

Señores

JUZGADO TERCERO (3°) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

E. S. D.

PROCESO: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
RADICADO: 2024-00033-00
DEMANDANTES: ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO
DEMANDADOS: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado general de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, identificada con NIT 860027404-1 sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá que se aporta con el presente documento donde se observa el poder general a mi conferido a través de escritura pública No.5107 del 05 de mayo de 2004 otorgada en la Notaría 29 de la ciudad de Bogotá, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar en primer lugar la **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA** formulada por Ariel Bernardo Arrazola Merlano en contra de Allianz Seguros De Vida S.A. y otros, 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:

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO 1: No le consta a mi representada lo referido en el presente me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros de Vida S.A. Sobre el particular debe indicarse que Seguros de Vida Suramericana S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A. son entidades distintas, por tanto mi prohijada sólo podrá referirse a los negocios jurídicos en los que ella haya sido parte.

FRENTE AL HECHO 2: No le consta a mi representada lo referido en el presente me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros de Vida S.A. Sobre el particular debe indicarse que Seguros de Vida Suramericana S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A. son entidades distintas, por tanto mi prohijada sólo podrá referirse a los negocios jurídicos en los que ella haya sido parte.

FRENTE AL HECHO 3: Es cierto que el señor Ariel Bernardo Arrazola tomó la Póliza No. 023028476/0 con una duración del 22 de diciembre de 2021 hasta el 21 de diciembre de 2022. Sin embargo, no es cierto que el valor mensual de la prima es de \$245,006, pues como se avizora del contenido literal de la Póliza, el valor mensual de la prima corresponde a \$225,006.

Sin perjuicio de lo anterior, debe advertirse desde este momento que la referida Póliza no presta cobertura material ni temporal frente al dictamen de pérdida de capacidad laboral que dio lugar a la presente acción. Lo anterior, como quiera que el dictamen tiene fecha posterior a la vigencia de la Póliza 023028476/0. Aunado a lo anterior, debe indicarse que las enfermedades que dieron lugar a dicho dictamen fueron diagnosticadas de manera previa al perfeccionamiento del aseguramiento, evento expresamente excluido en dicho amparo. Finalmente, debe considerarse que el señor Arrazola omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, pues en la declaración de asegurabilidad indicó que no padecía de enfermedades de los huesos ni hipertensión, pese a que tenía diagnósticos de hipertensión arterial desde el 2024 y de gonartrosis el 22 de mayo de 2019. En consecuencia, se deberá aplicar las previsiones establecidos en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 4: Es cierto que el señor Ariel Bernardo Arrazola tomó la Póliza No. 023095120/0 con una duración del 26 de mayo de 2022 hasta el 25 de mayo de 2023, así como el valor de la prima.

Sin perjuicio de lo anterior, debe advertirse desde este momento que la referida Póliza no presta cobertura material. Lo anterior, como quiera que las enfermedades que dieron lugar a dicho dictamen fueron diagnosticadas de manera previa al perfeccionamiento del aseguramiento, evento expresamente excluido en dicho amparo. Finalmente, debe considerarse que el señor Arrazola omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, pues en la declaración de asegurabilidad indicó que no padecía de enfermedades de los huesos ni hipertensión, pese a que tenía diagnósticos de hipertensión arterial desde el 2024 y de gonartrosis el 22 de mayo de 2019. En consecuencia, se deberá aplicar las previsiones establecidos en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 5: No le consta a mi representada lo referido en el presente me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros de Vida S.A. Sobre el particular debe indicarse que Compañía de Seguros Bolívar S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A. son entidades distintas, por tanto mi prohijada sólo podrá referirse a los negocios jurídicos en los que ella haya sido parte.

FRENTE AL HECHO 6: No le consta a mi representada lo referido en el presente me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros de Vida S.A. Sobre el particular debe indicarse que Compañía de Seguros Bolívar S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A. son entidades distintas, por tanto mi

prohijada sólo podrá referirse a los negocios jurídicos en los que ella haya sido parte.

FRENTE AL HECHO 7: No le consta a mi representada lo referido en el presente me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros de Vida S.A. Sobre el particular debe indicarse que Compañía de Seguros Bolívar S.A. y Allianz Seguros de Vida S.A. son entidades distintas, por tanto mi prohijada sólo podrá referirse a los negocios jurídicos en los que ella haya sido parte.

