

Señores

JUZGADO VEINTICUATRO (24º) CIVIL MUNICIPAL DE CALI (VALLE DEL CAUCA)

E. S. D.

PROCESO: VERBAL RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL
RADICADO: 760014003024**20230037800**
DEMANDANTES: LUIS HERNANDO MILLAN VARELA
DEMANDADOS: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD
COOPERATIVA Y OTRO

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**, tal y como se acredita con el poder y el certificado de existencia y representación legal que anexo a la presente contestación, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 860.524.654-6, representada legalmente por la doctora María Yasmith Hernández Montoya, o por quien haga sus veces, sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, con dirección de notificaciones en notificaciones@solidaria.com.co. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por el señor Luis Hernando Millán Varela en contra de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA y BANCO FINANDINA, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CONSIDERACIÓN PRELIMINAR

SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA

De conformidad con las disposiciones contenidas en el artículo 278 del Código General del Proceso y en consideración a los principios de economía procesal y legalidad, comedidamente se solicita al Despacho proferir sentencia anticipada comoquiera que se encuentra acreditada la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, en la medida en que el hecho que da base a la acción, es decir la incapacidad total y permanente del asegurado, se otorgó el día **25 de julio de 2019**, por ende como para aquella calenda los términos se encontraban suspendidos por la emergencia sanitaria producida por el Covid-19, el término empezó a correr desde el 1 de julio de 2020 y se consolidó el 09 de noviembre de 2021, por ende como la demanda tan solo se radicó

hasta el 25 de mayo de 2023, lo cierto es que para esa época la prescripción ya se había consolidado con creces. Incluso si se considerara que la primera solicitud de indemnización que efectuó el señor Luis Hernando Millán Varela a través del banco a mi mandante el día 05 de septiembre de 2019 interrumpió el termino prescriptivo, lo cierto es que igualmente la prescripción iniciaba su conteo desde el 1 de julio de 2020, día siguiente a la suspensión de términos por pandemia y por ende el conteo del término bienal de prescripción se habría consolidado el 10 de enero de 2022. Por lo tanto, la presentación de la demanda del 25 de mayo de 2023 interrumpió el término, pues es imposible suspender o interrumpir términos a consolidados.

En efecto, la solicitud de sentencia anticipada que aquí se realiza se encuentra avalada por lo dispuesto en el artículo 278 del CGP que dispone:

“(…) ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias. Son sentencias las que deciden sobre las pretensiones de la demanda, las excepciones de mérito, cualquiera que fuere la instancia en que se pronuncien, las que deciden el incidente de liquidación de perjuicios, y las que resuelven los recursos de casación y revisión. Son autos todas las demás providencias.

En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:

(…)3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa

.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)”

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta irrefutable que operó el fenómeno de prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme a lo previsto en el artículo 1081 del C. Co. Lo anterior, comoquiera que, si bien inicialmente el término prescriptivo empezó a contar desde la estructuración de pérdida de capacidad laboral del señor Luis Hernando Millán el 25 de julio de 2019, lo cierto es que para dicha calenda los términos se encontraban suspendidos por la pandemia del Covid-19, por ende, el conteo de los dos años reanuda el 1 de julio de 2020 y se consolidó el 9 de noviembre de 2021. Pero incluso si se considerara que la solicitud de indemnización que presentó el señor Millán Varela a través de la entidad financiera el día 05 de septiembre de 2019, interrumpió el término prescriptivo conforme al artículo 94 del CGP, la consecuencia es la misma, pues la determinación es que desde aquel requerimiento debe volver a contarse los dos años de prescripción, pero como en mayo de 2020 los términos continuaban suspendidos, aquellos dos años igualmente empezarían a contar desde el 1 de julio de 2020, encontrando que el término máximo para presentar la demanda por parte del señor Millán era hasta el 10 de enero de 2022, pero

contrario a ello tan solo presentó su demanda el día 25 de mayo de 2023 cuando ya la prescripción había fenecido con creces. Por todo lo dicho, no existe otra salida para este honorable despacho que proferir sentencia anticipada declarando la prosperidad de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, toda vez que la demanda no fue promovida dentro de los dos años siguientes a la fecha de estructuración de la incapacidad total y permanente del asegurado como hecho que da base a la acción.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO “1”: A mi representada no le consta que la parte demandante haya suscrito el pagaré No. 1150326214 el día 20 de marzo de 2018 con carta de instrucciones para el crédito de libranza adquirido por el Banco Finandina S.A, ya que constituyen hechos ajenos al desarrollo normal de sus actividades comerciales. Que se pruebe en los términos del artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO “2”: Este hecho contiene diferentes afirmaciones a las cuales responderé de la siguiente forma:

- A mi representada no le consta que la entidad financiera Banco Finandina S.A. estableciera como requisito para otorgar el crédito de libranza la adquisición del seguro de vida grupo deudores incluyendo el costo de la prima en el valor de la cuota mensual del crédito que el demandante debe cancelar.
- No obstante lo anterior, se verifica que el día 2 de abril del año 2018, el señor Luis Hernando Millán suscribió y diligenció en su calidad de asegurado, el certificado individual de seguro-póliza de seguro vida grupo en el cual ostenta la calidad de tomador el Banco Finandina S.A., y cuya compañía aseguradora es Aseguradora Solidaria de Colombia S.A. como se puede evidenciar en la siguiente imagen:



CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO - PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO
La presente póliza de seguro aplica para el Seguro de Vida Grupo Deudores, Crédito de Vehículo y Leasing, Libre Inversión y Libranza y el Seguro de Vida Grupo Voluntario (Debie vida).

DATOS DEL TOMADOR						
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO NIT 860.051.894-6	RAZÓN SOCIAL BANCO FINANDINA S. A.					
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO						
TIPO DE DOCUMENTO CE ☒ CE ☐	NÚMERO DE DOCUMENTO 16.786.770					
LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN Cali 13/05/1989						
PRIMER APELLIDO Millán	SEGUNDO APELLIDO Varela					
PRIMER NOMBRE Luis	SEGUNDO NOMBRE Hernando					
DIRECCIÓN DONICILIO Cr 33 # 47-261 int 301	TELÉFONO Fijo / CELULAR 310 774 5537					
CORREO ELECTRÓNICO lhm2601@hotmail.com	CUIDAD / MUNICIPIO Catacambo					
DEPORTES QUE PRACTICA Ninguno	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO Candelaria 26/01/1971					
OCCUPACIÓN DETALLADA Pensionado						
VALOR CRÉDITO (SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES) \$ Monto Aprobado						
BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO PARA EL SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES						
TIPO	Nº. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NOMBRES Y APELLIDOS	TELÉFONO	EDAD	AFINIDAD	% RESG.
1.		Luis de Ley				

INFORMACIÓN ADICIONAL

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

1. No sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. Si ☐ No ☒
2. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. Si ☒ No ☐
3. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros provienen de actividades lícitas. Si ☒ No ☐
4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verificas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1156 del Código de Comercio.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los 02 días del mes de abril del año 2018 en la ciudad de Bogotá.

Luis Hernando Millán V

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA SOLICITANTE

C.C. 16786770

HUELLA DEDIL
DERECHO

- BANCO -

FRENTE AL HECHO"3": No es cierto como está redactado y se explica. Las condiciones particulares del seguro vida grupo establecen como uno de sus amparos básicos la incapacidad total y permanente del asegurado, amparo que solo es susceptible de afectarse en tanto dicha incapacidad sea igual o superior al 50% y su fecha de estructuración se encuentre dentro de la vigencia de la póliza.

Sin perjuicio a lo anterior, debe indicarse que no es posible efectuar el pago por dicha cobertura a favor del señor Millán, demandante dentro del presente proceso judicial, por cuanto:

- **Operó la prescripción de la acciones derivadas del contrato de seguro:** El fenómeno de prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme a lo previsto en el artículo 1081 del C. Co feneció con creces. Lo anterior, comoquiera que, si bien inicialmente el término prescriptivo feneció el día 9 de noviembre de 2021. Este término empezó a contar desde la estructuración de pérdida de capacidad laboral del señor Luis Hernando Millán el 25 de julio de 2019. Ahora, teniendo en cuenta que los términos se suspendieron por la pandemia del Covid-19, el conteo se suspendió a partir del 16 de marzo de 2020 y hasta el 30 de junio de 2020, reanudándose el 1 de julio de 2020 y consolidándose el 9 de noviembre de 2021. Pero incluso si se considerara que la solicitud de indemnización que presentó el señor Millán Varela a través de la entidad financiera el día 05 de septiembre de 2019 interrumpió el término prescriptivo conforme al artículo 94 del CGP, la consecuencia es la misma, pues la determinación es que desde aquel requerimiento debe volver a contarse los dos años de prescripción, pero como en mayo de 2020 los términos continuaban suspendidos, aquellos dos años igualmente empezarían a contar desde el 1 de julio de 2020, encontrando que el término máximo para presentar la demanda por parte del señor Millán era hasta el 10 de enero de 2022, pero contrario a ello tan solo presentó su demanda el día 25 de mayo de 2023 cuando ya la prescripción había fenecido con creces.
- **Nulidad relativa del contrato de seguro:** Es fundamental que desde ahora el H. Despacho tome en consideración que el Asegurado, el señor Luis Hernando Millán fue reticente. Lo

anterior, 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, específicamente trastorno mental, leucopenia, lumbalgia, gonalgia, atrofia testicular, hipertensión arterial, diabetes y sahos que como se demostrará en el curso del proceso, sufría desde antes del año 2017, es decir mucho antes de la solicitud del seguro (02 de abril de 2018) y que siendo enfermedades de suma gravedad definitivamente incide, altera y agrava el riesgo asegurado pero 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. Por lo tanto, es claro que debe aplicarse la consecuencia prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

Pero además se insiste en que la nulidad relativa del contrato de seguro derivada de la reticencia tiene fundamento en la falta del deber que le asistía al asegurado al momento de solicitar el aseguramiento, pues en ese momento debía declarar sinceramente su estado de salud, pues nadie más que él lo conocía a profundidad. Entonces, esta consecuencia jurídica adversa para el demandante se genera por la omisión en que incurrió el señor Luis Millán, al no declarar las enfermedades padecidas, al momento de diligenciarse la declaración de asegurabilidad, y aquello tiene lugar independientemente del hecho de que la enfermedad que haya llevado al deceso del asegurado sea distinta a la omitida. Por lo tanto, no hay otra conclusión que negar las pretensiones de la demanda.

