

Señores:

**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA -
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES**

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

DEMANDANTE: SIGIFREDO JOSÉ OLIVEROS CAMPO

DEMANDADO: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA -
BANCO GNB SUDAMERIS.

EXPEDIENTE: 2023-4293

RADICACIÓN: 2023095235

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA E.C.**, entidad aseguradora dedicada a los seguros generales, organizada como cooperativa, que tiene el carácter de institución auxiliar del cooperativismo, sin ánimo de lucro, sometida al Control y Vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, conforme al poder adjunto. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, me permito presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por el señor **SIGIFREDO JOSÉ OLIVEROS CAMPO** en contra de mi representada, manifestando desde ahora que me opongo a las pretensiones del Demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPÍTULO I

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO 1: No me consta lo enunciado en este hecho, por cuanto hace referencia a la existencia de un crédito con la entidad Banco GNB Sudameris desde el año 2017, reconocemos que existe una relación contractual entre el demandante y el banco, sin embargo la Honorable Superintendencia debe considerar que la Entidad Bancaria es una persona jurídica distinta de mi representada, por lo que anunció que no me consta cuáles fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Por esta razón, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 2: No me consta lo enunciado en este hecho. Sin embargo, desde este momento, advierto que la póliza de seguro de vida grupo deudor emitida por nuestra entidad no podrá ser afectada en atención a que, nos encontramos ante una falta de cobertura temporal, pues, la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad al perfeccionamiento del contrato de seguro; existe una falta de cobertura material al estar ante un riesgo expresamente excluido de amparo, consistente en que no se procederá con pago alguno cuando el evento generador de la incapacidad total y permanente se haya producido con anterioridad a la fecha de celebración del contrato, lo cual ocurre en el presente caso; y se configuró la nulidad relativa del contrato, por cuanto la asegurada fue reticente en la declaración del riesgo.

Resumen de información clínica:

Optometría 03-09-2018. Paciente acude a consulta por disminución de la visión OI. Antecedentes: Diabético insulino dependiente, HTO controlado ultima glice. Agudeza visual con corrección: OD: 20/70. OI: PPL. Dx: Astigmatismo OD, presbicia AO, catarata AO. Folio 13.

Optometría 28-10-2019. Paciente acude a consulta por disminución de la visión en AO una con cirugía y sesiones de laser. Agudeza visual con corrección: OD: CD. OI: NPL?. Dx: Presbicia, catarata senil nuclear. Folio 19.

Optometría 16-12-2019. Agudeza visual con corrección: OD: Cuentadados. OI: NPL. Dx: Presbicia. Folio 39.

Oftalmología 16-12-2019. Paciente con antecedente pseudofaquia ojo derecho agosto 2018 y posterior realizan desprendimiento de retina mayo 2019, con posterior pérdida de agudeza visual. Niega trauma ocular. Optometría 16-12-2019: OD: CD NM. OI: NPL. Dx: Catarata no especificada, retinopatía diabética (E10-E14? Con cuarto carácter común .3). Folios 39-40.

Oftalmología 30-01-2020. Valoración anestésica. Diagnóstico: Catarata OD. Ap: Diabetes tratamiento lantus antes de cada comida...HTA en tratamiento con enalapril...Antecedentes quirúrgicos: Traqueostomía por trauma – EECC + LIO...Dx: Hipertensión esencial (Primaria), catarata no especificada, diabetes mellitus no insulino dependiente sin mención de complicación. Folios 20-21.

Oftalmología 21-04-2020. Paciente masculino de 58 años de edad quien acude a consulta, refiere escotoma central en ojo valiosos de 20 días de evolución, asocia disminución de visión de 6 días de evolución. Antecedente de cirugía de catarata de OD 18 de febrero de 2020; DM2 diagnostico hace 18 años en tratamiento con insulina, pseudofaquia de OI, desprendimiento de retina de OI 2019, ojo único OD. 2018, agudeza visual. OD: MM. OI: NPL. Dx: Retinopatía diabética (E10-E14? Con cuarto carácter común .3) AO, hemorragia del vítreo OD, ceguera de un ojo OI, visión subnormal de un ojo OD. Folios 43-44.

Optometría 04-05-2020. Agudeza visual con corrección: OD: MM. OI: NPL. Folio 45.

Como consta en la documental que reposa en el expediente, Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., frente a la causa que nos ocupa expidió únicamente el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000002, cuyo tomador es el Banco GNB Sudameris y asegurado el señor Sigifredo José Oliveros Campo, con una vigencia comprendida desde el 12 de agosto de 2020 y el 30 de septiembre de 2021. A través de dicho contrato se amparó el riesgo de *vida básico*, dentro del cual se consagra, la muerte, la incapacidad total y permanente, entre otros. No obstante, la póliza de seguro en cuestión establece claramente que la cobertura de incapacidad total y permanente (ITP) no se aplica a eventos que hayan ocurrido con anterioridad a la fecha de celebración del contrato.

Dado que el dictamen de pérdida de capacidad laboral se emitió después de que la vigencia de la póliza había finalizado (el 30 de septiembre de 2021), la temporalidad de la cobertura no es aplicable. El principio de temporalidad en los seguros impide que se otorgue cobertura a situaciones que ocurrieron fuera del período de vigencia de la póliza, y en este caso, el seguro ya no estaba en vigencia cuando se emitió el dictamen.

Además, la póliza excluye expresamente situaciones en las que el evento generador de la incapacidad total y permanente ocurrió antes de la fecha de celebración del contrato. Esto significa que, independientemente de la fecha de emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral, el seguro no cubre eventos que hayan tenido lugar antes de que el contrato entrará en vigencia. Por

lo tanto, no se pueden hacer reclamos de cobertura basados en un evento que se originó antes de la fecha del contrato de seguro.

La nulidad del contrato de seguro también es un aspecto fundamental en este caso. El asegurado, en este caso, el señor Sigifredo José Oliveros Campo, fue reticente en la declaración de su estado de salud al suscribir el certificado individual de seguro de vida grupo deudores el 14 de agosto de 2020. No proporcionó información precisa y completa sobre sus condiciones médicas preexistentes, como la Diabetes Mellitus Tipo 2 y la hipertensión esencial, que eran relevantes para la evaluación del riesgo por parte de la aseguradora. De acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, esta reticencia puede dar lugar a la nulidad del contrato de seguro. Si la aseguradora hubiera tenido conocimiento de estos diagnósticos previos, es probable que hubiera rechazado el contrato o habría establecido condiciones más onerosas. Por lo tanto, la nulidad del contrato se sustenta en la falta de información veraz proporcionada por el asegurado.

☐ CC ☐ CE ☒ NIT No. 860.050.750-1

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

TIPO DE DOCUMENTO ☒ CC ☐ CE ☐ TI No. 19437569	PRIMER APELLIDO Oliveros	SEGUNDO APELLIDO Campo	PRIMER NOMBRE Sigifredo	SEGUNDO NOMBRE Jose
DIRECCIÓN DOMICILIO PZ D Casa 33	TELÉFONO FIJO / CELULAR 3015546411	CUIDAD / MUNICIPIO Santa Marta	DEPARTAMENTO Magdalena	
CORREO ELECTRÓNICO Sigifredo.oliveros569@asur.gov.co	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Santa Marta 15/05/1961	DÍA 15	MES 05	AÑO 1961
OCCUPACIÓN DETALLADA ☐ Empleado ☒ Pensionado ☐ Ama de casa ☒ Por servicio ☐ Por edad ☐ Por invalidez ☐ Por sustitución	GÉNERO M			
ESTATURA 1.70				

La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado. En caso de riesgos subsecuentes o agravados por salud, actividad o deportes, se aplicarán las respectivas extras primas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insólito de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito. El valor máximo asegurado es el equivalente a \$300.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de Aseguradora Solidaria de Colombia.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)
Cáncer		☒	Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos		☒	Na
Insuficiencia renal		☒	Hipertensión arterial		☒	
Accidente cerebro vascular		☒	Diabetes mellitus		☒	
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent		☒	Enfermedades mentales		☒	Na

¿El cliente requiere remisión médica? ☐ SI ☒ NO

Si su respuesta es "SI", indique: ☐ Por edad y monto ☐ Por enfermedad declarada ☐ Por extraprima anterior

En caso de "No", indique: ☐ Clínica hipertensión (hasta 40 millones) ☐ Enfermedad con extraprima automática (hasta 60 millones) ☒ No declara ninguna enfermedad

REVISADO POR LOS ABOGADOS DE ALIVIO ENEMERIDAD Y BENTA DE IIBDE DESTINACIÓN BND EAI I ECIPIENTO

1

Documento: Declaración de asegurabilidad póliza Aseguradora Solidaria, con fecha 14/08/2020

DECLARACIONES - FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

- No poseo pólizas de seguro vigentes con extra primas.
- No he sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro.
- Tengo mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, con licencias y las ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
- Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verificables en la forma que aparecen escritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, o en la cláusula de irrevocabilidad de esta póliza. Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todos sus partes y firmo el presente documento a los 14 días del mes de agosto del 2020 en la ciudad de Santa Marta.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Firma Autorizada

FIRMA SOLICITANTE
C.C. 19437569

HUELLA INDICE DERECHO

Documento: Fecha y firma inicio de la Póliza – Aseguradora Solidaria, con fecha del 14/08/2020

¹ Declaración de asegurabilidad póliza Aseguradora Solidaria, con fecha 14/08/2020

² Declaración de asegurabilidad – Aseguradora Solidaria, con fecha del 14/08/2020

PAGINA: 01

Paciente : OLIVERAS CAMPO SIGIFREDO JOSE Edad: 657 AÑOS RIPS Numero :
Mro. Ident. : 1-19437569 Sexo: M Est Civil : Estrato : Entidad :
Fecha Evento : 2019-06-09 Hora: 10:12 AM Fecha Ingreso: Hora Ingreso: :
Profesional : DSE GUICA PONCE RAFAEL IGNACIO
Especialidad : OFTALMOLOGIA

EVOLUCION

BASE DE REGISTRO ASIMETRICIDAD DIABETIC INSULIN INDEPENDIENTE GLICEMIA
BASE 14 DE 14: 1200 MG/DL...
EXAMEN DE FONOFORNIA CORRECTA. TO: 9. FEO: HEMORRAGIA VITREA
QUE NO PERMITE VER DETALLES DE LA RETINA. PARECE APLICADA
TRABAJO DE EXPLICA PATOLOGIA. CONTROL Estricto DE DIABETES POR MEDICINA
ADHESION A TRATAMIENTO. HACER ECOGRAFIA III. SEGUIR CORTICOIDES AL DIA
Y LA INYECCION AL DIA. ESTA CON RESULTADOS.

