

Señores,

JUZGADO SEGUNDO (2°) CIVIL DEL CIRCUITO DE POPAYÁN

j02ccpayan@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL
RADICADO: 190014003001-2023-00422-01
DEMANDANTES: PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO Y OTROS
DEMANDADOS: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA Y OTRO

ASUNTO: RÉPLICA FRENTE A LA SUSTENTACIÓN DEL RECURSO DE APELACIÓN DE LOS DEMANDANTES

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C.S. de la J., actuando en mi calidad de apoderado judicial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA.**, como consta acreditado en el expediente, comedidamente manifiesto que **REASUMO** el poder a mi conferido y en acto seguido, procedo dentro del término legal a presentar **RÉPLICA FRENTE A LA SUSTENTACIÓN DE REPAROS** formulados por la parte demandante, contra la sentencia proferida en audiencia del 03 de octubre del 2024, proferida por el Juzgado Primero (1) Civil Municipal de Popayán (Cauca), todo lo anterior en los siguientes términos:

I. TRÁMITE PROCESAL

Los señores PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO y otros, por conducto de su apoderado judicial, presentaron demanda verbal de Responsabilidad Civil Contractual, con el fin de que se afectara la Póliza de Vida Grupo No. 4660882856 por la muerte del asegurado.

Los demandados, incluyendo ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA LTDA. ENTIDAD COOPERATIVA presentaron contestación a la demanda y excepciones de mérito, entre ellas, *Nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia del asegurado de la Póliza de Seguro Vida Grupo No. 4.660.882.856; Nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia del asegurado de la Póliza de Seguro de Vida Grupo No. 4.660.882.856; Inexistencia de obligación a cargo de la aseguradora de practicar y/o exigir exámenes médicos en la etapa; La*

acreditación de la mala fe no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia del contrato de seguro; la acreditación de la mala fe no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia del contrato de seguro, entre otras.

El 03 de octubre del 2024, el Juzgado Primero (1) Civil Municipal de Popayán (Cauca) profirió sentencia de primera instancia del proceso en referencia en la que dispuso lo siguiente:

“Primero. - *DECLARAR probadas las excepciones de mérito de «nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia del asegurado de la póliza de seguro vida grupo no. 4.660.882.856», «inexistencia de obligación a cargo de la aseguradora de practicar y/o exigir exámenes médicos en la etapa precontractual», «para la configuración de la nulidad por reticencia no es necesario que exista un nexo de causalidad entre la enfermedad omitida en la declaración del estado del riesgo y la causa de la incapacidad o el deceso del asegurado», y «Aseguradora Solidaria 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», invocadas por Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa.*

Segundo. - *DENEGAR, en consecuencia, las pretensiones de la demanda presentada por Paola Andrea Polindara Hidalgo, Nilson Fabián Polindara Hidalgo, Daniel Fabián Polindara Vergara y Juan David López Polindara, contra Giros y Finanzas Compañía de Financiamiento S.A., y Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa.*

Tercero. - *CONDENAR a los señores Paola Andrea Polindara Hidalgo, Nilson Fabián Polindara Hidalgo, Daniel Fabián Polindara Vergara y Juan David López Polindara, a pagar las costas procesales de este asunto, a favor de Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa, en cuya liquidación se incluirá la suma de \$3.400.000, por concepto de agencias en derecho.*

Cuarto. - *ORDENAR, en firme esta sentencia, el archivo del expediente, previas las anotaciones y constancias de rigor.*

Esta decisión se notifica en estrados, de acuerdo con lo estatuido en el artículo 294 del C.G.P”.

II. PRONUNCIAMIENTO RESPECTO AL RECURSO FORMULADO POR LA PARTE DEMANDANTE

Sea lo primero exponer que, indica errónea e infundadamente el extremo actor que “*el despacho concluyó que el asegurado había ocultado voluntariamente la información referente al estado del riesgo, conclusión a la que se llegó sin que existiera prueba alguna del actuar doloso del asegurado. La prueba de la intención de defraudar a la compañía aseguradora o de tomar ventaja el momento de la celebración del contrato de seguro, es requisito necesario para que opere la nulidad relativa por reticencia e inexactitud alegada por la aseguradora demandada*”. Al respecto, resulta fundamental confirmarle al Honorable Juez que **la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia**. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que **(i)** el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y **(ii)** que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas. Al respecto, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido muy clara al explicar lo siguiente:

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)

4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer 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 seguro”¹. - (Subrayado por fuera de texto)

De manera que, contrario a lo indicado por el recurrente, la Corte Constitucional, en Sentencia T - 437 de 2014, ha sido clara al expresar que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas; requisitos que claramente se cumplieron como quedó probado a lo largo del proceso y tal como se explicará a continuación.

¹ 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.

Por lo tanto, exigir la prueba de una “intención dolosa” resulta incongruente y se aparta de los criterios doctrinales y jurisprudenciales aplicables en materia de seguros. No obstante, y sin perjuicio de lo expuesto, la sola declaración de asegurabilidad evidencia de manera inequívoca la intención del asegurado al ocultar información relevante. Cabe destacar que dicha información fue claramente interrogada por la aseguradora previo a la suscripción del contrato, lo que refuerza la conclusión de que se incurrió en una omisión determinante que afectó la valoración del riesgo, y por tanto, vició el consentimiento de la aseguradora.