FRENTE AL HECHO “4”: Para responder a los distintos planteamientos desplegados en este hecho, me permito pronunciarme de la siguiente forma:

- No le constan a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite relacionados con la calificación de la incapacidad permanente parcial, por lo tanto, la parte accionante deberá cumplir con la carga probatoria que le impone el artículo 167 del Código General del Proceso.
- No es cierto que el demandante haya elevado reclamación directa a la aseguradora, pues, la comunicación se realizó a través del Banco Finandina S.A. donde se solicita estudiar la posible afectación de la póliza del seguro de vida grupo deudores ante lo cual mi representada respondió el día 17 de septiembre de 2019 objetando la reclamación debido a la reticencia del asegurado al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad.

FRENTE AL HECHO “5”: Es cierto. Mi representada objetó la reclamación teniendo en cuenta que el asegurado faltó al principio de ubérrima buena fe aplicable a los contratos de seguros, toda vez que:

- Se verificó que el demandante se encontraba diagnosticado con diferentes enfermedades tales como trastorno mental, leucopenia, lumbalgia, gonalgia, atrofia testículo, hipertensión arterial, diabetes y sahos, las cuales esta diagnosticadas antes del año 2017, es decir, desde antes de diligenciar el respectivo formulario que se le propuso como se evidencia a continuación

Respetados Señores:

Con toda atención damos respuesta a su solicitud de afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente de la póliza de seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000006, con ocasión de la Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral emitida por la Junta Médico Laboral del Ejército de Colombia, en la que determina incapacidad permanente para el señor Luis Hernando Millán Varela y califica su disminución de capacidad laboral total con un 71.06%.

Sobre el particular nos referimos en los siguientes términos:

La póliza de seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000006 tiene como objeto proteger los deudores del Banco Finandina, contra los riesgos de Muerte o Incapacidad Total y Permanente y cuya realización pueda aparejarle a la entidad bancaria un perjuicio económico.

En este caso, es preciso señalar que el señor Luis Hernando Millán Varela, firmó la declaración de asegurabilidad contenida en el formulario de la solicitud individual de seguro, requerida por el Banco Finandina, para el trámite del crédito solicitado, el 02 de abril de 2018 manifestando no padecer antecedentes médicos.

Una vez revisada la documentación aportada, entre otros, el Dictamen, se estableció que el asegurado, es calificado por trastorno mental, leucopenia, lumbalgia, gonalgia, atrofia testículo, hipertensión arterial, diabetes y sahos, las cuales esta diagnosticadas antes del año 2017.

En relación con lo anterior, se evidencia que el señor Luis Hernando Millan ocultó la existencia de enfermedades preexistentes cuando diligenció el cuadro de declaración de asegurabilidad negando la existencia de cada una de las afectaciones enlistadas, e incluso, negó padecer de cualquier otra enfermedad.

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

PATOLOGÍA / ENFERMEDAD	SI	NO	OBSERVACIONES (Detalle información preguntas anteriores)
Hipertensión Arterial Controlada		X	Patología / Enfermedad
Diabetes Mellitus		X	Fecha comienzo
Hipotiroidismo		X	Tratamiento
Hiperlipidemia		X	
Colesterol		X	
Triglicéridos		X	
Gastrointestinal		X	
¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? En caso afirmativo, por favor detallar en el cuadro de observaciones.		X	

POLIZA SEGURO DE VIDA



00100000185252

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO VOLUNTARIO

¿Solicita Seguro de Vida Grupo Voluntario? SI ☐ No ☒

Amparos del seguro Voluntario:

• Amparo básico de muerte

• Incapacidad total y permanente

• Enfermedades graves

• Auxilio funerario

• Indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración

Igualmente merece especial atención que una de las enfermedades ocultas al momento de diligenciar el formulario propuesto es la hipertensión arterial, padecimiento expresamente referido en la declaración de asegurabilidad y que incluso genera el pago de extraprima del 50% como lo establece la cláusula No. 8 de las condiciones particulares del contrato de seguro:

8. CUADRO DE EXTRAPRIMAS:
ENFERMEDADES PARA AQUELLOS ASEGURADOS ENTRE LOS 18 Y 64 AÑOS MAS 364 DÍAS, DUYO VALOR ASEGURADO SEA INFERIOR O IGUAL A \$200.000.000, QUE DECLAREN UNA SOLA DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS:

Patología	Extraprima
Hipertensión arterial controlada	50%
Diabetes mellitus	50%
Colesterol	50%
Triglicéidos	50%
Gastrointestinal	50%
Hipotiroidismo	25%
Hiperlipidemia	25%

*** PARA LOS CRÉDITOS DE LA LÍNEA DE LIBRANZA SE AMPLÍA LA EDAD HASTA LOS 75 AÑOS Y VALOR ASEGURADO MÁXIMO HASTA \$50.000.000.**
SI EL ASEGURADO DECLARA UNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS ENFERMEDADES DEFINIDAS EN EL PUNTO ANTERIOR, O CUANDO COEXISTAN DOS O MAS ENFERMEDADES, ADEMÁS DE LOS OTROS FACTORES DE RIESGO INCLUIDO EL SOBREPESO, EL INGRESO DEBERÁ SER EVALUADO POR EL MÉDICO SUSCRIPTOR.

Luego, la reticencia se percibe no solo porque el demandante negó tener diferentes tipos de enfermedades, sino que, además, sufre de la enfermedad de Hipertensión arterial y diabetes las cuales ostentaban relevancia suficiente para que la aseguradora en el clausulado haya establecido el pago de una extraprima, lo que claramente indica que de conocer esta enfermedad hubiera realizado el contrato en condiciones más onerosas o se hubiera abstenido de celebrar el mismo.

Es claro que este tipo de conducta desplegada por el demandante configura el fenómeno de la reticencia establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio, afectando de nulidad relativa el contrato de seguro y, consecuentemente, imposibilitando que la póliza No. de seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000006 se afecte.

FRENTE AL HECHO “6”: No es cierto, al momento de la suscripción del contrato de seguro, de manera libre, voluntaria y en total uso de sus facultades, el señor Luis Hernando Millán cuando solicitó su aseguramiento, diligenció cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. Sin embargo, pese a la claridad de las preguntas, el asegurado no manifestó sus preexistencias, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas omisivas o negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el asegurado, conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de abril de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de la hipertensión arterial. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas

omisivas que faltan a la verdad, realizada por el asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD			
¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con la siguiente?			
PATOLOGÍA / ENFERMEDAD	SI	NO	OBSERVACIONES (Detalle información preguntas anteriores)
Hipertensión Arterial Controlada		X	Patología / Enfermedad
Diabetes Mellitus		X	Fecha comienzo
Hipotiroidismo		X	Tratamiento
Hiperlipidemia		X	
Colesterol		X	
Triglicéridos		X	
Gastrointestinal		X	
¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? En caso afirmativo, por favor detallar en el cuadro de observaciones.			
		X	
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO VOLUNTARIO			
¿Solicita Seguro de Vida Grupo Voluntario? SI ☐ No ☒			
Amparos del seguro Voluntario:			
• Amparo básico de muerte • Incapacidad total y permanente • Enfermedades graves			
• Indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración • Auxilio funerario			

PÓLIZA SEGURO DE VIDA

00100000185252

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Luis Hernando Millán, respondió de forma omisiva y faltando a la verdad, las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido, dicha conducta da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la aseguradora. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar este, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza conforme a lo establecido en la cláusula 8 de condiciones particulares del contrato de seguro.