³ **Documento:** Historia Clínica Centro de Cirugía Ocular - 09/10/2018

Registro No. 4976 Fecha Admisión 2019/05/10 09:35 Ing. Por Consulta
Tipo Usuario CONTRIBUTIVO Tipo Afiliado COTIZANTE Nivel 1
Contrat POLICIA METROPOLITANA DE SANTA MARTA Acompañant

Oftalmología

Anamnesis

MOTIVO DE CONSULTA consulta posquirúrgica.

Diagnóstico

Causa Externa Enfermedad General

Dx. Principal H380-Retinopatía Diabética (E10-E14† Con Cuarto Caracter Común ,3)

Dx. Rel. 1 H270-Afaquia

Dx. Rel. 2 H545-Visión Subnormal De Un Ojo

Plan de Cuidados CONTROL DE DIABETES. SEGUIR TRATAMIENTO ORDENADO POR RETINOLOGO.CONTROL CON MD TRATANTE

Notas

⁴ **Documento:** Historia Clínica Centro de Cirugía Ocular LTDA - 10/05/2019

cofin CENTRO DE OFTALMOLOGIA INTEGRAL COFIN S.A.S
900346580-0
470010096801

HISTORIA CLÍNICA OFTALMOLOGÍA

Nombres:	SIGIFREDO JOSE	Apellidos:	OLIVERO CAMPO	Tipo Doc:	CC	# Doc:	19437569
Ciudad:	Santa Marta	FN:	1961-05-15	Edad:	60 años	RH:	O+
Teléfono:	3015546411	Dirección:	MZA D CASA 33	Sexo:	Masculino		
Fecha de realización	08-07-2021 01:20 pm	Entidad	Particular				

Motivo Consulta
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE MULTIPLES CIRUGIAS OCULARES EN OJO IZQUIERDO SIN MEJORIA DEL VISION.

Antecedentes

Patológicos DIABETES TIPO HACE DX HACE 30 AÑOS.

⁵ **Documento:** Historia Clínica Confín - 08/07/2021

Los antecedentes médicos resultan fundamentales para comprender la evolución de las afecciones oftalmológicas que el demandante ha experimentado en los últimos años. La historia clínica detalla múltiples consultas oftalmológicas y optométricas a lo largo del tiempo, lo que permite rastrear la

³ Historia Clínica Centro de Cirugía Ocular - 09/10/2018

⁴ Historia Clínica Centro de Cirugía Ocular LTDA - 10/05/2019

⁵ Historia Clínica Confín - 08/07/2021

progresión de sus enfermedades visuales. Entre las consultas más destacadas, se encuentra la realizada en septiembre de 2018, durante la cual se diagnosticaron condiciones oftalmológicas preexistentes que afectaban su visión. Posteriormente, en octubre de 2019, se llevaron a cabo procedimientos para abordar estas afecciones visuales preexistentes. Además, en enero de 2020, se identificaron antecedentes médicos de importancia, como el tratamiento para la diabetes y la hipertensión. Estos registros médicos demuestran de manera concluyente que las afecciones oftalmológicas y la pérdida de visión del demandante se desarrollaron progresivamente y estaban directamente vinculadas a sus condiciones médicas preexistentes, especialmente la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Además, la realización de procedimientos quirúrgicos oftalmológicos en un intento de abordar estas afecciones confirma que estas condiciones ya existían antes de la entrada en vigencia de la póliza de seguro grupo deudor con fecha del 14 de agosto de 2020, última póliza vigente a cargo de mi representada.

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Sigifredo José Oliveros Campo respondió de forma omisiva y faltando a la verdad, las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, se dio lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Todo esto debido a que el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar este, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, a pesar de que el ahora demandante conocía de sus padecimientos de salud, intervenciones quirúrgicas y antecedentes familiares con anterioridad al 14 de agosto de 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la compañía aseguradora que se encontraba asegurándolo.

En resumen, el señor Sigifredo José Oliveros Campo fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000002. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el asegurado omitió informar al momento de su inclusión en dicho contrato son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la *“Diabetes mellitus tipo 2 diagnostico hace 18 años en tratamiento con insulina (...)”*, al igual que *“HIPERTENSIÓN ESENCIAL”* con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En este sentido, basta con examinar las anotaciones incluidas en la historia clínica del demandante, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del

Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

FRENTE AL HECHO 3: La Honorable Superintendencia debe considerar que la Entidad Bancaria es una persona jurídica completamente independiente de mi representada. En virtud de esta separación legal, las gestiones realizadas por el banco en relación con las reclamaciones específicas no son de mi conocimiento ni constan en mis registros. Por lo tanto, cualquier información o detalle relacionado con las acciones tomadas por la entidad bancaria debería ser solicitado directamente a ellos, ya que no se tiene acceso ni autoridad para intervenir en sus procedimientos o decisiones

FRENTE AL HECHO 4: No me consta la información detallada en relación a las cláusulas del crédito y los procedimientos de refinanciación o retanqueo de los mismos, ya que los créditos y seguros son comercializados en el mercado tanto por la fuerza externa como interna del Banco GNB. En este contexto, es esencial que la Honorable Superintendencia considere que el Banco GNB Sudameris es una entidad independiente de mi representada, y, por lo tanto, no tengo acceso a la información específica sobre cómo se originaron los productos crediticios, incluyendo las condiciones exactas, circunstancias de colocación y procedimientos de refinanciamiento. No obstante, subrayo que, sin perjuicio de lo anterior, el demandante tiene la responsabilidad de cumplir con la carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, aportando los medios de prueba necesarios para respaldar sus afirmaciones. De esta manera, podrá acreditar sus alegatos de acuerdo a los procedimientos legales pertinentes. Además, es fundamental recordarle al demandante sus deberes de autoprotección como consumidor, lo cual implica que debe estar atento y ser diligente al momento de celebrar acuerdos financieros y revisar detenidamente las condiciones antes de comprometerse.

FRENTE AL HECHO 5: El demandante manifiesta su desacuerdo con la respuesta proporcionada por el Banco GNB Sudameris, es relevante señalar que la Aseguradora Solidaria E.C., no tiene jurisdicción sobre la gestión y administración de los créditos otorgados por el Banco GNB Sudameris. La decisión de la entidad bancaria de considerar estos créditos como resultado de refinanciación o como nuevos créditos es una cuestión que debe dirimirse entre el demandante y el Banco.

Mi representada, basa su evaluación en los términos de la póliza de seguro y la legislación aplicable, enfocándose en si la discapacidad total y permanente del demandante es consecuencia de una enfermedad o lesión que ocurrió después de la fecha de inicio de la póliza, independientemente de la naturaleza de los créditos.

En este sentido, la Aseguradora solidaria reafirma su posición anterior de que, según la información proporcionada y la legislación vigente, la solicitud del demandante para la condonación de la deuda bajo la cobertura de ITP no es procedente debido a que la discapacidad total y permanente se

estructuró previamente a la fecha de otorgamiento del crédito No. 106481982.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la totalidad de las pretensiones incoadas en la demanda por cuanto las mismas carecen de fundamentos fácticos y jurídicos que hagan viable su prosperidad, por cuanto es fehaciente en base a la falta de cobertura temporal y material de la póliza de seguro, así como a la configuración de la nulidad relativa del contrato debido a la reticencia del asegurado al declarar su estado de salud. Sin perjuicio de ello, me opondré a cada una de las pretensiones puesto que, en todo caso, no hay lugar al reconocimiento de ninguno de los perjuicios solicitados:

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN 1: ME OPONGO firmemente a la primera pretensión planteada por el demandante, en virtud de que dicha pretensión carece de fundamentos legales sólidos y de base fáctica que justifiquen su prosperidad. Es importante resaltar que Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. no tiene la facultad ni la legitimación para llevar a cabo acciones de "condonación" de créditos. Este tipo de acciones se encuentran bajo la competencia y jurisdicción del Banco GNB Sudameris, en su calidad de entidad crediticia, y no guardan relación directa con la actividad de aseguramiento que brinda Aseguradora Solidaria.

En consecuencia, es necesario dejar en claro que el objeto principal del contrato celebrado entre el demandante y Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. fue el de brindar cobertura de seguro de vida grupo deudor bajo el amparo de Incapacidad Total y Permanente (ITP), en caso de que el asegurado, en este caso, el demandante, experimentara una incapacidad total y permanente como resultado de una enfermedad o lesión ocurrida durante la vigencia de la póliza. La póliza no contempla ni autoriza a la aseguradora para llevar a cabo condonaciones de deudas crediticias, ya que estas son cuestiones que conciernen directamente a los términos y condiciones del contrato de crédito entre el demandante y el Banco GNB Sudameris.

Por lo tanto, resulta imperativo que la pretensión de "condonación" de algún tipo de crédito sea desestimada en virtud de que no tiene base legal ni contractual que la respalde. La potestad de tomar decisiones en relación con condonaciones o ajustes de créditos recae en el Banco GNB Sudameris y no en Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. Esta objeción se sustenta en la clara división de roles y competencias entre las entidades financieras y las compañías de seguros, y responde a la normativa y regulaciones vigentes en el ámbito financiero y de seguros en Colombia.

Por lo tanto, considero que la primera pretensión presentada por el demandante no tiene fundamento legal ni contractual, y solicito respetuosamente que sea rechazada por este honorable tribunal.

Asimismo, desde ya dejo sentado que la póliza expedida por Aseguradora Solidaria E.C. para el respaldo de la obligación del señor Oliveros no podrá ser llamada a afectarse por las siguientes razones fundamentadas:

Primero, se argumenta **la falta de cobertura temporal**. La póliza de vida grupo deudor del demandante, la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000002, expiró el 30 de septiembre de 2021, mientras que el dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral se emitió el 16 de mayo de 2023. El amparo de Incapacidad Total y Permanente (ITP) exige que tanto la incapacidad como el evento que la origina ocurran dentro de la vigencia de la póliza. En este caso, la incapacidad se diagnosticó fuera del período de vigencia, lo que excluye la cobertura de la póliza.

