

Sr.
JUEZ SEGUNDO CIVIL DEL CIRCUITO DE CARTAGENA.
Cartagena.

REF: DPROCESO VERVAL DE CARLOS SANCHEZ RESTREPO CONTRA ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. Y MAF COLOMBIA S.A.S.

ASUNTO 1: PRONUNCIAMIENTO DE LA CONTESTACION SOBRE LOS HECHOS, LAS EXCEPCIONES, LAS PRUEBAS SOLICITADAS Y APORTADAS.POR LA PARTE DEMANDADA.

ASUNTO 2: REMISION DE CONSTANCIA DE NOTIFICACION AL DEMANDADO ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

Rad. 291-2019.

Respetado Juez,

Adriana Bello León, identificada con cedula de ciudadanía No. 45.361.037 de Santa Rosa Norte de Bolívar y T.P. No. 310871 del C.S.de la Judicatura, en calidad de apoderado judicial del Actor Sr. **CARLOS ENRIQUE SANCHEZ RESTREPO**, identificado con CC. 70.381.141 De Cocorná Antioquia, presento memorial de impulso procesal en el sentido de realizar pronunciamiento frente a las excepciones y solicitud de pruebas planteadas por la parte demandada en el presente asunto. Encontrándonos en oportunidad procesal para ello.

Surtido el traslado en vigencia del Decreto Legislativo No. 806 del 4 de junio de 2020; presentamos al despacho para su valoración el siguiente análisis sobre la contestación de la demanda, por parte del demandado, parte que se compone por 2 personas jurídicas de derecho privado así:

1. PRONUNCIAMIENTO EXPRESO SOBRE LOS HECHOS EN LA CONTESTACION DE LA REFORMA A LA DEMANDA.

ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.	MAF FINANCIERA S.A.S
ES CIERTO	ES CIERTO
#5	#1
#8	#2
#9	#3
#10	#5
#11	#6
#12	#7
#14	#8
#15	#9
#20	#11
#21	#12
#26	#14
PARA UN TOTAL DE 11 HECHOS ADMITIDOS	#15
	#16
	#25
	#26
	PARA UN TOTAL DE 15 HECHOS ADMITIDOS
NO LE CONSTA	NO LE CONSTA
#1	#4
#2	#17
#3	#18
#6	#19
#7	#20

#16		#21
#17		#22
#18		#23
#19		#24
#23		
#24		
#25		
PARA UN TOTAL DE 12 HECHOS QUE NO LE CONSTAN		PARA UN TOTAL DE 9 HECHOS QUE NO LE CONSTAN
NO ES CIERTO		NO ES CIERTO
#4		NINGUNO CON ESA AFIRMACION
#13		
PRONUNCIAMIENTO DISTINTO A LA NORMA		PRONUNCIAMIENTO DISTINTO A LA NORMA
#2		#10
		#13
NO DIJO NADA		NO DIJO NADA
#27		#27

Para lo cual de manera respetuosa solicito al despacho se pronuncie en el sentido de dar aplicación a lo ordenado en los Art. 96, #2 y 97, Inc 1, del C.G.P. de acuerdo a cada uno de los pronunciamientos realizados por la parte demandada. Teniendo en cuenta que los hechos que se nieguen o que no consten deberá **“manifestar de manera precisa y univoca las razones de su respuesta.”**, al igual de los que no se dijo nada o se contesto sin apego a la norma.

Para la parte actora resulta de vital importancia realizar su apreciación sobre tal pronunciamiento, teniendo en cuenta que efectivamente en algunos de los hechos le es dable que uno de los demandados les desconozca, lo que nos habilita a revisar la admisión de esos mismos hechos por parte del otro demandado; para lo cual de manera muy respetuosa nos permitimos precisar que de acuerdo con la contestación que ambos demandados manifiestan, queda plenamente probado que:

