

Señores,

JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE IBAGUÉ

E.S.D

REFERENCIA: VERBAL
RADICADO: 73001-31-03-003-2024-00007-00
DEMANDANTE: NUBIA CONSUELO CORTÉS- AGENTE OFICIOSA
DEMANDADO: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA SA

ASUNTO: CONTESTACIÓN DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado general de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., identificada con NIT 860027404 - 1, representada legalmente por el doctor David Alejandro Colmenares Spence, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Cali que se aporta con el presente documento, donde se observa el mandato general a mí conferido a través de escritura pública No. 5107 del 05 de mayo de 2004 otorgada en la Notaría 29 de la ciudad de Bogotá. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legalmente establecido, manifiesto comedidamente que procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por Nubia Consuelo Cortés quien ejerce el apoyo judicial definitivo de Segundo Leónidas Rodríguez Giraldo en contra de mi representada. Anunciando que me opongo a las pretensiones formuladas en la demanda de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPITULO I

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1. Es cierto, el señor Leonidas Rodríguez adquirió un seguro de vida. Sin embargo, debe indicarse que, el contrato de seguro adolece de nulidad por cuanto el señor Rodríguez faltó a la verdad, pues no declaró haber padecido enfermedades previo a la celebración del contrato de seguro. Adicionalmente se encontraron inconsistencias frente a la información financiera declarada.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 2. Es cierto la Póliza Vital contaba con los amparos. Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que, para la fecha en la que el

señor Leonidas Rodríguez suscribió la declaración de asegurabilidad, este negó la existencia de sus enfermedades y omitió declarar se verdadera información financiera, por lo que en ese sentido el seguro no podrá ser afectado.

Adicionalmente, debe tenerse en consideración que en el presente caso operó el fenómeno de prescripción frente a la cobertura de Renta diaria por hospitalización, pues los periodos de hospitalización tuvieron lugar el día 06 de marzo del 2021 hasta el 29 de marzo del 2021 y luego desde el día 13 de abril del 2021 hasta el 30 de abril del 2021 y solo fue hasta el 3 de noviembre de 2023 que se envió la solicitud de indemnización, cuando ya había transcurrido más de dos años desde la ocurrencia del hecho y en ese sentido no podrá hacerse efectivo el amparo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 3. Si bien se han efectuado los pagos por concepto de primas, lo cierto es que la cancelación de las mismas es una obligación por parte del asegurado, por lo que de no cumplir con ello se termina el contrato de forma automática.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 4. No me consta lo afirmado en este hecho por la Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende, mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 5. No me consta lo afirmado en este hecho por la Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende, mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior debe indicarse que el señor Leónidas Rodríguez ya padecía de esquizofrenia paranoide tardía, por lo que es claro que el asegurado no declaró su verdadero estado de salud y en ese sentido no podrá operar el seguro, pues el mismo adolece de nulidad relativa.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 6. No me consta lo afirmado en este hecho por la Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende, mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior, debe tenerse en consideración que en el presente caso operó el fenómeno de prescripción frente a la cobertura de Renta diaria por hospitalización, pues los periodos de hospitalización tuvieron lugar el día 06 de marzo del 2021 hasta el 29 de marzo del 2021 y luego desde el día 13 de abril del 2021 hasta el 30 de abril del 2021 y solo fue hasta el 3 de noviembre de 2023 que se envió la solicitud de indemnización, cuando ya había transcurrido más de dos años desde la ocurrencia del hecho y en ese sentido no podrá hacerse efectivo el amparo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 7. No me consta lo afirmado en este hecho por la Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende, mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior, debe tenerse en consideración que en el presente caso operó el fenómeno de prescripción frente a la cobertura de Renta diaria por hospitalización, pues los periodos de hospitalización tuvieron lugar el día 06 de marzo del 2021 hasta el 29 de marzo del 2021 y luego desde el día 13 de abril del 2021 hasta el 30 de abril del 2021 y solo fue hasta el 3 de noviembre de 2023 que se envió la solicitud de indemnización, cuando ya había transcurrido más de dos años desde la ocurrencia del hecho y en ese sentido no podrá hacerse efectivo el amparo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 8. No me consta lo afirmado en este hecho por la Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende, mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 9. No me consta lo afirmado en este hecho por la Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende, mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 10. No me consta lo afirmado en este hecho por la Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende, mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y

útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 11. No me consta lo afirmado en este hecho por la Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende, mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 12. No me consta lo afirmado en este hecho por la Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende, mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 13. No me consta lo afirmado en este hecho por la Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende, mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 14. Solo es cierto en cuanto a que la demandante presentó solicitud de indemnización frente al amparo de “incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente”. Sin embargo, la Compañía de Seguros emitió una comunicación objetando el pago, toda vez que el contrato de seguros se encuentra viciado, por lo que deberá declararse la nulidad relativa del mismo. Lo anterior en tanto que el asegurado tiene la obligación de declarar sinceramente todos los hechos y circunstancias que rodean el estado del riesgo, lo cual no ocurrió en el presente caso, pues el señor Rodríguez declaró, en el acápite de su información financiera que sus ingresos ascendían a \$13.000.000, su patrimonio a \$270.000.000 y sus deudas a \$180.000.000, lo cual no es cierto en virtud de que una vez se revisó la declaración de renta, se evidencia que sus ingresos ascendían a \$83.400.000, su patrimonio a \$483.700.000 y sus deudas a \$114.284.0000. En el mismo sentido, se pudo corroborar en la historia clínica del Instituto de Epilepsia y Parkinson del Eje Cafetero S.A que el señor Leónidas para el año 2020 tenía antecedentes de esquizofrenia paranoide tardía, lo cual no fue declarado por el entonces asegurado.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 15. Solo es cierto en cuanto a que la Aseguradora debe verificar todos los supuestos de hecho que generaron la supuesta realización del riesgo para emitir un

comunicado frente a la solicitud de indemnización presentada por la señora Nubia Cortés.

Sin perjuicio de ello, dentro del trámite de estudio de la solicitud de indemnización la Compañía obtuvo como resultado que el señor Rodríguez no informó de forma sincera todas las circunstancias que rodea el riesgo, pues Rodríguez declaró, en el acápite de su información financiera, que sus ingresos ascendían a \$13.000.000, su patrimonio a \$270.000.000 y sus deudas a \$180.000.000, lo cual no es cierto en virtud de que una vez se revisó la declaración de renta, se evidencia que sus ingresos ascendían a \$83.400.000, su patrimonio a \$483.700.000 y sus deudas a \$114.284.0000. En el mismo sentido, se pudo corroborar en la historia clínica del Instituto de Epilepsia y Parkinson del Eje Cafetero S.A que el señor Leónidas para el año 2020 tenía antecedentes de esquizofrenia paranoide tardía, lo cual no fue declarado por el señor Leónidas y en ese sentido debe declararse nulo el contrato.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 16. Solo es cierto en cuanto a que la Aseguradora debe verificar todos los supuestos de hecho que generaron la supuesta realización del riesgo para emitir un comunicado frente a la solicitud de indemnización presentada por la señora Nubia Cortés.

Sin perjuicio de ello, dentro del trámite de estudio de la solicitud de indemnización la Compañía obtuvo como resultado que el señor Rodríguez no informó de forma sincera todas las circunstancias que rodea el riesgo, pues Rodríguez declaró, en el acápite de su información financiera, que sus ingresos ascendían a \$13.000.000, su patrimonio a \$270.000.000 y sus deudas a \$180.000.000, lo cual no es cierto en virtud de que una vez se revisó la declaración de renta, se evidencia que sus ingresos ascendían a \$83.400.000, su patrimonio a \$483.700.000 y sus deudas a \$114.284.0000. En el mismo sentido, se pudo corroborar en la historia clínica del Instituto de Epilepsia y Parkinson del Eje Cafetero S.A que el señor Leónidas para el año 2020 tenía antecedentes de esquizofrenia paranoide tardía, lo cual no fue declarado por el señor Leónidas y en ese sentido debe declararse nulo el contrato.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 17. Es cierto, la Compañía de Seguros objetó la solicitud de indemnización toda vez que el señor Leónidas fue reticente, pues no declaró sinceramente el estado del riesgo relativo a su información financiera y su salud, conforme se expone a continuación:

- En primer lugar, el señor Rodríguez no informó de forma sincera todas las circunstancias que rodea el riesgo, pues Rodríguez declaró, en el acápite de su información financiera que sus ingresos ascendían a \$13.000.000, su patrimonio a \$270.000.000 y sus deudas a \$180.000.000, lo cual no es cierto en virtud de que una vez se revisó la declaración de renta, se evidencia que sus ingresos ascendían a \$83.400.000, su patrimonio a \$483.700.000 y sus deudas a \$114.284.0000
- En segundo lugar, se pudo corroborar en la historia clínica del Instituto de Epilepsia y Parkinson del Eje Cafetero S.A que el señor Leónidas para el año 2020 tenía antecedentes

de esquizofrenia paranoide tardía, lo cual no fue declarado por el señor Leónidas y en ese sentido debe declararse nulo el contrato.