Segundo, se presenta la **falta de cobertura material**. La historia clínica del demandante revela condiciones médicas preexistentes, como Diabetes Mellitus Tipo 2, hipertensión arterial, entre otras. Estas condiciones no fueron declaradas ni aceptadas previamente por la aseguradora, lo que incumple con los requisitos de la póliza de no cubrir enfermedades preexistentes. El asegurado conocía sus condiciones médicas pero no las reveló al suscribir el contrato de seguro, lo que constituye reticencia.

Tercero, se aborda la **falta de legitimación en la causa por pasiva y por activa**. El demandante no ha demostrado que cumple con los requisitos necesarios para accionar legalmente en contra de la Aseguradora Solidaria. En este sentido, no ha probado su calidad de beneficiario legítimo de la póliza de seguro de vida grupo deudor, y la información proporcionada en cuanto a su discapacidad y los eventos que la originaron es insuficiente para establecer una causa válida de acción.

Cuarto, se alega **la nulidad relativa del contrato de seguro**. El artículo 1058 del Código de Comercio establece que la reticencia del asegurado puede llevar a la nulidad del contrato de seguro. El demandante retuvo información crucial sobre sus condiciones médicas y antecedentes al suscribir el certificado individual de seguro de vida grupo de deudores. Si la aseguradora hubiera conocido esta información, habría rechazado el contrato o establecido condiciones más onerosas.

En consecuencia, el contrato de seguro representado por la Póliza Vida Grupo Deudores No. 994000000002 no puede ser efectivo debido a la falta de cobertura temporal, la falta de cobertura material, la nulidad relativa derivada de la reticencia del demandante, y la falta de legitimación en la causa por pasiva y activa. El asegurado no cumplió con los deberes de revelar información precisa y veraz, lo que invalida la póliza de seguro de acuerdo con el marco legal vigente. La solicitud de condonación de deuda bajo el amparo de ITP no se ajusta a los términos del contrato y, por lo tanto, no puede prosperar.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN 2: Es relevante aclarar que la asignación de un abogado defensor no es una facultad directa de la Aseguradora Solidaria E.C., sino que corresponde a las

autoridades judiciales o administrativas competentes tomar una decisión al respecto, conforme a lo anterior, mi representada reconoce la importancia de que el demandante cuente con la representación legal adecuada para llevar a cabo una defensa efectiva en el marco de esta Acción de protección del consumidor financiero, para lo cual no se presenta objeción alguna.

CAPÍTULO III

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Sin perjuicio de que en este caso no se encuentra un juramento estimatorio en el escrito de la Demanda, resulta indispensable tener en cuenta que existen fundamentos que respaldan la improcedencia de la misma. A continuación, se presentan las razones que sustentan esta afirmación:

I. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL: La primera objeción al juramento estimatorio se fundamenta en la falta de cobertura temporal, específicamente en lo que respecta al amparo de Incapacidad Total y Permanente (ITP). Como se ha explicado previamente, el amparo de ITP requiere que tanto la incapacidad como el hecho que la origina ocurran dentro del período de vigencia de la póliza. En este caso, el dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) se emitió después de que la última vigencia de la póliza había finalizado, lo que resulta en la falta de cobertura temporal de dicho amparo. Esta situación constituye una excepción legal y contractual que impide el cumplimiento de la pretensión del demandante.

II. FALTA DE COBERTURA MATERIAL: La segunda objeción radica en la falta de cobertura material para el caso del demandante. Según la información contenida en la historia clínica del asegurado, éste padecía diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, afecciones de salud preexistentes que no cumplen con los requisitos para la cobertura de ITP. Los seguros de vida grupo deudor establecen claramente que deben cubrir los riesgos expresamente pactados en el contrato y excluyen afecciones preexistentes. La falta de cobertura material es una base jurídica sólida para oponerse a la pretensión del demandante.

III. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA: La tercera objeción se basa en la falta de legitimación en la causa por pasiva. Existe una discrepancia temporal entre la fecha del dictamen y la vigencia de la póliza de seguro es de suma relevancia, ya que Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. no era la entidad aseguradora que cubría el riesgo en la fecha de la calificación de la pérdida de capacidad laboral. Por lo tanto, no tiene sentido ni base legal que la aseguradora sea demandada en este caso específico, ya que no era la compañía de seguros responsable de la cobertura en la fecha en que supuestamente ocurrió el evento cubierto por la póliza.

IV. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA: La cuarta objeción se relaciona con la falta de legitimación en la causa por activa. El demandante no ha demostrado que cumple con los requisitos necesarios para accionar legalmente en contra de la Aseguradora Solidaria. En este sentido, no ha probado su calidad de beneficiario legítimo de la póliza de seguro de vida grupo deudor, y la información proporcionada en cuanto a su discapacidad y los eventos que la originaron es insuficiente para establecer una causa válida de acción. La falta de legitimación en la causa por activa constituye una base sólida para cuestionar las pretensiones del demandante, como se refería en la contestación del libelo de la demanda la legitimada por la causa por activa es el Banco GNB Sudameris.

V. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO: La nulidad se sustenta en la reticencia del demandante al no declarar sinceramente su estado de salud o proporcionar información incorrecta en la solicitud del seguro. La falta de declaración veraz sobre las condiciones preexistentes de salud, como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, desprendimiento de retina y retinopatía diabética, vicia el contrato de seguro y puede resultar en su nulidad relativa. Por lo tanto, esta objeción se basa en la posibilidad de que el contrato de seguro esté viciado por la reticencia del asegurado.

La justificación para esta oposición radica en la evidencia de que el demandante no cumple con los requisitos establecidos en el artículo 1058 del Código de Comercio, el cual regula las condiciones para la cobertura de seguro en casos de incapacidad total y permanente. Como se ha expuesto anteriormente, el dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral se emitió después de que la vigencia de la póliza había terminado, lo que constituye una clara falta de cobertura temporal. Además, la historia clínica del demandante revela condiciones médicas preexistentes, como la diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, desprendimiento de retina y retinopatía diabética excluyen la cobertura de ITP según los términos de la póliza de seguro. Esta falta de cobertura material es un argumento adicional que justifica la oposición al juramento estimatorio. Adicionalmente, se plantea la falta de legitimación en la causa por pasiva y por activa, lo que respalda la oposición a la pretensión del demandante.

Por último, la invocación de la nulidad relativa del contrato en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia se basa en la supuesta falta de declaración veraz de los antecedentes médicos del asegurado al solicitar el seguro, y esta situación constituye una razón adicional para oponerse al juramento estimatorio.

En vista de lo anterior, es esencial que la Superintendencia Financiera evalúe en detalle estas objeciones y considere la falta de fundamento legal y contractual de la demanda del asegurado. La oposición al juramento estimatorio se basa en sólidos argumentos legales y contractuales que respaldan la posición de la Aseguradora Solidaria E.C., en este caso.

CAPÍTULO III

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

1. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA, DADO QUE EL DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL SE EMITIÓ CUANDO EL SEGURO YA HABÍA TERMINADO.

El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso no podrá afectarse la póliza de seguro expedida por mi representada, puesto que se encuentra patente la falta de cobertura material de la mentada Póliza, dado que, el seguro vida grupo tenía como riesgo asegurado la Incapacidad Total y Permanente siempre y cuando ocurrieran dos factores; el primero, la asegurada sea calificada dentro de la vigencia de la póliza, es decir dentro del periodo comprendido entre el día 14 de agosto de 2020 y el día 30 de septiembre de 2021; y, el segundo, que el evento que ampara de la incapacidad total y permanente se produzca dentro de la vigencia del amparo, lo cual no ocurre en atención a que la emisión del dictamen que certificó la PCL ocurrió el **16 de mayo de 2023**, fecha en la cual ya no se encontraba vigente la póliza.

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

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

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

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato asegurativo. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados) (...)⁶. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De lo anterior, es claro que la jurisprudencia ha precisado que el Asegurador a su arbitrio podrá señalar cuales son los riesgos que asume en virtud del contrato de seguro. En el mismo sentido, la Legislación Colombiana estableció en el artículo 1056 del Código de Comercio lo siguiente:

“ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.”

Teniendo en cuenta lo manifestado de forma previa, es menester traer a colación la definición de Incapacidad Total y Permanente contenido en las Condiciones Particulares de la póliza objeto de litigio:

“SE AMPARA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, CUANDO ÉSTA, ASÍ COMO EL EVENTO QUE DA ORIGEN A LA MISMA, SE PRODUZCA DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTE AMPARO. DE LA MISMA FORMA, SE AMPARAN ÚNICAMENTE AQUELLOS CASOS DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CUYA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN SE ENCUENTRE DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA. LAS INCAPACIDADES PRODUCIDAS POR ENFERMEDADES O PATOLOGÍAS PREEXISTENTES SÓLO PODRÁN TENER COBERTURA CUANDO ESTAS SEAN MANIFESTADAS EXPRESAMENTE POR EL ASEGURADO EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD.”

De la definición extraída es posible señalar que, para que proceda el amparo de ITP la asegurada debe ser calificada dentro de la vigencia de la póliza, es decir dentro del periodo comprendido entre el día 14 de agosto de 2020 y el día 30 de septiembre de 2021; y, el evento generador de la pérdida de capacidad laboral debe producirse dentro la vigencia ya mencionada. Para el caso bajo estudio,

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00.

es claro que se quebranta con el segundo presupuesto, por cuanto, el evento generador de la invalidez del señor Oliverios acaeció por fuera de la vigencia del seguro el día 16 de mayo de 2023.

El principio fundamental del seguro es que la cobertura de un seguro se aplica sólo a los eventos que ocurren durante el período de vigencia de la póliza. En este caso específico, la última vigencia de la póliza de seguro de vida grupo deudor bajo el amparo de Incapacidad Total y Permanente (ITP) proporcionada por Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. finalizó el 30 de septiembre de 2021.

Sin embargo, el dictamen de pérdida de capacidad laboral, el cual es un elemento esencial para la procedencia de la cobertura de la póliza de ITP, fue emitido por la Junta Regional de Invalidez del Magdalena el 16 de mayo de 2023. Esto significa que el evento que dio lugar a la pérdida de capacidad laboral y que se basa en la cual se busca hacer efectiva la póliza de seguro, ocurrió después de la fecha en que la póliza había expirado. En virtud de este desfase temporal, la aseguradora no tiene obligación legal o contractual de brindar cobertura, ya que el evento en cuestión ocurrió fuera del período de vigencia de la póliza. Este principio es crucial para la operación del contrato de seguro y está diseñado para garantizar que las contingencias que dan lugar a la pérdida estén cubiertas durante la vigencia de la póliza.