1. La Sra. Orfa Lucia Giraldo Giraldo, (Q.E.P.D), el día 29 de noviembre del año 2017, compro un carro por valor de \$135.100.000- en el concesionario Juan autos de Cartagena, el cual compro con dinero, producto de un contrato de mutuo suscrito con la financiera Maf Colombia, hoy aquí demandada, y que producto de ese negocio jurídico, el acreedor de la fallecida, la ingreso a una Póliza de Vida, Grupo Deudores, No. 22127195 con la cual buscaba garantizar el cumplimiento de la dicha obligación. Siendo el contrato de seguros, paralelo al contrato de mutuo, dado que el contrato de seguros No, tendría razón de existir de manera independiente. Y mas si se tiene en cuenta que es precisamente el acreedor quien ostenta la calidad de tomador y beneficiario, situación que ha sido admitida por el demandado Maf Colombia S.A.S, en su pronunciamiento al hecho No. 8 y por parte de Allianz seguros de Vida S.A. en su pronunciamiento al hecho No. 10; lo cual evidencia claramente la existencia del contrato de seguros y de Mutuo.
2. Que la Maf Colombia S.A.S, fue la intermediaria en la colocación del producto financiero Póliza Vida Grupo deudores No. 22127195, en la cual estaba asegurada la finada.
3. Que la Sra. Orfa Lucia Giraldo Giraldo, (Q.E.P.D), Murió el día 24 de enero de 2018. A las 8:45 de la noche. De acuerdo con la Admisión del hecho No. 11.
4. Que la Financiera solicito la afectación de la póliza No. 22127195, a la Aseguradora, a lo cual esta Objeto de manera Infundada, mediante oficio DIV 00484-2018.

5. Que la compañía Maf Colombia S.A.S, causo perjuicios morales al cónyuge sobreviviente y a los herederos, de acuerdo con la CONFESION, manifestada en la contestación al hecho No. 25, los cuales se encuentran tasados en 80 SMLMV. Para cada uno.
6. Con relación a la ACEPTACION DEL HECHO 3, por parte de Maf Colombia S.A.S, queda plenamente probado, que el documento declaración de asegurabilidad, fue puesto de presente a la finada por parte de un empleado del Concesionario Juan Autos.
7. Con relación al pronunciamiento al hecho 4, por parte de la aseguradora la cual manifiesta que NO ES CIERTO, pero no sustenta la razón de su dicho de manera precisa y univoca, como lo ordena la ley, toda vez que el hecho planteado en la demanda hace referencia al incumplimiento del Art. 78 superior y demás normas citadas del estatuto del consumidor, jurisprudencia de la honorable Corte Constitucional, el demandado por el contrario, se refiere a otras circunstancias, por lo tanto se debe presumir de cierto de acuerdo con lo estipulado en la parte final del #2 del Art.96 del C.G.P. por otro lado el demandado Maf Colombia S.A.S. Manifiesta con relación al mismo hecho No. 4 que NO LE CONSTA, y fundamenta su respuesta en que son hechos relacionados con terceras personas. lo que indica una clara contradicción con lo manifestado en el hecho 3. Y una falta a la verdad, que puede hacer incurrir en error al fallador.
8. Con relación al hecho No 23, el demandado Maf, manifiesta que NO LE CONSTA, pero la razón de su dicho no guarda relación con el hecho planteado, ósea no es preciso ni univoco. Debe presumirse de cierto Y la aseguradora frente al mismo hecho dice que NO LE CONSTA, porque su vinculación es con relación a la póliza No. 22127195. “ si no les consta a ninguno de los demandados, entonces no les es atribuible, el haber informado cierta y suficientemente al cliente sobre el contrato de seguros”. lo que implica una grave violación al estatuto del consumidor financiero, y para el asunto que nos ocupa es claro que la finada nunca tuvo claro que estaba adquiriendo un seguro de vida. Si no estaba comprando un vehículo. Con lo que queda plenamente probado la BUENA FE, de la misma en la suscripción de tal documento.

¿Quién entrego el documento denominado DECLARACION DE ASEGURABILIDAD y quien tenía el deber legal de informar cierta y suficientemente sobre su contenido?

2. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS PRUEBAS.

2.1. Solicito de manera respetuosa su señoría, que se desestime la solicitud que realiza el demandado Allianz Seguros de Vida S.A. de los siguientes medios de prueba.

