

Ejemplo de lo anterior se encuentra en lo señalado por el artículo 1158 del Código de Comercio, el cual sin lugar a una interpretación distinta indica que el asegurado debe cumplir con la carga de la buena fe y lealtad, e informar a la compañía aseguradora de todos los aspectos que conforman el riesgo traslado, de no hacerlo serán aplicables las sanciones previstas en el artículo 1058 del Código de Comercio, veamos:

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

Lo anterior está respaldado incluso por la Corte Constitucional, la cual, en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, con ponencia del magistrado Alexander Guillermo Guerrero Pérez, indicó lo siguiente:

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

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

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

En el mismo sentido podemos encontrar lo dicho por la doctrina especializada en la materia, la cual se ha pronunciado sobre el asunto en los siguientes términos:

“(…) Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho

por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe (...)"

Ahora bien, debe también señalarse que contrario lo manifestado por la parte demandada en el asunto de la referencia, no es necesaria la acreditación de la mala fe como requisito para alegar la reticencia del contrato de seguro, esto, pues, la legislación en materia comercial aplicable al asunto de la referencia, ha indicado que para declarar la nulidad del contrato de seguro la carga de la prueba se encuentra en demostrar los siguientes elementos: (i) que el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinaban el estado del riesgo y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora e hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, pues como se ve ninguna obligación existe para el asegurador de demostrar la mala fe del asegurado. Frente a este tema, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, con ponencia del Magistrado Fernando Giraldo Gutiérrez, indicó lo siguiente:

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

Contrario a lo manifestado por la parte demandada, lo que impera realmente en la relación contractual derivada del contrato de seguro, es el principio de buena fe, como un imperativo que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Así lo señaló la Corte Constitucional en la Sentencia C-232 de 1997, en la cual se estudió la constitucionalidad del artículo 1058 del Código de Comercio, veamos:

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

Siguiendo esta línea argumentativa, es menester indicar que para que proceda la declaración de nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia tampoco es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el asegurado omitió informar, sean la causa de la incapacidad total y permanente de la demandada Elsa Lorena Aguirre Castro, pues se itera que la sanción de la nulidad del contrato de seguro deviene de la falta del deber de declarar sinceramente el estado del riesgo, por lo tanto y como respaldo de dicha tesis es pertinente hacer referencia nuevamente a la sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, la cual expuso de manera clara lo siguiente:

“(…) Séptima. - Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto. En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación

asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

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

Véase pues que, al estudiar la exequibilidad del artículo 1058 del Código de Comercio, la Corte Constitucional, indicó que para anular el contrato de seguro, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el hecho que desencadenaría el siniestro (muerte o incapacidad) y enfermedad no declarada, toda vez que lo que realmente se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual, es decir, únicamente debe probarse que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que creyó estar asegurando la compañía. Pero, aun así, lo cierto es que dentro de las deficiencias que permitieron que el ente calificador fijara los índices para determinar el porcentaje final de pérdida de capacidad laboral de la asegurada señora Aguirre Castro, se incluyeron las derivadas con una "Ptosis palpebral, pupila descubierta", "disfunción de una extremidad superior por alteración del SNC" y "trastornos del humor". Esto quiere decir, que tanto la enfermedad neuromuscular denominada Miastenia Gravis y los episodios depresivos, fueron patologías tenidas en cuenta por la Junta Nacional para calificar a la señora ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO con una disminución de su capacidad laboral superior al cincuenta por ciento (50%) y esos diagnósticos pese a que la asegurada los conocía con anterioridad a la suscripción de la declaración de asegurabilidad no fueron puestos en conocimiento de mi mandante, quien de haberlos conocido se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro.

Ahora, frente a los argumentos expuestos por la parte demandada con los cuales pretende atribuir a este extremo accionante una carga de probar que las enfermedades diagnosticadas a la señora ELSA LORENA AGUIRRE CASTRO, hacen parte de las exclusiones pactadas en la póliza cuya nulidad de solicita, este argumento debe ser rechazado de plano, pues ni siquiera fue expuesto así en la demanda; es decir, lo que se alega realmente en el presente asunto es la nulidad relativa del contrato de seguro por la reticencia de la señora Aguirre Castro, y no si las patologías con las que fue diagnosticadas hacen parte de las exclusiones de la póliza, aceptar estos argumentos sería desviar por completo el debate planteado desde el libelo de la demanda, pues se itera que no se está tratando de aplicar exclusiones del seguro sino que se pretende la declaratoria de nulidad del mismo negocio jurídico.

Similar destino debe tener la excepción planteada respecto a la presunción de legalidad del dictamen de pérdida de capacidad laboral dictado por la junta nacional de calificación de invalidez, empero, esto no es objeto del litigio, y en ningún momento se ha planteado o se pretende desconocer o restarle validez a dicho dictamen, muy por el contrario, con el mismo se puede establecer y acreditar los antecedentes de la señora Elsa Lorena Aguirre Castro, y las preexistencias que esta tenía incluso previo a la suscripción de la póliza y que teniendo la obligación de declararlas no lo hizo.

Finalmente, y frente a la compensación alegada como excepción, debe decirse que mi representada **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**, tiene la facultad de retener la primera a título de pena como consecuencia de la declaratoria de la reticencia del contrato de seguro, esto es así, en los términos del artículo 1059 del Código de Comercio, luego no existe ninguna suma adeudada por mi representada que pueda ser compensada en el presente litigio.