En consecuencia, la falta de cobertura temporal se encuentra claramente configurada en este caso. Dado que el dictamen de pérdida de capacidad laboral se emitió después de que el seguro ya había terminado, no cumple con el requisito básico de temporalidad establecido en el contrato de seguro. Esto significa que la aseguradora no tiene la obligación legal o contractual de cubrir el evento en cuestión, ya que no estaba dentro del período de vigencia de la póliza. La falta de cobertura temporal se basa en principios sólidos de derecho contractual y es fundamental para determinar la procedencia de las reclamaciones de seguros.

2. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLIZA EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1073 DEL C.CO EN RAZÓN A QUE LA INVALIDEZ INICIÓ A ESTRUCTURARSE CON ANTERIORIDAD A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Sin perjuicio de la excepción presentada en el punto anterior debe decirse que, en todo caso, por los hechos objeto de litigio no podrá afectarse la póliza No. 99400000002 expedida por mi representada. Lo mencionado, puesto que es evidente la falta de cobertura temporal de la misma dado que la ocurrencia del siniestro empezó a consumarse con anterioridad al día 14 de agosto de 2020, es decir, previo al perfeccionamiento del contrato de seguro asociado al crédito No. 106481982. Específicamente, al señor Sigifredo José Oliveros le fue diagnosticada diabetes mellitus desde antes del año 1998, hipertensión arterial, retinopatía diabética desde el año 2019, además del episodio de desprendimiento de retina en el año 2019, diagnóstico que resulta vital a efectos del

seguro, toda vez que al contrastarlo con el dictamen de PCL. Esto demuestra que para la fecha en que Aseguradora Solidaria asumió el riesgo, este ya se había empezado a materializar en años previos con el diagnóstico de diabetes mellitus y retinopatía diabética. En consecuencia, es inviable afectar la póliza No. 994000000002 por la indiscutible falta de cobertura temporal en los términos de los artículos del 1057 y 1073 C.Co.

De esta forma, resulta evidente que el riesgo contractualmente amparado por la Aseguradora es aquel que inicie y se consume dentro de la vigencia de la póliza de seguro. En otras palabras, para que sea jurídicamente posible la afectación de la póliza, resulta indispensable que el riesgo asegurado haya acaecido desde sus inicios dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. Al respecto ha indicado el Consejo de Estado:

“32. Dada la naturaleza de la obligación que contrae el asegurador, resulta de la mayor importancia la determinación del momento exacto a partir del cual aquel asume el riesgo que le es trasladado y así mismo, la hora y el día hasta los cuales va tal asunción, puesto que únicamente estará obligado a ejecutar la prestación a su cargo cuando el riesgo se realice dentro de ese lapso, es decir si el siniestro se presenta dentro de esos límites temporales. Al respecto, el artículo 1073 del C. de Co., relativo a la responsabilidad del asegurador, establece que “Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consuma la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.

33. De acuerdo con lo anterior, el legislador sólo concede el derecho a la indemnización a cargo del asegurador, cuando el riesgo se realiza o inicia su realización dentro del periodo amparado por la respectiva póliza. Como lo sostuvo la Sala, “Debe tenerse en cuenta que lo que se exige en el régimen de los contratos de seguros, en cuanto a su vigencia y cobertura, es que el riesgo efectivamente se materialice durante el periodo de vigencia de la póliza, puesto que una cosa es el surgimiento del derecho a obtener la indemnización y otra cosa es el derecho a recibir su pago, el que sí se concreta una vez se hace la reclamación en la forma establecida por la ley”⁷. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, la Corte Suprema de Justicia ha indicado que los riesgos dentro de la póliza deben ser determinados temporalmente, en el marco de la autonomía de la voluntad de las partes.

⁷ Consejo de Estado. Sección tercera. Sentencia 25000-23-26-000-2000-02019-01(25472). Consejera Ponente: Danilo Rojas Betancourth.

De modo que los mismos deberán ser respetados puesto que así lo han pactado las partes en el contrato de seguro.

*“Previo a abordar la problemática anunciada, conviene dejar sentado que: Si, por definición, el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño (siniestro) previsto en el contrato, va de suyo que, en el marco de la autonomía de la voluntad y de las normas legales imperativas y relativamente imperativas, las partes deberán acordar la determinación del riesgo cubierto. En efecto, el interés asegurado no es factible hallarlo asegurado bajo cualquier circunstancia o causa, **sin límites temporales**, o en cualquier lugar que se halle o ubique. Por el contrario, se hace necesario delimitar el riesgo causal, **temporal y espacialmente**.”⁸* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Frente a este mismo tema, la Corte ha dicho en reiteradas oportunidades que en tratándose de seguros contratados en la modalidad ocurrencia, el hecho dañoso debe indudablemente acontecer durante la vigencia de la póliza. Es decir, que para que nazca obligación condicional del asegurador tendrá que acontecer el hecho dañoso durante la limitación temporal pactada en la póliza, como se lee:

“Por lo dicho, tradicionalmente estos seguros amparan el riesgo de detrimento patrimonial del asegurado, originado en un “hecho externo”, dañoso, indudablemente. Acontecido durante la vigencia de la póliza (seguro basado en la ocurrencia)”⁹

De lo anterior, es claro que la jurisprudencia ha precisado que es necesario que el hecho ocurra dentro de la vigencia de la Póliza, para que sea jurídicamente posible la afectación de la misma. Por tanto, resulta indispensable que el riesgo asegurado haya iniciado y se haya consumado dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. En el mismo sentido, la legislación colombiana estableció en el artículo 1073 del Código de Comercio que, si la ocurrencia del siniestro empieza a consumarse antes de que el asegurador asuma los riesgos, este no responderá por indemnización alguna, así:

“ARTÍCULO 1073. <RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR SEGÚN EL INICIO DEL SINIESTRO>. Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consuma la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

⁸ Corte Suprema de Justicia. SC3893 de 2020. Radicación 2015-00826. M.P. Luis Alonso Rico Puerta.

⁹ Corte Suprema de Justicia. SC5217 de 2019. Radicación 2008-00102. M.P. Luis Alonso Rico Puerta

Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.”

Sumado a ello, también es necesario analizar el artículo 1057 del C.Co, que indica que el asegurador asume el riesgo desde la hora veinticuatro del día que se perfeccione el contrato:

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

En concordancia con lo anterior, es importante establecer que para el presente caso, la ocurrencia del siniestro empezó a materializarse con anterioridad a la asunción de riesgos por parte del asegurador, por ende, es inviable afectar la póliza de vida grupo deudores adquirida por el señor Sigifredo José Oliveros Campo. En efecto, sus antecedentes patológicos fueron diagnosticados desde el año 1998 inclusive, fecha previa al día en el que la Compañía de Seguros asumió los riesgos con el perfeccionamiento del contrato, esto es, el día **14 de agosto de 2019**, cuando se realizó el desembolso de la obligación No. 106481982, para que finalmente se consolidara el siniestro el 16 de mayo de 2023, cuando se calificó la pérdida de capacidad laboral.

Además, en este caso puntualmente, no sólo la ley lo indica, sino que también el condicionado de la póliza determinó que el amparo sobre la incapacidad total y permanente tendría lugar cuando el evento que de origen a la misma se produzca dentro de la vigencia del seguro, como se observa:

10.2 AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para todos los efectos del presente amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona desempeñar totalmente su profesión u oficio habitual, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento veinte (120) días, no haya sido provocada por el asegurado, y haya sido calificada con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%.

Se ampara la incapacidad total y permanente, cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo. De la misma forma, se amparan únicamente aquellos casos de incapacidad total y permanente cuya fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Las incapacidades producidas por enfermedades o patologías preexistentes solo podrán tener cobertura cuando estas sean manifestadas expresamente por el asegurado en la Declaración de Asegurabilidad. La incapacidad total y permanente deberá ser certificada por los entes autorizados en el Sistema General de Seguridad Social vigente al momento de la presentación de la respectiva reclamación (EPS, ARL, AFP, Junta Regional o Junta Nacional de calificación de invalidez) o mediante Acta de Junta Médica Laboral, Militar y/o de Policía.

Pues bien, para el caso del señor Sigifredo Oliveros para, el siniestro se empezó a consumir en los años 1998 y 2019 con la diabetes mellitus, la retinopatía diabética y la hipertensión arterial, enfermedades que, según el dictamen de pérdida de capacidad laboral del 16 de mayo de 2023, fueron la base para que se determinara el estado de incapacidad del asegurado, ya que la PCL del 71,79%. Lo anterior denota la falta de cobertura de la póliza objeto de litigio, puesto que el riesgo ya había empezado a consumirse incluso antes de que fuera asumido por el asegurador cuando se perfeccionó el contrato de seguro, esto es, el día **14 de agosto de 2020**, fecha posterior al inicio de la consumación del siniestro.

En otras palabras, para que el contrato de seguro prestara cobertura temporal resultaba totalmente necesario que la PCL se estructurara dentro de la vigencia de la póliza y la calificación se emitiera dentro de la misma vigencia. Sin embargo, el diagnóstico de la diabetes mellitus y la retinopatía diabética ocurrieron en 1998 y 2019, respectivamente, e inclusive el episodio de desprendimiento de retina en 2018, cuando la vigencia de la póliza no había ni siquiera iniciado, pues esta empezó el 14 de agosto de 2020 con el desembolso del crédito. En ese sentido, es claro que el contrato de seguro por el cual fue vinculada mi representada no presta cobertura temporal para los hechos base del presente litigio.

En conclusión, la Aseguradora Solidaria de Colombia no podría responder por indemnización alguna, como quiera que es evidente que los hechos por los cuales se discute se encuentran fuera de la cobertura temporal de la póliza, en tanto el Siniestro empezó a consumarse con anterioridad al día 14 de agosto de 2020. Es decir, previo a la asunción del riesgo por parte del asegurador el cual ocurre con el perfeccionamiento del contrato de seguro. Aún más, en aplicación del artículo 1073 del Código de Comercio en adición al condicionado del contrato de seguro, tanto la estructuración como la enfermedad que da base a la misma debe estar en vigencia del contrato de seguro, motivo por el cual, dado que en este caso las enfermedades son preexistentes, el contrato de seguro no presta cobertura desde su delimitación temporal. En consecuencia, no resulta procedente exigir prestación alguna respecto de mi prohiada, por lo cual debe proceder el Despacho a desestimar cualquier pretensión encaminada a obtener indemnización con cargo a la póliza de seguro.