2.1.1. **Declaración de terceros:** de la Sra. Sandra Patricia Burgos Camargo, identificada con la CC: No. 45.765.518, toda vez que dicha prueba es IMPERTINENTE, teniendo en cuenta que en el proceso que nos ocupa, no se esta tramitando Demanda de reconvenición, y que según manifestación realizada por el apoderado del demandado Allianz Seguros de Vida S.A. dicha solicitud se plantea con el propósito de que esta manifieste lo que le conste sobre la reforma a la demanda de reconvenición.

2.1.2. **Declaración de terceros:** Sr Juan Carlos Aponte Velásquez, identificado con CC. No. 79.469.062, en su calidad de director de indemnizaciones, a efectos de manifestar lo que sepa y le conste de los hechos 4,8,9,14 y 15. Presentamos de manera respetuosa la presente solicitud, por cuanto consideramos que dicha prueba es SUPERFLUA, atendiendo a que el apoderado de la aseguradora ADMITIO, los hechos que se supone la declarante venían a manifestar. Y con relación al hecho No. 4, lo consideramos INCONDUCTENTE, ya que el citado no es testigo presencial, que pueda hacer constar y/o desvirtuar lo manifestado en este hecho en particular.

2.1.3. Se desestime la prueba documental denominada HISTORIA CLINICA, emitida por la E.P.S. Salud Total. Toda vez que el apoderado de la parte demandada Allianz Seguros de Vida S.A. no evidencio que la misma haya sido obtenida en legal forma y dicho documento tiene reserva por orden del legislador.

3. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LAS EXEPCIONES.

No deben prosperar, ninguna de las excepciones de mérito propuestas.

3.1. EXCEPCIONES PLANTEADAS POR ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

3.1.1. A LA DE FALTA DE LEGITIMACION EN LA CUSA POR ACTIVA:

No es cierto su señoría, que el Sr Carlos Sánchez restrepo, no esté legitimado en el presente asunto, si bien es cierto que la jurisprudencia citada en el escrito de contestación ha existido y en a alguna época ha sido aplicada no menos cierto es que esta ha variado y hoy en el contexto de verdaderamente impartir justicia se ha facultado por vía jurisprudencial a que personas en la condición de mi poderdante puedan acudir ante el sistema judicial para intentar lograr el reconocimiento y cumplimiento de las obligaciones que adquieren las aseguradoras al momento de expedir las pólizas, y que quienes si son parte en el contrato para exigir por vía judicial su reclamación, sin explicación alguna optan por perseguir a los herederos tal y como sucede en este caso, en el que la financiera interpuso a través de un proceso de garantías mobiliarias, y forzó a mi cliente al pago de la obligación. Por lo tanto, el Sr Carlos Restrepo como representante de la sucesión de su finada esposa, quien fuera el asegurado en dicha póliza tiene toda la legitimación para reclamar por vía judicial en el presente asunto. Además, dicha reclamación está orientada a que la aseguradora pague a la financiera la obligación que se encontraba en cabeza del causante de la sucesión.

3.1.2. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO:

En esta excepción en particular, debemos referirnos al reciente pronunciamiento, realizado por la Corte constitucional colombiana, en sentencia T-027 del año 2019, en donde trae a colacion y análisis, de como debe ser analizado EL PRINCIPIO DE BUENA FE, en los contratos de seguro; con la cual se fijan unas reglas, que deben ser cumplidas por el asegurador e igualmente en este caso observadas por el fallador, para poder configurarse la presente excepción planteada por el demandado. Para lo cual me permito citar taxativamente lo planteado por la honorable Corte Colombiana.

“El principio de buena fe en los contratos de seguro

50. El artículo 83 de la Constitución Política de Colombia consagra que las actuaciones de los particulares deberán ceñirse a los postulados de la buena fe.

51. El principio de buena fe, a su vez, distingue de dos escenarios. El primero es la relación contractual en situaciones de simetría entre las partes; mientras que el segundo es la relación contractual en situaciones de asimetría²⁰². En éstos últimos, la Corte Constitucional ha considerado

que la buena fe implica una responsabilidad mayor para quienes ejercen la posición dominante en la relación contractual.