- En tercer lugar, la entrevista realizada a la señora Nubia Cortés no concuerda con las versiones consignadas en la Historia Clínica, toda vez que por un lado se indicó que el señor Leónidas se fue a la casa de una hermana y sobrina ubicada en Tolima, pero luego la señora Nubia afirma haber encontrado a su esposo en marzo de 2021 en la calle gracias a la versión de un conocido de la ciudad de Pereira.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 18. En virtud de que el presente hecho contiene diversas manifestaciones, procederé a pronunciarme en el siguiente sentido

- La respuesta emitida por la Aseguradora no fue injustificada, pues como se ha puesto de presente el señor Rodríguez no informó de forma sincera todas las circunstancias que rodean el riesgo, pues Rodríguez declaró, en el acápite de su información financiera, que sus ingresos ascendían a \$13.000.000, su patrimonio a \$270.000.000 y sus deudas a \$180.000.000, lo cual no es cierto en virtud de que una vez se revisó la declaración de renta, se evidencia que sus ingresos ascendían a \$83.400.000, su patrimonio a \$483.700.000 y sus deudas a \$114.284.0000. En el mismo sentido, se pudo corroborar en la historia clínica del Instituto de Epilepsia y Parkinson del Eje Cafetero S.A que el señor Leónidas para el año 2020 tenía antecedentes de esquizofrenia paranoide tardía, lo cual no fue informado por el señor Leónidas y en ese sentido debe declararse nulo el contrato.
- No me consta lo afirmado por la Demandante referente a ser el apoyo judicial del señor Rodríguez. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.
- La transcripción del clausulado no refiere alguna situación de hecho, pues no se describen circunstancias de tiempo, modo y lugar. Sin perjuicio de ello, debe indicarse que si bien la incapacidad total y permanente se define en el texto, lo cierto es que para que proceda la indemnización deberán cumplirse otro tipo de requisitos, tales como verificar que lo consignado en la solicitud de asegurabilidad concuerde con la realidad del estado del riesgo, de lo contrario el consentimiento de mi prohijada estará viciado.
- No es cierto lo afirmado por la demandante, pues el señor Leónidas fue reticente al no declarar el verdadero estado de salud y lo concerniente a su información financiera. Puesto que el señor Rodríguez no informó de forma sincera todas las circunstancias que rodeaban el riesgo, pues Rodríguez declaró, en el acápite de su información financiera que sus ingresos ascendían a \$13.000.000, su patrimonio a \$270.000.000 y sus deudas a \$180.000.000, lo cual no es cierto en virtud de que una vez se revisó la declaración de renta, se evidencia que sus ingresos ascendían a \$83.400.000, su patrimonio a \$483.700.000 y sus deudas a \$114.284.0000. En el mismo sentido, se pudo corroborar en la historia clínica del Instituto de Epilepsia y Parkinson del Eje Cafetero S.A que el señor Leónidas para el año

2020 tenía antecedentes de esquizofrenia paranoide tardía, lo cual no fue declarado por el señor Leónidas y en ese sentido debe declararse nulo el contrato.

- No es cierto que la señora Nubia Cortés haya radicado una reclamación formal ante la Compañía de Seguros, pues esta no cumplía con los requisitos preceptuados en el artículo 1077 del Código de Comercio. Ahora bien, por otra parte, tampoco es cierto que la información financiera no fuera un requisito sine qua nom para declarar en la solicitud de asegurabilidad, toda vez que por parte de la Compañía se le suministra un cuestionario al potencial asegurado para que responda sinceramente y así la Aseguradora pueda tarificar el riesgo y decidir si celebra el contrato bajo una extraprima o si en definitiva no perfecciona el negocio asegurativo. En ese sentido al no haber declarado sinceramente el riesgo es decir al no responder con la verdad las preguntas formuladas por la Aseguradora, es claro que vició el consentimiento de esta y por ello deberá declararse nulo el contrato.
- No es un hecho lo relativo a declarar de forma promedío la información financiera, pues no se está describiendo una circunstancia de tiempo, modo y lugar. Lo que refiere aquí la parte demandante es una conjetura sin ningún sustento legal. Este despacho debe tener en consideración que el contrato de seguro está enmarcado por la ubérrima bona fides y las partes contractuales están en el deber de enmarcar su comportamiento bajo la buena fe, es decir que, el asegurado debía suministrar la información sincera sobre el estado del riesgo, esto es acerca de su salud y vida financiera, debido a que estos dos factores serían los que la Aseguradora tendría en cuenta para tarificar el riesgo y así ajustar los valores de la prima y del seguro.
- Tal y como se indica en el presente hecho, se pudo corroborar en la historia clínica del Instituto de Epilepsia y Parkinson del Eje Cafetero S.A que el señor Leónidas para el año 2020 tenía antecedentes de esquizofrenia paranoide tardía, lo cual no fue declarado por el señor Leónidas en esta misma anualidad cuando adquirió el seguro y en ese sentido debe declararse nulo el contrato.
- No es un hecho lo relativo a la relevancia de la entrevista efectuada a la señora Nubia Cortés, pues no se está describiendo una circunstancia de tiempo, modo y lugar. Sin perjuicio de ello, debe indicarse que para la Compañía es de utilidad todas las circunstancias que rodean el estado del riesgo, lo cual también se desprende de la entrevista efectuada por cuanto verifican la supuesta realización del mismo. Para el presente caso es claro que para la Compañía de Seguros la entrevista realizada a la señora Nubia Cortés no concuerda con las versiones consignadas en la Historia Clínica, toda vez que por un lado se indicó que el señor Leónidas se fue a la casa de una hermana y sobrina ubicada en Tolima, pero luego la señora Nubia afirma haber encontrado a su esposo en marzo de 2021 en la calle gracias a la versión de un conocido de la ciudad de Pereira.
- No me consta lo afirmado en este hecho por la Demandante en relación con los calificadores de Colpensiones y demás médicos que relaciona en el hecho, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por

ende, mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

- No es un hecho lo relativo a la relevancia de la entrevista efectuada a la señora Nubia Cortés, pues no se está describiendo una circunstancia de tiempo, modo y lugar. Sin perjuicio de ello, debe indicarse que para la Compañía es de utilidad todas las circunstancias que rodean el estado del riesgo, lo cual también se desprende de la entrevista efectuada por cuanto verifican la supuesta realización del mismo. Para el presente caso es claro que para la Compañía de Seguros no debe ser La entrevista realizada a la señora Nubia Cortés no concuerda con las versiones consignadas en la Historia Clínica, toda vez que por un lado se indicó que el señor Leónidas se fue a la casa de una hermana y sobrina ubicada en Tolima, pero luego la señora Nubia afirma haber encontrado a su esposo en marzo de 2021 en la calle gracias a la versión de un conocido de la ciudad de Pereira.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 19. No es un hecho lo relativo a declarar de forma promedio la información financiera, pues no se está describiendo una circunstancia de tiempo, modo y lugar. Lo que refiere aquí la parte demandante es una conjetura sin ningún sustento legal. Este despacho debe tener en consideración que el contrato de seguro está enmarcado por la ubérrima bona fides, y las partes contractuales están en el deber de enmarcar su comportamiento bajo la buena fe, es decir que, el asegurado debía suministrar la información sincera sobre el estado del riesgo, esto es acerca de su salud y vida financiera, debido a que estos dos factores serían los que la Aseguradora tendría en cuenta para tarificar el riesgo y así ajustar los valores de la prima y del seguro.

Conforme a lo anterior, el señor Rodríguez no informó de forma sincera todas las circunstancias que rodea el riesgo, pues Rodríguez declaró, en el acápite de su información financiera. que sus ingresos ascendían a \$13.000.000, su patrimonio a \$270.000.000 y sus deudas a \$180.000.000, lo cual no es cierto en virtud de que una vez se revisó la declaración de renta, se evidencia que sus ingresos ascendían a \$83.400.000, su patrimonio a \$483.700.000 y sus deudas a \$114.284.0000. En el mismo sentido, se pudo corroborar en la historia clínica del Instituto de Epilepsia y Parkinson del Eje Cafetero S.A que el señor Leónidas para el año 2020 tenía antecedentes de esquizofrenia paranoide tardía, lo cual no fue declarado por el señor Leónidas y en ese sentido debe declararse nulo el contrato.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 20. Solo es cierto en cuanto a que la Aseguradora debe verificar todos los supuestos de hecho que generaron la supuesta realización del riesgo para emitir un comunicado frente a la solicitud de indemnización presentada por la señora Nubia Cortés, por lo que se solicitaron documentos.