8. CUADRO DE EXTRAPRIMAS:

ENFERMEDADES PARA AQUELLOS ASEGURADOS ENTRE LOS 18 Y 64 AÑOS MAS 364 DÍAS, DUYO VALOR ASEGURADO SEA INFERIOR O IGUAL A \$200.000.000, QUE DECLAREN UNA SOLA DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS:

Patología	Extraprima
Hipertensión arterial controlada	50%
Diabetes mellitus	50%
Colesterol	50%
Triglicéridos	50%
Gastrointestinal	50%
Hipotiroidismo	25%
Hiperlipidemia	25%

* PARA LOS CRÉDITOS DE LA LÍNEA DE LIBRANZA SE AMPLÍA LA EDAD HASTA LOS 75 AÑOS Y VALOR ASEGURADO MÁXIMO HASTA \$60.000.000. SI EL ASEGURADO DECLARA UNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS ENFERMEDADES DEFINIDAS EN EL PUNTO ANTERIOR, O CUANDO COEXISTAN DOS O MAS ENFERMEDADES, ADEMÁS DE LOS OTROS FACTORES DE RIESGO INCLUIDO EL SOBREPESO, EL INGRESO DEBERÁ SER EVALUADO POR EL MÉDICO SUSCRIPTOR.

Es decir, a pesar de que el ahora demandante conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de abril de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía aseguradora que se encontraba asegurándolo afectando el contrato de nulidad relativa.

FRENTE AL HECHO “7”: Debido a la redacción del presente hecho es necesario pronunciarse frente al mismo de la siguiente forma:

- A mi mandante no le consta que el señor Luis Hernando Millán haya tenido que asumir hasta la fecha las cuotas del crédito de libranza que afirma haber adquirido con el Banco Finandina S.A., ya que esta actividad no corresponde al giro normal de sus negocios o a su objeto social.
- No es cierto que las cuotas que el demandante afirma haber pagado hasta la actualidad debían ser cubiertas por mi representada en virtud del contrato de seguro de vida grupo deudores contratado pues, como ya se mencionó, el asegurado omitió informar de manera sincera las enfermedades que padecía de manera previa a la inclusión en el contrato de seguro viciando la voluntad de la aseguradora quien, de haberlas conocido, se habría abstenido de contratar el seguro o lo hubiera pactado en condiciones más onerosas. De esta manera, es evidente la configuración de reticencia que genera la nulidad relativa del contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO “8”: No me consta, lo afirmado en este hecho corresponde a una actividad propia del banco la cual no hace parte del objeto social de mi representada ni del giro normal u ordinario de sus negocios. Que se pruebe en los términos del artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO “9”: Este hecho contiene diferentes afirmaciones frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente forma:

- Si bien la póliza de vida Grupo Deudores No. 994000000006 tiene como objeto proteger los deudores del Banco Finandina, contra los riesgos de Muerte o Incapacidad Total y Permanente, siendo esta última igual o superior al 50%, no es cierto que mi representada deba pagar valor alguno en función de la misma, ya que el demandante incurrió en reticencia al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad viciando la voluntad de la compañía aseguradora y generando la nulidad relativa del contrato de seguro.
- A mi representada no le consta que el demandante haya tenido que cubrir las diversas cuotas relacionadas en este hecho cancelando los montos señalados toda vez que el pago de cuotas de préstamos de libranza no se encuentra dentro del objeto social de la aseguradora ni del giro normal u ordinario de sus negocios. Que se pruebe en los términos del artículo 167 del C.G.P.

- En la parte final de este hecho el demandante realiza una apreciación subjetiva con el fin de justificar las pretensiones de la demanda, lo cual me libera de la obligación de tener que pronunciarme al respecto.

FRENTE AL HECHO “10”: No le constan a mi representada las afirmaciones que se esgrimen en este acápite pues la recepción de dinero con base en la existencia del crédito de libranza que afirma haber adquirido el demandante no hace parte del objeto social de la aseguradora ni del giro normal u ordinario de sus negocios. Que se pruebe en los términos del artículo 167 del C.G.P.

OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por la Accionante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que (i) operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y (ii) el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor Luis Hernando Millán Varela debe ser declarado nulo según los términos del artículo 1058 del C. Co., como consecuencia de la reticencia con la que este último suscribió la declaración de asegurabilidad al momento de solicitar su aseguramiento.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN “1”. En efecto, **ME OPONGO** debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que:

- **Operó la prescripción de la acciones derivadas del contrato de seguro:** El fenómeno de prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme a lo previsto en el artículo 1081 del C. Co feneció con creces, lo anterior, comoquiera que, si bien inicialmente el término prescriptivo empezó a contar desde la estructuración de pérdida de capacidad laboral del señor Luis Hernando Millán el 25 de julio de 2019, lo cierto es que para dicha calenda los términos se encontraban suspendidos por la pandemia del Covid-19, por ende, el conteo de los dos años reanuda el 1 de julio de 2020 y se consolidó el 9 de noviembre de 2021. Pero incluso si se considerara que la solicitud de indemnización que presentó el señor Millán Varela a través de la entidad financiera el día 05 de septiembre de 2019 interrumpió el término prescriptivo conforme al artículo 94 del CGP, la consecuencia es la misma, pues la determinación es que desde aquel requerimiento debe volver a contarse los dos años de prescripción, pero como en mayo de 2020 los términos continuaban suspendidos, aquellos dos años igualmente empezarían a contar desde el 1 de julio de 2020, encontrando que el término máximo para presentar la demanda por parte del señor Millán era hasta el 10 de enero de 2022, pero contrario a ello tan solo presentó su demanda el día 25 de mayo de 2023 cuando ya la prescripción había fenecido con creces.

- **Nulidad relativa del contrato de seguro:** Es fundamental que desde ahora el H. Despacho tome en consideración que el Asegurado, el señor Luis Hernando Millán fue reticente. Lo anterior, 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, específicamente trastorno mental, leucopenia, lumbalgia, gonalgia, atrofia testículo, hipertensión arterial, diabetes y otros que como se demostrará en el curso del proceso, sufría desde antes del año 2017, es decir mucho antes de la solicitud del seguro (02 de abril de 2018) y que siendo enfermedades de suma gravedad definitivamente incide, altera y agrava el riesgo asegurado pero 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. Por lo tanto, es claro que debe aplicarse la consecuencia prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

Pero además se insiste en que la nulidad relativa del contrato de seguro derivada de la reticencia tiene fundamento en la falta del deber que le asistía al asegurado al momento de solicitar el aseguramiento, pues en ese momento debía declarar sinceramente su estado de salud, pues nadie más que él lo conocía a profundidad. Entonces, esta consecuencia jurídica adversa para el demandante se genera por la omisión en que incurrió el señor Luis Millán, al no declarar las enfermedades padecidas, al momento de diligenciarse la declaración de asegurabilidad, y aquello tiene lugar independientemente del hecho de que la enfermedad que haya llevado al deceso del asegurado sea distinta a la omitida. Por lo tanto, no hay otra conclusión que negar las pretensiones de la demanda.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN “2”: ME OPONGO a esta pretensión debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable declarar la existencia del siniestro por incapacidad temporal y permanente que implique exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

- **Operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro:** El fenómeno de prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme a lo previsto en el artículo 1081 del C. Co feneció con creces, lo anterior, comoquiera que, si bien inicialmente el término prescriptivo empezó a contar desde la estructuración de pérdida de capacidad laboral del señor Luis Hernando Millán el 25 de julio de 2019, lo cierto es que para dicha calenda los términos se encontraban suspendidos por la pandemia del Covid-19, por ende, el conteo de los dos años reanuda el 1 de julio de 2020 y se consolidó el 9 de noviembre de 2021. Pero incluso si se considerara que la solicitud de indemnización que presentó el señor Millán Varela a través de la entidad financiera el día 05 de septiembre de 2019 interrumpió el término prescriptivo conforme al artículo 94 del CGP, la consecuencia es la misma, pues la determinación es que

desde aquel requerimiento debe volver a contarse los dos años de prescripción, pero como en mayo de 2020 los términos continuaban suspendidos, aquellos dos años igualmente empezarían a contar desde el 1 de julio de 2020, encontrando que el término máximo para presentar la demanda por parte del señor Millán era hasta el 10 de enero de 2022, pero contrario a ello tan solo presentó su demanda el día 25 de mayo de 2023 cuando ya la prescripción había fenecido con creces.