¹⁹⁸ *“Cfr. Sentencia T-902 de 2005.”*

¹⁹⁹ *“Ibídem.”*

²⁰⁰ *“Ibídem.”*

²⁰¹ *Fallo T-138 de 2011, reiterado en la sentencia T-567 de 2017.*

²⁰² *Véase Corte Constitucional, sentencia T- 136 de 2013.*

52. Este criterio toma mayor fuerza cuando, además de existir una situación asimétrica, la parte dominante presta un servicio público, en especial cuando está relacionado con las actividades consagradas en el artículo 335 de la Constitución²⁰³. Ello se debe a que los agentes no solo gozan de una posición que les permite fijar las condiciones de los créditos, sistemas de amortización y demás²⁰⁴, sino que en ellos se deposita la confianza pública por el servicio que prestan²⁰⁵.

53. La aplicación del principio de buena fe con una mayor rigurosidad no implica, sin embargo, que los agentes regulados por el artículo 335 de la Constitución estén sujetos a una restricción absoluta de su libertad contractual. Por el contrario, la jurisprudencia de esta Corporación ha sostenido que es posible establecer unos límites a las actividades financiera y aseguradora, que gravitan dentro de la autonomía privada y la libertad contractual, pero deben desarrollarse en acatamiento de los valores y principios consagrados en la Constitución²⁰⁶.

54. La Corte Constitucional ha sostenido que, en materia de seguros, la autonomía de la voluntad no puede constituirse en un abuso de su posición en detrimento de los derechos que acuden a la aseguradora²⁰⁷. Para evitar posibles acciones arbitrarias, esta Corporación ha establecido algunos límites, entre los cuales debe mencionarse la uberrimae fidae²⁰⁸.

55. Por este límite, entendido como un elemento esencial del contrato de seguro²⁰⁹, se entiende el apego estricto a la buena fe y la claridad de las partes al momento de manifestar las condiciones que permean la voluntad negocial²¹⁰. Por apego estricto y claridad se entienden, a su vez, dos aspectos: a) un deber general de respetar la pulcritud moral e intelectual²¹¹ y; b) un deber concreto de interpretación pro consumatore²¹².

56. Este deber, que vincula tanto al tomador (o asegurado) como al asegurador, consiste en actuar con la mayor claridad posible con la contraparte contractual. Asimismo, este deber implica, especialmente para el asegurador, el despliegue de ciertas conductas, que permitan la definición adecuada del contrato de seguro.

²⁰³ Corte Constitucional, sentencia T- 517 de 2006, reiterada por la sentencia T- 058 de 2014.

²⁰⁴ Corte Constitucional, sentencia T- 1085 de 2002.

²⁰⁵ Corte Constitucional, sentencia T- 1085 de 2002

²⁰⁶ Corte Constitucional, sentencia T- 517 de 2006, reiterada por la sentencia T-058 de 2014.

²⁰⁷ Corte Constitucional, sentencia T- 1165 de 2001; T- 058 de 2014.

²⁰⁸ Corte Constitucional, sentencia T- 240 de 2016.

²⁰⁹ Corte Constitucional, sentencia C- 232 de 1997, reiterada por la sentencia T- 251 de 2017.

²¹⁰ Corte Constitucional, sentencia T- 240 de 2016.

²¹¹ Corte Constitucional, sentencia T- 152 de 2006.

²¹² Corte Constitucional, sentencia T- 902 de 2013.

57. La jurisprudencia constitucional ha sostenido que el artículo 83 de la Constitución repudia las conductas arbitrarias tanto del asegurador como del tomador (o asegurado)²¹³ y, por ello, deben establecerse las obligaciones necesarias para evitar que dichas conductas se realicen. Para el caso del tomador o asegurado, el Legislador y esta Corporación han reconocido el deber de declarar de manera cierta todas las circunstancias inherentes al riesgo²¹⁴.