Igualmente, la excepción de prescripción está llamada al fracaso en la medida en que, se plantea dicha defensa de manera genérica, sin establecer extremos temporales como mandatoriamente se exige para que se abra paso dicha defensa pero además de ninguna manera ha operado el fenómeno extintivo porque, primero ni siquiera transcurrió más de 5 años desde la celebración del contrato de seguro hasta la interposición de la demanda (además que no puede soslayarse en la suspensión de términos generados por la solicitud de conciliación extrajudicial e incluso los 3 meses y 15 días que duro la suspensión por la emergencia sanitaria del covid 19), es decir no operó la prescripción por la senda extraordinaria y segundo no se configura la prescripción ordinaria porque no transcurrió más de dos años desde el momento en que mi representada se enteró de las omisiones en que había incurrido la señora Aguirre al declarar su estado de salud y la fecha de radicación de la demanda. Por ende, lo cierto es que la demanda se propuso dentro del término de ley y la defensa de la parte pasiva no tiene fundamento alguno para frustrar las pretensiones.

III. SOLICITUDES PROBATORIAS

Como oposición a las excepciones planteadas por la parte demandada en el asunto de la referencia, y en virtud de lo dispuestos en el artículo 370 del Código General del Proceso, me permito elevar ante el Despacho las siguientes solicitudes probatorias:

1. DOCUMENTAL

- 1.1. Derechos de petición remitidos a **NEUROLOGIA INTEGRAL DE CALDAS SAS** y **PLENAMENTE SALUD INTEGRAL IPS** con su respectiva constancia de radicación, a fin de obtener la historia clínica completa de la señora Elsa Lorena Aguirre.

2. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 2.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **NEUROLOGIA INTEGRAL DE CALDAS SAS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora **ELSA LORENA AGUIRRE** identificada con CC No. 30.400.735 correspondiente al periodo que va desde el año 2015 hasta el año 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora Aguirre de conformidad con la historia clínica parcial que obra en el expediente.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Elsa Aguirre sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad, asimismo servir como soporte para la elaboración de la prueba pericial más adelante enunciada. La entidad **NEUROLOGIA INTEGRAL DE CALDAS SAS** puede ser notificada en el Edificio Multiplaza Carrera 21#64A-33 piso 2 Oficina 512 en la ciudad de Manizales, y a través del correo electrónico programacion@neurologiaintegraldecaldas.com y programacionnic@gmail.com

- 2.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **PLENAMENTE SALUD INTEGRAL IPS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora **ELSA LORENA AGUIRRE** identificada con CC No. 30.400.735 correspondiente al periodo que va desde el año 2015 hasta el año 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora Aguirre de conformidad con la historia clínica parcial que obra en el expediente.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Elsa Aguirre sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad, asimismo servir como soporte para la elaboración de la prueba pericial más adelante enunciada. La entidad **PLENAMENTE SALUD INTEGRAL IPS** puede ser notificada en Calle 65 # 23B - 79, Av Lindsay / Manizales - Caldas y a través del correo electrónico info@plenamenteips.com y areajuridica@plenamenteips.com

3. OFICIOS

- 3.1. Comendidamente ruego se oficie a **NEUROLOGIA INTEGRAL DE CALDAS SAS**, para que en la oportunidad procesal pertinente, allegue a este proceso copia íntegra de la Historia Clínica de la señora ELSA LORENA AGUIRRE identificada con CC No. 30.400.735 correspondiente al periodo que va desde el año 2015 hasta el año 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora Aguirre de conformidad con la historia clínica parcial que obra en el expediente.

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

El propósito de esta solicitud probatoria es obtener dichos documentos, para evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Elsa Aguirre sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad, asimismo servir como soporte para la elaboración de la prueba pericial más adelante enunciada. La entidad **NEUROLOGIA INTEGRAL DE CALDAS SAS** puede ser notificada en el Edificio Multiplaza Carrera 21#64A-33 piso 2 Oficina 512 en la ciudad de Manizales, y a través del correo electrónico programacion@neurologiaintegraldecaldas.com y programacionnic@gmail.com

- 3.2. Comendidamente ruego se oficie a **PLENAMENTE SALUD INTEGRAL IPS**, para que en la oportunidad procesal pertinente, allegue a este proceso copia íntegra de la Historia Clínica de la señora ELSA LORENA AGUIRRE identificada con CC No. 30.400.735 correspondiente al periodo que va desde el año 2015 hasta el año 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió la señora Aguirre de conformidad con la historia clínica parcial que obra en el expediente.

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

El propósito de esta solicitud probatoria es obtener dichos documentos, para evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Elsa Aguirre sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad, asimismo servir como soporte para la elaboración de la prueba pericial más adelante enunciada. La entidad **PLENAMENTE SALUD INTEGRAL IPS** puede ser notificada en Calle 65 # 23B - 79, Av Lindsay / Manizales - Caldas y a través del correo electrónico info@plenamenteips.com y areajuridica@plenamenteips.com

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

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: **(i)** que de haber conocido **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC.**, las patologías de la señora Elsa Lorena Aguirre, se hubiera retraído de otorgar el amparo, o por lo menos le hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar la señora Aguirre eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

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

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita al H. Despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas (PORVENIR, EPS SURAMERICANA, JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE CALDA, JUNTA NACIONAL DE

CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, NEUROLOGIA INTEGRAL DE CALDAS SAS y, PLENAMENTE SALUD INTEGRAL IPS) aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica de la señora Aguirre. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo, por ende, como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de salud mencionadas pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

IV. SOLICITUD ESPECIAL

Conforme a los argumentos expuestos en precedencia, y a las pruebas solicitadas, respetuosamente solicito al honorable Despacho que se declaren por no probadas y por tanto en momento de definir el fondo del asunto se descarten todas y cada una de las excepciones propuestas por la parte demandada.

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

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