- **Nulidad relativa del contrato de seguro:** Es fundamental que desde ahora el H. Despacho tome en consideración que el Asegurado, el señor Luis Hernando Millán fue reticente. Lo anterior, 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, específicamente trastorno mental, leucopenia, lumbalgia, gonalgia, atrofia testicular, hipertensión arterial, diabetes y otros que como se demostrará en el curso del proceso, sufría desde antes del año 2017, es decir mucho antes de la solicitud del seguro (02 de abril de 2018) y que siendo enfermedades de suma gravedad definitivamente incide, altera y agrava el riesgo asegurado pero 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. Por lo tanto, es claro que debe aplicarse la consecuencia prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

Pero además se insiste en que la nulidad relativa del contrato de seguro derivada de la reticencia tiene fundamento en la falta del deber que le asistía al asegurado al momento de solicitar el aseguramiento, pues en ese momento debía declarar sinceramente su estado de salud, pues nadie más que él lo conocía a profundidad. Entonces, esta consecuencia jurídica adversa para el demandante se genera por la omisión en que incurrió el señor Luis Millán, al no declarar las enfermedades padecidas, al momento de diligenciarse la declaración de asegurabilidad, y aquello tiene lugar independientemente del hecho de que la enfermedad que haya llevado al deceso del asegurado sea distinta a la omitida. Por lo tanto, no hay otra conclusión que negar las pretensiones de la demanda.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN “3”: ME OPONGO a esta pretensión toda vez que es una pretensión consecuencial a la anterior y como aquella no está llamada a prosperar está tampoco. Pero, además, debe destacarse que no podría accederse al pago de aquella suma porque el seguro de vida grupo deudor únicamente está llamado a cubrir el saldo insoluto de la obligación, el cual según la certificación para pago total del crédito de libranza emitido por Banco Finandina que obra en el documento del expediente digital denominado “014ContestaciónDemanda” específicamente en la página 47 se permite afirmar que el saldo adeudado corresponde a \$35.028.224. Luego, es imposible solicitar una suma superior porque ello va en contra de la naturaleza propia del seguro.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN “4”: ME OPONGO a esta pretensión por cuanto es consecuencial de las pretensiones anteriores y como aquellas no tiene vocación de prosperidad esta tampoco. Así mismo, es necesario tener en consideración que la Corte Suprema de justicia, Sala de Casación Civil, mediante sentencia SC5217 de 2019, indicó que, la acreditación de la existencia y cuantía del siniestro que exige el artículo 1080 para detonar la mora de la aseguradora, solo puede entenderse satisfecha después de la ejecutoria de la sentencia que ordena al pago, esto cuando la aseguradora objeta la reclamación.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN “5”: ME OPONGO a esta pretensión por carecer de fundamento fáctico y jurídico, porque, aunado a la ausencia de responsabilidad civil contractual que le asiste a mi representada como consecuencia de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y la reticencia del asegurado, debe indicarse con gracia de discusión que en lo que se refiere al daño moral, su reconocimiento tiene como finalidad otorgar a la víctima una satisfacción íntima que borre y compense la angustia y el dolor sufrido por un hecho dañoso, aspecto que claramente no ocurrió ni se demostró en el presente proceso judicial dado que carece de presencia y justificación la solicitud indemnizatoria por este tipo de perjuicio.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN “6”: ME OPONGO a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo.

Adicionalmente, esta pretensión es a todas luces anti-técnica. Ello, porque no puede acumularse la indexación monetaria con el pago de los intereses puesto que ambos conceptos tienen la misma finalidad, la cual es paliar el poder adquisitivo del dinero. Sobre este punto, la Corte Suprema de Justicia, en un caso que se puede aplicar análogamente al presente, afirmó:

“(…) Puestas de ese modo las cosas, puede concluirse que la compatibilidad originaria de la corrección monetaria y de los intereses, depende, fundamentalmente, de la naturaleza y tipología de éstos, puesto que, si ellos son los civiles, nada impide que, in casu, se ordene el reajuste monetario de la suma debida. Pero si el interés ya comprende este concepto (indexación indirecta), se resalta de nuevo, imponer la corrección monetaria, per se, equivaldría a decretar una doble –e inconsulta- condena por un mismo ítem, lo que implicaría un grave quebranto de la ley misma, (...)”¹ – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Así las cosas, además de lo que ya se establecido, esta pretensión no debe ser tenida en cuenta pues la indexación de la moneda no se puede acumular con los intereses moratorios.

¹ Corte Suprema de Justicia. Sentencia 41392. M.P. Francisco Javier Ricaurte Gómez.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN “7”: ME OPONGO a esta pretensión toda vez que las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar es imposible que se condene a mi mandante al pago de costas y agencias en derecho, por el contrario, ante la inminente desestimación de las pretensiones de la demanda será la parte demandante quien debe ser condenada al pago de estos emolumentos a favor de mi representada.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Sin perjuicio de que en este caso no debió contener el acápite de juramento estimatorio dado que lo que se persigue la indemnización derivada de un contrato de seguro, de todas maneras, me opongo al juramento estimatorio contenido en la demanda en los términos del artículo 206 del CGP, toda vez que, la parte demandante estima la cuantía en la suma de \$59.031.671, valor que, según se observa en las pruebas obrantes en el expediente, supera a grandes creces el saldo insoluto de la obligación, el cual según la certificación para pago total del crédito de libranza emitido por Banco Finandina que obra en el documento del expediente digital denominado “014ContestaciónDemanda” específicamente en la página 47 corresponde a \$35.028.224, que es la única suma que en un muy remoto e improbable caso mi mandante estaría llamada a responder.

Recuérdese que la naturaleza del seguro vida grupo deudores precisamente se circunscribe a satisfacer exclusivamente el valor adeudado a la entidad financiera, sin que sea posible exigir una suma adicional, por ende, era carga de la parte demandante probar fehacientemente con los soportes respectivos el valor adeudado sin que se advierta prueba de ello. Por lo tanto, la estimación que realiza la parte demandante no puede ser prueba de la pretensión reclamada, sino que está llamada a soportar documentalmente aquel valor.

Todo lo anterior, sin que implique aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada porque lo cierto es que en este caso ninguna suma de dinero deberá ser cancelada por ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA por cuanto operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y aun en gracia de discusión el contrato debe ser declarado nulo.

En esos términos queda sentada la objeción a la estimación de las pretensiones realizada por la parte demandante.

EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

En este caso no se puede pasar por alto que ha operado la prescripción ordinaria de las acciones

derivadas del contrato de seguro conforme a lo previsto en el artículo 1081 del C. Co. Lo anterior, comoquiera que, si bien inicialmente el término prescriptivo empezó a contar desde la estructuración de pérdida de capacidad laboral del señor Luis Hernando Millán, el 25 de julio de 2019. Lo cierto es que para dicha calenda los términos se encontraban suspendidos por la pandemia del Covid-19, por ende, el conteo de los dos años reanuda el 1 de julio de 2020 y se consolidó el 9 de noviembre de 2021. Pero incluso si se considerara que la solicitud de indemnización que presentó el señor Millán Varela a través de la entidad financiera el día 05 de septiembre de 2019 (la cual da cuenta del pleno conocimiento que tenía el demandante frente a la existencia del aseguramiento), interrumpió el término prescriptivo conforme al último inciso del artículo 94 del CGP, la consecuencia es la misma, pues la determinación es que desde aquel requerimiento debe volver a contarse los dos años de prescripción, pero como en mayo de 2020 los términos continuaban suspendidos, aquellos dos años igualmente empezarían a contar desde el 1 de julio de 2020, encontrando que el término máximo para presentar la demanda por parte del señor Millán era hasta el 10 de enero de 2022. Pese a lo anterior, el citado señor tan solo presentó su demanda el día 25 de mayo de 2023 cuando ya la prescripción había fenecido con creces. Por lo tanto, el honorable despacho no tiene otra opción que negar la totalidad de pretensiones de la demandante.

Respecto a lo dicho anteriormente, se destaca que 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 al 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)

Se resalta entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la

presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular, y en especial, para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

“(…) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…)

La primera, según se acotó en líneas anteriores, de estirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el venero prescriptivo.

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la **ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...))**, al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento (…)”²*
(Subrayado 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, veamos entonces en palabras de la alta corporación lo que se ha indicado:

“(…) 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

² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

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.

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 el acaecimiento del hecho que da base a la acción y el conocimiento de aquel por parte del demandante. Tratándose del caso concreto indudablemente el hecho que da base a la acción es la calificación de pérdida de capacidad laboral del señor Luis Hernando Millán que ocurrió el 25 de julio de 2019 y que en esa misma calenda fue conocido por el señor Luis Hernando Millán Varela como lo manifiesta en su demanda. Sin lugar a duda, lo aquí mencionado implica que el momento desde el cual se empezaría a contar el término de prescripción debía ser el 25 de julio de 2019, pero como en esa época se encontraban suspendidos los términos por la emergencia sanitaria ocasionada por el Covid-19, no puede pasarse por alto que mediante Acuerdo PCSJA-11581 del 27 de mayo de 2020 el Consejo Superior de la Judicatura dispuso el levantamiento de términos judiciales, a partir del 1 de julio de 2020, por lo tanto desde esa fecha empezó a correr el término bienal de prescripción y feneció el 9 de noviembre de 2021.

Además, a la misma conclusión anterior se llega si incluso si se considerará que la solicitud de indemnización que realizó el señor Luis Hernando Millán Varela a través de la entidad financiera a mi mandante el día 05 de septiembre de 2019, pues si el despacho considerara que aquella al tenor del último inciso del artículo 94 del CGP interrumpe el término prescriptivo, es decir, genera su conteo nuevamente; aun así la prescripción se consolidó con creces, porque el termino empezaba

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.

a contar desde el 1 de julio de 2020 y fenecía el 10 de enero de 2022.