Sin perjuicio de ello, dentro del trámite de estudio de la solicitud de indemnización la Compañía

obtuvo como resultado que el señor Rodríguez no informó de forma sincera todas las circunstancias que rodea el riesgo, pues Rodríguez declaró, en el acápite de su información financiera, que sus ingresos ascendían a \$13.000.000, su patrimonio a \$270.000.000 y sus deudas a \$180.000.000, lo cual no es cierto en virtud de que una vez se revisó la declaración de renta, se evidencia que sus ingresos ascendían a \$83.400.000, su patrimonio a \$483.700.000 y sus deudas a \$114.284.0000. En el mismo sentido, se pudo corroborar en la historia clínica del Instituto de Epilepsia y Parkinson del Eje Cafetero S.A que el señor Leónidas para el año 2020 tenía antecedentes de esquizofrenia paranoide tardía, lo cual no fue declarado por el señor Leónidas y en ese sentido debe declararse nulo el contrato.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 21. Es cierto que la parte actora ha presentado múltiples reconsideraciones a fin de afectar el amparo de “incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente”. Sin embargo, estas solicitudes no cumplen con los presupuestos del artículo 1077 del Código de Comercio y sin perjuicio de ello el contrato se encuentra viciado por lo que deberá declararse nulo, pues el señor Rodríguez no informó de forma sincera todas las circunstancias que rodean el riesgo, en tanto que Rodríguez declaró, en el acápite de su información financiera, que sus ingresos ascendían a \$13.000.000, su patrimonio a \$270.000.000 y sus deudas a \$180.000.000, lo cual no es cierto en virtud de que una vez se revisó la declaración de renta, se evidencia que sus ingresos ascendían a \$83.400.000, su patrimonio a \$483.700.000 y sus deudas a \$114.284.0000. En el mismo sentido, se pudo corroborar en la historia clínica del Instituto de Epilepsia y Parkinson del Eje Cafetero S.A que el señor Leónidas para el año 2020 tenía antecedentes de esquizofrenia paranoide tardía.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 22. No es cierto que Allianz Seguros de Vida SA no hay otorgado una respuesta frente a la solicitud de indemnización, pues como se ha mencionado a lo largo del presente escrito, se objetó dicho pago debido a que el señor Leónidas Rodríguez fue reticente, pues no declaró sinceramente el estado de su salud e información financiera. Sin perjuicio de ello, durante el término que tuvo para pronunciarse en el marco de la acción de tutela, se reiteró la objeción que ya había sido presentada.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 23. En virtud de que el hecho contiene varias afirmaciones, me pronunciaré de la siguiente forma:

- Es cierto que la Compañía de Seguros ratificó la objeción, debido a que el señor Leónidas Rodríguez fue reticente, pues no declaró sinceramente el estado de su salud e información financiera.
- No es cierto que la Compañía Aseguradora no haya realizado el análisis de la reconsideración radicada por la demandante, lo que ocurrió es que dentro de este escrito no había un soporte nuevo que acreditará en efecto la realización del riesgo y por ello se ratificó en la objeción emitida el 11 de agosto de 2022.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 24. En virtud de que el hecho contiene varias afirmaciones, me pronunciaré de la siguiente forma:

- Si bien se allegó certificación de los días que estuvo hospitalizado el señor Leónidas Rodríguez, lo cierto es que esta afirmación no le consta a mi representada. Aunado a ello, deberá tenerse en cuenta que el contrato deberá declararse nulo en virtud de la reticencia en a que incurrió el asegurado.
- No es cierto que se haya presentado reclamación formal, sin embargo debe tenerse en consideración que en el presente caso operó el fenómeno de prescripción frente a la cobertura de Renta diaria por hospitalización, pues los períodos de hospitalización tuvieron lugar el día 06 de marzo del 2021 hasta el 29 de marzo del 2021 y luego desde el día 13 de abril del 2021 hasta el 30 de abril del 2021 y solo fue hasta el 3 de noviembre de 2023 que se envió la solicitud de indemnización, tal y como lo afirma el demandante en el presente hecho, cuando ya había transcurrido más de dos años desde la ocurrencia del hecho y en ese sentido no podrá hacerse efectivo el amparo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 25. Es cierto que la Compañía de Seguros emitió comunicación en ese sentido, es decir objetando el pago, toda vez que en el presente caso operó el fenómeno de prescripción frente a la cobertura de Renta diaria por hospitalización, pues los períodos de hospitalización tuvieron lugar el día 06 de marzo del 2021 hasta el 29 de marzo del 2021 y luego desde el día 13 de abril del 2021 hasta el 30 de abril del 2021 y solo fue hasta el 3 de noviembre de 2023 que se envió la solicitud de indemnización, cuando ya había transcurrido más de dos años desde la ocurrencia del hecho y en ese sentido no podrá hacerse efectivo el amparo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 26. No es un hecho por cuanto no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar. Es una apreciación subjetiva sin sustento legal alguno, sin perjuicio de ello deberá indicarse que, es viable aplicar lo preceptuado en el artículo 1081 del Código de Comercio, respecto a que el término de prescripción ordinaria es de dos años e inicia desde que el interesado haya tenido conocimiento, puesto que como se ha evidenciado a lo largo de la demanda, se presentaron solicitudes frente al amparo de “incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente” lo cual no ocurrió con el amparo de “Renta diaria por hospitalización”, esto significa que en efecto el interesado, el señor Leónidas Rodríguez y específicamente la señora Nubia Cortés tuvieron conocimiento de la póliza y del hecho que da base a la acción desde el mismo día que fue hospitalizado, precisamente porque como ella lo afirma fue esta quien lo llevó al hospital. En ese sentido no podrá excusarse ahora indicando que no conocía y que por ende debe darse aplicación al término quinquenal e incluso aduciendo que el derecho nace solo hasta la fecha de expedición de la constancia, la cual fue expedida solo hasta el año 2023, por cuanto esta acredita el hecho, sin embargo, no es desde esta calenda que haya ocurrido el supuesto fáctico.

Como se explicó en el párrafo anterior, no es dable que se aplique el término quinquenal, por cuanto

la demandante desde el año 2022 ha presentado solicitudes de indemnización frente al amparo de “incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente”, por lo que no podrá señalar ahora que frente al amparo de “Renta Diario por Hospitalización” solo podrá transcurrir el término de prescripción extraordinaria.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 27. No me consta lo afirmado en este hecho por la Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende, mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 28. No me consta lo afirmado en este hecho por la Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende, mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 29. No me consta lo afirmado en este hecho por la Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas al giro ordinario de las actividades de mi procurada, por ende, mi prohijada no tuvo injerencia alguna en lo reseñado por parte activa. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma la Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante consistente en que se declare el incumplimiento de las obligaciones por parte de Allianz Seguros de Vida SA y que con ocasión a ello se afecte la cobertura de “incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente”, debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez la Compañía de Seguros objetó la solicitud de indemnización bajo parámetros contractuales y legales, pues el contrato de seguro instrumentalizado en la póliza número 022637655 debe declararse nulo, por cuanto, el señor Leónidas Rodríguez 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 relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades e información financiera, sin embargo, los antecedentes fueron negados en el momento de perfeccionar su seguro y frente a la información financiera la declaró sin que esta correspondiera a la realidad conforme a su declaración de renta,

situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los antecedentes y la información financiera del señor Rodríguez 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 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.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante consistente en que se declare el incumplimiento de las obligaciones por parte de Allianz Seguros de Vida SA y que por ello se afecte la cobertura de “Renta diaria por hospitalización”, debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez la Compañía de Seguros objetó la solicitud de indemnización bajo parámetros contractuales y legales, pues el contrato de seguro instrumentalizado en la póliza número 022637655 debe declararse nulo, por cuanto, el señor Leónidas Rodríguez 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 relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades e información financiera, sin embargo, los antecedentes fueron negados en el momento de perfeccionar su seguro y frente a la información financiera la declaró sin que esta corresponde a la realidad conforme a su declaración de renta, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los antecedentes y la información financiera del señor Rodríguez 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 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.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante consistente en que se condene a Allianz Seguros de Vida SA al pago del valor asegurado del amparo “incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente” debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez la Compañía de Seguros objetó la solicitud de indemnización bajo parámetros contractuales y legales, pues el contrato de seguro instrumentalizado en la póliza número 022637655 debe declararse nulo, por cuanto, el señor Leónidas Rodríguez 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 relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades e información financiera, sin embargo, los antecedentes fueron negados en el momento de

perfeccionar su seguro y frente a la información financiera la declaró sin que esta corresponde a la realidad conforme a su declaración de renta, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los antecedentes y la información financiera del señor Rodríguez 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 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.

Aunado a ello, debe tenerse en consideración que en el presente caso operó el fenómeno de prescripción frente a la cobertura de Renta diaria por hospitalización, pues los periodos de hospitalización tuvieron lugar el día 06 de marzo del 2021 hasta el 29 de marzo del 2021 y luego desde el día 13 de abril del 2021 hasta el 30 de abril del 2021 y solo fue hasta el 3 de noviembre de 2023 que se envió la solicitud de indemnización, cuando ya había transcurrido más de dos años desde la ocurrencia del hecho y en ese sentido no podrá hacerse efectivo el amparo.

FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante consistente en que se condene a Allianz Seguros de Vida SA al pago del valor asegurado del amparo “Renta Diaria por Hospitalización” debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad conforme a las siguientes razones:

Nulidad relativa del contrato de seguro: No podrá condenarse a Allianz Seguros de Vida SA al pago de la indemnización que se deriva del contrato de seguro, cuando lo cierto de este caso es que el señor Leónidas Rodríguez 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 relevancia, debido a que el entonces asegurado conocía sus enfermedades e información financiera, sin embargo, los antecedentes fueron negados en el momento de perfeccionar su seguro y frente a la información financiera la declaró sin que esta corresponde a la realidad conforme a su declaración de renta, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los antecedentes y la información financiera del señor Rodríguez 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 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.