FRENTE AL HECHO 8: Es cierto que el señor Ariel Bernardo Arrazola Merlano celebró dos contratos de seguro contenidos en las Pólizas No. 02328476/0 y la No. 023095120/0. Sin embargo, no le consta a mi representada los negocios jurídicos que haya podido celebrar con otras personas jurídicas.

Sin embargo, debe señalarse desde este momento que los contratos en mención no prestan cobertura material como quiera que las enfermedades por las cuales se dio lugar al dictamen de pérdida de capacidad laboral fueron diagnosticadas de manera **PREVIA** a estos aseguramientos. Aunado a lo anterior, como dichas patologías no fueron declaradas en las declaraciones de asegurabilidad, deberá darse aplicación a lo indicado en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 9: Teniendo en cuenta que son varias las manifestaciones que se realizan en el presente numeral, procedo a pronunciarme así:

- No es cierto que las Pólizas por las que mi representada ha sido convocada fueron solicitadas hace dos años. Sobre el particular, se advierte que la Póliza No. 02328476/0 fue perfeccionado el 22 de diciembre de 2021 y la Póliza No. 023095120/0 fue perfeccionado 26 de mayo de 2022.
- Lo referido con relación al estado de salud de las personas de 58 años, no tiene relación alguna con el objeto del litigio. Lo cierto es que el señor Ariel Arrazola estaba obligado a declarar sinceramente su estado de salud para el momento en que solicito su aseguramiento, so pena de que se apliquen las consecuencias contenidas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 10: Es cierto que las compañías pueden solicitar la historia clínica o epicrisis, en el caso que sea autorizada la compañía de seguros. Sin embargo, 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. Por el contrario, debe advertirse que cuando el tomador o asegurado incumple ese deber, el contrato de seguro queda viciado de nulidad, como sanción al incumplimiento de sus deberes (el del tomador o asegurado) en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO 11: No es cierto como se expresa. De acuerdo con el dictamen pericial de pérdida de capacidad laboral del señor Ariel Arrazola obedeció a sendas patologías que fueron diagnosticadas con anterioridad del año 2023. Del dictamen se advierte, que dentro de las patologías que dieron lugar a la calificación de pérdida de capacidad laboral tenemos la hipertensión arterial diagnosticada desde el 2004 y la gonartrosis diagnosticada desde el 22 de mayo de 20219. De manera que es claro que, el señor Arrazola no adquirió las patologías que dieron lugar a la pérdida de capacidad laboral en el año 2023.

FRENTE AL HECHO 12: Teniendo en cuenta que son varias las manifestaciones que se hacen en el presente numeral, procedo a pronunciarme así:

- No le consta a mi representada lo referido en el presente me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, frente a las solicitudes de indemnización supuestamente presentadas a Sura y Bolívar pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por Allianz Seguros de Vida S.A. Sobre el particular debe indicarse que Allianz Seguros de Vida S.A. es una entidad distinta a Compañía de Seguros Bolívar y Suramericana, por tanto mi prohijada sólo podrá referirse a los negocios jurídicos en los que ella haya sido parte.
- Es cierto que en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio las Pólizas de Seguro No. 02328476/0 y No. 023095120/0 están viciadas de nulidad, en tanto el señor Ariel Bernardo Arrazola fue reticente al no declarar de manera sincera su estado de salud, aún cuando de manera clara y expresa se le consulto por diagnósticos de patologías previas.

FRENTE AL HECHO 13: No es cierto que la reticencia implica la mala fe. Tampoco 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 Código de Comercio, 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.

Finalmente, debe advertirse que 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.

FRENTE AL HECHO 14: Es cierto que mi mandante fue convocada a audiencia de conciliación. Sin embargo, debe advertirse que lo referido allí se rige por el principio de confidencialidad.