Para que no quede duda de lo aquí manifestado veamos las dos circunstancias antes enunciadas:

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJÉRCITO NACIONAL
DIRECCIÓN DE SANIDAD

166977

ACTA DE JUNTA MÉDICA LABORAL No. 188251
REGISTRADA EN LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

LUGAR Y FECHA: MEDELLIN, 25 DE JULIO DE 2019

INTERVIENEN: Doctor DR. CABRERA PAZ OMAR ARTURO
Oficial de Sanidad

Doctor DR. GONZALEZ CASSAB HAVID DE JESÚS
Oficial de Sanidad

Doctor DR. MIGUEL ANGEL MAHECHA GUTIERREZ
Oficial de Sanidad

ASUNTO: Que trata del Acta de Junta Médica Laboral Militar. Que estudia en todas sus partes los documentos de sanidad del caso a valorar, clasificando la capacidad laboral, lesiones, secuelas, indemnizaciones e Imputabilidad al servicio, de conformidad con el Artículo 15 del Decreto 1796 de 14-SEPTIEMBRE DEL 2000, acordando el texto y conclusiones, de acuerdo con los conceptos emitidos por los especialistas tratantes AUDIOMETRIA TONAL SERIADA - MEDICINA FAMILIAR - ORTOPEdia - PSIQUIATRIA - UROLOGIA - MEDICINA INTERNA.

Por lo visto, el señor Luis Hernando Millán se le otorgó pérdida de capacidad laboral total y permanente el 25 de julio de 2019. Pero debido a la emergencia sanitaria por el Covid-19 se suspendieron los términos de prescripción y caducidad. Es decir que desde el 31 de marzo 2020 no podría contarse los dos años de prescripción conforme al artículo 1081 del C. Co, sino que aquel termino debe empezar a contarse desde el 1 de julio de 2020, pues desde aquella fecha el Consejo Superior de la Judicatura dispuso el levantamiento de la suspensión de términos.

Después a ello el señor Luis Hernando Millán Varela a través de la entidad financiera solicitó a mi mandante el día 05 de septiembre de 2019 hacer efectiva la cobertura del seguro de vida grupo deudor, dicho requerimiento lo efectuó a través de correo electrónico.

Si se considerara que aquel requerimiento cumple la función de interrumpir el término de prescripción como estipula el articulo 94 del CGP que en su tenor literal indica “(...) *El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor.* **Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez** (...)” (Negrita y sublínea por fuera de texto original). Incluso en ese escenario la conclusión es la misma, es decir que operó la prescripción. Lo anterior, toda vez que el primer requerimiento del deudor al acreedor genera la interrupción del término, que no es otra cosa que volver a contar desde cero el término prescriptivo. Así las cosas, como para el 05 de septiembre de 2019, fecha del requerimiento, los términos aún se encontraban suspendidos por la emergencia sanitaria, lo cierto es que aquel termino empezaría

a correr igualmente desde el 1 de julio de 2020. Por lo tanto, la demanda debía presentarse hasta el 10 de enero de 2022, pese a ello se encuentra que el demandante tan solo formuló su demanda hasta el 25 de mayo de 2023, veamos:

ÍNDICE ELECTRÓNICO DEL EXPEDIENTE JUDICIAL											
EXPEDIENTE FÍSICO											
Excel para											
El expediente judicial posee documentos físicos:											
No. de carpetas (cuadernos), legajos o tomos:											
No. de carpetas (cuadernos), legajos o tomos digitalizados:											
Sí NO X											
Ciudad											
Despacho Judicial											
Serie o Subserie Documental											
No. Radicación del Proceso											
Partes Procesales (Parte A) (demandado, procesado, accionado)											
Partes Procesales (Parte B) (demandante, denunciante, accionante)											
Terceros Intervinientes											
Cuaderno											
UNICO											
JUZGADO 24 CIVIL MUNICIPAL											
VERBAL DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO											
ASEGURADORA SOLIDARIA S.A. NIT. 860.524.654-6 Y BANCO FINANDINA S.A. NIT 860.051.894-6											
LUIS HERNANDO MILLAN VARELA C.C. 16.786.770											
Nombre Documento											
Fecha Creación Documento											
Fecha Incorporación Expediente											
Orden Documento											
Número Páginas											
Página Inicio											
Página Fin											
Formato											
Tamaño											
Origen											
Observaciones											
001ActaDeReparto											
25/05/2023											
25/05/2023											
1											
1											
1											
PNG											
19,0 kb											
ELECTRONICO											
002Caratula											
25/05/2023											
25/05/2023											
2											
1											
2											
PDF											
67,32 kb											
ELECTRONICO											
003Anexos											
25/05/2023											
25/05/2023											
3											
328											
3											
330											
PDF											
12,3 mb											
ELECTRONICO											
004Demanda											
25/05/2023											
25/05/2023											
4											
12											
331											
342											
PDF											
959 kb											
ELECTRONICO											

Por lo visto no queda duda que la parte demandante se le reanuda el término de dos años desde el 1 de julio de 2020 para presentar su demanda, término que se extendía hasta el 9 de noviembre de 2021, pese a ello la demanda tan solo se radicó hasta el 25 de mayo de 2023, es decir un año y 6 meses después de que había fenecido el término de prescripción ordinario. Por ende, no existe otra posibilidad que desestimar las pretensiones de la demanda pues la prescripción derivada de las acciones del contrato de seguro tiene la virtualidad de enervar los pedimentos de la parte demandante.

En conclusión, en este caso operó el fenómeno prescriptivo de que trata el artículo 1081 del Código de Comercio, por cuanto transcurrió más de dos años desde desde el 1 de julio de 2020, fecha en la cual empezó el computo del término, comoquiera que el hecho que da base a la acción, es decir la muerte del entonces asegurado, ocurrió el 25 de julio de 2019, es decir mientras los términos judiciales estaban suspendidos por la pandemia del Covid-19, por lo que su conteo reanuda el 1 de julio de 2020conforme al Acuerdo PCSJA-11581 del 27 de mayo de 2020 del Consejo Superior de la Judicatura que dispuso el levantamiento de términos judiciales a partir de aquel día. En ese sentido, como el termino para presentar la demanda de manera oportuna tan solo se extendía hasta el 9 de noviembre de 2021, y que el demandante tan solo radicó su demanda el 25 de mayo de 2023, es, decir 2 años después, lo cierto es que ha operado el fenómeno de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza de la parte actora y por lo tanto sus pretensiones no tienen vocación de prosperidad.

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho declarar probada esta excepción.

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

Es fundamental que desde ahora el H. Despacho tome en consideración que el Asegurado, el señor Luis Hernando Millán, 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, específicamente la trastorno mental, leucopesia, lumbalgia, gonalgia, atrofia testículo, hipertensión arterial, diabetes y sahos que sufría desde antes del año 2017, es decir antes de suscribir la solicitud de seguro (02 de abril de 2018) y que siendo enfermedades de suma gravedad definitivamente inciden, alteran y agravan el riesgo asegurado, tanto así que de hecho, de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Debe precisarse que, 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 fuera del texto original)

En el presente caso no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el Asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos los negó en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la

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.

reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. La Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

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

“(…) En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento

del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.

Pese a lo anterior, en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora (...). (Subrayado fuera del texto original)

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

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio (...)”⁸ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

“(...) Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora

⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

*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 (...)*⁹ (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 desfauero 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 (...)*¹⁰ (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:

⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.

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

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. Cuando el señor Luis Millán solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el asegurado las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el señor Millán conocía de sus padecimientos de salud desde por lo menos el año 2017, él negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora.

Es decir, a pesar de que el señor Millán conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al año 2019 cuando suscribió la declaración de asegurabilidad, él negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del entonces asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 02 de abril de 2018:**

GURO VIDA GRUPO FINANCIERA FM-GCOM-21 V.1

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD			
¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?			
PATOLOGÍA / ENFERMEDAD	SI	NO	OBSERVACIONES (Detalle información preguntas anteriores)
			Patología / Enfermedad Fecha comienzo Tratamiento
Hipertensión Arterial Controlada		X	
Diabetes Mellitus		X	
Hipotiroidismo		X	
Hiperlipidemia		X	
Colesterol		X	
Triglicéridos		X	
Gastrointestinal		X	
¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? En caso afirmativo, por favor detallar en el cuadro de observaciones.		X	

POLIZA SEGURO DE VIDA



00100000185252

INFORMACIÓN ADICIONAL

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

1. He sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora en el momento de presentar una solicitud de seguro. Si ☐ No ☒
2. Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud, son lícitos y los ejerzo dentro de los marcos legales y no practico deportes o aficiones que afecten mi integridad. Si ☒ No ☐
3. Los dineros utilizados para pagar la prima de seguros provienen de actividades lícitas. Si ☒ No ☐
4. Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.

Como constancia de haber leído, entendido y aceptado lo anterior, declaro que la información que he suministrado es exacta en todas sus partes y firmo el presente documento a los 02 días del mes de abril del año 2018 en la ciudad de Bogotá.

Luis Hernando Millán V
NOMBRES Y APELLIDOS

[Firma]
FIRMA SOLICITANTE
C.C. 16786770

[Huella]
HUELLA INDICE DERECHO

- BANCO -

“Documento: Declaración de asegurabilidad

Transcripción parte esencial: las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán consecuencias estipuladas en los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio.”