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: Debe tenerse en consideración que en el presente caso operó el fenómeno de prescripción frente a la cobertura de Renta diaria por hospitalización, pues los periodos de hospitalización tuvieron lugar el día 06 de marzo del 2021 hasta el 29 de marzo del 2021 y luego desde el día 13 de abril del 2021 hasta el 30 de abril del 2021 y solo fue hasta el 3 de noviembre de 2023 que se envió la solicitud de indemnización, cuando ya había transcurrido más de dos años desde la ocurrencia del hecho y en ese sentido no podrá hacerse efectivo el amparo.

FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA. Me opongo rotundamente a que se condene a mi procurada al pago de intereses moratorios, como quiera que, al ser una pretensión subsidiaria, al no tener derecho alguno al reconocimiento y pago de la indemnización deprecada, se debe aplicar una máxima del derecho y es que lo accesorio sigue la suerte de lo principal, generando el rechazo de plano del estudio de esta pretensión.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA. En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto no es posible declarar la responsabilidad por parte de Allianz Seguros de Vida SA por las siguientes razones:

La póliza no cubre perjuicios inmateriales: la responsabilidad eventual, hipotética y en este caso improbable de mi representada se circunscribe a lo que se pactó en el contrato de seguro Póliza de vida, la cual no cubre perjuicios inmateriales con base en los arts. 1506 y el 1079 del Código de Comercio.

Nulidad relativa del contrato de seguro: No podrá condenarse a Allianz Seguros de Vida SA al pago de la indemnización que se deriva del contrato de seguro, cuando lo cierto de este caso es que el señor Leónidas Rodríguez 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 relevancia, debido a que el entonces asegurado conocía sus enfermedades e información financiera, sin embargo, los antecedentes fueron negados en el momento de perfeccionar su seguro y frente a la información financiera la declaró sin que esta corresponde a la realidad conforme a su declaración de renta, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los antecedentes y la información financiera del señor Rodríguez 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 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.

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: Debe tenerse en consideración que en el presente caso operó el fenómeno de prescripción frente a la cobertura de Renta diaria por hospitalización, pues los periodos de hospitalización tuvieron lugar el día 06 de marzo del 2021 hasta el 29 de marzo del 2021 y luego desde el día 13 de abril del 2021 hasta el 30 de abril del 2021 y solo fue hasta el 3 de noviembre de 2023 que se envió la solicitud de indemnización, cuando ya había transcurrido más de dos años desde la ocurrencia del hecho y en ese sentido no podrá hacerse efectivo el amparo.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SÉPTIMA. ME OPONGO a que se condene a mi prohijada al pago de suma alguna por concepto de DAÑO EMERGENTE, por las siguientes razones:

La póliza no cubre perjuicios materiales: la responsabilidad eventual, hipotética y en este caso improbable de mi representada se circunscribe a lo que se pactó en el contrato de seguro Póliza de vida, la cual no cubre perjuicios materiales con base en los arts. 1506 y el 1079 del Código de Comercio.

Por otra parte, el daño emergente comprende la pérdida de elementos patrimoniales, causada por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Ahora bien, la parte Demandante ni si quiera manifiesta cuales fueron los gastos incurridos y que estima por 8 SMLMV. De hecho, no obran en el expediente elementos demostrativos que permitan determinar efectivamente la causación de dichos perjuicios o que prueben si quiera sumariamente la existencia del daño emergente en las sumas que alegan, por el contrario, lo que se evidencia es que el extremo actor fundamenta su petición en una mera aseveración sin fundamento probatorio alguno, por lo que este juzgador no podrá condenar a la Aseguradora por el monto peticionado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN OCTAVA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante consistente en que se ordene el pago a la señora Nubia Cortés, pues el contrato de seguro instrumentalizado en la póliza número 022637655 debe declararse nulo, por cuanto, el señor Leónidas Rodríguez 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 relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades e información financiera, sin embargo, los antecedentes fueron negados en el momento de perfeccionar su seguro y frente a la información financiera la declaró sin que esta corresponde a la realidad conforme a su declaración de renta, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los antecedentes y la información financiera del señor Rodríguez 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 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.

Por otra parte, debe tenerse en consideración que en el presente caso operó el fenómeno de prescripción frente a la cobertura de Renta diaria por hospitalización, pues los periodos de hospitalización tuvieron lugar el día 06 de marzo del 2021 hasta el 29 de marzo del 2021 y luego desde el día 13 de abril del 2021 hasta el 30 de abril del 2021 y solo fue hasta el 3 de noviembre de 2023 que se envió la solicitud de indemnización, cuando ya había transcurrido más de dos años desde la ocurrencia del hecho y en ese sentido no podrá hacerse efectivo el amparo.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NOVENA. Me opongo rotundamente a que se condene a mi procurada al pago de las sumas indexadas, como quiera que, al ser una pretensión subsidiaria, al no tener derecho alguno al reconocimiento y pago de la indemnización deprecada, se debe aplicar una máxima del derecho y es que lo accesorio sigue la suerte de lo principal, generando el rechazo de plano del estudio de esta pretensión.

FRENTE A LA PRETENSIÓN DÉCIMA. Me opongo rotundamente a que se condene a mi procurada al pago de costas y agencias de derecho, como quiera que, al ser una pretensión subsidiaria, al no tener derecho alguno al reconocimiento y pago de la indemnización deprecada, se debe aplicar una máxima del derecho y es que lo accesorio sigue la suerte de lo principal, generando el rechazo de plano del estudio de esta pretensión.

OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

No podrá condenarse a Allianz Seguros de Vida SA al pago de la indemnización que se deriva del contrato de seguro, cuando lo cierto de este caso es que el señor Leónidas Segundo Rodríguez 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 relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades e información financiera, sin embargo, frente a los antecedentes los negó en el momento de perfeccionar su seguro y frente a la información financiera respondió aquella sin que concordará con la declaración de renta, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de los antecedentes que tenía el señor Rodríguez 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 el mismo sentido ocurriría con la información financiera del entonces asegurado, pues si la Aseguradora hubiera conocido esto de forma fidedigna, hubiera tarifado el riesgo de forma correcta y tanot el valor asegurado como lo prima hubiese podido ser otro. 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 Leónidas Rodríguez debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes y no informó de forma fidedigna lo relativo a su estado financiero durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro.

Por otra parte, frente al Daño Emergente, debo indicar que objeto sea reconocido en atención a que en primer lugar, la responsabilidad eventual, hipotética y en este caso improbable de mi representada se circunscribe a lo que se pactó en el contrato de seguro Póliza de vida, la cual no cubre perjuicios materiales con base en los arts. 1506 y el 1079 del Código de Comercio; y, en segundo lugar, la parte Demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que estos no fueron cuantificados y no se aportó prueba del perjuicio cuya indemnización deprecia.

En este orden de ideas, es preciso reiterar que la parte Demandante tenía entre sus mandatos toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. Esta teoría ha sido ampliamente desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, debido a que sobre este particular ha establecido lo siguiente:

*“(...) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, **y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración,** como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada”¹ (Subrayado y negrita fuera de texto)*

Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

*“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(...) **la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso;** [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (...)”² (Subrayado fuera del texto original)*

En conclusión, no es procedente el reconocimiento suma por concepto de daño emergente y Lucro cesante, por cuanto no existe prueba cierta que indique detrimento patrimonial por parte del

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. Mp. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299 .

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. Mp Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

Demandante no aportó documento que lo acreditara ni discriminó la suma que reclama por estos. De modo tal, que al no encontrarse probados los perjuicios que alega en la liquidación del daño, es jurídicamente improcedente su reconocimiento. Tal y como lo han señalado los pronunciamientos jurisprudenciales citados en líneas precedentes.

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

EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

1. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO FRENTE AL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

El Despacho debe tener en consideración que en este caso operó la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio. Lo anterior por cuanto el hecho que da base a la acción, es decir los periodos de hospitalización tuvieron lugar el día 06 de marzo del 2021 hasta el 29 de marzo del 2021 y luego desde el día 13 de abril del 2021 hasta el 30 de abril del 2021, por lo que desde esta última calenda fue que inició el conteo del término bienal por lo que la hoy demandante tenía dos años para presentar esta demanda, es decir aquel término concluyó el día 30 de abril de 2022 y solo fue hasta el 3 de noviembre de 2023 que se envió la solicitud de indemnización, por lo que la misma se presentó cuando ya el termino de prescripción había fenecido.

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

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

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

*La prescripción **EXTRAORDINARIA será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.**”
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En cuanto a la interpretación de las expresiones “hecho que da base a la acción” y “momento en que nace el derecho” la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro³:

En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.

La primera «será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).

En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007⁴.

...comportan ‘una misma idea’⁵, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad⁶, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”.

De conformidad con lo anterior no queda duda que el termino prescriptivo empezará a contar desde

³ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31- 03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

⁴ Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.