FRENTE AL HECHO 15: No es cierto como se expresa. Tanto en la Póliza No. 02328476/0 como en la Póliza No. 023095120/0 se excluye establece como evento excluido de amparo desde la primera página de cada una de las pólizas los diagnósticos de enfermedades previos al perfeccionamiento del seguro y que den lugar a la pérdida de capacidad laboral. Así mismo, desde la declaración de asegurabilidad se consultó expresamente por la hipertensión arterial y por las enfermedades de los huesos al señor Arrazola, quien de manera deliberada decidió negar tales padecimientos en las dos ocasiones. De manera que desde este momento, es claro que para mi representada era determinante conocer si el señor Arrazola padecía de hipertensión arterial y de gonartrosis o cualquier otra enfermedad.

FRENTE AL HECHO 16: Es cierto que no se solicitaron exámenes médicos. Sin embargo, de acuerdo con las declaraciones del señor Arrazola de manera previa al aseguramiento, quien declaró ser una persona sana en dos ocasiones la primera 15 de diciembre de 2021 y la otra el 17 de mayo de 2022, no resultaba necesario en ese momento para mi mandante realizarlos.

Aunado a lo anterior, debe advertirse que 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.

FRENTE AL HECHO 17: No es cierto que haya negligencia de mi representada por no practicar exámenes médicos. Como se procederá a exponer, 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.

OPOSICIÓN FRENTE A LAS PRETENSIONES

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: En lo que respecta a la afectación de la Póliza No. 081004835416, expedida por Compañía de Seguros de Vida Suramericana S.A., comoquiera que no es una pretensión dirigida en contra de tu representado no hay lugar a efectuar pronunciamiento alguno por ser una relación jurídica que te es inoponible.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO a esta pretensión por cuanto que el señor Ariel Bernardo Arrazola Merlano fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a sus inclusiones en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que las enfermedades que padecía el Accionante fueron diagnosticadas antes de la solicitud de los aseguramientos el 15 de diciembre de 2021. Patologías que no fueron informada a mi representada en el momento de su inclusión en dicho contrato. Hecho que, de haber sido conocido con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar las mismas, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellas. Por lo anterior, debe declararse la nulidad del contrato de seguro contenido en la Póliza No. 023028476/0.

Aunado a lo anterior, debe advertirse desde este momento que la referida Póliza no presta cobertura material ni temporal frente al dictamen de pérdida de capacidad laboral que dio lugar a la presente acción. Lo anterior, como quiera que el dictamen tiene fecha posterior a la vigencia de la Póliza 023028476/0. Aunado a lo anterior, debe indicarse que las enfermedades que dieron lugar a dicho dictamen fueron diagnosticadas de manera previa al perfeccionamiento del aseguramiento, evento expresamente excluido en dicho amparo.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: : ME OPONGO a esta pretensión por cuanto que el señor Ariel Bernardo Arrazola Merlano fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a sus inclusiones en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que las enfermedades que padecía el Accionante fueron diagnosticadas antes de la solicitud de los

aseguramientos el 17 de mayo de 2022. Patologías que no fueron informada a mi representada en el momento de su inclusión en dicho contrato. Hecho que, de haber sido conocido con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar las mismas, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellas. Por lo anterior, debe declararse la nulidad del contrato de seguro contenido en la Póliza No. 023095120/0.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: En lo que respecta a la afectación de la Póliza No. 2002126217701, expedida por Compañía de Seguros Bolívar S.A., comoquiera que no es una pretensión dirigida en contra de tu representado no hay lugar a efectuar pronunciamiento alguno por ser una relación jurídica que te es inoponible.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA: En lo que respecta a la afectación de la Póliza No. 2002126226801, expedida por Compañía de Seguros Bolívar S.A., comoquiera que no es una pretensión dirigida en contra de tu representado no hay lugar a efectuar pronunciamiento alguno por ser una relación jurídica que te es inoponible.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA: En lo que respecta a la afectación de la Póliza No. 2601200647002, expedida por Compañía de Seguros Bolívar S.A., comoquiera que no es una pretensión dirigida en contra de tu representado no hay lugar a efectuar pronunciamiento alguno por ser una relación jurídica que te es inoponible.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SÉPTIMA: En efecto, me opongo a la décima pretensión elevada por la parte Demandante, por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no hay lugar a pagar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho.

Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Demandante, y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Por las razones antes expuestas, me opongo enfáticamente al juramento estimatorio de la demanda. En primera medida porque la referida Póliza No. 023028476/0 no presta cobertura material ni temporal frente al dictamen de pérdida de capacidad laboral que dio lugar a la presente acción. Lo anterior, como quiera que el dictamen tiene fecha posterior a la vigencia de la Póliza 023028476/0. Aunado a lo anterior, debe indicarse que las enfermedades que dieron lugar a dicho dictamen fueron diagnosticadas de manera previa al perfeccionamiento del aseguramiento, evento expresamente excluido en dicho amparo. Finalmente, debe considerarse que el señor Arrazola omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, pues en la declaración de asegurabilidad indicó

que no padecía de enfermedades de los huesos ni hipertensión, pese a que tenía diagnósticos de hipertensión arterial desde el 2024 y de gonartrosis el 22 de mayo de 2019. En consecuencia, se deberá aplicar las previsiones establecidos en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Finalmente, debe indicarse que frente a la Póliza 023095120/0 no presta cobertura material. Lo anterior, como quiera que las enfermedades que dieron lugar a dicho dictamen fueron diagnosticadas de manera previa al perfeccionamiento del aseguramiento, evento expresamente excluido en dicho amparo. Finalmente, debe considerarse que el señor Arrazola omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, pues en la declaración de asegurabilidad indicó que no padecía de enfermedades de los huesos ni hipertensión, pese a que tenía diagnósticos de hipertensión arterial desde el 2024 y de gonartrosis el 22 de mayo de 2019. En consecuencia, se deberá aplicar las previsiones establecidos en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Por lo anterior, el juramento presentado en el escrito de la demanda no es prueba de las pretensiones indemnizatorias del demandante en los términos del artículo 206 del Código General del Proceso.

EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LA PÓLZA DE SEGURO DE VIDA ACTUALL No. 023028476.

En primera medida, resulta fundamental que se tome en consideración que la Póliza de Seguro de Vida ActuAll No. 023028476/0 no presta cobertura temporal respecto de los hechos base del presente litigio. Toda vez que la responsabilidad de ALLIANZ SEGUROS S.A. está delimitada por la vigencia claramente establecida en la carátula de la Póliza. Se concluye entonces que al haberse determinado un ámbito temporal de cobertura, puntualmente el de ocurrencia, para que pueda predicarse el amparo, es necesario que el hecho ocurra dentro de la vigencia de la Póliza. Vigencia que en virtud de las condiciones generales de la póliza en la cual se estipuló en los siguientes términos:

Como se lee, la vigencia del seguro de la póliza No. 023028476/0 está delimitada temporalmente desde el 22 de diciembre de 2021 al 21 de diciembre de 2022. De modo que la Compañía Aseguradora no está llamada a responder en este caso, puesto que el hecho base del litigio acaeció el 24 de marzo de 2023, es decir más de 3 meses después de que el término de cobertura de la póliza en mención feneciera. Razón suficiente para desestimar cualquier pretensión encaminada a obtener indemnización o pago alguno con cargo a la póliza de seguros, puesto que la misma no tenía cobertura para la fecha del accidente.

De esta forma, resulta evidente que el riesgo contractualmente amparado por la Aseguradora es aquel que se encuentra dentro de la vigencia de la póliza de seguro. En otras palabras, para que sea jurídicamente posible la afectación de la póliza, resulta indispensable que el riesgo asegurado haya acaecido dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. Al respecto ha indicado el Consejo de Estado:

“32. Dada la naturaleza de la obligación que contrae el asegurador, resulta de la mayor importancia la determinación del momento exacto a partir del cual aquel asume el riesgo que le es trasladado y así mismo, la hora y el día hasta los cuales va tal asunción, puesto que únicamente estará obligado a ejecutar la prestación a su cargo cuando el riesgo se realice dentro de ese lapso, es decir si el siniestro se presenta dentro de esos límites temporales. Al respecto, el artículo 1073 del C. de Co., relativo a la responsabilidad del asegurador, establece que “Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consuma la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro

33. De acuerdo con lo anterior, el legislador sólo concede el derecho a la indemnización a cargo del asegurador, cuando el riesgo se realiza o inicia su realización dentro del periodo amparado por la respectiva póliza. Como lo sostuvo la Sala, “Debe tenerse en cuenta que lo que se exige en el régimen de los contratos de seguros, en cuanto a su vigencia y cobertura, es que el riesgo efectivamente se materialice durante el periodo de vigencia de la póliza, puesto que una cosa es el surgimiento del derecho a obtener la indemnización y otra cosa es el derecho a recibir su pago, el que sí se concreta una vez se hace la reclamación en la forma establecida por la ley” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, la Corte Suprema de Justicia ha indicado que los riesgos dentro de la póliza deben ser determinados temporalmente, en el marco de la autonomía de la voluntad de las partes. De modo que los mismos deberán ser respetados puesto que así lo han pactado las partes en el contrato de seguro.