3. FALTA DE COBERTURA MATERIAL DEL CONTRATO DE SEGURO, POR TRATARSE DE UN RIESGO EXPRESAMENTE EXCLUIDO DE AMPARO.

Sin perjuicio de las excepciones precedentes, se prueba que dentro de las condiciones particulares de la póliza No. 994000000002 suscrita con Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., se establecieron los parámetros que enmarcan la obligación condicional y la delimitación de la extensión del riesgo asumido por mi prohiada. Así las cosas, se tiene que dentro del presente caso no existe obligación condicional de la compañía de seguros por cuanto las preexistencias del señor Sigifredo Oliveros que no fueron declaradas, están expresamente excluidas de cobertura dentro de los amparos otorgados en la póliza suscrita.

Es esencial que el Honorable Despacho considere que en el ámbito de la libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora, en virtud de la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, puede discrecionalmente asumir o rechazar algunos o todos los riesgos a los que está expuesto el interés asegurado. Así, al suscribir el contrato de seguro correspondiente, la aseguradora decide otorgar cobertura a ciertos eventos y excluir otros. En consecuencia, estos son los parámetros que el sentenciador debe seguir al resolver

cualquier pretensión basada en la póliza correspondiente.

Esta interpretación está respaldada tanto por la ley como por la práctica común de los seguros, donde las partes tienen la facultad de definir los alcances y limitaciones de la cobertura de acuerdo con sus necesidades y expectativas. Por lo tanto, la exclusión del evento en disputa se ajusta plenamente a los términos del contrato y a la libertad contractual reconocida por la legislación vigente, conforme a lo siguiente:

*ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir **todos o algunos** de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.*

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

*“(...) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual **se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado**”.¹⁰ (Subrayado y negrilla fuera del texto”*

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio, con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones en las cuales asumen los mismos. En este orden de ideas y como se ha venido exponiendo de forma transversal en el documento, no resulta jurídicamente admisible trasladar una eventual obligación indemnizatoria a mi poderdante, como quiera que la póliza no presta cobertura material. Lo anterior, aterrizado al caso concreto quiere decir que de la mera lectura de las condiciones de la póliza de seguro se entiende que allí se amparó el riesgo siempre que el asegurado declare expresamente el estado del riesgo, caso en el cual el asegurado no cumplió con las condiciones

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00

estipuladas en el contrato para garantizar la protección del evento en cuestión. Esto, por sí solo, constituye un incumplimiento claro de las obligaciones contractuales por parte del asegurado y justifica la exclusión de la cobertura.

En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza No. 994000000002 en sus Condiciones Particulares señala una única exclusión, la cual enuncio a continuación, porque al configurarse, no puede condenarse a mi prohijada:

EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora.

“EXCLUSIONES

Enfermedad o accidente preexistente al ingreso del asegurado a la póliza, que no haya sido declarada ni aceptada previamente por la Aseguradora”

De igual forma, el contrato de seguro define como preexistencia cualquier enfermedad que, con anterioridad a la inclusión del Asegurado en la póliza, se haya manifestado, contraído, diagnosticado o por la cual el Asegurado haya recibido tratamiento. También se considerará como condición médica preexistente las consecuencias derivadas de la misma aun cuando tales consecuencias se manifiesten o diagnostiquen con posterioridad al ingreso del asegurado a la póliza.

11. DEFINICIÓN DE PREEXISTENCIA

Se entiende por condición médica preexistente, cualquier enfermedad que, con anterioridad a la inclusión del Asegurado en la póliza, se haya manifestado, contraído, diagnosticado o por la cual el Asegurado haya recibido tratamiento. También se considerará como condición médica preexistente las consecuencias derivadas de la misma aun cuando tales consecuencias se manifiesten o diagnostiquen con posterioridad al ingreso del asegurado a la póliza.

Como se muestra, deberá entonces tenerse en cuenta que dentro del presente caso el Sigifredo José Oliveros antes de ingresar como asegurado dentro de la Póliza 994000000002, esto es, antes de suscribir la Declaración de Asegurabilidad, tenía múltiples preexistencias las cuales no fueron declaradas a la aseguradora. Nótese, señor Juez, que de acuerdo con lo descrito el señor Oliveros padecía de múltiples afecciones que no fueron declaradas por su parte, como la diabetes mellitus desde el año 1998, el de retinopatía diabética desde el año 2019, el de hipertensión arterial, y el de desprendimiento de retina en el año 2018. Por lo tanto, al no haber sido declaradas estas preexistencias, debe entonces excluirse tal situación de las coberturas que estaban pactadas dentro de la Póliza suscrita con Aseguradora Solidaria de Colombia O.C. Teniendo en cuenta esto, es dable reiterar que debido a la ocurrencia de la exclusión arriba señalada, la póliza no podrá ser afectada, en tanto la situación se encuentra inmersa en una exclusión. Por ende, la póliza no cubre ninguna solicitud de indemnización.

En conclusión, al configurarse la exclusión previamente mencionada no puede existir responsabilidad en cabeza del Asegurador, dado que el evento que particularmente se discute, ha

sido excluido de amparo en virtud de la liberalidad que le asiste a la aseguradora en virtud del Artículo 1053 del Código de Comercio. Por ello, el Despacho no podrá ordenar la afectación de la Póliza de Seguro No. 994000000003, pues las partes acordaron expresamente pactar tal exclusión.

4. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DADO QUE ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA NO ERA LA ASEGURADORA DEL RIESGO PARA LA FECHA DE CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL.

En este caso no existe prueba que acredite que mi representada Aseguradora Solidaria E.C. al momento de la fecha de calificación de pérdida de capacidad laboral suscribió contrato de seguro en el que se haya asegurado al señor Sigifredo José Oliveros. Si bien es cierto como se ha mencionado anteriormente, entre las partes se suscribió con anterioridad la póliza 994000000002, precisando que la misma no se encuentra vigente y su fecha de terminación fue el 30 de septiembre de 2021, es claro entonces que para la fecha de calificación de la pérdida de capacidad laboral no es mi representada la aseguradora responsable de asumir el riesgo, en esa medida La Aseguradora Solidaria E.C. no está llamada a resistir las pretensiones de la demanda.

La Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, magistrado ponente Jesús Vall de Rutén Ruiz, mediante Sentencia SC2642 del 10 de marzo de 2015, con respecto a la legitimación en la causa precisó:

“la legitimación en la causa es cuestión propia del derecho sustancial y no del procesal, en cuanto concierne con una de las condiciones de prosperidad de la pretensión debatida en el litigio y no a los requisitos indispensables para la integración y desarrollo válido de éste, motivo por el cual su ausencia desemboca irremediablemente en sentencia desestimatoria debido a que quien reclama el derecho no es su titular o porque lo exige ante quien no es el llamado a contradecirlo.”(negrilla y subrayado fuera del texto original).

De igual forma, la Corte Suprema de Justicia a través de sentencia del 14 de agosto de 1995 con respecto a la legitimación en la causa, se ha pronunciado de la siguiente manera:

“Según concepto de Chiovenda, acogido por la Corte, la legitimatio ad causam consiste en la identidad de la persona del actor con la persona a la cual la ley concede la acción (legitimación activa) y la identidad de la persona del demandado con la persona contra la cual es concedida la acción (legitimación pasiva)”. (Instituciones de Derecho Procesal Civil, I, 185). Conviene desde luego advertir, para no caer en el error en que incurrió el Tribunal que cuando el tratadista italiano y la Corte hablan de ‘acción’ no están empleando ese vocablo en el sentido técnico procesal, esto es como el derecho subjetivo público que asiste a toda persona para obtener la aplicación justa de la ley a un caso concreto, y que tiene

como sujeto pasivo al Estado, sino como sinónimo de ‘pretensión’, que se ejercita frente al demandado. Para que esa pretensión sea acogida en la sentencia es menester, entre otros requisitos, que se haga valer por la persona en cuyo favor establece la ley sustancial el derecho que se reclama en la demanda, y frente a la persona respecto de la cual ese derecho puede ser reclamado. De donde se sigue que lo concerniente a la legitimación en la causa es cuestión propia del derecho sustancial y no del derecho procesal, razón por la cual su ausencia no constituye impedimento para desatar en el fondo el litigio sino motivo para decidirlo en forma adversa al actor. **Si el demandante no es titular del derecho que reclama o el demandado no es persona obligada, el fallo ha de ser adverso a la pretensión de aquél, como acontece cuando reivindica quien no es el dueño o cuando éste demanda a quien no es poseedor** (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De las anteriores precisiones conceptuales se destaca que el extremo pasivo debe ser aquel que esté llamado a resistir la pretensión, de tal suerte que en para el caso particular el vínculo jurídico que debe estar presente, en efecto sería aquel que se fundamenta en el contrato de seguro vida deudor que desata este proceso. Luego si el demandado no hizo parte del mentado seguro en calidad de asegurador como afirma el demandante, resalta a lo lejos que es inexistente la legitimación en la causa por pasiva porque como La Aseguradora Solidaria E.C. No fue la aseguradora que amparaba el riesgo para el momento de la fecha de emisión de la calificación de pérdida de capacidad laboral, es imposible que siendo un tercero ajeno a la relación negocial deba soportar obligación indemnizatoria alguna.

La falta de legitimación en la causa por pasiva se deriva de la circunstancia fundamental de que Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. no era la aseguradora del riesgo que alega el demandante en la fecha de calificación de la pérdida de capacidad laboral, que es un elemento esencial para establecer la procedencia de la cobertura de la póliza de seguro de vida grupo deudor bajo el amparo de Incapacidad Total y Permanente (ITP).

Conforme al principio básico del seguro, la cobertura de un seguro solo es aplicable a aquellos eventos que ocurren durante el período de vigencia de la póliza. En este caso, el dictamen de pérdida de capacidad laboral fue emitido por la Junta Regional de Invalidez del Magdalena el 16 de mayo de 2023. Sin embargo, la última vigencia de la póliza de seguro de vida grupo deudor bajo el amparo de ITP a cargo de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. finalizó el 30 de septiembre de 2021.

Esta discrepancia temporal entre la fecha del dictamen y la vigencia de la póliza de seguro es de suma relevancia, ya que Aseguradora Solidaria de Colombia E.C. no era la entidad aseguradora que cubría el riesgo en la fecha de la calificación de la pérdida de capacidad laboral. Por lo tanto, no tiene sentido ni base legal que la aseguradora sea demandada en este caso específico, ya que no era la compañía de seguros responsable de la cobertura en la fecha en que supuestamente ocurrió el evento cubierto por la póliza.