- Respecto a la “indebida valoración del material probatorio”:

Es completamente equivocado mencionar que el juzgado de primera instancia realizó una indebida valoración del material probatorio, pues en el curso del proceso quedó probado inequívocamente que para el día 19 de octubre de 2021, fecha en la cual el señor HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.) suscribió la declaración de asegurabilidad, se le formuló cuestionario de declaración de asegurabilidad (mismo que fue aportado al proceso y se encuentra dentro del expediente), 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 HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.) afirmó que su estado de salud era normal y no tenía ninguna de las enfermedades allí referidas, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas constituían una falta a la verdad, a saber:

DECLARACIONES	
Para efectos del presente certificado, declaro expresamente lo siguiente: 1. Mi estado de salud es normal, no padezco ni he padecido hipertensión arterial, enfermedades de tipo congénito o que incidan sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio, urogenital, digestivo, colágeno, psiquismo, endocrino, musculoesquelético, neurológico, emolinfático, sentidos, piel y anexos, SIDA y demás adicciones o afecciones que incidan sobre mi estado de salud, y que fumo menos de 20 cigarrillos al día, no tengo pendiente tratamientos o intervenciones quirúrgicas de enfermedades de los sistemas anteriormente enunciados, no padezco de lesiones o secuelas de origen traumático o patológico que afecten mi estado de salud, no sufro de obesidad ni sobrepeso y no practico aficiones que afecten mi integridad. 2. No he sido rechazado por alguna compañía aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. 3. Tanto mi profesión u oficio declaradas en el presente certificado, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales. 4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas de la forma en que aparecen descritas, por lo tanto la falsedad frente a la omisión, error, inexactitud o reticencia, la compañía podrá aplicar las sanciones establecidas en los artículos 1055, 1058 y 1158 del Código de Comercio.	
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO, CONSTANCIA DE ASESORIA Y FIRMA	
Habiendo leído, comprendido y aceptado todo lo indicado en este certificado, firmo el presente documento con la huella que extiendo en el lector biométrico para efectos de mi huella personal es el signo o símbolo que empleo como firma. Autorizo a Giros y Finanzas C.F. S.A. debitar de mi cuenta de ahorros, corriente, cargar a mi tarjeta de crédito o cupo rotativo de la entidad como en aquellos productos que yo posea en el sector financiero, el valor de la prima correspondiente a la emisión inicial y en la renovación de la póliza contratada hasta cuando yo decida y comunique a Giros y Finanzas C.F. S.A. que no deseo renovar la póliza. Así mismo manifiesto que me han explicado, he recibido y comprendido a cabalidad el presente certificado y las condiciones del mismo de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes. En constancia firmo a los: 19 días del mes octubre del año 2021, en la ciudad de Cali.	
 FIRMA DEL ASEGURADOR	 FIRMA DEL ASEGURADO

Es decir, a pesar de que el señor HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.) conocía de su padecimiento de salud con anterioridad al mes de octubre de 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Como se pudo observar de forma evidente en los hechos de la demanda, la parte activa confesó que el señor HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.) fue quien firmó el formulario

y, por lo tanto, fue en efecto él quien declaró el estado del riesgo en ese documento, conforme la exposición del hecho número 7 del escrito de demanda obrante en el expediente al afirmar que: “(...) **él se limitó a firmar el formulario** (...)” (Resaltado propio).

Aunado a lo anterior, la declaración de asegurabilidad que firmó el señor HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.) tiene su huella dactilar y la misma establece de manera clara, concreta y fácil de entender que el asegurado manifestaba irrevocablemente que tenía un estado de salud normal y no había padecido ninguna de las enfermedades allí mencionadas, por lo tanto, al firmar el documento es evidente que lo leyó y entendió su alcance. Por lo anterior, el señor HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.) sí fue reticente e inexacto en la declaración de asegurabilidad que leyó, firmó y en la cual puso su huella dactilar.

Incluso, en la misma sustentación de apelación presentada por la parte demandante a través de su apoderado judicial, se evidencia de manera inequívoca que se reconoce que el señor HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.) era plenamente consciente de su situación médica antes de la suscripción del contrato de seguro. Esta admisión resulta determinante, pues corrobora que el asegurado al momento de formalizar el contrato **contaba plenamente con conocimiento previo de sus condiciones de salud**. Tal reconocimiento, expresado de forma explícita en el alegato de la parte demandante, subraya que la omisión de información relevante no fue fruto de un desconocimiento, sino que responde a una conducta intencional por parte del asegurado.

Del historial clínico que fue aportado al proceso y las declaraciones de los demandantes, se puede concluir de manera contundente que el señor Henry Polindara (q.e.p.d.), sí era consciente de su situación médica, principalmente de la diabetes que padecía, por lo que

Así mismo, la misma señora PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO en calidad de demandante, en audiencia inicial del 01 de octubre del 2024 confesó por medio del interrogatorio de parte rendido que **i)** su padre HENRY POLINDARA (Q.E.P.D) contaba con antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2 desde el mes de noviembre de 2014; **ii)** Que el señor Polindara era consciente de su enfermedad; **iii)** Que incluso este debía “hacerse exámenes, tomarse medicamento, aplicarse la insulina, tenía que cuidarse la alimentación”, con ocasión a dicha patología.

En otras palabras, no existe duda alguna de que, en el presente caso, el señor HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.) afirmó que tenía un estado de salud normal y no había padecido ninguna de las enfermedades mencionadas en la declaración de asegurabilidad, **aun cuando tenía pleno conocimiento de sus padecimientos**. En este sentido y tal como correctamente lo consideró el

Despacho de origen, esta negativa constituye una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que 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.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.), es de gran importancia abordar cronológicamente lo señalado en su historia clínica (misma que obra en el plenario), pues en esta se indica que al menos desde noviembre de 2014 contaba con antecedentes de Diabetes mellitus tipo 2. En este extracto de la historia clínica es muy clara al establecer, los antecedentes en mención:

Analisis

PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS CLINICO, QUIEN REQUIERE PARACLINICOS COMPLEMENTARIOS, SEGUN VALOR DE CPK SE DEFINIRA SI SE DA MANEJO AMBULATORIO.

IDX: MIOSITIS DEL VASTO EXTERNO IZQUIERDO
DIABETES MELLITUS TIPO II NO CONTROLADA

Historia clínica del 12 de noviembre de 2014 del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.:

Es evidente que **la Diabetes mellitus tipo 2 era padecida y conocida por el señor HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.)** con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. En este sentido, al analizar la información médica del causante, es claro que el padecimiento de esta enfermedad fue antes del año 2021. Además, como fue indicado con anterioridad, en la misma sustentación de apelación presentada por la parte demandante a través de su apoderado judicial, se evidencia de manera inequívoca que se reconoce que el señor Polindara (Q.E.P.D.) era plenamente consciente de su situación médica antes de la suscripción del contrato de seguro, especialmente de la patología en cuestión, Diabetes mellitus tipo 2, al expresar “*Del historial clínico que fue aportado al proceso y las declaraciones de los demandantes, se puede concluir de manera contundente que el señor Henry Polindara (q.e.p.d.), **sí era consciente de su situación médica, principalmente de la diabetes que padecía** (...)*” (Negrilla y sublinea fuera de texto original).