“Previo a abordar la problemática anunciada, conviene dejar sentado que: Si, por definición, el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño (siniestro) previsto en el contrato, va de suyo que, en el marco de la autonomía de la voluntad y de las normas legales imperativas y

relativamente imperativas, las partes deberán acordar la determinación del riesgo cubierto. En efecto, el interés asegurado no es factible hallarlo asegurado bajo cualquier circunstancia o causa, sin límites temporales, o en cualquier lugar que se halle o ubique. Por el contrario, se hace necesario delimitar el riesgo causal, temporal y espacialmente.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Frente a este mismo tema, la Corte ha dicho en reiteradas oportunidades que en tratándose de seguros contratados en la modalidad ocurrencia, el hecho dañoso debe indudablemente acontecer durante la vigencia de la póliza. Es decir, que para que nazca obligación condicional del asegurador tendrá que acontecer el hecho dañoso durante la limitación temporal pactada en la póliza, como se lee:

“Por lo dicho, tradicionalmente estos seguros amparan el riesgo de detrimento patrimonial del asegurado, originado en un “hecho externo”, dañoso, indudablemente. Acontecido durante la vigencia de la póliza (seguro basado en la ocurrencia)” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

De lo anterior, es claro que la jurisprudencia ha precisado que es necesario que el hecho ocurra dentro de la vigencia de la Póliza, para que sea jurídicamente posible la afectación de la misma. Por tanto, resulta indispensable que el riesgo asegurado haya acaecido dentro de los extremos temporales fijados en el contrato de seguro. En el mismo sentido, la Legislación Colombiana estableció en el artículo 1057 del Código de Comercio, desde qué momento se asumen los riesgos por parte de la Aseguradora, así:

“ARTÍCULO 1057. TÉRMINO DESDE EL CUAL SE ASUMEN LOS RIESGOS. En defecto de estipulación o de norma legal, los riesgos principiarán a correr por cuenta del asegurador a la hora veinticuatro del día en que se perfeccione el contrato.”

De acuerdo a lo anterior, es pertinente concluir que dado que la vigencia de la Póliza No. 023028476/0 tiene fecha de duración desde el 22 de diciembre de 2021 al 21 de diciembre de 2022 y teniendo en cuenta que el dictamen que dio lugar a la pérdida de capacidad laboral ocurrió el 24 de marzo de 2023, definitivamente no habría lugar a indemnización o reconocimiento de pago alguno por parte de la Compañía Aseguradora. Toda vez que quedó claro, que ésta sólo surge cuando el siniestro se produce dentro del término de vigencia de la respectiva póliza. De tal suerte que como en este caso el siniestro no ocurrió dentro de los límites temporales de la póliza, no cabe duda sobre la falta total de cobertura temporal de la Póliza No. 023028476/0 en el caso concreto.

En conclusión, ALLIANZ SEGUROS S.A. no podría responder por indemnización alguna, como quiera que es evidente que el hecho que dio lugar a la acción, esto es, la pérdida de capacidad

laboral del señor Ariel Arrazola, se encuentra fuera de la cobertura temporal de la póliza, en tanto sucedieron el día 23 de marzo de 2023. Es decir, tres (3) meses después de que feneciera el término de cobertura. En consecuencia, no puede predicarse cobertura temporal de la póliza de seguro No. 023028476/0, en tanto no el hecho base del litigio se presentó con posterioridad a la terminación de la vigencia de la póliza que finalizó el 21 de diciembre de 2022. De ese modo, no resulta procedente exigir prestación alguna respecto de mi prohilada, por lo cual debe proceder el Despacho a desestimar cualquier pretensión encaminada a obtener indemnización con cargo a la póliza de seguro.

2. FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLZA DE SEGURO DE VIDA ACTUALL No. 023028476 POR TRATARSE DE UN RIESGO EXPRESAMENTE EXCLUIDO DE COBERTURA.

Sobre el particular el Honorable Despacho deberá tener en cuenta que en este caso no podrá afectarse la 02302876/0 expedida por mi representada, puesto que en este caso se encuentra patente la falta de cobertura material del contrato de seguro, al encontrarnos frente a un riesgo expresamente excluido de cobertura. Lo anterior, como quiera que se configuró la exclusión:

“No habrá lugar a pago alguno por este amparo cuando la incapacidad, Inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente haya sido causada directa o indirectamente por: 1) Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el ASEGURADO como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo”.

Evento que para el caso en concreto se configuró con creces por los diagnósticos de gonartrosis el 22 de mayo de 2019 e hipertensión esencial en enero de 2021. Ahora bien, es importante señalar que en materia de seguros, el asegurador según el Artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Motivo por el cual, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. De modo que, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la

relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Seguro de Vida ActuAll No. 023028476/0 desde la primera página de la Póliza señala una serie de exclusiones aplicables al amparo de incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente entre las cuales se encuentra configurada la exclusión contenida en el numeral 1.:

EXCLUSIONES AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.

No habrá lugar a pago alguno por este amparo cuando la incapacidad, inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente haya sido causada directa o indirectamente por:

- 1) Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el ASEGURADO como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo.**

Así las cosas, resulta claro que la Póliza No. 023028476/0 inició su vigencia el 22 de diciembre de 2021 y que los diagnósticos de gonartrosis e Hipertensión arterial fueron previos al inicio de la vigencia, esto es, el 22 de mayo de 2019 y el 18 de enero de 2021, respectivamente. Así mismo, del dictamen de pérdida de capacidad laboral se advierte que estas dos enfermedades dieron lugar a la pérdida de capacidad laboral por la que pretende hacer efectivo el amparo de incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente. Diagnósticos que estaban excluidos de cobertura.

En conclusión, los hechos del presente proceso se enmarcan en la exclusión contenida en título "Exclusiones del amparo de incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente", en tanto el señor Arrazola fue diagnosticado en mayo de 2019 con gonartrosis y en enero de 2021 con hipertensión arterial. Enfermedades que a su vez dieron lugar a la pérdida de capacidad laboral del 24 de marzo de 2023. Lo que a grandes rasgos no sólo evidencia la falta de cobertura material de la póliza vida ActuAll No. 02328476/0 al estar ante un riesgo expresamente excluido de amparo. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

3. FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLZA DE SEGURO DE VIDA ACTUALL No. 023095120/0 POR TRATARSE DE UN RIESGO EXPRESAMENTE EXCLUIDO DE COBERTURA.

Sobre el particular el Honorable Despacho deberá tener en cuenta que en este caso no podrá

afectarse la 023095120/0 expedida por mi representada, puesto que en este caso se encuentra patente la falta de cobertura material del contrato de seguro, al encontrarnos frente a un riesgo expresamente excluido de cobertura. Lo anterior, como quiera que se configuró la exclusión:

“NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO CUANDO LA CAUSA DE LA RECLAMACIÓN, SEA A CONSECUENCIA DE, O ESTE EN CONEXIÓN CON: 2) ENFERMEDADES, LESIONES, DEFECTOS FÍSICOS O LIMITACIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES OCURRIDOS O ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO”.

Evento que para el caso en concreto se configuró con creces por los diagnósticos de gonartrosis el 22 de mayo de 2019 e hipertensión esencial en enero de 2021. Ahora bien, es importante señalar que en materia de seguros, el asegurador según el Artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Motivo por el cual, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. De modo que, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Seguro de Vida ActuAll No. 023095120/0 desde la primera página de la Póliza señala una serie de exclusiones aplicables a todos los amparos entre las cuales se encuentra configurada la exclusión contenida en el numeral 2.:

2) ENFERMEDADES, LESIONES, DEFECTOS FÍSICOS O LIMITACIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTES OCURRIDOS O ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO.