La póliza de seguro, en virtud de su carácter contractual, establece claramente los términos y condiciones de la cobertura, incluyendo las fechas de inicio y finalización de la misma. En este contexto, la fecha de vigencia de la póliza es de vital importancia para determinar si un evento está cubierto por el seguro. En el presente caso, la fecha de calificación de la pérdida de capacidad laboral se encuentra claramente fuera del período de vigencia de la póliza de Aseguradora Solidaria de Colombia E.C., lo que justifica su falta de legitimación en la causa por pasiva.

Por lo anteriormente expuesto, solicito declarar probada esta excepción.

5. FALTA ABSOLUTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA RESPECTO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En esta oportunidad, debe manifestarse al despacho que el señor Sigifredo José Oliveros carece absolutamente de legitimación en la causa por activa para reclamar el amparo de incapacidad total y permanente dado que, en virtud de lo pactado en el contrato de seguro, el único beneficiario de este amparo es el Banco GNB Sudameris y no el asegurado. Ello por cuanto, debido al objeto mismo de este tipo de contrato de seguro, es lógico que quien reciba este amparo sea el Banco para cubrir el saldo insoluto del crédito.

La legitimación en la causa es el primer presupuesto que se debe revisar antes de realizar cualquier estudio sobre un caso concreto. En un sentido material, la legitimación en la causa implica la relación verdadera que tiene la parte convocada con los hechos que dieron lugar al litigio. Al respecto, el Consejo de Estado ha indicado que:

“(…) la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño. En un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al mismo tiempo, legitimación material, pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra (...)”¹¹. (subrayado y negrilla fuera del texto original)

¹¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección segunda, subsección A, sentencia del veinticinco (25) de marzo de dos mil diez (2010), Consejero Ponente Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, radicado: 05001-23-31-000-2000-02571-01(1275-08).

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

“Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda -legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. Corresponde a un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones, toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante (...)”¹² (subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otra oportunidad, esa corporación afirmó que:

“(...) la legitimación material en la causa activa y pasiva es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado (...)”¹³.

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

“2.1. La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso. Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito

¹² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 22 de noviembre de 2001. Expediente No.13.356. M.P. María Elena Giraldo Gómez.

¹³ Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 20 de septiembre 2001 C.P María Elena Giraldo, Rad: 10973

y debe entonces simplemente declararse inhibido para fallar el caso de fondo.”
(subrayado y negrilla fuera del texto original)¹⁴

Con todo, se puede concluir que, si no existe una relación de la parte demandante con los hechos de la demanda, no habrá legitimación en la causa y el juzgador no podrá proferir una sentencia que acceda a las pretensiones. Ahora bien, para demostrar la falta absoluta de legitimación en la causa por activa en el caso concreto, es indispensable que se tenga en cuenta que en el contrato de seguro identificado con el No. 9940000002 figura como tomador y beneficiario del mismo el Banco GNB Sudameris, tal y como se evidencia en la carátula de la póliza que se aporta por medio de la contestación a la demanda.

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

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

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

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

(...)

En suma, como en la sentencia se reconoció que el “único” beneficiario del seguro

¹⁴ Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Rentería.

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

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

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

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

(...)

En síntesis, como la cónyuge del deudor fallecido, quien es la recurrente en casación, carecía de la condición de beneficiaria supletiva del seguro de vida

grupo deudores, pues existía beneficiario directo a título oneroso, sin que de otra parte quedaran remanentes, surge claro que el Tribunal no pudo violar directamente, por falta de aplicación, las disposiciones que se citaron como violadas".¹⁵ (Subrayado fuera del texto original).

Como se pudo constatar previamente, para la Corte Suprema de Justicia, especialmente en materia específica de seguros de vida grupo deudores, la legitimación en la causa por activa para reclamar el cumplimiento de las prestaciones que del contrato se derivan, recae únicamente sobre la persona, natural o jurídica, que ostente la calidad de beneficiaria en el seguro de vida.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es claro que el tomador y beneficiario del contrato de seguro identificado con el No. 9940000002 es únicamente el Banco GNB Sudameris. En este sentido, se entiende que la legitimación en la causa por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que el señor Sigifredo José Oliveros no se encuentra legitimado por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente, en consecuencia, no puede el pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

En conclusión, ruego a la Honorable Superintendencia tener por probada esta excepción debido a que la ley y la jurisprudencia reconocen expresamente que el único legitimado para solicitar el cumplimiento de un contrato de seguro de vida grupo de deudores es el beneficiario del mismo, lo que en nuestro caso representa única y exclusivamente al Banco GNB Sudameris y no al Demandante.

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

6. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.

Es fundamental que desde ahora la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia tome en consideración que el señor **SIGIFREDO JOSÉ OLIVEROS CAMPO** fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de contratar, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Mp Jaime Alberto Arrubla Paucar, sentencia del 29 de septiembre de 2005, expediente C-1100131030162000-22940-01)

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

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, el asegurador sólo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia”¹⁶. (Subrayado fuera del texto original)

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

“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona

¹⁶ BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.

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

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

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

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

*Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar*

la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro** o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora”.
(Subrayado fuera del texto original)

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

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”¹⁷ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se*

¹⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”¹⁸
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

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

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.”¹⁹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

¹⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

¹⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.

*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 uberrima 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.***

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede

entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.

La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para la fecha en la cual el señor Sigifredo Oliveros diligenció el último formulario de solicitud individual para la expedición de la póliza No. 994000002, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor Sigifredo Oliveros las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor Sigifredo Oliveros conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 14 de agosto de 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del Oliveros, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

● **Declaración de asegurabilidad que data del 14 de agosto de 2020:**

☐ CC ☐ CE ☒ NIT No. 860.050.750-1		DATOS DEL SEGURO	
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO			
TIPO DE DOCUMENTO ☒ CC ☐ CE ☐ TI No. 19437569	PRIMER APELLIDO Oliveros	SEGUNDO APELLIDO Campo	PRIMER NOMBRE Sigifredo
			SEGUNDO NOMBRE Jose
DIRECCIÓN DOMICILIO Me D casa 33	TELÉFONO FIJO / CELULAR 3015546411	CUIDAD / MUNICIPIO Santa Marta	DEPARTAMENTO Magdalena
CORREO ELECTRÓNICO Sigifredo.Oliveros569@gmail.com	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Santa Marta	DÍA 15	MES 08
		AÑO 1961	GÉNERO M
		PESO 70	ESTATURA 1.70
OCCUPACIÓN DETALLADA ☐ Empleado ☒ Pensionado ☐ Ama de casa ☒ Por servicio ☐ Por edad ☐ Por sanidad ☐ Por invalidez ☐ Por sustitución			
La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado. En caso de riesgos subestándar o agravados por salud, actividad o deportes, se aplicarán las respectivas extras primas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insóluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito. El valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de Aseguradora Sólida de Colombia.			
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD			
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?	SI	NO	¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)
Cáncer		☒	Na
Insuficiencia renal		☒	
Accidente cerebro vascular		☒	
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent		☒	
¿El cliente requiere remisión médica?	☐ SI	☒ NO	¿Tiene limitación física o mental congénita o adquirida? (Especifique)
Si su respuesta es "SI", indique: ☐ Por edad y monto ☐ Por enfermedad declarada ☐ Por extraprima anterior			
En caso de "No", indique: ☐ Cláusula hipersuavización (Hasta 40 millones) ☐ Enfermedad con extraprima automática (hasta 60 millones) ☒ No declara ninguna enfermedad			

4) Transcribir y transferir mis datos personales a terceros países siempre que se requiera cumplir las finalidades descritas o se encuentre estipulada por el artículo 26 de la Ley 1581 de 2012

DECLARACIONES - FIRMA Y HUELLA

Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente:

1. No poseo pólizas de seguro vigentes con extra primas.
2. No he sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro.
3. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitos y las actividades de los mismos no afectan mi integridad. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano.
4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verificadas en la forma que aparecen descritos, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio, o en la cláusula de irreductibilidad de esta póliza. Como consecuencia de haber hecho, generado y aceptado lo anterior, garantizo que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los 14 días del mes de agosto del año 2020, en la ciudad de Santa María.

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA
Firma Autorizada

FIRMA SOLICITANTE
C.C. 19 437 569
ASEGURADORA

HUELLA INDICE DERECHO

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Sigifredo José Oliveros Campo respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Lo mencionado debido a que el Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Sin embargo, desde ya debe tenerse en consideración que los antecedentes del señor Oliveros son de tal envergadura y de tales consecuencias que es muy poco probable que no el asegurado no hubiera conocido de ellas. Por ejemplo, la diabetes mellitus que padece desde el 1998, inclusive antes del inicio de su relación contractual con el Banco GNB Sudameris, la retinopatía diabética y en especial, el desprendimiento de retina que generó una intervención quirúrgica, no son antecedentes menores como para que fueran pasados desapercibidos por el asegurado. Luego entonces, no se justifica la omisión a la verdad por parte del señor Sigifredo Oliveros en su declaración de asegurabilidad y por lo tanto es consecuente la nulidad del contrato de seguro por reticencia. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Sigifredo José Oliveros Campo suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** el señor Sigifredo José Oliveros Campo contaba con una serie de diagnósticos de diabetes mellitus desde el año 1998, el de retinopatía diabética desde el año 2019, el de hipertensión arterial desde antes del año 2020, el de desprendimiento de retina en el año 2019, fecha anterior a la que se perfeccionó el seguro con el desembolso del crédito, y **(ii)** que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. Sin embargo, en este caso tenemos que las patologías previas del señor Oliveros sí guardaron estrecha y específica relación con la pérdida de capacidad laboral en tanto esta se estructuró por la pérdida

de visión del asegurado, consecuencia directa de la patología preexistente de retinopatía diabética, hipertensión arterial y el antecedente de desprendimiento de retina en el año 2019.