58. La declaración implica, a su vez, el deber concreto del tomador (o asegurado), de informar sobre la existencia de una enfermedad, así como la gravedad de la misma, al momento de celebrar el contrato²¹⁵. Si el tomador (o asegurado) no informa sobre dicha situación, puede configurarse la reticencia, reglamentada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Esta figura, sin embargo, requiere de ciertas precisiones establecidas tanto por la jurisprudencia de esta Corporación como de la Corte Suprema de Justicia.

59. Por una parte, el deber de declarar implica que el tomador (o asegurado) conoce de la enfermedad. Esto significa que el tomador (o el asegurado) tiene, al momento de celebrar el contrato de seguro, conocimiento sobre las enfermedades, que deben ser diagnosticadas por el especialista competente y registradas en la respectiva historia clínica.

60. Por otra parte, este deber no recae sobre la existencia de la enfermedad en sí, sino sobre el conocimiento real que se tiene de ésta²¹⁶. Esto fue explicado por la Corte Suprema de Justicia en el 2011, al estudiar la posible reticencia de una persona que sufrió de unos síntomas en días previos a la celebración del contrato de seguro, pero que no conocía del padecimiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Para la Corte Suprema de Justicia, existe un buen número de enfermedades que pueden estar presentes en el organismo humano mucho antes de la época en que se diagnostican o se exteriorizan para incidir negativa y sensiblemente en la

²¹³ Corte Constitucional, sentencia T- 251 de 2017.

²¹⁴ Corte Constitucional, sentencia T- 251 de 2017.

²¹⁵ Corte Constitucional, sentencia T- 251 de 2017.

²¹⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 04.03.2016 (SC 2803-2016), Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez. Este criterio es compartido por la Corte Constitucional, quien en sentencia T- 222 de 2014 sostuvo que “Lo mismo no sucede cuando una persona no conozca completamente la información que abstendría a la aseguradora a celebrar el contrato, o hacerlo más oneroso. Por ejemplo, enunciativamente, casos en los que existan enfermedades silenciosas y/o progresivas. En aquellos eventos, el actuar del asegurado no sería de mala fe. Sencillamente no tenía posibilidad de conocer completamente la información y con ello, no es posible que se deje sin la posibilidad de recibir el pago de la póliza. Esta situación sería imponerle una carga al usuario que indiscutiblemente no puede cumplir. Es desproporcionado exigirle al

ciudadano informar un hecho que no conoce ni tiene la posibilidad de conocerlo. Mucho menos, para el caso del seguro de vida grupo de deudores, suministrar con preciso detalle su grado de discapacidad”.

*salud de las personas*²¹⁷. Este tipo de enfermedades (como el VIH), no serían determinantes al momento de celebrar el contrato de seguro –aun si existiesen antes del mismo–, siempre y cuando no hayan sido diagnosticadas²¹⁸.

61. Finalmente, el desconocimiento del deber de declarar –o la configuración de la reticencia– requiere, necesariamente, de una actuación de mala fe²¹⁹. Por ésta se entiende, de acuerdo a la jurisprudencia de esta Corporación, que no basta con el conocimiento de la enfermedad, sino que la omisión de ésta en la declaración se debe a la intención del tomador (o asegurado) a evitar que el contrato de seguro se haga más oneroso o que el asegurador desista del contrato²²⁰. En ese sentido, la Corte Constitucional sostuvo que debe distinguirse entre inexactitud y reticencia²²¹. La primera es de carácter objetivo y corresponde a la discrepancia que hay entre la información declarada y la situación del tomador o asegurado²²²; mientras que la segunda es subjetiva y consiste en la intención del tomador (o asegurado) de ocultar la información para evitar cambios contractuales²²³.

62. En síntesis, el deber de seguimiento estricto de la buena fe para el tomador (o asegurado) consiste en informar sobre el conocimiento de enfermedades que le han sido diagnosticadas al momento de la celebración del contrato de seguro.

63. La jurisprudencia de la Corte ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del contrato de seguro, está sujeta a unos deberes mayores²²⁴.

64. El primero de ellos consiste en la carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que si se excluye alguna cobertura, ésta deberá ser

²¹⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 28.11.2011, Magistrado Ponente Arturo Solarte Rodríguez.

²¹⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 28.11.2011, Magistrado Ponente Arturo Solarte Rodríguez.