Del historial clínico que fue aportado al proceso y las declaraciones de los demandantes, se puede concluir de manera contundente que el señor Henry Polindara (q.e.p.d.), sí era consciente de su situación médica, principalmente de la diabetes que padecía, por lo que

Ahora, en Historia clínica del 15 de noviembre de 2014 del Hospital Susana López de Valencia E.S.E. se observa diagnosticada Diabetes mellitus no insulino dependiente con complicaciones circulatorias periféricas, e incluso, celulitis de otras partes de los miembros:

Nombre del Paciente:	HENRY POLINDARA	Historia Clínica:	10527165
Fecha de Ingreso:	15/11/2014 1:46:51 p. m.	Ingreso:	709573
Area de Servicio:	URGENCIAS - CONSULTA	Folio:	32
Fecha de Registro:	17/11/2014 3:51:28 p. m.		

Historia Clínica Evolución

SE HACE TRASLADO A OBSERVACION

Diagnóstico

M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
E118	DIABETES MELLITUS NO INSULINO DEPENDIENTE CON COMPLICACIONES NO ESPECIFICADAS	<input type="checkbox"/> Principal
L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> Principal

Indicación Médica

Historia clínica del 25 de noviembre de 2014 del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.:

Folio:	94	Fecha de Registro:	25/11/2014 1:16:12 p. m.	N° de Historia Clínica:	10527165
Nombre:	HENRY POLINDARA	N° de Ingreso:	709573		
Area de Servicio:	H ESTANCIA GENERAL ADULTOS				

COMPLETAR 10 DIAS DE CLINDAMICINA (HOY ULTIMO DIA).
CONTROLES POR CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA EN 15 DIAS CON HEMOGRAMA, PCR, CR, GLICEMIA.
INSULINA LANTUS 10 U SC CADA 24 HORAS
METFORMINA IGUAL
ACETAMINOFEN 500MG VO SEGUN DOLOR

Diagnóstico

L023	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE GLUTEOS	<input type="checkbox"/> Principal
L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> Principal
E105	DIABETES MELLITUS INSULINO DEPENDIENTE CON COMPLICACIONES CIRCULATORIAS PERIFERICAS	<input type="checkbox"/> Principal
M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal

Historia clínica del 12 de diciembre de 2014 del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.:

Folio:	103	Fecha de Registro:	12/12/2014 7:49:17 a. m.	Ingreso:	719800	N° Historia Clínica:	10527165
Area de Servicio:	CONSULTA EXTERNA - MEDICINA ESPECIALIZADA						24/03/2022 10:59

M600	MIOSITIS INFECCIOSA	<input checked="" type="checkbox"/> Principal
L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS	<input type="checkbox"/> Principal
L023	ABSCESO CUTANEO, FURUNCULO Y ANTRAX DE GLUTEOS	<input type="checkbox"/> Principal
E149	DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION	<input type="checkbox"/> Principal

Historia clínica del 8 de enero de 2015 del Hospital Susana López de Valencia E.S.E.:

****Diagnostico****

E149 **DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION** Principal

Historia clínica del 4 de junio de 2015 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion** (E119), Confirmado repetido, Otra .

Historia clínica del 16 de junio de 2015 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus, no especificada sin mencion de complicacion** (E149), sobrepeso, Confirmado nuevo, Otra .

Historia clínica del 8 de julio de 2015 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion** (E119), Confirmado repetido, Otra .
Diagnóstico Asociado 1: **Trastorno de la refraccion, no especificado** (H527), Bilateral, Confirmado nuevo.

Historia clínica del 23 de junio de 2016 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion** (E119), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra .
Diagnóstico Asociado 1: **Absceso cutaneo, furunculo y antrax de sitio no especificado** (L029), Confirmado nuevo.

Historia clínica del 2 de noviembre de 2016 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus, no especificada con complicaciones no especificadas** (E148), Confirmado repetido, Causa Externa:Otra .
Diagnóstico Asociado 1: **Aumento anormal de peso** (R635), SOBREPESO, Confirmado repetido.

Historia clínica del 4 de mayo de 2017 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus no insulino dependiente sin mencion de complicacion** (E119), Confirmado repetido, Causa Externa:Enfermedad general.
Diagnóstico Asociado 1: **Insuficiencia venosa (cronica) (periferica)** (I872), Confirmado repetido.

Historia clínica del 23 de agosto de 2017 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion** (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa:Otra .
Diagnóstico Asociado 1: **Aumento anormal de peso** (R635), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.
Diagnóstico Asociado 2: **Hiperlipidemia no especificada** (E785), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido.

Historia clínica del 4 de septiembre de 2017 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus insulino dependiente con complicaciones no especificadas** (E108), Estado de la enfermedad: No Controlado, Confirmado repetido, Causa Externa:Otra .

Historia clínica del 1 de junio de 2018 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO
 Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion** (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Clasificacion de la enfermedad: **Diabetes tipo 2, Confirmado repetido**, Causa Externa:Otra .

Historia clínica del 8 de noviembre de 2018 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO
 Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion** (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Clasificacion de la enfermedad: **Diabetes tipo 2, Confirmado repetido**, Causa Externa:Otra .

Historia clínica del 4 de octubre de 2019 de la E.P.S. Sanitas S.A.S.:

DIAGNOSTICO
 Diagnóstico Principal: **Diabetes mellitus insulino dependiente sin mencion de complicacion** (E109), Estado de la enfermedad: No Controlado, Clasificacion de la enfermedad: **Diabetes tipo 2, Confirmado nuevo**, Causa Externa:Otra .
 Diagnóstico Asociado 1: **Insuficiencia renal no especificada** (N19X), Confirmado nuevo.