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso como el señor Millán libremente respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se demostrará en el curso del proceso, estas respuestas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Lo mencionado, debido a que el entonces Asegurado había padecido y/o sufrido de trastorno mental, leucopesia, lumbalgia, gonalgia, atrofia testículo, hipertensión arterial, diabetes y sahos, hechos 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 ha dicho, las condiciones médicas que padecía el señor Luis Millán y que se demostrarán al despacho con la solicitud probatoria que se realiza en esta contestación, no quedará la menor duda que aquel padecía de sendos problemas de salud que no fueron informados a ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA al momento de solicitar su aseguramiento. Además, que aquellas por su naturaleza no podían ser de difícil recordación para el señor Millán, por lo que no puede entenderse de manera justificada la omisión de aquel.

En virtud de lo anterior, con las pruebas que se allegarán al Despacho no quedará duda que:

(ii) El señor Luis Millán padecía de trastorno mental, leucopesia, lumbalgia, gonalgia, atrofia testículo, hipertensión arterial, diabetes y sahos desde por lo menos el año 2017, veamos:

- A. En el concepto médico emitido el 25 de septiembre de 2017 obrante en el documento denominado "003Anexos" del expediente digital, más precisamente en la página 58 se refiere a las patologías de leucopenia, lumbalgia, hipertensión arterial, diabetes y sahos:

2. Signos, síntomas y principales exámenes practicados:

Sept 25-17: Glicemia basal: 149 Glb/hl 165 T6: 246
HDL: 38 WBC: 4.390 N: 56.7% L: 20.6%
Nov. 14-17: Hb glicosilada 6.65 WBC 4.270 N: 49%
L: 48% FSP: Globulos blancos disminuidos en numero
Ene 2018: EVOA. Goshis crónica arterial.
Diagnóstico: Hipertensión repetida, Goshis crónica
oCRua moderada Metaplasia intestinal completa.

6. Diagnóstico:

1. Diabetes mellitus tipo 2 no insulinodependiente	E119
2. Hipertensión Esencial	I10X
3. Dislipidemia mixta	E784
4. Goshis crónica + metaplasia intestinal	K295
5. Leucopenia crónica benigna	R72X

- B. En el concepto médico emitido el 15 de febrero de 2018 obrante en el documento denominado "003Anexos" del expediente digital, más precisamente en la página 55 se refiere al trastorno mental del demandante:

6. Diagnóstico:

- T. Mental del comportamiento secundario a consumo de alcohol en Dependencia	
- T. de ansiedad mixta	

- C. En el concepto médico emitido el 22 de junio de 2017 obrante en el documento denominado "003Anexos" del expediente digital, más precisamente en la página 57 se refiere al diagnóstico de atrofia de testículo del demandante:

6. Diagnóstico: ① Atrofia testicular izquierda

- (ii) Que el señor Millán negó la existencia de todas sus afecciones de salud al momento de solicitar el seguro, se reitera la declaración de asegurabilidad:

- Declaración de asegurabilidad que data del 02 de abril de 2018:

GURO VIDA GRUPO FINANCIERA FM-GCOM-21 V.1

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD			
¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?			
PATOLOGÍA / ENFERMEDAD	SI	NO	OBSERVACIONES (Detalle información preguntas anteriores)
Hipertensión Arterial Controlada		☒	Patología / Enfermedad
Diabetes Mellitus		☒	Fecha comienzo
Hipotiroidismo		☒	Tratamiento
Hiperlipidemia		☒	
Colesterol		☒	
Triglicéridos		☒	
Gastrointestinal		☒	
¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior? En caso afirmativo, por favor detallar en el cuadro de observaciones.			
		☒	

POLIZA SEGURO DE VIDA

00100000185252

y (iii) Que estos antecedentes médicos son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado, de hecho, en el mismo condicionado particular de la póliza se establece en el numeral 8 la cláusula de extraprima de incluso el 50% más cuando se declare al menos una de las siguientes patologías:

8. CUADRO DE EXTRAPRIMAS:

ENFERMEDADES PARA AQUELLOS ASEGURADOS ENTRE LOS 18 Y 64 AÑOS MAS 364 DÍAS, DUYO VALOR ASEGURADO SEA INFERIOR O IGUAL A \$200.000.000, QUE DECLAREN UNA SOLA DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS:

Patología	Extraprima
Hipertensión arterial controlada	50%
Diabetes mellitus	50%
Colesterol	50%
Triglicéridos	50%
Gastrointestinal	50%
Hipotiroidismo	25%
Hiperlipidemia	25%

* PARA LOS CRÉDITOS DE LA LÍNEA DE LIBRANZA SE AMPLÍA LA EDAD HASTA LOS 75 AÑOS Y VALOR ASEGURADO MÁXIMO HASTA \$60.000.000.

SI EL ASEGURADO DECLARA UNA ENFERMEDAD DIFERENTE A LAS ENFERMEDADES DEFINIDAS EN EL PUNTO ANTERIOR, O CUANDO COEXISTAN DOS O MAS ENFERMEDADES, ADEMÁS DE LOS OTROS FACTORES DE RIESGO INCLUIDO EL SOBREPESO, EL INGRESO DEBERÁ SER EVALUADO POR EL MÉDICO SUSCRIPTOR.

Como podrá verse, es más que claro que estos antecedentes médicos son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros pues se hubiese contratado con condiciones más onerosas si se hubiesen declarado, siendo además mencionar que la configuración de la reticencia respecto de las patologías que el asegurado omitió declarar son la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado, veamos:

1. AFECCIÓN – 1 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
2. AFECCIÓN – 2 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
3. AFECCIÓN – 3 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
4. AFECCIÓN – 4 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
5. AFECCIÓN – 5 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
6. AFECCIÓN – 6 ENFERMEDAD PROFESIONAL LITERAL (B) (EP)
7. AFECCIÓN – 7 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
8. AFECCIÓN – 8 ENFERMEDAD PROFESIONAL LITERAL (B) (EP)
9. AFECCIÓN – 9 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
10. AFECCIÓN – 10 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)

En efecto, es completamente procedente para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C. Co, ya que se logra acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, sin perjuicio a que, 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 que padeció el señor Millán (hipertensión, diabetes entre otras como quedará enteramente probado en el curso procesal) y que por supuesto el Asegurado debió informar. Lo mencionado, ya que, de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Expresamente se le preguntó al entonces Asegurado, lo siguiente:

- *¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?*

Hipertensión Arterial Controlada

(NO)

Diabetes Mellitus

(NO)

¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?

(NO)

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente que lo relevante es que el señor Millán tenía la obligación de declarar fidedignamente su estado de salud antes del perfeccionamiento del seguro, pero no lo hizo, pues como se ve de las respuestas aquel omitió sus patologías y terminó viciando el consentimiento de mi representada. Por lo anterior, se puede resumir que (i) a pesar de que el señor Millán había sido diagnosticado con una Hipertensión Arterial, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por la tensión arterial alta, (ii) aunque el señor Millán había sido diagnosticado con diabetes, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban sobre la existencia de esta enfermedad y (iii) que pese a que padecía de

otras enfermedades, faltó a la verdad a la pregunta que específicamente indagaba sobre la existencia de otros padecimientos de salud diferentes a los mencionados. Es decir, pese a sufrir sendas enfermedades, negó sufrir de cualquiera de aquellas.

En otras palabras, como quedará plenamente acreditado con las pruebas que se solicitan en este escrito, con anterioridad a la solicitud de su aseguramiento, esto es el 02 de abril de 2018, el señor Millán padecía y conocía de la existencia de todas sus patologías. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de ésta a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

En resumen, el señor Millán fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el Asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de trastorno mental, leucopesia, lumbalgia, gonalgía, atrofia testículo, hipertensión arterial, diabetes y sahos que aquejaba al señor Millán con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, bastará con examinar la historia clínica del señor Millán que se allegará al plenario en virtud de la exhibición y solicitud probatoria mediante oficio para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Luis Millán debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro, específicamente la existencia de la trastorno mental, leucopesia, lumbalgia, gonalgía, atrofia testículo, hipertensión arterial, diabetes y sahos, que había padecido al menos desde el año 2017, es decir mucho antes de la solicitud de seguro que diligenció el 02 de abril de 2018. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

3. ES COMPLETAMENTE PROCEDENTE LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO YA QUE HAY UN NEXO CAUSAL ENTRE LAS ENFERMEDADES OMITIDAS Y LA CAUSA DE INCAPACIDAD DEL ASEGURADO

Si bien se debe afirmar que la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia se abre paso independientemente de que exista o no un nexo causal entre las enfermedades no declaradas y la causa de incapacidad y permanente, lo cierto es que, en el presente caso más allá de la situación que es reprochable prevista en el artículo 1058 C.co y por la que se deriva la consecuencia jurídica de la nulidad es la falta del deber que le asiste en este caso al asegurado de declarar con exactitud los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, en este caso es claro que el señor Luis Millán declaró tener un estado de salud óptimo y ello no es así, siendo de recalcar que las patologías con las cuales se calificó su pérdida de capacidad laboral total y permanente son aquellas que el asegurado fue reticente en declarar, por lo que es claro que deberá declararse la nulidad relativa.