Así las cosas, resulta claro que la Póliza No. 023095120/0 inició su vigencia el 25 de mayo de 2022 y que los diagnósticos de gonartrosis e Hipertensión arterial fueron previos al inicio de la vigencia, esto es, el 22 de mayo de 2019 y el 18 de enero de 2021, respectivamente. Así mismo, del dictamen de pérdida de capacidad laboral se advierte que estas dos enfermedades dieron lugar a la pérdida de capacidad laboral por la que pretende hacer efectivo el amparo de incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente. Eventos que estaban excluidos de cobertura.

En conclusión, los hechos del presente proceso se enmarcan en la exclusión contenida en título “Exclusiones”, en tanto el señor Arrazola fue diagnosticado en mayo de 2019 con gonartrosis y en enero de 2021 con hipertensión arterial. Enfermedades que a su vez dieron lugar a la pérdida de capacidad laboral del 24 de marzo de 2023. Lo que a grandes rasgos evidencia la falta de cobertura material de la póliza vida ActuAll No. 023095120/0 al estar ante un riesgo expresamente excluido de amparo. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

4. EN TODO CASO, EN ESTE ASUNTO SE ENCONTRABA PATENTE LA NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.

Sin perjuicio de que los contratos de seguro contenidos en la Póliza No. 02328476/0, cuya vigencia inició el 22 de diciembre de 2021 y finalizó el 21 de diciembre de 2022 y la Póliza No. 023095120/0 que inició su vigencia el 26 de mayo de 2022 y terminó el 25 de mayo de 2022, es fundamental que desde ahora el honorable Despacho tome en consideración que en todo caso, el señor Ariel Bernardo Arrazola 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, 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 contratar, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

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 ocurrencia¹. (Subrayado fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el Asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Por lo cual, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. 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

¹ 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.

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 dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.

Pese a lo anterior, en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora”. (Subrayado 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 absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”² (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 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.”³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del C.Co, analizando lo siguiente:

“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.

Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

³ 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.

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.⁴” (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 Código de Comercio. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

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

4 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.

*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.***

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte, involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicentes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el 15 de diciembre de 2021 y el 17 de mayo de 2022, fecha en la cual el señor Ariel Bernardo Arrazola solicitó sus aseguramientos, se le formularon unos cuestionarios (declaraciones de asegurabilidad), en las cuales 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 Ariel Bernardo Arrazola conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre de 2021 y mayo de 2022, fechas de su vinculación, negó la existencia de sus padecimientos a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación las citadas declaraciones de asegurabilidad, en las que se evidencian las respuestas negativas y falsas del Asegurado:

• **Declaración de asegurabilidad que data 15 de diciembre de 2021:**

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

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

• **Declaración de asegurabilidad que data 17 de mayo de 2022:**

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

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

En otras palabras, no existe duda alguna que en el presente caso el señor Ariel Bernardo Arrazola respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad de los aseguramientos. Debido a que el Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades con anterioridad al perfeccionamiento de sus seguros, situación 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 sus aseguramientos, la hubieren retraído de contratar, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor Arrazola, es de gran importancia abordar lo señalado por el dictamen de calificación de invalidez, documento que fue aportado al proceso por la parte Accionante. En este dictamen el ente de Calificación es muy claro al establecer, como criterios para fijar la pérdida de capacidad laboral, los siguientes antecedentes:

6. Fundamentos para la calificación del origen y/o de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional				
Título I - Calificación / Valoración de las deficiencias				
Diagnósticos y origen				
CIE-10	Diagnóstico	Diagnóstico específico	Fecha	Origen
M179	Gonartrosis, no especificada	Bilateral		Enfermedad común
I10X	Hipertensión esencial (primaria)			Enfermedad común
F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión			Enfermedad común
G470	Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño [insomnios]			Enfermedad común

Ahora bien, como se ilustrará a continuación, resulta imperioso que el Honorable Despacho tenga en cuenta que la gonartrosis y la hipertensión arterial fueron determinantes para alcanzar el porcentaje de 50,64 % de pérdida de capacidad laboral, además estas eran padecidas y conocidas por el señor Ariel Bernardo Arrazola con anterioridad a sus inclusiones en los contratos de seguro. En este sentido, al analizar la información médica del Accionante, es claro que la enfermedad de gonartrosis y la hipertensión arterial que generaron la incapacidad son anteriores al año diciembre de 2021. A continuación, se evidencia los documentos médicos más representativos, sin perjuicio de los demás que también deben ser tenidos en cuenta, que acreditan que las patologías del Accionante fue anterior a la fecha de su inclusión en los contratos de seguro.