Historia clínica del 26 de noviembre de 2018 de la Clínica La estancia S.A.

CONCLUSIÓN:
PEQUEÑA HERNIA UMBILICAL SIN COMPLICACIONES AL MOMENTO DEL ESTUDIO
 FECHA Y HORA DE APLICACION:26/11/2018 16:41:56 REALIZADO POR: DIANA CATHERINE REALPE

Historia clínica del 1 de febrero de 2019 de la Clínica La estancia S.A.:

DIAGNÓSTICO	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO	K429	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	M545	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	Tipo RELACIONADO

Historia clínica del 1 de marzo de 2019 de la Clínica La estancia S.A.:

DIAGNÓSTICO	R104	OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO	C188	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL COLON	Tipo RELACIONADO
		POLIPO?	
DIAGNÓSTICO	K429	HERNIA UMBILICAL SIN OBSTRUCCION NI GANGRENA	Tipo RELACIONADO
		ASINTOMATICA	
DIAGNÓSTICO	M541	RADICULOPATIA	Tipo RELACIONADO

Historia clínica del 10 de mayo de 2019 de la Clínica La estancia S.A.:

DIAGNÓSTICO	R522	OTRO DOLOR CRONICO	Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO	K573	ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL INTESTINO GRUESO SIN PERFORA	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	M792	NEURALGIA Y NEURITIS NO ESPECIFICADAS	Tipo RELACIONADO

Historia clínica del 10 de junio de 2019 de la Clínica La estancia S.A.:

DIAGNÓSTICO	R101	DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO	M792	NEURALGIA Y NEURITIS NO ESPECIFICADAS	Tipo RELACIONADO
DIAGNÓSTICO	R522	OTRO DOLOR CRONICO	Tipo RELACIONADO

Historia clínica del 2 de octubre de 2019 de la Clínica La estancia S.A.:

DIAGNÓSTICO	R522	OTRO DOLOR CRONICO	Tipo PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO	M792	NEURALGIA Y NEURITIS NO ESPECIFICADAS	Tipo RELACIONADO

Así las cosas, es evidente que, tal como quedó probado con la Historia Clínica, la declaración de asegurabilidad, la confesión de la señora PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO, y ahora con la propia confesión del extremo actor en la sustentación de apelación, en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de octubre de 2021, el señor Polindara ya padecía de **diabetes mellitus tipo 2, celulitis de otras partes de los miembros, miositis infecciosa, aumento anormal de peso, insuficiencia venosa crónica), hipercolesterolemia pura, hiperlipidemia, lumbago, hernia umbilical, lesión de sitios contiguos del colon, neuralgia y neuritis no especificadas,** pues había sido diagnosticado de tiempo atrás a octubre de 2021.

Además, tal como informó el suscrito en calidad de representante legal de la compañía aseguradora durante la audiencia inicial celebrada el 01 de octubre de 2024, es fundamental destacar que, de haber sido conocidas las referidas patologías, la aseguradora no habría suscrito el contrato de seguro o, en su defecto, lo habría hecho en condiciones considerablemente más onerosas. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de dichas patologías con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

- En lo relativo al deber de información:

Ahora, expone sin fundamento alguno el extremo actor que *“la razón en que incurrió en reticencia e inexactitud en la declaración del estado no correspondió a un comportamiento doloso, si no al incumplimiento del deber de información por parte de las entidades demandadas el asegurado, señor Henry Polindara, sobre el contenido de la declaración de asegurabilidad que debía rendir, en el proceso quedó probado la forma en que el señor Henry Polindara realizó la suscripción del contrato de seguro, su hijo, Nilson Polindara, declaró que él lo acompañó en la celebración del contrato de seguro de vida inicial y en las renovaciones, y detalló cómo el funcionario de Giros Finanzas, nunca le entregó información clara, suficiente, ni oportuna, sobre la declaración del estado del riesgo, no le preguntó por las enfermedades que padecía, ni por las que aparecían enlistadas en el formulario, no le explicó las consecuencias en que podía generar la declaración reticente e inexacta en la declaración del estado del riesgo”*. Al respecto, me pronunciaré de la siguiente manera:

- I) **Inexistencia de Prueba del Incumplimiento del Deber de Información:** No obra prueba alguna que demuestre que, en efecto, la entidad bancaria ni la aseguradora incumplieron con su deber de información. En el expediente no se consta, por ejemplo, de grabaciones en video ni de cualquier otro elemento probatorio que respalde tal afirmación. Además, es preciso recordar lo establecido en el artículo 167 del Código General del Proceso, según el cual *“incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”*. En este sentido, aunque la carga probatoria recaía sobre la parte demandante, esta no fue debidamente cumplida.

- II) **Responsabilidad del Consumidor Financiero de Informarse:** Es, asimismo, obligación del consumidor financiero asesorarse respecto de los servicios que contrata, lo cual constituye un elemento inherente al contrato mismo. El asegurado debe mostrar interés y diligencia en la obtención de información clara y completa acerca de los términos y condiciones del seguro, sin que ello permita eximir a su persona de la responsabilidad de verificar y comprender los contenidos de la declaración de asegurabilidad. Por consiguiente, no resulta procedente delegar en exclusiva la carga informativa a la entidad demandada, ya que tal obligación es compartida y forma parte integral de la relación contractual. Es así como mediante sentencia del 14 de septiembre del 2020 Sala Civil de Decisión del Tribunal Superior de Bogotá, dispuso:

“La actora se expuso injustificadamente al riesgo, en la medida que como ella lo indicó en su interrogatorio, no leyó el certificado de asegurabilidad a través del cual declaraba su condición de salud, sin que tal conducta resulte excusable, pues de un lado, corresponde al consumidor financiero asesorarse respecto de los

servicios que está contratando y, de otro, obrar con el mínimo de diligencia a fin de establecer qué tipo de legajos está firmando y cuál era su contenido". Tribunal Superior de Bogotá, Sala Civil de Decisión. STC del 14 de septiembre de 2020".