En línea con lo anterior, es válido establecer 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 C-232 de 1997 fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

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

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el

consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336) (...)" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

Sin perjuicio a lo anterior, no cabe duda que en el presente proceso judicial las patologías que el demandante omitió declarar son aquellas que sirvieron de sustento para su calificación de pérdida de capacidad laboral total y permanente por lo que sin lugar a dudas en este caso el consentimiento de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA resulto viciado porque cuando se le indagó al señor Millán sobre su estado de salud el respondió que no a cada una de las preguntas consignadas en el formulario. De tal suerte que de cara a la buena fe mi mandante creyó que el entonces asegurado gozaba de un estado de salud optimo, pero resultó que aquello no era así, pues como se demostrará el señor Millán tenía sendas patologías (trastorno mental, leucopesia, lumbalgia, gonalgia, atrofia testículo, hipertensión arterial, diabetes y sahos) que por su gravedad debían ser conocidas por la compañía a fin de decidir si celebrar el acuerdo o no, o al menos a tener la posibilidad de pactar condiciones más onerosas.

Con el fin de aterrizar esta excepción al caso en concreto, es necesario remitirnos al dictamen No. 108251 emitido por la Junta Médica Laboral Registrada en La Dirección De Sanidad del Ejercito que obra en el expediente digital en el documento denominado "003Anexos" en las páginas 15 y subsiguientes, donde se permite establecer las patologías calificadas, donde se relacionan la diabetes, la hipertensión arterial, entre otras:

1. DISLIPIDEMIA MIXTA VALORADA Y TRATADA POR MEDICINA INTERNA, SUSCEPTIBLE DE MANEJO MÉDICO Y DIETAS, POR LO ANTERIOR ESTA SALA NO ASIGNA CALIFICACIÓN NI INDICES, PATOLOGÍA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).
2. DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO INSULINA REQUERENTE ASOCIADO A HIPERTENSIÓN ARTERIAL VALORADO Y TRATADO POR MEDICINA INTERNA SUSCEPTIBLE DE MANEJO MÉDICO, POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA ASIGNA INDICES CORRESPONDIENTES DE ACUERDO AL ESTADO ACTUAL Y SEVERIDAD DE LA SECUELA VALORADA, PATOLOGÍA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).
3. GASTRITIS CRÓNICA MÁS METAPLASIA INTESTINAL VALORADO Y TRATADO POR MEDICINA INTERNA Y MEDICINA FAMILIAR, SUSCEPTIBLE DE MANEJO MÉDICO Y CONTROLES, POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA NO ASIGNA CALIFICACIÓN E INDICES POR LOS MOTIVOS EXPUESTOS, PATOLOGÍA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).
4. LEUCOPENIA CRÓNICA BENIGNA, VALORADO Y TRATADO POR MEDICINA INTERNA Y MEDICINA FAMILIAR SUSCEPTIBLE DE MANEJO MÉDICO Y CONTROLES, POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA ASIGNA INDICES CORRESPONDIENTES DE ACUERDO AL ESTADO ACTUAL Y SEVERIDAD DE LA SECUELA VALORADA, PATOLOGÍA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).
5. DOLOR POSTURAL BILATERAL EN RODILLAS, VALORADO Y TRATADO POR ORTOPEDIA, QUE DEJA COMO SECUELA A) GONALGIA BILATERAL, POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA ASIGNA LOS INDICES CORRESPONDIENTES, DE ACUERDO A EL ESTADO ACTUAL Y LA SEVERIDAD DE LA SECUELA VALORADA, PATOLOGÍA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).
6. DOLOR LUMBAR CON RADICULOPATIA TIPO MECÁNICA, VALORADA Y TRATADO POR ORTOPEDIA, QUE DEJA COMO SECUELA, A) LUMBALGIA MECANICA CON DISCOPATIA L5-S1, POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA ASIGNA LOS INDICES CORRESPONDIENTES, DE ACUERDO A EL ESTADO ACTUAL Y LA SEVERIDAD DE LA SECUELA VALORADA PATOLOGÍA DE ORIGEN PROFESIONAL LIETRAL (B) (EP)
7. ATROFIA TESTICULAR IZQUIERDA SIN DAÑO DE FUNCIÓN REPRODUCTIVA, VALORADO Y TRATADO POR UROLOGIA, CON BUEN PRONOSTICO SEGÚN CONCEPTO, POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA NO ASIGNA CALIFICACIÓN E INDICES POR LOS MOTIVOS EXPUESTOS, PATOLOGÍA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).
8. EXPOSICIÓN CRÓNICA A RUIDO VALORADA Y TRATADA POR MEDIO DE ATS QUE DEJA COMO SECUELA A) HIPOACUSIA BILATERAL 32.4, DESIBELES POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA ASIGNA LA CALIFICACIÓN CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A EL ESTADO ACTUAL Y LA SEVERIDAD DE LA SECUELA VALORADA, PATOLOGÍA DE ORIGEN PROFESIONAL LIETRAL (B) (EP)
9. PAROTIDITIS VALORADO Y TRATADO POR OTORRINO, ACTUALMENTE RESUELTO, POR LO ANTERIOR Y UNA VEZ REVISADO EXPEDIENTE, ESTA SALA NO ASIGNA CALIFICACIÓN E INDICES POR LOS MOTIVOS EXPUESTOS, PATOLOGÍA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).
10. TRASTORNO MENTAL DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO A TRASTORNO DE ANSIEDAD INESPECIFICA VALORADO Y TRATADO POR PSIQUIATRIA COMITÉ BASAN, ACTUALMENTE EN MANEJO Y SEGUIMIENTO SEGÚN HISTORIA CLINICA ESTA SALA ASIGNA INDICES DE ACUERDO A EL ESTADO ACTUAL Y LA SEVERIDAD DE LA SECUELA VALORADA, PATOLOGÍA DE ORIGEN COMUN LITERAL (A) (EC).

Conclusiones:

D. Imputabilidad del Servicio

1.

AFECCIÓN – 1 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
2.

AFECCIÓN – 2 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
3.

AFECCIÓN – 3 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
4.

AFECCIÓN – 4 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
5.

AFECCIÓN – 5 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
6.

AFECCIÓN – 6 ENFERMEDAD PROFESIONAL LITERAL (B) (EP)
7.

AFECCIÓN – 7 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
8.

AFECCIÓN – 8 ENFERMEDAD PROFESIONAL LITERAL (B) (EP)
9.

AFECCIÓN – 9 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)
10.

AFECCIÓN – 10 ENFERMEDAD COMÚN LITERAL (A) (EC)

Siendo de reiterar que el demandante negó la existencia de todas sus afecciones de salud al momento de solicitar el seguro, se reitera la declaración de asegurabilidad:

- Declaración de asegurabilidad que data del 02 de abril de 2018:

GURO VIDA GRUPO FINANCIERA FM-GCOM-21 V.1

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

¿Ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

PATOLOGÍA / ENFERMEDAD	SI	NO	OBSERVACIONES (Detalle información preguntas anteriores)		
			Patología / Enfermedad	Fecha comienzo	Tratamiento
Hipertensión Arterial Controlada		X			
Diabetes Mellitus		X			
Hipotiroidismo		X			
Hiperlipidemia		X			
Colesterol		X			
Triglicéridos		X			
Gastrointestinal		X			
¿Ha padecido, padece o es tratado actualmente de alguna enfermedad diferente a las del numeral anterior?		X			
En caso afirmativo, por favor detallar en el cuadro de observaciones.					

POLIZA SEGURO DE VIDA



00100000185252

Siendo de reiterar que estos antecedentes médicos son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado, de hecho, en el mismo condicionado particular de la póliza se establece en el numeral 8 la cláusula de extraprima cuando se declare hipertensión arterial o diabetes.

En conclusión, cuando el señor Millán solicitó su seguro diligenció una declaración de asegurabilidad en donde omitió declarar su verdadero estado de salud y es este el hecho reprochable porque con ello vició el consentimiento de la compañía aseguradora para quien era de vital importancia contar con esa información a fin de decidir si otorgar o no el amparo o hacerlo en condiciones más onerosas, pues lo cierto es que no es lo mismo asegurar a una persona con excelente estado de salud a asegurar a una persona con diabetes, e hipertensión arterial, toda vez que estas condiciones incrementan las posibilidades de que acaezca el riesgo asegurado. Así las cosas, no queda duda que la causa de incapacidad total y permanente del señor Luis Millán fue consecuencia de una de las enfermedades padecidas y no declaradas, por lo que el despacho deberá declarar la nulidad relativa que contempla el artículo 1058 del C.Co para ello.

Por lo anteriormente expuesto, solicito declarar probada esta excepción.

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 expone 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 (...)”

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es más, en una reciente providencia, 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 jurídico¹¹.

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 fundamentales¹². De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer (...)”¹³. (Subrayado 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 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

¹¹ 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.”

¹² Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹³ 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.

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)¹⁴

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 aun, 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 Gutiérrez¹⁵, 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.

(...) 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

¹⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez.