⁵ La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

⁶ Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

el acaecimiento del hecho que da base a la acción y el conocimiento de aquel por parte del demandante. Tratándose del caso concreto indudablemente la señora Nubia Cortés conoció del hecho cuando ella misma acompañó al señor Rodríguez al hospital y allí fue internado, es decir el día 06 de marzo del 2021 para que luego le emitieran orden de egreso el 29 de marzo del 2021 y posteriormente fuera hospitalizado nuevamente desde el día 13 de abril del 2021 hasta el 30 de abril del 2021. Por lo que, sin lugar a duda, lo aquí mencionado implica que el momento desde el cual se empezó a contar el término de prescripción, es 30 de abril de 2021 y que aquel corresponde al fenómeno ordinario, es decir de dos años. Para que no quede duda del término de prescripción aplicable y el momento en que empieza su conteo es prudente referir otro pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en donde ya se ha decantado este tópico:

“En múltiples oportunidades la Corte ha precisado que la prescripción ordinaria se caracteriza por ser de naturaleza subjetiva, sus destinatarios son todas las personas legalmente capaces, empieza a correr desde cuando el interesado conoció o debió conocer “el hecho base de la acción” y el término para su configuración es de dos años, mientras que la extraordinaria, es de carácter objetivo, corre contra toda clase de personas incluidos los incapaces, empieza a contarse desde cuando nace el correspondiente derecho y su término de estructuración es de 5 años.

(...)

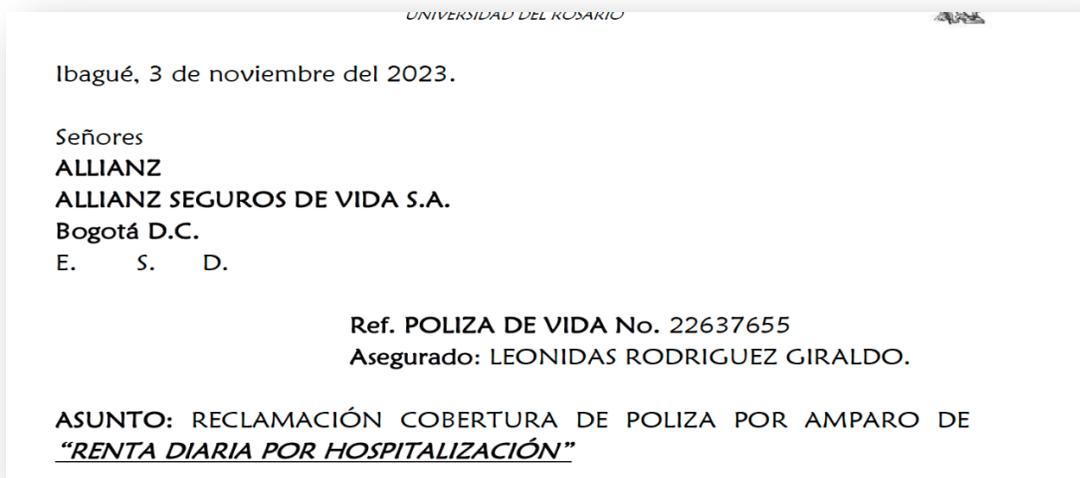
En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte.”

En el caso concreto, el hecho que da base a la acción y que fue plenamente conocido por la parte demandante ocurrió a más tardar el 30 de abril de 2021, último día de hospitalización, pues fue la señora Nubia Consuelo quien acompañó al señor Rodríguez al Hospital, a saber:



Ahora bien, este despacho debe tener en consideración que en múltiples ocasiones la señora Nubia Cortés presentó solicitudes ante la aseguradora frente al amparo de “incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente” sin mencionar nada respecto a la cobertura de “Renta diaria por hospitalización”, por lo que ahora no puede alegar que el término bienal no le es aplicable.

Continuando con este hilo temporal, es importante señalar que el día 3 de noviembre de 2023 la parte actora radicó por primera vez la solicitud de indemnización frente al amparo de renta diaria por hospitalización, cuando el término ya había concluido, veamos:



Teniendo en cuenta lo anterior, es claro que para el 3 de noviembre de 2023 ya había fenecido el término prescriptivo, pues la demandante tenía hasta el 30 de abril de 2023 para presentar la

solicitud de indemnización o la correspondiente demanda. Sin embargo, ello no ocurrió, por lo que deberá declararse la prescripción ordinaria.

En conclusión, teniendo en cuenta que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que tuvieron lugar las hospitalizaciones del asegurado y que fue plenamente conocido por la parte demandante, se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el término de dos años siguientes al 30 de abril de 2021 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 19 de enero de 2024, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

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

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

El señor Leónidas Segundo Rodríguez 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, así como tampoco informó su verdadero estado financiero, los cuales definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras, y, en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual.

En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a

*él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**⁷. (Subrayado y Negrita 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, así como también conociendo a cabalidad su estado financiera lo declaró sin que dicha información correspondiera a la realidad. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, verbi gracia, la Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

*“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo. Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación. **En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.**” (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

⁷ BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

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. 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 y Negrita fuera del texto original)*

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, 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.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001- 31-03-023-1996-02422-01., la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse**. Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.” (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.”⁸(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 C.Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador,** puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador, **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra,** es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae 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 ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

⁸ 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.

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 dicentes 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 el día 26 de febrero de 2020 en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (Solicitud de Seguro de Vida Individual), 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 Leónidas Segundo Rodríguez frente al cuestionario de su estado de salud decidió negar sus padecimientos y frente al cuestionario de sus datos financieros decidió no relacionar la verdad de los mismos, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas constituían una falta a la verdad, a saber:

¿Se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajar? NO SI . Si su respuesta es NO especifique: _____

MÉDICO (Este cuestionario deberá ser contestado totalmente). ¿Padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? :

a. ¿Convulsiones, Derrame cerebral, Isquemia o Trombosis, Epilepsia, Parkinson, Alzheimer, Esclerosis múltiple, Síncopes, Vértigo, u otras enfermedades del sistema nervioso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	f. ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Ciática, Artritis, Artrosis, Reumatismo, Anquilosis, Trauma craneo encefálico o de columna o fractura no consolidada?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
b. ¿Ansiedad, Ataque de nervios, Depresión u otro trastorno mental?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	j. ¿Sordera, Ceguera, Cataratas, Glaucoma, Queratocono?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
c. ¿Enfisema, Bronquitis crónica (EPOC), Fibrosis pulmonar, Hipertensión pulmonar, Asma, Tuberculosis?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	k. ¿Paraplejia, Hemiplejia, Parálisis, Amputaciones o incapacidades no mencionadas en este cuestionario?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
d. ¿Hipertensión arterial, Enfermedad cardíaca, Enfermedad Coronaria, Valvulopatía, Arritmias?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	l. ¿Ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
e. ¿Digestivas: Úlceras, Pólipos, Quistes, Divertículos, Hemias, Gastritis, Dispepsia, Reflujo Gastroesofágico, Enfermedad del colon, Cirrosis hepáticas, Pancreatitis?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	m. ¿Le han realizado exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a los anteriormente mencionados?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
f. ¿Renales y/o genitourinarias, Próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de Falopio, senos, enfermedades venéreas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	n. ¿Ha sido operado u hospitalizado o piense hacerse una operación próximamente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
g. ¿Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Mieloma múltiple, Lupus, Hepatitis, SIDA - VIH, Trombosis venosa o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno - infecciosa?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	o. (MUJERES) ¿Está embarazada actualmente? En caso afirmativo, adjuntar copia de controles prenatales completos.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuántos meses? _____
h. ¿Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	p. (MUJERES) ¿Ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

Pregunta (Lítera)	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	Fecha de aparición, ocurrencia ó práctica			Tratamiento o evolución	Estado actual
		Día	Mes	Año		
n	apendicectomía			2013	cirujía - Normal	sano

Es decir, a pesar de que el señor Leónidas Segundo Rodríguez conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero de 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora y aun cuando sabía su estado financiero, decidió no informar sinceramente estos datos. En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Rodríguez respondió de forma negativa a las preguntas frente al estado de salud y respondió faltando a la verdad las preguntas frente a sus datos financieros consignadas en la solicitud de seguro individual. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el entonces 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.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable despacho tenga en cuenta que el señor Leónidas Segundo Rodríguez no informó a mi representada que padecía de esquizofrenia paranoide tardía, dicha patología sumamente relevante que vicia integralmente el consentimiento del Asegurador. A continuación, se muestran que esta enfermedad es anterior a la fecha en que se suscribió el certificado individual de seguro:

- **ESQUIZOFRENIA PARANOIDE TARDÍA:** Como se demostrará en el curso del proceso, el señor Leónidas Rodríguez fue diagnosticada con esta enfermedad con anterioridad al mes de febrero de 2020, fecha previa al diligenciamiento y suscripción de la declaración de asegurabilidad. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia

de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

RESUMEN DX:	PROCEDENTE: IBAGUE DIESTRO CESANTE - FUE COMERCIANTE EN OCTUBRE DE 2020 LLEGA A COMÚN ACUERDO DE SEPARACION CON SU ESPOSA, SE VA DE SU CASA Y A FINALES DE FEBRERO LLEGA A SU CASA PORQUE UNA SOBRINA QUIEN CONTO QUE DE UN MOMENTO A OTRO COMENZO A AISLARSE, CORRÍA DENTRO DE LA CASA, DECÍA QUE LO IBAN A MATAR, SE ESCONDIA DEBAJO DE LA CAMA, LA ESPOSA LO VIO MUY DIFERENTE HABLABA INCOHERENCIAS, CONSULTA A PSIQUIATRIA SE HOSPITALIZA POR 22 DIAS SE DX EZQUIZOFRENIA PARANOIDE TARDÍA, EN ABRIL NUEVA HOSPITALIZACION POR APROX 20 DIAS, DESDE MARZO 2021. ES REMITIDO POR NEUROPSICOLOGIA. PSIQUIATRIA CONSIDERA MAL PRONOSTICO DE RECUPERACION DESDE EL PUNTO DE VISTA COGNITIVO EMOCIONAL, NO PUEDE LABORAR. PACIENTE EN PROCESO DE SOLICITUD DE PENSION POR PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL. TRAE:
-------------	--

Documento: Historia Clínica emitida por el instituto de epilepsia y Parkinson del Eje Cafetero SA

Transcripción esencial: “EN OCTUBRE DE 2020 LLEGA A COMÚN ACUERDO DE SEPARACIÓN CON SU ESPOSA, SE VA DE SU CASA Y A FINALES DE FEBRERO LLEGA ASU CASA PORQUE UNA SOBRINA QUIEN CONTO QUE DE UN MOMENTO A OTRO COMENZÓ A AISLARSE, CORRÍA DENTRO DE LA CASA, DECÍA QUE LO IBAN A INCOHERENCIAS, CONSULTA A PSIQUIATRIA SE HOSPITALIZA POR 22 DIAS DE **DX ESQUIZOFRENIA PARANOIDE TARDÍA,** EN ABRIL NUEVA HOSPITALIZACIÓN POR APROX 20 DIAS.”

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que con anterioridad al año 2021, el señor Leónidas Rodríguez tenía antecedentes de Exquizofrenia Paranoide Tardía. De modo que no es factible que para el momento de solicitar su aseguramiento no conociera de su padecimiento de salud.

Así las cosas, es evidente que en el momento de solicitar su aseguramiento, ya padecía de esquizofrenia. 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 la tendinitis de bíceps 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.

- Lo relativo a la información financiera, el señor Leónidas Rodríguez declaró, en el acápite de su información financiera que sus ingresos ascendían a \$13.000.000, su patrimonio a \$270.000.000 y sus deudas a \$180.000.000, lo cual no es cierto en virtud de que una vez

se revisó la declaración de renta, se evidencia que sus ingresos ascendían a \$83.400.000, su patrimonio a \$483.700.000 y sus deudas a \$114.284.0000

- En primer lugar en la declaración se evidencia que el señor Rodríguez informó que sus ingresos ascendían a \$13.000.000, su patrimonio a \$270.000.000 y sus deudas a \$180.000.000

J. Deque		nubia2409@hotmail.com		315 333 1257	
Oficio o profesión Rentista de capital		Actividad: Independiente <input checked="" type="checkbox"/>		Dependencia <input checked="" type="checkbox"/>	
Empresa donde trabaja		Cargo		Teléfono	
Dirección comercial				Ciudad	
Por su cargo o actividad maneja recursos públicos? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		Si alguna de las respuestas anteriores es afirmativa, por favor especifique:			
Por su actividad u oficio, goza usted de reconocimiento público general? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
Por su cargo o actividad ejerce algún grado de poder público? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
Existe algún vínculo entre Ud. y una persona considerablemente públicamente expuesta? SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>					
Actividad económica Rentista de capital		Código CIIU 0090			
Ingresos Mensuales (Pesos) 13'000.000		Egresos mensuales (Pesos) 6'000.000			
Activos (Pesos) 450'000.000=		Pasivos (Pesos) 180'000.000			
Patrimonio (Pesos) 270'000.000=		Otros Ingresos (Pesos)			
Concepto otros ingresos					
INFORMACIÓN DEL APODERADO (En caso que exista):					
Primer apellido		Segundo Apellido		Nombres Completos	
Tipo de documento		Fecha de expedición		Lugar de expedición	
N°					
Persona Jurídica					
Nombre o razón social		Nit.			

- Sin embargo, en la declaración de renta se evidencia que los datos suministrados no pertenecen a su realidad financiera, pues allí se consigna que sus ingresos ascendían a \$83.400.000, su patrimonio a \$483.700.000 y sus deudas a \$114.284.0000

Datos de declarante		5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 3 3 8 3 2 8 9 2	6. DV 2	7. Primer apellido RODRIGUEZ	8. Segundo apellido GIRALDO
25. Actividad económica 4 1 1 1		Si es una corrección indique: 29. Cód. 20.000.		27. No. Formulario anterior	
Patrimonio	Patrimonio bruto	29	483,700,000	Renta por dividendos y participaciones	Dividendos y participaciones art. 36-3 E.T. y distribuciones de utilidades art. 49 del E.T.
	Deudas	30	114,284,000		Ingresos no constitutivos de renta
	Total patrimonio líquido	31	369,416,000		Renta líquida
Rentas de trabajo	Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.)	32	0	Renta por dividendos y participaciones	1a. Subcédula art. 49 del E.T.
	Ingresos no constitutivos de renta, costos y gastos procedentes trabajadores independientes	33	0		2a. Subcédula art. 49 del E.T.
	Renta líquida	34	0		Renta líquida recibidos del exterior
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables	35	0		Rentas exentas recibidos del exterior
	Rentas exentas de trabajo y deducciones imputables (limitadas)	36	0		Rentas líquidas por participación
	Renta líquida cedular de trabajo	37	0		Total rentas líquidas
Renta de pensiones	Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	38	0	Renta Ganancia Ocasional	Renta presuntiva
	Ingresos no constitutivos de renta	39	0		Ingresos por ganancias ocasionales del exterior
	Renta líquida	40	0		Costos por ganancias ocasionales
	Rentas exentas de pensiones	41	0		Genancias ocasionales
	Renta líquida cedular de pensiones	42	0		Genancias ocasionales
Rentas de capital	Ingresos brutos rentas de capital	43	83,400,000	Renta Ganancia Ocasional	De trabajo
	Ingresos no constitutivos de renta	44	0		De capital
	Costos y gastos procedentes	45	38,862,000		Por divid. casilla 65
					Por divid. casilla 65
	Renta líquida	46	44,538,000		

Ahora bien, la información financiera suministrada por el potencial asegurado es de gran relevancia para la Compañía que represento, en virtud de que la intención de suministrar un formulario con preguntas claras y puntuales tiene como objeto salvaguardar el equilibrio técnico y económico que se debe predicar entre el riesgo asegurado y la remuneración establecida a favor del Asegurador y en ese sentido si el tomador no informa el verdadero estado del riesgo no podrá adjudicarse validez alguna al contrato, por cuanto además de quebrantar ese equilibrio, se configuraría un vicio del consentimiento en cabeza del asegurador.

Debe mencionarse también que las preguntas fueron totalmente claras, plenas y limitativas. Tal y como se evidencia, el cuestionario suministrado no era ambiguo, de modo que no tenían la vocación generar confusión en el declarante, por lo que no podrá ser de recibo ningún argumento del extremo actor respecto a que nadie conoce su información financiera y por ello se estiman los valores, pues como se evidencian en los documentos los datos no estuvieron aproximados a lo que realmente correspondían, tal y como se evidencia a continuación:

ITEMS	LO CONSIGNADO EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD	LO CONSIGNADO EN LA DECLARACIÓN DE RENTA	DIFERENCIA
-------	---	--	------------

PATRIMONIO	\$270.000.000	\$483.700.000	\$213.700.000
INGRESOS	\$13.000.000	\$83.400.000	\$70.400.000
DEUDAS	\$180.000.0000	\$114.284.0000	\$65.716.000

Como se evidencia en la anterior ilustración, frente al primer ítem, es decir su patrimonio, el señor Rodríguez declaró un valor que corresponde a la mitad de lo que realmente era su patrimonio; frente al segundo ítem, el señor Rodríguez informa que sus ingresos corresponden a \$13.000.000, es decir aproximadamente el 16% del valor real conforme a la declaración de renta; y, en frente al tercer ítem se denota que la diferencia es acerca del 63%. Teniendo en cuenta que el señor Rodríguez fue reticente al declarar su información financiera, el seguro deberá ser declarado nulo.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) el señor Leónidas Segundo Rodríguez ya contaba con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide tardía con anterioridad al mes de febrero de 2020, fecha en la que se perfeccionó el seguro; (ii) el señor Leónidas Segundo Rodríguez relacionó información financiera no concordante con su realidad, al indicar que sus ingresos ascendían a \$13.000.000, su patrimonio a \$270.000.000 y sus deudas a \$180.000.000, lo cual no es cierto en virtud de que una vez se revisó la declaración de renta, se evidencia que sus ingresos ascendían a \$83.400.000, su patrimonio a \$483.700.000 y sus deudas a \$114.284.0000; y, (iii) que esta patología e información financiera son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado.