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

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

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

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

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

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos y que por supuesto el Asegurado debió informar. Lo anterior, ya que, de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Expresamente se le preguntó al entonces Asegurado, lo siguiente:

☐ CC ☐ CE ☒ NT No. 860.050.750-1		BANCO UNO GUADALUPE	
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO			
TIPO DE DOCUMENTO ☒ CC ☐ CE ☐ TI No. 19437569		PRIMER APELLIDO Oliveros	SEGUNDO APELLIDO Campo
PRIMER NOMBRE Sigifredo		SEGUNDO NOMBRE Jose	
DIRECCIÓN DOMICILIO H2 D casa 33		TELÉFONO FIJO / CELULAR 3015546411	CUIDAD / MUNICIPIO Santa Marta
DEPARTAMENTO Magdalena		CORREO ELECTRÓNICO Sigifredo.Oliveros569@asur404.com	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Santa Marta		DIA 15	MES 05
AÑO 1961		GÉNERO M	PESO 70
ESTATURA 1.70		OCCUPACIÓN DETALLADA	
☐ Empleado ☒ Pensionado ☐ Ama de casa		EN CASO DE SER PENSIONADO, MARQUE TIPO	
☒ Por servicio ☐ Por edad ☐ Por invalidez ☐ Por sustitución			
La prima mensual a cobrar se calcula aplicando la tasa mensual asignada a este Seguro por el valor asegurado. En caso de riesgos subestándar o agravados por salud, actividad o deportes, se aplicarán las respectivas extraprimas. El valor asegurado para cada deudor, será el saldo insóluto de la deuda reportada por el Tomador, incluyendo capital no pagado más los intereses corrientes y de mora, sobregiros y primas de seguro, y cualquier otra suma que se relacione con la misma operación de crédito. Si valor máximo asegurado es el equivalente a \$350.000.000, por deudor en una o varias operaciones de crédito. Los créditos que superen el monto antes mencionado serán objeto de un estudio por parte de Aseguradora Sólitaria de Colombia.			
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD			
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?		SI	NO
Cáncer			☒
Insuficiencia renal		☒	
Accidente cerebro vascular		☒	
Enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio, cirugía de corazón abierto, colocación de stent		☒	
¿Le han diagnosticado o tratado alguna de las siguientes enfermedades?		SI	NO
Taquicardias y/o arritmias, bloqueos cardíacos		☒	
Hipertensión arterial		☒	
Diabetes mellitus		☒	
Enfermedades mentales		☒	
¿Le han diagnosticado o tratado alguna enfermedad diferente a las indicadas en las preguntas anteriores? (Especifique)		Na	
¿Tiene limitación física o mental congénita o adquirida? (Especifique)		Na	
¿El cliente requiere remisión médica? ☐ SI ☒ NO			
Si su respuesta es "SI", indique: ☐ Por edad y monto ☐ Por enfermedad declarada ☐ Por extraprima anterior			
En caso de "No", indique: ☐ Cálculo hipertensión (Hasta 40 millones) ☐ Enfermedad con extraprima automática (hasta 60 millones) ☒ No declara ninguna enfermedad			

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente que el señor Sigifredo Oliveros Campo, a pesar de haber sido diagnosticado previamente con diabetes mellitus y retinopatía diabética, no brindó información precisa al responder negativamente a las preguntas relacionadas con la diabetes y al negar tener cualquier problema de salud no mencionado en el cuestionario. En otras palabras, omitió su responsabilidad de informar todas las afecciones médicas que había experimentado hasta esa fecha. De hecho, el demandante tenía conocimiento de su diagnóstico de diabetes insulínica dependiente con una evolución de más de 20 años y de su hipertensión arterial. Además de estos elementos, el paciente tenía un historial de retinopatía diabética, lo que subraya la relevancia de la información que se le solicitó proporcionar.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento el señor Sigifredo Oliveros Campo, conocía de la existencia de su diabetes mellitus desde hace más de 30 años, hipertensión arterial y poseía un historial de retinopatía

diabética. La historia clínica del paciente destaca una serie de eventos y diagnósticos relacionados con su salud visual y condiciones médicas antes del 14 de agosto de 2020. Estos antecedentes médicos subrayan la relevancia de las condiciones de diabetes e hipertensión en relación con su salud ocular, lo que resultó en una serie de diagnósticos y procedimientos a lo largo del tiempo. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aún cuando por medio del cuestionario varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de su aseguramiento en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.

En resumen, el señor Sigifredo Oliveros Campo fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el Asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido la diabetes mellitus tipo 2 preexistente con más de 30 años de evolución, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, se solicitará por oficio la historia clínica del señor Sigifredo Oliveros Campo para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Sigifredo Oliveros Campo debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

7. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro, como se expone en el escrito de la demanda para el caso que nos ocupa, desconociendo la ubérrima buena fe que recae en cabeza del señor Sigifredo José Oliveros Campo para el momento de la suscripción del contrato de seguro, en cumplimiento de sus deberes como consumidor financiero. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes.

Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de estos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que estas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

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

El citado artículo demuestra que es facultad de las aseguradoras la realización de exámenes médicos a sus clientes para verificar que la información otorgada por los mismos en la declaración de asegurabilidad es veraz, pues esta carga precontractual a cargo del tomador tiene estrecha relación con el principio de la ubérrima bona fidei, la razón de esto es que, en el contrato de seguros la compañía aseguradora no puede asumir los riesgos sin conocer el grado de peligrosidad que estos encierran, y la única fuente de conocimiento del estado del riesgo que el asegurador tiene es precisamente, la información que otorga el tomador, ya que se presupone que él tiene contacto directo con el mismo.

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio.

Por su parte, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

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

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, **obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida.** Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico²⁰.*

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que solo el 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 fundamentales²¹. 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

²⁰ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

²¹ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer²². (Subrayado y negrita fuera del texto original)

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso como las compañías aseguradoras no se encuentran en la obligación de realizar ningún tipo de examen de ingreso ante la obligación en cabeza del tomador de declarar de manera sincera su estado de salud previo y actual para la suscripción del contrato de seguro, así:

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud**, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.”²³* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁴, en donde estableció lo siguiente:

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

²² Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

²³ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez. 14 Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

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

(...)

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

No sobra resaltar que la doctrina más reconocida en el tema se ha pronunciado en el mismo sentido que los fallos anteriormente expuestos, al establecer la ausencia de esta carga en cabeza de las compañías aseguradoras:

“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...**”²⁴(subrayado y negrita fuera del texto original).

Ahora, no puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C-232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del C.Co., explicó

²⁴ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, **el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a este 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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.** (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por el señor Arturo Díaz Murillo expediente No. 2016-0318 en relación a la realización de exámenes médicos por parte de las aseguradoras manifestó lo que a continuación se transcribe:

*“Así las cosas **no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o requerir la Historia clínica de la asegurada para verificar una enfermedad o condición que al momento de diligencia la solicitud sin salvedad manifestó la asegurada no padecer o ratificar un estado del riesgo que fue declarado bajo el supuesto ubérrima bona fidei**” (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

Asimismo, la Superintendencia Financiera de Colombia, Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en sentencia del 26 de Octubre de 2016 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por la señora Carmela Sofia Orozco contra el Banco Caja Social, expediente No. 2016-0367, se ha reconocido:

*“A la luz de las normas y el precedente judicial citado aunado al análisis del acervo probatorio se tiene que **la omisión de la información sobre el estado de salud tiene gran inferencia en el contrato de seguro cuyo cumplimiento persigue**, y es que se aseveró por la actora que su esposo había informado a la entidad aseguradora las enfermedades que padecía, **por el contrario de la solicitud denominada certificado individual, se extrae que el demandante suscribió el documento sin reparo alguno en su contenido, por lo que avaló con su firma las manifestaciones allí contenidas**, esto es, que su estado de salud era bueno, pese que las historias clínicas allegadas al plenario desmentían tal afirmación.*

*Se tiene que el demandante diligencia la declaración de asegurabilidad con el fin de ser incluido en la póliza de vida grupo deudores, luego al momento de adquirir el crédito fue indagado sobre su estado de salud, y manifestó gozar de un buen estado de salud, sobre el particular, debe señalarse que previo a suscribirse el contrato de seguro, el tomador está en la obligación de declarar los hechos y circunstancias que rodean su estado del riesgo con el fin de que se pueda dar a conocer su extensión y otorgar un consentimiento que no se encuentre errado: con motivo de la declaración en cita **se le permite a la aseguradora valorar oportunamente la conveniencia del riesgo para asumirlo o abstenerse de hacerlo de acuerdo con los presupuestos técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia en virtud de la libertad contractual, así las cosas en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias jurídicas que identifican el riesgo moral y subjetivo y el físico objetivo que inciden en el juicio del asegurador de tal manera que si se omiten o no corresponden a la realidad el contrato estaría sujeto a la ascensión legal de nulidad**” (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

Por lo anterior, no es admisible que los operadores judiciales y el extremo activo pretendan que, por cada contrato de seguro se realice un examen médico, pues es impensable y poco práctico, debido a que el funcionamiento de los contratos de seguro se perfecciona por prácticas distintas.

Lo anterior en virtud a que, si fuera obligación de las aseguradoras la realización de estos exámenes médicos, se omitiría la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad y no tendría fundamento alguno el artículo 1058 del Código de Comercio, que prevé la reticencia como causal relativa del contrato de seguro cuando el asegurado/tomador no declara el verdadero estado del riesgo, en otras palabras, dejaría de ser una obligación contractual para la parte asegurada declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, situación inviable para el presente negocio jurídico, pues la piedra angular de este tipo contractual es la *UBÉRRIMA BUENA FE* - "*BONA FIDES*".

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

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

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

Resulta fundamental mencionarle a la Honorable Superintendencia que la prueba de la mala fe no es un requisito *sine qua non* para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas. Como se configura en el presente caso ante la omisión a la verdad en la que incurrió el señor Sigifredo José Oliveros Campo al momento de la suscripción del aseguramiento.

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

"4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a esta 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 distinguos, 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 seguro²⁵.” (Subrayado y negrita fuera del texto original)

En efecto, los más altos Tribunales de la Jurisdicción Colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez²⁶, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

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

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

²⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

²⁶ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

*“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 este 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 uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bonae 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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**”.* (Subrayado y negrita fuera del texto original)

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) la asegurada no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o

hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

9. LA ASEGURADORA DE COLOMBIA E.C TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

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

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

En conclusión, dado que el señor Sigifredo José Oliveros Campo fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente su estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al omitir informar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, fueron indispensables para la calificación de su pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con el Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez, y que, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que La Aseguradora Solidaria E.C., tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

10. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

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

CAPÍTULO IV

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

1. **EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES NO. 994000000002**

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

En el remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que en este sentido, sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de Aseguradora Solidaria. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada, incluso si se lograra demostrar que los presuntos daños reclamados son superiores y de igual forma, se deberá tener en cuenta el deducible pactado en el contrato. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

“ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”.