¹⁵ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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)

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

“(...) Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe (...)”¹⁶ (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 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

¹⁶ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editordrs Ltda., 2010. P, 164.

la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio (...)" (Subrayado fuera del texto original)

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 distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro (…)”¹⁷ (negrilla y subrayas fuera del texto)

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 Gutiérrez¹⁸, 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» (…)” (Subrayas fuera del texto original).

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía

¹⁷ 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.

¹⁸ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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

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

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

En conclusión, dado que el señor Vallejo 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 Aseguradora Solidaria de Colombia 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. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del CGP solicito al Despacho declarar

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

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

8. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN

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 al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha de la estructuración de la incapacidad.

Siendo necesario indicar que según la certificación para pago total del crédito de libranza emitido por Banco Finandina que obra en el documento del expediente digital denominado “014ContestaciónDemanda” específicamente en la página 47 se permite afirmar que el saldo adeudado corresponde a \$35.028.224, veamos:



Banco Finandina

AUTORIZACION DE PAGO EN CAJA

TIPO DE PRODUCTO	FECHA DE CANCELACIÓN
#N/A	14-feb.-2024
NIT. Ó C.C. Ó C.E.	OBLIGACION
16.786.770	31

NOMBRE DEL CLIENTE	VALOR A PAGAR
LUIS HERNANDO MILLAN	Treinta y Cinco Millones Veintiocho Mil Doscientos Veinticuatro Pesos Con Cincuenta y Ocho Centavos

\$ 35.028.224,58

DISTRIBUCION DEL PAGO	
CAPITAL	34.975.334,69
INTERESES CORRIENTES	45.117,89
INTERESES MORA	0,00
CARGOS 1/2	0,00
CARGOS 3	0,00
SEGUROS POR PAGAR	0,00
FRACCION SEGURO VIDA	7.772,00
FRACCION SEGURO DOBLE VIDA	0,00
FRACCION SEGURO VEHICULO	0,00
FRACCION SEGUROS DESEMPLEO	0,00
FRACCION SEGUROS SOAT	0,00
COBRO CERTIFICADO DE DEUDA	0,00
CANCELACION GARANTIA MOBILIARIA	0,00
EXPEDICIÓN LEVANTAMIENTO DE PRENDA	0,00
HONORARIOS DE ABOGADO	0,00
HONORARIOS INCOMERCIO	0,00

OBSERVACIONES
ESTA CERTIFICACIÓN ES VÁLIDA ÚNICAMENTE HASTA LA FECHA DE CANCELACIÓN 14/feb/2024. SI REALIZAS EL PAGO VÍA PSE, TE INVITAMOS A COMUNICARTE POSTERIORMENTE PARA CONFIRMAR LA CANCELACIÓN Y SOLICITAR TU PAZ Y SALVO.

Siendo necesario reiterar que es imposible solicitar una suma superior porque ello va en contra de la naturaleza propia del seguro de vida grupo deudores.

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

9. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO FINANADINA S.A

En este punto es preciso resaltarle al despacho que en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito y que consecuentemente, ostenta la naturaleza de asegurada en la póliza. Al respecto, el honorable despacho ha dicho lo siguiente:

“(…) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo (…)”¹⁹

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores están estructuradas bajo la finalidad de proteger las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que el único beneficiario de cualquier tipo de indemnización únicamente puede ser la entidad bancaria que otorgó el crédito. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

“(…) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor

¹⁹ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

*hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora (...)*²⁰

Esto guarda estrecha relación con el condicionado general aplicable a la póliza donde se establece:

4. BENEFICIARIO: BANCO FINANDINA ADQUIERE EN TODOS LOS CASOS LA CALIDAD DE BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO, HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA A LA FECHA DE OCURRENCIA DEL SINIESTRO POR FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO; ENTENDIÉNDOSE COMO SALDO INSOLUTO EL SALDO DE CAPITAL, MÁS INTERESES CORRIENTES, MÁS INTERESES DE MORA, MAS HONORARIOS JURÍDICOS, Y TODOS LOS DEMÁS CONCEPTOS QUE HAYAN SIDO REPORTADOS Y SOBRE LOS CUALES SE HAYA CALCULADO LA PRIMA COBRADA. EN CASO DE EXISTIR UN REMANENTE, SERÁ PAGADO A LOS DEMÁS BENEFICIARIOS, LOS CUALES PUEDEN SER LOS DESIGNADOS O EN SU DEFECTO LOS DE LEY.

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación crediticia No. ***6214. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el BANCO FINANDINA S.A. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

Por todo lo anterior, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es el BANCO FINANDINA S.A, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mí representada. Situación que debe ser tenida en consideración, por lo que consecuentemente, el Despacho no tendrá otra salida que, ante una eventual condena en contra de mí procurada, reconocer que la indemnización únicamente puede ser recibida por la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en la póliza de seguro.

MEDIOS DE PRUEBA SOLICITADOS Y APORTADOS POR ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA

²⁰ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Luis Hernando Medina que se relaciona con el crédito No. ***6214.
- 1.2. Copia de la póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 994000000006.
- 1.3. Condicionado Particular aplicable a la póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 994000000006
- 1.4. Condicionado General No. 30/06/2020-1502-P-34-PERSO-CL-SUSV-22-D00I30/06/2020-1502-NT-P-34-P300620MVV11V110 aplicable a la póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 994000000006.
- 1.5. Objeción del 17 de septiembre de 2019 emitida por Aseguradora Solidaria de Colombia S.A y dirigida a Banco Finandina S.A.
- 1.6. Historia clínica del señor Luis Hernando Millán Varela.
- 1.7. Derecho de petición dirigido a la Dirección de Sanidad del Ejercito.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

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

El señor **MILLÁN** podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado por el artículo 198 del C.G.P, comedidamente solicito al Despacho ordenar la citación del representante legal de **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso, y especialmente, para que evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del asegurado, y

además, para que precise los hitos temporales y fundamentos que dan lugar a la prescripción de la acción incoada por el demandante.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito respetuosamente se decrete el testimonio de la Doctora **DARLYN MARCELA MUÑOZ NIEVES** identificada con la C.C. No. 1.061.751.492 de Popayán quien ostenta la calidad de asesora externa de la Compañía que representó y podrá dar cuenta al despacho sobre los fundamentos de derecho expuestos en la presente contestación, del mismo modo podrá exponer y explicar las particularidades de la póliza de seguro vida grupo deudor, su naturaleza, alcance indemnizatorio, tomador y beneficiario. Además podrá con especial énfasis explicar al despacho la consecuencia negocial que hubiera adoptado la compañía de haber conocido los antecedentes de salud del señor Luis Hernando Millán. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, características, vigencia, coberturas y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda, de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

La Doctora MUÑOZ podrá ser citada en carrera 32 Bis No. 4-16 de la ciudad de Popayán o en el correo electrónico darlingmarcela1@gmail.com o el número celular 3113888049

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor Luis Hernando Millán Varela, identificado con CC 16.786.770 de Cali(V), correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2018, fecha en la cual suscribió el contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores.

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la Dirección de Sanidad del ejército, comoquiera que, al tratarse de un régimen especial en salud al que se encontraba adscrito el asegurado de acuerdo con la información suministrada en la demanda, y la historia clínica parcial que aportó con la demanda, es ésta la entidad que conoce la información de salud del señor Millán y es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Luis Millán 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 **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL** puede ser notificada en la Carrera 7 # 52 - 48 Bogotá D.C. o en la dirección electrónica: atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co y disan.juridica@buzonejercito.mil.co

6. OFICIOS

- 6.1. Comedidamente ruego se oficie a la **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO** para que en la oportunidad procesal pertinente remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor Luis Hernando Millán Varela identificado con CC 16.786.770 de Cali(V), correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2018.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que el suscrito remitió derecho de petición dirigido a la Dirección de Sanidad Militar para obtener la documental relacionada, sin embargo, en caso de respuesta negativa, se deberá proceder por parte del Despacho oficiando a la entidad teniendo en cuenta que se agotó el requisito dispuesto en el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso.

El propósito de oficiar a la entidad para obtener los documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Millán 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 **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL** puede ser notificada en la Carrera 7 # 52 - 48 Bogotá D.C. o en la dirección electrónica: atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co y disan.juridica@buzonejercito.mil.co

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

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar tres asuntos esenciales para el litigio: **(i)** Que el asegurado había sido diagnosticado de forma anterior a la suscripción del seguro con trastorno mental, leucopesia, lumbalgia, gonalgia, atrofia testículo, hipertensión arterial, diabetes y sahos **(ii)** que de haber conocido **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.**, las patologías de Luis Hernando Millán 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 como los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente el riesgo que asumía la Compañía. **(iii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad 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 los contratos, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el ellos.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita al H. Despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar a contarse una vez la entidad oficiada (Sanidad militar) aporte con destino al presente trámite la Historia Clínica del asegurado. Es importante aclarar que la Historia Clínica ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de salud mencionadas pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder conferido al suscrito.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia de ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA.

NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Av 6A Bis #35N-100, oficina. 212 en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

- Mi procurada, ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C., recibirá notificaciones en la Cl 100 No. 9 A -45 P 12 en Bogotá o en la dirección de correo electrónico notificaciones@solidaria.com.co
- La Demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relacionan en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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