²¹⁹ Corte Constitucional, sentencias T- 222 de 2014; T- 830 de 2014; T- 684 de 2015; T- 577 de 2015; T- 058 de 2016; T- 240 de 2016; T-282 de 2016; T-251 de 2017.

²²⁰ Corte Constitucional sentencias T- 222 de 2014; T- 830 de 2014; T- 684 de 2015; T- 577 de 2015; T- 058 de 2016; T- 240 de 2016; T-282 de 2016; T-251 de 2017.

²²¹ Corte Constitucional, sentencia T- 251 de 2017.

²²² Corte Constitucional, sentencia T-222 de 2014.

²²³ Corte Constitucional, sentencia T- 222 de 2014.

²²⁴ Corte Constitucional, setencia T- 282 de 2016.

*determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella*²²⁵.

65. El segundo –consecuencia del primero– es el deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, éstas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la Constitución y del artículo 1624 inciso 2 del Código Civil.

66. El tercer deber consiste en desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud –en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados²²⁶ y no simples declaraciones generales–; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado²²⁷.

67. En cuanto el deber de comprobar la existencia del elemento subjetivo en la reticencia, la Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) probar la mala fe por parte del tomador (o asegurado), pues solo el asegurador sabe si la enfermedad omitida lo haría desistir del contrato o hacerlo más oneroso²²⁸ y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, a fin de evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión²²⁹.

²²⁵ Corte Constitucional, sentencias T- 152 de 2006; T- 902 de 2013.

²²⁶ Véase Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 04.03.2016 (SC 2803-2016), Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez.

²²⁷ Establecer una obligación general de practicar exámenes médicos para todos y cada uno de los tomadores o asegurados podría implicar una carga desproporcionada para el asegurador, como se sostuvo en la sentencia C- 232 de 1997. Sin embargo, ello no implica que el asegurador, en ocasiones, se exima de hacerlo. Para ello, ver sentencia 282 de 2016, la cual reitera el deber de realizar exámenes médicos establecido en las sentencias T- 832 de 2010, T- 1018 de 2010, T- 393 de 2015.

²²⁸ Corte Constitucional, sentencia T- 222 de 2014, reiterada en T- 282 de 2016.

²²⁹ Corte Constitucional, sentencia T- 282 de 2016.

68. Los anteriores parámetros han sido aplicados por esta Corporación en la resolución de varios casos similares al presente, en los cuales se ha accedido al amparo reclamado por los peticionarios, por considerarse vulnerados los derechos fundamentales invocados. Vista la jurisprudencia constitucional, la presente Sala de revisión destaca los siguientes pronunciamientos que a la fecha han sido adoptados en la materia: T-832 de 2010, T-1018 de 2010, T-751 de 2012, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-830 de 2014, T-007 de 2015, T-393 de 2015, T-282 de 2016, T-609 de 2016, T-670 de 2016, T-676 de 2016 y T-251 de 2017, cuyo alcance se pasa a exponer a continuación.”

Con lo cual se fijan las siguientes reglas

69. “En suma, y vistos los pronunciamientos precedentes, la Sala Novena de Revisión reitera y puntualiza las siguientes reglas jurisprudenciales que han sido establecidas en relación con la aplicación de los postulados del principio constitucional de buena fe en el contrato de seguro:

69.1. La aseguradora tiene la obligación de redactar de manera precisa y taxativa todas las exclusiones posibles y eliminar cualquier tipo de ambigüedad, por cuanto, en el ejercicio de su posición dominante, es la parte que elabora el contrato de seguro, de tal suerte que el tomador o asegurado se resignan a quedar sometidos al clausulado contractual establecido e impuesto por la aseguradora.

69.2. La aseguradora tiene la obligación de realizar una de las siguientes acciones, con el propósito de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador o asegurado y fijar las condiciones del contrato: a) realizar los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado.

ADRIANA BELLO LEON

Abogada- Universidad libre de Cartagena.

Especialista en Derecho Procesal- Universidad libre sede Cartagena.

Estudiante de Maestría en Derecho Administrativo Universidad Libre.