La norma antes expuesta, es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

“Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que

*tiene que ver con los seguros contra daños, **se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado**, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización²⁷ (Subrayado y negrilla fuera de texto original)*

Por ende, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido. Así las cosas, el límite de la responsabilidad de la Aseguradora corresponde a la suma asegurada individual indicado en la certificación que se aporta, veamos:

1.2.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

1.2.1.1. COBERTURA

ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, MEDIANTE EL PRESENTE AMPARO ADICIONAL Y PREVIO EL PAGO DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE, ASUME EL RIESGO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, QUE AL SER CALIFICADA DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS EN EL MANUAL ÚNICO DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ (DECRETO 1507 DE 2014, O AQUEL VIGENTE AL MOMENTO DE LA CALIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ) SEA IGUAL O SUPERIOR AL 50% DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD, SIEMPRE Y CUANDO EL EVENTO GENERADOR Y LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA MISMA SE PRODUZCAN DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

PARA EFECTOS DE LA PRESENTE COBERTURA, SE TENDRÁN EN CUENTA ÚNICAMENTE LAS NORMAS EMITIDAS EN MATERIA DE RÉGIMEN EN SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANA VIGENTE AL MOMENTO DE LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA RECLAMACIÓN (FONDO DE PENSIONES, ARL, JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ SIN QUE SEA POSIBLE LA APLICACIÓN DE LOS MANUALES DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ APLICABLES A LOS RÉGIMENES ESPECIALES O EXEPTUADOS DE LA LEY 100 DE 1993.

EN TAL CASO SE INDEMNIZARÁ AL BENEFICIARIO POR LA SUMA EQUIVALENTE AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA, ENTENDIÉNDOSE POR ÉSTE EL CAPITAL NO PAGADO, MÁS LOS INTERESES CORRIENTES CALCULADOS HASTA LA FECHA DEL DICTAMEN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. EN EL EVENTO DE MORA DE LAS OBLIGACIONES ESTARÁN INCLUIDOS, ADEMÁS, LOS INTERESES MORATORIOS, LAS PRIMAS DE SEGUROS NO CANCELADAS POR EL DEUDOR, Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS POR PARTE DEL TOMADOR PARA EFECTOS DEL COBRO DE LA PRIMA MENSUAL.

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que, sin perjuicio que en el caso bajo análisis Aseguradora Solidaria no puede ser condenada por un mayor valor que el expresamente establecido en la Póliza, a la luz del clausulado de la misma; en todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

²⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. Mp. Jorge Antonio Castillo Rúgeles. EXP 5952.

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

2. EL BENEFICIARIO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE ES ÚNICAMENTE EL BANCO GNB SUDAMERIS

Se propone esta excepción de manera subsidiaria para que, en el evento remoto e hipotético en el que el Despacho encuentre fundamento en las pretensiones de la demanda, en todo caso tenga en cuenta que el único beneficiario del amparo de ITP es el Banco GNB Sudameris, y no el demandante el señor Sigifredo Oliveros. De esa forma, en el evento en que se emita una sentencia desfavorable a los intereses de mi representada, el único beneficiario del pago al que haya lugar, será el Banco GNB Sudameris.

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Sigifredo José Oliveros Campo, con ocasión de la suscripción de la Seguro De Vida Grupo Deudores No. 994000000002.
- 1.2. Condicionado General del Contrato Seguro De Vida Grupo Deudores
- 1.3. Derecho de petición enviado a la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, a fin de obtener la historia clínica el señor Sigifredo José Oliveros Campo, valorada para la elaboración del Formato para el Dictamen Médico Legal de Pérdida de Capacidad Laboral y ocupacional
- 1.4. Derecho de petición enviado al Centro de Cirugía Ocular, a fin de obtener la historia clínica completa del señor Sigifredo José Oliveros Campo
- 1.5. Derecho de petición enviado a la Fundación Oftalmológica del Caribe, a fin de obtener la historia clínica completa del señor Sigifredo José Oliveros Campo

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

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **SIGIFREDO JOSÉ OLIVEROS CAMPO**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos

en este litigio. El señor Sigifredo José Oliveros Campo, podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **LA ASEGURADORA SOLIDARIA E.C.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza Vida Individual.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Sírvasse citar y hacer comparecer al Doctor **JESÚS MAURICIO PINZÓN PÉREZ** mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.295.412, profesional médico adscrito a la Compañía Aseguradora, para que a través de su experticia se evidencie la experiencia previa de la compañía frente a casos similares y cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del asegurado.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho desde la óptica de un profesional en salud, la experiencia que ha tenido la Compañía en casos en los cuales los consumidores han tenido los antecedentes patológicos del señor Oliveros y como se procedió sobre el particular, asimismo corroborar cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías clínicas del asegurado así como de la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el entonces Asegurado, de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en calle 100 # 9ª-45 piso 12 y en el correo electrónico mpinzon@solidaria.com.co

- 4.2. Sírvasse citar y hacer comparecer a la Doctora **ANA MARÍA BARÓN MENDOZA**, asesora externa de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, le ilustre al despacho sobre las condiciones del seguro, la forma en que terminó la póliza y en general todos, los hechos relacionados en el presente escrito. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga, en general, sobre los hechos y excepciones propuestas frente a la demanda.

El testigo podrá ser ubicado en la calle 69 No. 4-48 oficina 502 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico: abaron@gha.com.co

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

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; Comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **AL ACCIONANTE**, el señor Sigifredo José Oliveros Campo, para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Sigifredo José Oliveros Campo, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.437.569 desde el año 2010 hasta el año 2023.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral y ocupacional.
- Solicitud elevada por el señor Sigifredo José Oliveros Campo ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que el señor Sigifredo José Oliveros Campo inició los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y pérdidas de capacidad previas que el señor Sigifredo José Oliveros Campo sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Individual; y así mostrar la reticencia con que la accionante declaró su estado de asegurabilidad.

Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que el señor Sigifredo José Oliveros Campo inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral del 04 de abril de 2020. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, como quiera que como afiliado es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Sigifredo José Oliveros Campo, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.437.569 desde el año 2010 hasta el año 2023.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral y ocupacional
- Solicitud elevada por el señor Sigifredo José Oliveros Campo ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que el señor Sigifredo José Oliveros Campo inició los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías que el señor Sigifredo José Oliveros Campo sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro de la póliza de seguro de vida grupo deudor; y así mostrar la reticencia con que la accionante declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de estos. La **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA** puede ser notificada en la Cra. 16 #No. 25-07 Barrio Alcázares de Santa Marta, en la dirección electrónica: administrativo@juntamagdalena.co o el abonado telefónico +57 605 4301053

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA**, como quiera que, al tratarse de un régimen especial, es ésta la entidad que conoce la información de salud del señor Sigifredo José Oliveros Campo, y es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica, así como también, el dictamen que lo ha calificado y el expediente médico. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL (COFIN)**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Sigifredo José Oliveros Campo, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.437.569 desde el año 2010 hasta el año 2023.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral y ocupacional
- Solicitud elevada por el señor Sigifredo José Oliveros Campo ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que el señor Sigifredo José Oliveros Campo inició los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías que el señor Sigifredo José Oliveros Campo sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la inclusión dentro de la póliza de seguro de vida grupo deudor; y así mostrar la reticencia con que la accionante declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de estos. El **CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL (COFIN)** puede ser notificado en la Av Libertador No. 26-86, Santa Marta, Magdalena, o en la dirección electrónica: citas@cofin.com.co , me permito manifestar que el centro oftalmológico no tiene correo de notificaciones judiciales, se radican las peticiones a través de su página web <https://cofin.com.co/pgrs>

Los mencionados documentos se encuentran en poder del **CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL (COFIN)** como quiera que, al tratarse de un régimen especial, es ésta la entidad que conoce la información de salud del señor Sigifredo José Oliveros Campo y es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

6. OFICIOS

6.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Sigifredo José Oliveros Campo, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.437.569 desde el año 2010 hasta el año 2023.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral y ocupacional
- Solicitud elevada por el señor Sigifredo José Oliveros Campo ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Magdalena, con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que el señor Sigifredo José Oliveros Campo inició los trámites de calificación.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que fue la encargada de realizar el dictamen de pérdida de capacidad laboral y ocupacional del accionante, tal como se puede observar en los documentos arrimados al proceso. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Sigifredo José Oliveros Campo sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA** puede ser notificada en la Cra. 16 #No. 25-07 Barrio Alcázares de Santa Marta, en la dirección electrónica: administrativo@juntamagdalena.co o el abonado telefónico +57 605 4301053

- 6.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL (COFIN)**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Sigifredo José Oliveros Campo, identificado con cédula de ciudadanía No. 19.437.569 desde el año 2010 hasta el año 2023.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral y ocupacional
- Solicitud elevada por el señor Sigifredo José Oliveros Campo ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.

- Informe la fecha en que el señor Sigifredo José Oliveros Campo inició los trámites de calificación.

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 **CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL (COFIN)** puede ser notificado en la Av Libertador No. 26-86, Santa Marta, Magdalena, o en la dirección electrónica: citas@cofin.com.co , me permito manifestar que el centro oftalmológico no tiene correo de notificaciones judiciales, se radican las peticiones a través de su página web <https://cofin.com.co/pgrs>

7. 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 ASEGURADORA DE COLOMBIA E.C.**, las patologías del señor SIGIFREDO JOSÉ OLIVEROS CAMPO se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar el señor Oliveros 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 médica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el Asegurado. 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 a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso.

Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica completa del Asegurado.

Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones como la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA**, y el **CENTRO OFTALMOLÓGICO INTEGRAL (COFIN)** pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

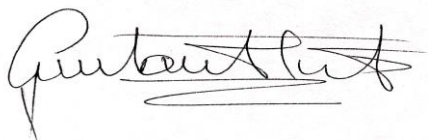
ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder conferido al suscrito
3. Certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Calle 69 # 4 – 48, Edificio Buró 69, oficina 502 de la ciudad de Bogotá, o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co
- Mi procurada, Aseguradora Solidaria de Colombia, recibirá notificaciones en la calle 100 No. 9 A - 45 Piso 12, de la ciudad de Bogotá D.C, correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co
- El Demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relacionan en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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