Este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que 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 (C232 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 indencia 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, 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.

Cuestionario frente al estado de salud del declarante:

- | | | |
|---|--|--|
| a. ¿Convulsiones, derrame cerebral, isquemia o trombosis, epilepsia, Parkinson, esclerosis múltiple, síncope, vértigo, u otras enfermedades del sistema nervioso? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. ¿Ansiedad, hasta que nervios, depresión u otro trastorno mental? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. ¿Enfisema, bronquitis crónica (EPOC), fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar, asma, tuberculosis? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. ¿Hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatía, arritmias? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. ¿Digestivas: úlceras, pólipos, quistes, divertículos, hernias, gastritis, dispepsia, reflujo gastroesofágico, enfermedad del colon, cirrosis hepáticas, pancreatitis | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| f. ¿Renales y/o genitourinarias, próstata, testículos, útero, o varios, trompas de Falopio, senos, enfermedades venéreas? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| g. ¿Tumores de cualquier tipo de cáncer, anemia, leucemia, mieloma múltiple, lupus, hepatitis, SIDA-VIH, trombosis venosa o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno infecciosa? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| h. ¿Diabetes, enfermedades de la tiroides, dislipidemia, gota o alguna enfermedad endocrina o glandular? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| i. ¿enfermedad de los huesos y las articulaciones: lumbalgia, ciática, ¿artritis, artrosis, reumatismo, anquilosis, trauma craneo encefálico o de columna o fractura no consolidada? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| j. ¿Sordera, ceguera, cataratas, glaucoma, queratocono? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| k. ¿Paraplejia, hemiplejia, parálisis, amputaciones o incapacidades no mencionadas en este cuestionario? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| l. ¿A consumir durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| m. ¿Le han realizado exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a lo anteriormente mencionado? | SI | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| n. ¿Ha sido operado u hospitalizado o piensa hacerse una operación próximamente? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO |

Cuestionario frente al estado financiero del declarante:

Actividad económica: Rentista de capital	Código CIU: 0090
Ingresos Mensuales (Pesos): 13'000.000	Egresos mensuales: 6'000.000
Activos (Pesos): 450'000.000	Pasivos (pesos): 180'000.000
Patrimonio (Pesos): 270'000.000	Otros ingresos (pesos):

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente lo siguiente:

- Que a pesar de que el asegurado había sido diagnosticado con Esquizofrenia Paranoide Tardía faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por enfermedades relacionadas con el trastorno mental, a saber:

¿Se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajar? NO SI Si su respuesta es NO especifique: _____

MÉDICO (Este cuestionario deberá ser contestado totalmente). ¿Padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? :

a. ¿Convulsiones, Derrame cerebral, Isquemia o Trombosis, Epilepsia, Parkinson, Alzheimer, Esclerosis múltiple, Síncopes, Vértigo, u otras enfermedades del sistema nervioso?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	i. ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Ciática, Artritis, Artrosis, Reumatismo, Anquilosis, Trauma craneo encefálico o de columna o fractura no consolidada?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
b. ¿Ansiedad, Ataque de nervios, Depresión u otro trastorno mental?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	j. ¿Sordera, Ceguera, Cataratas, Glaucoma, Queratocono?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
c. ¿Enfisema, Bronquitis crónica (EPOC), Fibrosis pulmonar, Hipertensión pulmonar, Asma, Tuberculosis?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	k. ¿Paraplejía, Hemiplejía, Parálisis, Amputaciones o incapacidades no mencionadas en este cuestionario?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
d. ¿Hipertensión arterial, Enfermedad cardíaca, Enfermedad Coronaria, Valvulopatía, Arritmias?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	l. ¿Ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
e. ¿Digestivas: Úlceras, Pólipos, Cústas, Divertículos, Hemias, Gastritis, Dispepsia, Reflujo Gastroesofágico, Enfermedad del colon, Cirrosis hepáticas, Pancreatitis?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	m. ¿Le han realizado exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a los anteriormente mencionados?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
f. ¿Renales y/o genitourinarias, Próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio, senos, enfermedades venéreas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	n. ¿Ha sido operado u hospitalizado o piensa hacerse una operación próximamente?	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
g. ¿Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Mieloma múltiple, Lupus, Hepatitis, SIDA - VIH, Trombosis venosa o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno - inficciosa?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	o. (MUJERES) ¿Está embarazada actualmente? En caso afirmativo, adjuntar copia de controles prenatales completos.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuántos meses? _____
h. ¿Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	p. (MUJERES) ¿Ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

Pregunta (Lítera)	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	Fecha de aparición, ocurrencia o práctica			Tratamiento o evolución	Estado actual
		Día	Mes	Año		
n	apendicectomía			2013	cirujía - Normal	sano

- Que a pesar de que el asegurado conocía su estado financiero faltó a la verdad al contestar a las preguntas relativas a sus ingresos, deudas y patrimonio a saber:

cobertura. Lo anterior, como quiera que se configuró la exclusión consistente en que no se procederá con pago alguno cuando las enfermedades se hayan contraído con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura tanto para el amparo de “incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente” como el de “Renta diaria por hospitalización”.

Ahora bien, es importante señalar que, en materia de seguros, el asegurador según el Artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Seguro de Vida en sus Condiciones particulares señala una serie de exclusiones del amparo de “incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente” entre las cuales se encuentra configurada la exclusión contenida en el numeral 1:

1) Lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por EL ASEGURADO como consecuencia de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo.

Documento: Condiciones generales de la Póliza de Vida Actual

Transcripción esencial: *Lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por EL ASEGURADO como consecuencia de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo.*

Frente a lo anterior, debe decirse que antes de solicitar su vinculación al contrato de seguro de vida, el señor Leónidas Rodríguez padecía de unos antecedentes patológicos que fueron base para la declaratoria de su estado de invalidez, tales como ESQUIZOFRENIA PARANOIDE TARDÍA:

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACION DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TITULOS I y II														
TITULO I CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS														
CLASE FUNCIONAL / VALOR PORCENTUAL														
CIE 10	DIAGNÓSTICO				ORIGEN	DEFICIENCIA(S)/MOTIVO DE CALIFICACION/CONDICIONES DE SAL								
F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE				Común									
No	Descripción	Clase funcional/Valor porcentual							Ajuste Total Deficiencia	Resultado		CAT	Domi nancia	% Total Deficiencia (F.Balthazar sin ponderar)
		No Tabla	Clase	CFP FU	CFM1	CFM2	CFM3	Clase final y literal		% Deficiencia				
1	trastorno del humor	13.2	3							60.00		0.00	60.00	
%Total Deficiencia (sin ponderar):														

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral del señor Leónidas Segundo Rodríguez.

Transcripción esencial: “FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL

DESCRIPCIÓN	% ASIGNADO
Trastorno del humor	60,000
(...)	

Lo expuesto de forma previa permite indicar que, los antecedentes de esquizofrenia fueron base para la declaratoria de invalidez del señor Leónidas Segundo Rodríguez, esto se puede corroborar a través de la historia clínica y dictamen de pérdida de capacidad laboral continuación estos fueron diagnosticados previamente a la fecha en la cual se perfeccionó el contrato de seguro vida.

En conclusión, los hechos del presente proceso se enmarcan en la exclusión 1 contenida en las condiciones particulares de la póliza, en tanto el antecedente patológico generador del estado de invalidez del señor Rodríguez, esquizofrenia, se diagnosticó en fecha previa al perfeccionamiento del contrato de seguro, lo que a grandes rasgos evidencia la falta de cobertura material de la póliza vida grupo al estar ante un riesgo expresamente excluido de amparo.

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una

obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes.

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

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

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

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 jurídico⁹.*

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 fundamentales¹⁰. 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 conocer¹¹”. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

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

“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto

⁹ 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.”

¹⁰ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹¹ 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.

de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)¹²

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 Gutiérrez, en donde estableció lo siguiente:

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

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

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

(...)

¹² Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerro Pérez. 14 Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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 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:

*“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...**”¹³*
(subrayado fuera del texto original).

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

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en

¹³ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

*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.** (Subrayado 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 Arturo Díaz Murillo expediente 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 uberrima bona fidei”

Asimismo, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en la Sentencia del 26 de Octubre de 2016 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Carmen Sofía Orozco contra el Banco Caja Social expediente 2016-0367 (la firma convalida el contenido del documento):

*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 injerencia 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 de texto)

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 UBERRIMA 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 éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista

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

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

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

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

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, 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”.¹⁴ (negrilla y subrayas fuera del texto)”

¹⁴ 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.

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez 17, 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».”

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

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola

*palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de 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**". (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 éste último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

6. LA ASEGURADORA ALLIANZ SEGUROS DE VIDA SA TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

La Compañía Aseguradora efectuó el cobro de la prima conforme a lo preceptuado en el artículo 1066¹⁵, esto es que, el asegurado o tomador cancele la prima según los términos contractuales pactados por las partes. No obstante, en atención a que el señor Leónidas Rodríguez fue reticente

¹⁵ ARTÍCULO 1066. <PAGO DE LA PRIMA>. El tomador del seguro está obligado al pago de la prima. Salvo disposición legal o contractual en contrario, deberá hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente contado a partir de la fecha de la entrega de la póliza o, si fuere el caso, de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella.

en la declaración del estado del riesgo, la Compañía de Seguros tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena según el artículo 105916 del Código de Comercio.