Dir. Centro A.V. Venezuela Edificio Citibank Ofi. 4GH. Cartagena – Colombia.

Cel. 301-5351260.

Email: belloleonadriana@gmail.com

69.3. En caso de que no se practiquen los exámenes médicos o no se solicite la historia clínica, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, esto es, demostrar con suficiencia que éstos actuaron con la intención de ocultar la existencia de alguna condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro y de esta manera sacar provecho de ello.

69.4. Si la aseguradora conocía, podía conocer o no demuestra los elementos que dan lugar a la presunta reticencia, es decir, si incumple cualquiera de las cargas señaladas en precedencia, no podrá eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de seguro cuando el tomador o asegurado efectúen el respectivo reclamo ante la ocurrencia del siniestro amparado.”

Atendiendo a los postulados, planteados por la honorable Corte Constitucional Colombiana, y que, en análisis del caso concreto, no le es dable al demandado la prosperidad de la presente excepción de mérito, en tratándose que no se ha probado y mucho menos con suficiencia, que el asegurado haya actuado de mala fe, al momento de la suscripción del contrato de seguros en comento. Toda vez que su actuación estuvo encaminada a la compra de un vehículo en concesionario Juan Autos de la Ciudad de Cartagena. hecho que ha quedado suficientemente probado en el asunto en comento, a través de las contestaciones de los demandados. Por otro lado y no menos importante, el apoderado del demandado Allianz seguros de vida S.A. cita de manera imprecisa en su contestación, apartes de una historia clínica, en la que no se indica con claridad a que apuntes de la evolución hacen parte, y que si se leen con detenimiento presenta inconsistencias, en el sentido que no es posible si una persona es atendida por un profesional de la salud el día “ 11/01/2017, en esa misma fecha y hora de evolución se deje constancia de una hospitalización que será realizada, pero se afirma se realizo en días muy, pero muy posteriores, como los son el 29/12/2017 hasta 9/01/2018.

Solicito a su Señoría que requiera al demandado Allianz Seguros de vida S.A. para que, con fines probatorios, aporte al despacho la evidencia de la obtención de la prueba documental aportada denominada, HISTORIA CLINICA, emitida por la E.P.S. de la fallecida. Toda vez que la misma es un documento sometido a reserva por el legislador. Y d eno aportarlo se

ADRIANA BELLO LEON

Abogada- Universidad libre de Cartagena.

Especialista en Derecho Procesal- Universidad libre sede Cartagena.

Estudiante de Maestría en Derecho Administrativo Universidad Libre.

Dir. Centro A.V. Venezuela Edificio Citibank Ofi. 4GH. Cartagena – Colombia.

Cel. 301-5351260.

Email: belloleonadriana@gmail.com

desestime la práctica de dicha prueba.

3.1.3. A LA DE PRESCRIPCION

Con relación a la excepción de prescripción, solicito de manera respetuosa se desestime totalmente, toda vez que el demandado en su parte argumentativa, esboza muchos argumentos que si bien se refieren a sustentar dicha alegación, las mismas no se refieren ni se oponen a las pretensiones de la demanda, toda vez que se predicen de una posible acción judicial que pudiera emprender la Compañía Maf Colombia S.A.S, quien funge como demandado en el presente asunto.

3.2. A LAS EXCEPCIONES DE LA DEMANDADA MAF COLOMBIA S.A.S.

3.2.1. A la denominada BUENA FE.

En atención a la excepción planteada, solicito la misma sea desestimada toda vez que con la actuación omisiva de no reuquirir por vía judicial al asegurador y por el contrario, instaurar un proceso judicial en contra de una persona ya fallecida. Su actuar por el contrario constituye un acto de mala fe.

Anexos: 1. Certificado de constancia de Notificación al demandado Allianz Seguros de Vida S.A.

Son: 17 folios

Notificaciones: belloleonadriana@gmail.com

Tel: 301-5351260

ORIGINAL FIRMADO

Agradeciendo su Atención,

Adriana bello león

C.C. 45.361.037 de Santa Rosa Norte de Bolívar.

P.T. No.310871 del C.S. De la J