Al respecto, se trae a colación el artículo sexto de la Ley 1328 de 2009, específicamente sus literales b y d, los cuales establecen deberes y/o prácticas de protección propia que deben cumplir los diversos consumidores del sector financiero. La norma previamente citada crea obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar los términos y condiciones de sus contratos. El tenor literal de la mencionada disposición señala expresamente:

“ARTÍCULO 6o. PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN PROPIA POR PARTE DE LOS CONSUMIDORES FINANCIEROS. Las siguientes constituyen buenas prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros:

(...)

*b) **Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir** o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le permitan la toma de decisiones informadas.*

(...)

*d) **Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato** y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)”*

En otros términos, la norma previamente expuesta crea la obligación en cabeza de los consumidores de informarse con rigurosidad sobre los productos financieros que han adquirido o sobre los que piensan obtener. En consecuencia, no resulta jurídicamente admisible establecer que no se leyeron los documentos que se firmaron, para intentar enervar el contenido, efecto y alcance de los mismos.

En consecuencia, se concluye que la afirmación de la parte demandante carece de sustento legal

y probatorio, al no haber demostrado de forma fehaciente el supuesto incumplimiento del deber de información, ni se puede trasladar en su totalidad la responsabilidad informativa al asegurador, cuando también recae sobre el consumidor financiero.

Contrariamente a lo que sostiene la parte demandante, no es suficiente “*la declaración del señor Nilson Polindara para demostrar que las entidades demandadas incumplieron con el deber de información a favor del consumidor financiero, derecho regulado en la ley 1328 del 2009 y la ley 1480 del 2011*”. Decir que ello no es cierto no constituye, por sí mismo, prueba indiciaria robusta que permita desvirtuar el cumplimiento de dicho deber.

Adicionalmente, en el expediente obra prueba documental consistente en la declaración de asegurabilidad, en la cual figura la firma y la huella del señor HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.). En este documento se consigna expresamente la constancia de asesoría, lo que evidencia que, al momento de suscribir el contrato de seguro, el asegurado fue debidamente informado sobre el contenido de la declaración y las implicaciones que ésta conllevaba. Esta prueba objetiva resulta determinante para refutar la alegación de que existió un incumplimiento del deber de información por parte de las entidades demandadas.

Por lo tanto, en atención a la prueba documental existente, no es procedente sostener que la declaración del hijo constituye prueba suficiente para demostrar un incumplimiento del deber informativo, pues el asegurado manifestó de manera inequívoca, a través de la declaración de asegurabilidad, que recibió la asesoría correspondiente.

- En lo relativo a la relevancia de la enfermedad omitida:

La parte demandante sostiene que el despacho consideró intrascendente que en el formulario de declaración del estado del riesgo no se hubiera indagado expresamente sobre la existencia de la diabetes, argumentando que dicha omisión demostraba que esa patología en particular no era relevante para que la aseguradora formara su consentimiento para la celebración del contrato, lo que, según la parte recurrente, conlleva a que la nulidad relativa alegada resulte ineficaz. Sin embargo, es preciso puntualizar que, en la declaración de asegurabilidad figura de manera inequívoca la afirmación “**mi estado de salud es normal**”. Esta declaración, ratificada mediante la firma y la huella del señor HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.), constituye prueba documental concluyente y expresa de que, a efectos del contrato, el asegurado **manifestó no padecer condiciones que alterasen su estado de salud**, incluida la diabetes. La existencia de una declaración categórica en este sentido no puede considerarse compatible con la omisión de

información relevante sobre una patología que, de existir, habría alterado la base del riesgo asumido por la aseguradora.

DECLARACIONES	
Para efectos del presente certificado, declaro expresamente lo siguiente: 1. Mi estado de salud es normal , no padezco ni he padecido hipertensión arterial, enfermedades de tipo congénito o que incidan sobre los sistemas cardiovascular, respiratorio, urogenital, digestivo, colágeno, psiquismo, endocrino, musculoesquelético, neurológico, emolinfático, sentidos, piel y anexos, SIDA y demás adicciones o afecciones que incidan sobre mi estado de salud, y que fumo menos de 20 cigarrillos al día, no tengo pendiente tratamientos o intervenciones quirúrgicas de enfermedades de los sistemas anteriormente enunciados, no padezco de lesiones o secuelas de origen traumático o patológico que afecten mi estado de salud, no sufro de obesidad ni sobrepeso y no practico aficiones que afecten mi integridad. 2. No he sido rechazado por alguna compañía aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. 3. Tanto mi profesión u oficio declaradas en el presente certificado, son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales. 4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas de la forma en que aparecen descritas, por lo tanto la falsedad frente a la omisión, error, inexactitud o reticencia, la compañía podrá aplicar las sanciones establecidas en los artículos 1055, 1058 y 1158 del Código de Comercio.	
AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO, CONSTANCIA DE ASESORIA Y FIRMA	
Habiendo leído, comprendido y aceptado todo lo indicado en este certificado, firmo el presente documento con la huella que extiendo en el lector biométrico para efectos mi huella personal es el signo o símbolo que empleo como firma. Autorizo a Giros y Finanzas C.F. S.A. debitar de mi cuenta de ahorros, corriente, cargar a mi tarjeta de crédito o cupo rotativo de la entidad como en aquellos productos que yo posea en el sector financiero, el valor de la prima correspondiente a la emisión inicial y en la renovación de la póliza contratada hasta cuando yo decida y comunique a Giros y Finanzas C.F. S.A. que no deseo renovar la póliza. Así mismo manifiesto que me han explicado, he recibido y comprendido a cabalidad el presente certificado y las condiciones del mismo de conformidad con la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia, las cuales acepto en todas sus partes. En constancia firmo a los: 19 días del mes octubre del año 2021, en la ciudad de Cali.	
	