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

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

En conclusión, dado que la señora Gloria Amparo Lopera fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que la Aseguradora ALLIANZ SEGUROS DE VIDA 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.

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

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

Ahora bien, debe aclararse que en el remoto e hipotético caso en el que se condene a mi representada por la póliza expedida, los amparos a afectar corresponden al de “incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente” y “Renta diaria por hospitalización”

¹⁶ 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.

cuyas sumas aseguradas se encuentran descritas en la carátula de la póliza, a saber:

Asegurado:	MASCUNTO AV 1 A Ñ 24 - 46 PI 2 . . . Email: nubia2409@hotmail.com	
Coberturas contratadas		
Amparos	Valor Asegurado	Valor Prima
Fallecimiento	257.500.000,00	1.308.615,00
Incapacidad, inutilización o Desmb. por enferm. o accidente	515.000.000,00	974.895,00
Auxilio por fallecimiento	7.210.000,00	36.641,00
Renta diaria por hospit. y por incap. por accidente	446.333,32	848.033,00

Conforme se evidencia previamente, el valor asegurado frente a la cobertura de “incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente” corresponde a \$515.000.000 y frente a la cobertura de “Renta diaria por hospitalización” a \$446.333, por lo que este Despacho no podrá condenar a una suma superior a las descritas allí.

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

8. GENÉRICA O INOMINADA

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley o en el Contrato con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y prescripción contemplada en el artículo 1081 del C.Co, y cualquier otra causal que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de las entidades demandadas y se la exima de toda obligación indemnizatoria, ello en atención a lo reglado por el artículo 282 del Código General del Proceso.

MEDIOS DE PRUEBA

1. DOCUMENTALES

- a. Pólizas Vida ActuALL 022637655 0 junto con sus condiciones generales
- b. Objeción del 11 de agosto de 2022
- c. Solicitud de indemnización radicada por la señora Nubia
- d. Historia Clínica emitida por la IPS Virrey Solís
- e. Declaración de renta del señor Rodríguez

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- a. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora

NUBIA CONSUELO CORTÉS en su calidad de accionante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- a. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA SA**, 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, renovaciones y condiciones de la póliza de vida de vida.

4. TESTIMONIALES

- a. Solicito se sirva citar a la doctora **MARÍA CAMILA AGUDELO ORTÍZ**, asesor externo de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de la Póliza de Seguro en cuanto al alcance de los amparos brindados y el trámite de objeción. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, sus exclusiones y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio, además que también podrá deponer acerca de las tratativas preliminares al perfeccionamiento de la póliza. La Doctora podrá ser citado en la Calle 22D No. 72-38 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico camilaortiz27@gmail.com.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- a. 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 **A LA ACCIONANTE** para que exhiba la Historia Clínica del señor Leónidas Segundo Rodríguez, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el asegurado sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Actual; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad.

- b. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **IPS VIRREY SOLIS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Leónidas Segundo Rodríguez correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Leónidas. Lo anterior se puede constatar con el fragmento de la historia clínica que se aportó al expediente.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Rodríguez sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La IPS VIRREY SOLIS puede ser notificada a través del correo electrónico contactenos@virreysolisips.com.co

- c. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene **SALUD TOTAL EPS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Leónidas Segundo Rodríguez correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Leónidas. Lo anterior se puede constatar con la historia clínica de la IPS Virrey Solis, donde se informa que la EPS del asegurado es Salud Total.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Rodríguez sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. Salud Total EPS puede ser notificada a través del correo electrónico Notificacionesjud@saludtotal.com.co

- d. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene **SALUD TOTAL EPS**, exhibir en la oportunidad

procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Leónidas Segundo Rodríguez correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Leónidas. Lo anterior se puede constatar con la historia clínica de la IPS Virrey Solis, donde se informa que la EPS del asegurado es Salud Total.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Rodríguez sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. Salud Total EPS puede ser notificada a través del correo electrónico Notificacionesjud@saludtotal.com.co

- e. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene **al INSTITUTO EL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Leónidas Segundo Rodríguez correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Leónidas. Lo anterior se puede constatar en el certificado allegado por el demandante

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Rodríguez sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. El instituto puede ser notificada a través del correo electrónico info@institutosistemanervioso.com

- f. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene **AL INSTITUTO DE EPILEPSIA Y PARKINSON DE EJE CAFETERO – NEUROCENTRO**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Leónidas Segundo Rodríguez correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Leónidas. Lo anterior se puede constatar en el certificado allegado por el demandante

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Rodríguez sufrió en años anteriores y al momento de

suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. El instituto puede ser notificada a través del correo electrónico consultas@neurocentro.com.co

- g. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene **a COLPENSIONES**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Leónidas Segundo Rodríguez que fue fundamentos para calificar la pérdida de capacidad laboral del señor Rodríguez. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de calificar la pérdida de capacidad laboral del señor Leónidas. Lo anterior se puede constatar en el certificado allegado por el demandante

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Rodríguez sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. Colpensiones puede ser notificada a través del correo electrónico notificacionesjudiciales@colpensiones.gov.co

- h. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene **a LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la declaración de renta de los años 2019, 2020 y 2021 del señor Leónidas Segundo Rodríguez. La Declaración de Renta se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera es la encargada de La administración de los impuestos de renta y complementario

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar el verdadero estado financiero del señor Rodríguez al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La DIAN puede ser notificada a través del correo electrónico notificacionesjudicialesdian@dian.gov.co

6. OFICIOS

- a. Ruego se oficie a la **IPS VIRREY SOLIS**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Leónidas Segundo Rodríguez correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Rodríguez entre los años 2000 a 2021. Lo anterior

se puede constatar con la historia clínica aportada 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 obtención de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Leónidas Segundo Rodríguez sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. La IPS Virrey Solis puede ser notificada a través del correo electrónico contactenos@virreysolisips.com.co

- b. Ruego se oficie a la **SALUD TOTAL EPS**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Leónidas Segundo Rodríguez correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Rodríguez entre los años 2000 a 2021. Lo anterior se puede constatar con la historia clínica aportada 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 consecución de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Rodríguez sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. Salud Total EPS puede ser notificada a través del correo electrónico Notificacionesjud@saludtotal.com.co

- c. Ruego se oficie al **INSTITUTO EL SISTEMA NERVIOSO DE RISARALDA**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Leónidas Segundo Rodríguez correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Rodríguez entre los años 2000 a 2021. Lo anterior se puede constatar con la historia clínica aportada 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 Rodríguez sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. El instituto puede ser notificada a través del correo electrónico info@institutosistemanervioso.com

- d. Ruego se oficie al **AL INSTITUTO DE EPILEPSIA Y PARKINSON DE EJE CAFETERO – NEUROCENTRO**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Leónidas Segundo Rodríguez correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Rodríguez entre los años 2000 a 2021. Lo anterior se puede constatar con la historia clínica aportada 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 Rodríguez sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. El instituto puede ser notificada a través del correo electrónico consultas@neurocentro.com.co

- e. Ruego se oficie al **COLPENSIONES**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Leónidas Segundo Rodríguez que fue base para calificar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral del señor Rodríguez. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Rodríguez entre los años 2000 a 2021. Lo anterior se puede constatar con la historia clínica aportada 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 Rodríguez sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. Colpensiones puede ser notificada a través del correo electrónico notificacionesjudiciales@colpensiones.gov.co

- f. Ruego se oficie **a LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la declaración de renta de los años 2019, 2020 y 2021 del señor Leónidas Segundo Rodríguez. La Declaración de Renta se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera es la encargada de La administración de los impuestos de renta y complementario

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 el verdadero estado financiero del señor Rodríguez al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La DIAN puede ser notificada a través del correo electrónico notificacionesjudicialesdian@dian.gov.co

7. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 CGP

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 ALLIANZ SEGUROS DE VIDA SA las patologías del señor Leónidas Segundo Rodríguez 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 el antecedente médico que omitió informar el señor Rodríguez era absolutamente indispensable para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) (i) que de haber conocido ALLIANZ SEGUROS DE VIDA SA el verdadero estado financiero del señor Rodríguez se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar

condiciones mucho más onerosas en la póliza (iii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades y a información financiera no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos y la información financiera 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 este Despacho 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 del Asegurado y las respectivas declaraciones de renta. Es importante aclarar que tanto la Historia Clínica completa como la declaración de renta 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 oficiadas 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

- Pruebas relacionadas en el acápite de pruebas.
- Certificado de existencia y representación legal de Allianz Seguros de Vida S.A.

NOTIFICACIONES

La parte actora y los demandados en el lugar indicado en sus respectivos libelos.

Mi representada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 13 A No. 29- 24 Piso 9, de la ciudad de Bogotá, correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co

Al suscrito en la Calle 69 No 4-48 of. 502 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



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.