

Bogotá, D.C, 25 de abril de 2022
OBSP- 22 - 1.256-RUI - 80508

Señores
BANCO FINANDINA S A
CARRERA 14 NO 18 – 10
E-MAIL: daniel.urrego@promotec.com.co
TELÉFONO: 16751984
Bogotá, D.C.

REFERENCIA **PÓLIZA: 994.000.000.002**
TOMADOR: BANCO FINANDINA S A
ASEGURADO: NELSON ENRIQUE CARRILLO GUZMÁN
RECLAMACIÓN: No. 665 - 16 - 2022 – 32053
PRODUCTO: 1400148255
AMPARO: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Respetados señores:

Atentamente recibimos los documentos mediante los cuales, solicitan la afectación del amparo de Incapacidad Total Y Permanente con cargo a la póliza del asunto, con ocasión de la pérdida de capacidad laboral del señor Nelson Enrique Carrillo Guzmán, el pasado 08 de enero de 2021.

Sobre el particular nos referimos en los siguientes términos:

La póliza de seguro de Vida en Grupo Deudores No. 994000000002 tiene como objeto amparar los deudores de Banco Finandina S.A. contra los riesgos de Muerte o Incapacidad Total y Permanente, cuya realización pueda aparejarle al Banco un perjuicio económico.

En este caso el señor Nelson Enrique Carrillo Guzmán, firmó la declaración de asegurabilidad el día 25 de noviembre de 2019, para el otorgamiento del crédito No. 1400148255, el cual fue desembolsado el día 26 de noviembre de 2019, fecha en que la póliza contratada inició su respectiva vigencia. En dicha declaración el señor Nelson Enrique Carrillo Guzmán, manifestó no padecer antecedentes médicos.

De acuerdo con lo anterior, se procedió con la validación de los antecedentes médicos del asegurado registrados en el dictamen emitido por la Junta Regional de Invalidez del Tolima, evidenciando que el señor Carrillo Guzmán, presentaba antecedentes médicos de Hipertensión Arterial en el año 2007, Urolitiasis en el año 2009, discopatía lumbar en el año 2013, extrasístoles ventriculares en el año 2014, migraña desde sus 15 años, artrosis post- traumática de tobillo derecho desde el año 2017 y gastritis desde el mismo año; esta situación permite afirmar que el asegurado tenía pleno conocimiento de su estado de salud y no lo manifestó en la declaración de asegurabilidad.

Ciertamente, la aseguradora asume los riesgos de conformidad con el diligenciamiento del cuestionario que considera pertinente para la evaluación del riesgo al momento de hacer la suscripción, dicho formulario debe ser tramitado por cada asegurado. El asegurado presentaba antecedentes importantes de salud y no los manifestó, esto interfiere con el eficaz desarrollo del contrato de seguro, de acuerdo a lo indicado en el artículo 1058 del Código de comercio, que enuncia:

OBSP- 22 - 1.256-RUI - 80508

“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. (...)”

En tanto, el artículo 1039 del mismo código, prevé:

“El seguro puede ser contratado por cuenta de un tercero determinado o determinable. En tal caso, al tomador incumben las obligaciones y al tercero corresponde el derecho a la prestación asegurada. (...)”

De acuerdo con los postulados jurídicos, anteriormente enunciados, señalamos que el asegurado, omitió informar que presentaba las patologías ya enunciadas, contexto que no sólo agrava el riesgo, sino que aumentaba las probabilidades de complicarla en el futuro; para nuestro caso particular, podría indicarse que dichos diagnósticos fueron un factor que agravaba el riesgo y que de ser conocidos por la aseguradora la hubiesen inhibido de contratar las coberturas bajo las condiciones reales.

Ahora bien, el artículo 1158 del citado estatuto Comercial, respecto de los exámenes médicos, indica:

“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.”

Así fue considerado por la corte suprema de justicia en la sentencia SC2803 de 2016 en la plantea entre otros aspectos el siguiente:

“9.- El artículo 871 del Código de Comercio establece como principio general de todos los actos mercantiles la «buena fe» de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».

Esa obligación se hace manifiesta especialmente en el contrato de seguro, a la luz del artículo 1058 ibidem, según el cual el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro (...). Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...). Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 (...). Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

OBSP- 22 - 1.256-RUI - 80508

Dicha norma consagra un deber para el tomador de manifestar, sin tapujos, reservas ni fingimientos, las condiciones actuales frente a la posible ocurrencia del suceso incierto cuya protección se busca. Y si bien la muerte es un hecho ineludible cuyo amparo permite la ley, en ese evento la obligación se refiere a precisar el estado de salud del asegurado de manera tal que se sepan, a ciencia cierta, los términos en que responderá si ocurre en su vigencia.

Aunque esa exposición puede ser espontánea, cuando se inquiera en general por el «estado del riesgo» al momento del contrato, el asegurador cuenta con la facultad de provocarla mediante un cuestionario sobre puntos que lo concreten. Incluso, es posible que con prelación agote pesquisas o requiera la realización de exámenes y pruebas tendientes a establecerlo.»

En concordancia con lo enunciado, Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, no procede favorablemente con su solicitud y resuelve objetar su petición, declinando cualquier pago pretendido, por cuanto las patologías enunciadas no fueron declaradas al ingreso a la póliza, generando sí las consecuencias previstas en la ley y en el contrato de seguro.

Con toda atención,



**GERENCIA DE INDEMNIZACIONES SEGUROS DE PERSONAS
ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**

Copia NEGOCIOS CORPORATIVOS FINANADINA
Intermediario: PROMOTEC S.A.
Elaboró: STMARTINEZ
Revisó MORAMIREZ
Aprobó: HCORREDOR