FIRMA DEL ASEGURADOR	FIRMA DEL ASEGURADO

Incluso, resulta contradictorio sostener que la omisión de una indagación específica sobre la diabetes es intrascendente cuando, en la misma declaración, el asegurado manifiesta tener un estado de salud normal. Esta contradicción pone en evidencia una inexactitud determinante en la declaración de asegurabilidad, ya que de haberse tenido en cuenta la existencia de diabetes, la declaración no podría haber sido categórica respecto a la normalidad de su salud. Por ello, la omisión no puede ser considerada trivial, sino que afecta directamente la formación del consentimiento del contrato.

Tenga en cuenta H. Juez que, la formación del contrato de seguro se sustenta en la declaración veraz y completa del estado de salud del asegurado, elemento esencial para la correcta valoración del riesgo. El asegurado, al declarar "mi estado de salud es normal", se compromete a proporcionar una imagen fidedigna de su situación médica. Si en realidad padeciera diabetes, tal declaración constituye una reticencia o inexactitud que debilita la base sobre la cual la aseguradora otorgó su consentimiento, generando, en consecuencia, la nulidad relativa del contrato de seguro.

Ahora, en la audiencia inicial celebrada el 01 de octubre de 2024, como representante legal de la compañía aseguradora se manifestó que *“el universo de patologías que pueden afectar a una persona no alcanzaría a diligenciarse en un formato; aquí se habla de afecciones que amenacen los distintos sistemas de la persona, por esa razón no hay un listado de cada una de las patologías que se han descubierto en el mundo”*. No obstante, explicó que, en aquellos casos en que el asegurado manifieste que su estado de salud no es normal, se recurre a adendas o notas adicionales que el propio asegurado diligencia en un documento de puño y letra, el cual le permite detallar las condiciones específicas de salud que padece, dado que no existe una preforma estandarizada para ello. En el caso concreto, el asegurado afirmó expresamente que su “estado de

salud es normal”, razón por la cual no se procedió a suscribir ni a complementar el contrato con dicha adenda. Esta práctica, conforme a lo explicado en el respectivo interrogatorio de parte, refuerza la conclusión de que el procedimiento seguido en la suscripción del contrato se ajustó a los estándares establecidos: al no declararse anormalidad en su salud, el asegurado no diligenció el documento complementario.

Además, el demandante está pasando por alto la relevancia médica de una enfermedad que por sí misma es comorbilidad de muchas otras, o causa de muchas otras que pueden resultar mortales. Al respecto, en el artículo denominado “Vivir con diabetes te pone en riesgo de otras 57 enfermedades” de NCDAllience, se establece al respecto:

La comorbilidad, o vivir con más de una enfermedad crónica, es una característica de la diabetes. En el momento del diagnóstico de diabetes tipo 2, el 75% de las personas tenía al menos otra condición crónica y el 44% tenía al menos otras dos afecciones. Esto se debe a que muchas condiciones crónicas comparten factores de riesgo clave con la diabetes, como la obesidad, la inflamación vascular y el colesterol alto.

- En lo relativo a la inexistencia de dudas que lleven al “indubio pro consumatore”:

Por otro lado, indica el demandante que “*el despacho debió haber interpretado de forma favorable las condiciones generales, indubio pro consumatore, a quien no las redactó, esto es, al asegurado, pues es clara la posición desventajosa en la que se encuentran los consumidores cuando aceptan una póliza de seguro, por cuanto no son suficientes y claras las indicaciones que son necesarias para no incurrir en confusiones o alegaciones contrarias al momento de afectar la misma, y, en consecuencia, debe fallarse a favor de la parte débil de la relación contractual*”. Si bien es cierto que el principio “indubio pro consumatore” orienta la interpretación de las cláusulas contractuales en favor del consumidor cuando existen dudas o ambigüedades, ello no implica que de manera automática se deba fallar a favor del asegurado, especialmente cuando la evidencia demuestra que el propio consumidor aceptó de forma consciente y voluntaria las condiciones generales del contrato, las cuales fueron presentadas e informadas de forma clara y conforme a las prácticas usuales del sector.

En este caso, el asegurado suscribió el contrato de seguro en el que, mediante la declaración de asegurabilidad, afirmó explícitamente que su “estado de salud es normal”, sin requerir ni complementar la póliza con la adenda destinada a detallar afecciones particulares. Esto evidencia

que, al momento de celebrar el contrato, el asegurado tuvo pleno conocimiento de la información y las condiciones que regían el acuerdo, recibiendo la asesoría correspondiente.

En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, es importante destacar que la responsabilidad de informarse y comprender los términos del contrato no recae en exclusiva sobre la parte aseguradora. El asegurado, al aceptar los términos y firmar el documento, asumió la obligación de revisar y comprender las condiciones generales, **las cuales fueron presentadas de forma clara y conforme a las prácticas usuales del sector.**

Por lo tanto, lejos de existir ambigüedad o insuficiencia en la redacción de las condiciones generales, como sostienen la parte demandante, la situación fáctica demuestra que el asegurado aceptó las condiciones en pleno conocimiento de causa. **En consecuencia, aplicar el principio "indubio pro consumatore" resulta inapropiado en este contexto, ya que no se configuran los supuestos de incertidumbre o desventaja informativa que justifiquen una interpretación unilateralmente favorable al consumidor.** En resumen, la argumentación de la parte demandante carece de sustento, puesto que la documentación y la conducta del asegurado evidencian que este fue debidamente informado y aceptó las condiciones contractuales de manera expresa, sin que se evidencie confusión o ambigüedad en las mismas.

- Respecto a la "indebida valoración" del testimonio de Nilson Polindara:

En relación con el argumento de la parte demandante, según el cual el "*testimonio de Nilson Polindara, no fue objeto de ningún reparo por parte de la compañía aseguradora, por lo que quedó probado que él acompañó a su señor padre al cumplimiento del pago de unos "créditos" que tenía con Giros y Finanzas, y que también lo acompañó en la renovación de la póliza de seguro, es decir, estuvo presente en la celebración de los tres contratos de seguros donde fue asegurado*", se expone que a lo que el extremo actor llama "testimonio" corresponde un interrogatorio de parte, máxime cuando su demanda no se indicaron pruebas testimoniales. Además, en el transcurso del proceso no se aportó prueba alguna que respalde el mero decir de una de las partes demandantes en audiencia, lo cual debilita la fuerza probatoria de sus alegaciones basadas en ese supuesto "testimonio".

Conforme al artículo 167 del Código General del Proceso, corresponde a las partes probar los hechos que sustentan sus pretensiones. En el presente caso, la parte demandante no ha aportado medios probatorios objetivos —como grabaciones, documentos adicionales o registros de asesoría— que demuestren de manera inequívoca que la entidad incumplió su deber informativo. Por el contrario, obra en el expediente la declaración de asegurabilidad, debidamente firmada y

sellada por el asegurado, en la que se constata expresamente su manifestación de tener un 'estado de salud normal'. Dicho documento, de carácter formal y vinculante, es el elemento probatorio determinante que refuta la existencia de una supuesta inadecuada información, independientemente de la supuesta presencia del hijo Nilson Polindara.

Es importante recordar que, en el marco de un contrato de seguro, la obligación de informarse y comprender las condiciones del contrato recae también sobre el asegurado. La declaración de asegurabilidad es el reflejo del consentimiento informado del asegurado, lo cual, al constatarse por escrito, debilita cualquier argumento basado únicamente en un mero decir de una de las partes demandante en su interrogatorio de parte.

Si bien la parte demandante sostiene que el despacho debió realizar una valoración integral de las pruebas, es preciso matizar que fue justamente lo que el Despacho de origen hizo, máxime cuando obran pruebas en el plenario como declaración de asegurabilidad, la historia clínica e incluso la confesión de la propia demandante PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO. En primer lugar, la declaración de asegurabilidad, debidamente firmada y sellada por el asegurado, establece de forma formal su manifestación sobre el estado de salud, mientras que la historia clínica aporta evidencia objetiva acerca de las patologías que, en realidad, afectaban al señor HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.). Además, la confesión de PAOLA ANDREA POLINDARA HIDALGO corrobora que el asegurado era plenamente consciente de sus condiciones médicas, lo cual evidencia una discrepancia significativa entre lo declarado y la realidad de su salud. En conjunto, estos elementos probatorios, entre otros, demuestran de forma integral que el asegurado conocía sus patologías, reforzando la conclusión de que la valoración del riesgo se basó en información que, a todas luces, no correspondía a la verdadera situación clínica del demandado.

Resulta incongruente afirmar que no se ha realizado una valoración integral de las pruebas cuando, en la práctica, lo que se pretende es tomar como única evidencia lo expresado por el señor NILSON FABIÁN POLINDARA en su interrogatorio de parte. Este enfoque parcial y reduccionista ignora la totalidad de los elementos probatorios aportados que, en conjunto, demuestran de manera inequívoca el conocimiento pleno que tenía el asegurado sobre sus patologías. Reducir el análisis probatorio a un solo interrogatorio contraviene el principio de unidad de la prueba, que exige examinar y valorar en forma global todos los elementos presentados para lograr una apreciación justa y equilibrada de los hechos.

Expresa el extremo actor que el despacho de origen pasó por alto detalles de la declaración, como por ejemplo *“el lugar donde se suscribió el contrato (oficina de Giros y Finanzas), incluso se detallaron las circunstancias de modo, tiempo y lugar en los que se celebró el contrato de seguro,*

las condiciones físicas del lugar donde se tomó el seguro indicando, que era una especie de casa de cambio, que tenía un vidrio, lo cual impide físicamente que la información que se le haya dado al señor Henry Polindara, hubiera cumplido con los estándares que para efectos de la protección al consumidor exige nuestro ordenamiento jurídico". Al respecto, es preciso ilustrar que las instituciones financieras cuentan con una amplia red de oficinas en el país, lo que les otorga una ventaja significativa en términos de eficiencia y alcance. En contraste, las aseguradoras no disponen de una infraestructura similar, lo que limita su capacidad para llegar directamente a los clientes. Por ello, en Colombia se ha adoptado un modelo que aprovecha esta eficiencia: se autoriza a las aseguradoras e intermediarios a utilizar las redes de establecimientos de comercio, en particular instituciones financieras, para la comercialización de seguros.

Esta práctica, permitida por la normativa vigente, permite que las aseguradoras se beneficien de la extensa presencia de dichas empresas, facilitando la distribución de sus productos y ampliando el acceso a los consumidores en todo el territorio, sin que ello implique una exoneración de su deber de informar de manera completa y clara, conforme a los estándares de protección al consumidor.

El argumento del demandante, basado en el detalle de que "tenía un vidrio", resulta ilógico e incoherente. La presencia de un vidrio en la oficina es simplemente una característica física del lugar y no tiene ninguna incidencia en la capacidad de la entidad para proporcionar información clara y completa al asegurado. No se puede sostener que un elemento de la infraestructura impida físicamente que la información cumpla con los estándares de protección al consumidor, por lo que dicho argumento carece de fundamento racional y legal. Además, sin perjuicio de lo anterior, la parte demandante no aportó prueba alguna que demuestre la supuesta característica del lugar, ya que no se presentó evidencia fotográfica ni videográfica que respalde tal afirmación. Esto debilita notablemente el argumento, pues se basa únicamente en aseveraciones sin ningún soporte probatorio concreto.

- Respecto a la inexistencia de obligación de la aseguradora de solicitar información médica en la etapa precontractual:

Ahora, alega erróneamente el extremo actor que *"en el asunto de la referencia quedó probado que la compañía aseguradora pudo haber conocido el estado de salud del señor Henry Polindara, desde el mismo momento en que se hizo la declaración de asegurabilidad, así lo declaró el representante legal de la compañía aseguradora cuando mencionó que ellos habían consultado el historial clínico una vez se había hecho la reclamación, lo que demuestra un incumplimiento en el deber de indagación que le asiste a la compañía aseguradora demandada como persona jurídica profesional*

en la actividad aseguradora”. No obstante, se indica que 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, así como de pedir información clínica de este. Pues 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.

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

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del Código de Comercio 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 Código de Comercio. Al respecto, el artículo 1158 del referido código indica lo siguiente:

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

En otras palabras, la norma es muy clara al **(i)** deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y **(ii)** establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es más, 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 jurídico².

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales³. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer⁴.” - (Subrayado por fuera de texto)

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

² 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.”

³ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁴ 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.

“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.”⁵ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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 04 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez⁶, en donde estableció lo siguiente:

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

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

⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerroo Pérez.

⁶ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

(...)

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

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

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe (...)”⁷ (Subrayado por fuera de texto).

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

⁷ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, **es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio.**

Así las cosas, se desvirtúa lo indicado por la parte actora en lo referente a que recaía en cabeza de la Compañía Aseguradora el efectuar exámenes médicos al señor HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.) en la etapa precontractual a fin de determinar el riesgo que le estaba siendo trasladado, pues clara

es la jurisprudencia de las altas cortes al establecer que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

- Frente a la equivocada consideración de la necesidad de probar “la existencia de un nexo causal”:

Expone la parte demandante que *“la aseguradora no probó la existencia de nexo de causalidad entre la información que se omitió el señor HENRY POLINDARA al momento en que se realizó la declaración del estado del riesgo, y las causas del siniestro, fallecimiento del asegurado. En este caso, las razones del fallecimiento no tienen relación directa con la enfermedad omitida. La falta de prueba en el nexo causal genera que la nulidad relativa alegada resulte ineficaz”*. No obstante, contrario a lo que asevera el extremo demandante, la existencia de una relación causal entre la afección preexistente y omitida por el asegurado en la declaración de asegurabilidad y la patología o enfermedad causa de la muerte de aquel no es un requisito para declarar la nulidad relativa del aseguramiento, por cuanto, sin perjuicio de que la causa del lamentable fallecimiento sea completamente ajena a la enfermedad que se omitió declarar, lo que interesa para efectos de entender nulo el contrato es que se haya omitido informar tal patología por el asegurado y que ésta habría tenido tal incidencia en el aseguramiento que, de haberse conocido por la Compañía, ésta se habría retraído de emitir el seguro o habría pactado una prima más onerosa, requisitos que conforme se explicó anteriormente y se demostró a lo largo del proceso, se encuentran fehacientemente demostrados en esta controversia.

En efecto, para la configuración de la reticencia, consagrada en el Art. 1058 de C. Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patología que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente según sea el caso; ello resulta completamente indiferente para que se entienda materializada la nulidad. La H. Corte constitucional, en la Sentencia de constitucionalidad C- C-232 de 1997, anteriormente mencionada, fue palmariamente clara al explicar lo siguiente:

*“(…) 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) (...)”⁸(Negrita y sublínea por fuera del texto original).

Ciertamente, tal y como lo expone la H. Corte Constitucional, para efectos de anular el contrato de seguro en los términos del Art. 1058 del C. Co., **NO es necesario acreditar una relación de causalidad entre el acaecimiento del evento asegurado y la enfermedad objeto de 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, se presentó y se demostró en este caso, como es apenas evidente a través de la lectura de la Historia Clínica, y de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor HENRY POLINDARA (Q.E.P.D.) el 19 de octubre del 2021.

La parte accionante equivocadamente, además de exigir a mi mandante la práctica de actuaciones que no son de su resorte (en virtud de la aplicación de la buena fe), circunscribe la configuración de la nulidad relativa por reticencia a la existencia de un nexo causal que resulta a todas luces prescindible en estos escenarios. La reticencia, como bien lo indicó en la Sentencia T-222 de 2014 de la H. Corte constitucional “(...) significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato (...)”, es decir, la que se cristaliza con la disparidad entre lo que se declara y lo que obedece a la realidad; por lo que lo único que resulta trascendente probar para afirmar concretada la nulidad por reticencia es dicha distinción, y no, como equivocadamente lo manifiesta el extremo actor, una relación causal entre lo omitido y la materialización del riesgo (la muerte).

⁸ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia de constitucionalidad C- C-232 de 1997. M.P. Dr. Jorge Arango Mejía.

En conclusión, ante este panorama, no le asiste razón al argumento de la parte actora frente a este particular del nexo de causalidad para declarar el incumplimiento, toda vez que, se itera, independientemente de que la causa del lamentable fallecimiento sea plenamente extraña a la enfermedad que se omitió declarar, lo que interesa para efectos de entender nulo el contrato es que se haya omitido informar tal patología por el asegurado y que ésta habría tenido tal incidencia en el aseguramiento que, de haberse conocido por la Compañía, ésta se habría retraído de emitir el seguro o habría pactado una prima más onerosa, requisitos que se encuentran fehacientemente demostrados en esta controversia de cara a la confrontación de los antecedentes médicos del señor HENRY POLINDARA (q.e.p.d.) y el formato de solicitud del seguro en el que se encuentra inserta la declaración de asegurabilidad diligenciada y suscrita el día 19 de octubre del 2021 por el asegurado, en el que se advierte sin dificultad que aquel fue reticente y no proporcionó información verídica y actual de su condición de salud, omitiendo informar la preexistencia de **diabetes mellitus tipo 2, celulitis de otras partes de los miembros, miositis infecciosa, aumento anormal de peso, insuficiencia venosa (crónica), hipercolesterolemia pura, hiperlipidemia, lumbago, hernia umbilical, lesión de sitios contiguos del colon, neuralgia y neuritis no especificadas**, las cuales padecía desde antes del año 2021. Enfermedades que, por su gravedad, incidían relevantemente en el riesgo que se estaba trasladando a mi mandante y que por lo tanto debían ser informados, y no haberlo hecho, vició el consentimiento de mi prohijada y, por ende, afectó de nulidad los aseguramientos.

III. SOLICITUD

En mérito de todo lo expuesto, ruego al Honorable **JUZGADO SEGUNDO (2°) CIVIL DEL CIRCUITO DE POPAYÁN**, se sirva **CONFIRMAR** integralmente la sentencia proferida en audiencia del 03 de octubre del 2024, proferida por el Juzgado Primero (1) Civil Municipal de Popayán (Cauca), toda vez que aquella se encuentra ajustada a derecho.

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA.

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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