- **GONARTROSIS**

22/5/2019 Rm De Rodilla Derecha: conclusión: se aprecia cambios de osteoartrosis de predominio en el comportamiento femoral medial donde hay pérdida de grosor prácticamente completo del cartílago, lesión condrales grado II-III a nivel del surco intracondilea femoral. Se aprecia rotura radial que involucra tanto el cuerpo con la raíz posterior del menisco interno con extrusión meniscal asociada.

Documento: Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral Ocupacional.

Transcripción parte esencial: “**22/5/2019 Rm De Rodilla Derecha: conclusión: se parecía cambios de osteoartrosis de predominio en el comportamiento femoral media donde hay pérdida de grosor prácticamente completo del cartílago, lesión condrales grado II-III a nivel del surco intracondilea femoral.(...)**”. (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Valoración 3103434992 Rogelio Arrazola primo : refiere Hta desde 2004, control médico y farmacológico , antes losartán y ayer por cifras Candepres A- 16-5 Mg , hidrocortizida 25 m , Desmigra de 20 mg , refiere nicturia , estudios cardíacos al parecer arritmia , hace rato estudio de rayos x, con tratante hace muchos años , al parecer isquemia .
A nivel de rodilla, refiere deportista toda la vida, con dolor hace 6 a 8 años en ambas rodillas al inicio primero la izquierda (zurdo) , control por Ortopedista privado y por AFP colpensiones remitió a EPS Salud total, manejo con nalgesico , el dolor 7-9/10 (EVA) limita posturas prolongadas sedente y bipeda , edema .

Documento: Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral Ocupacional.

Transcripción parte esencial: “**Refiere HTA desde el 2024.(...)**”. (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

A partir de estos primeros documentos se demuestra fehacientemente que con anterioridad al año 2021 y el año 2022, fecha de sus vinculaciones a los contratos de seguro, el Accionante ya había sido diagnosticado con gonartrosis y con hipertensión arterial. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedentes constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de las vinculaciones a los contratos de seguro. Lo anterior, debido a que si mi procurada hubiera conocido de la existencia de estas enfermedades, con anterioridad a la vinculación a los contratos de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de las declaraciones de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que éstas claramente incluyen varias de las enfermedades que padece el Asegurado y que por supuesto él debió informar. Lo anterior, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad a las inclusiones en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar las mismas, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellas. Expresamente se le preguntó al Accionante lo siguiente:

(...)

¿Hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatía, arritmias?

(...)

¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, ciática, artritis, artrosis, reumatismo, anquilosis, trauma cráneo encefálico o de columna o de fractura no consolidada?

(...)”

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente que a pesar de que el señor Ariel Arrazola había sido diagnosticado con hipertensión arterial y gonartrosis es evidente que faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba por posibles padecimientos

relacionados con enfermedades de los huesos y de hipertensión arterial, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en los cuestionarios.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad a la inclusión en los contratos de seguro, el Accionante padecía y conocía de la existencia de la hipertensión arterial y la gonartrosis que posteriormente fue la causa, en mayor medida, de su pérdida de capacidad laboral. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario, sus patologías le fueron preguntadas expresamente.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que el Asegurado no informó a mi procurada de la existencia de su *hipertensión arterial y de su gonartrosis* en el momento en que suscribió sus declaraciones de asegurabilidad el 15 de diciembre de 2021 y el 17 de mayo de 2022. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de las vinculaciones a los contratos de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladaran riesgos mucho más grandes de los que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.

En resumen, el señor Ariel Arrazola fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a sus inclusiones en los contratos de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que los antecedentes que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dichos contratos, fueron lo que posteriormente causaron, en mayor medida, su pérdida de capacidad laboral en un 50,64 %. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la existencia de la hipertensión arterial y la gonartrosis con anterioridad a las inclusiones en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar las mismas, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellas. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que la hipertensión arterial y gonartrosis cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de las vinculaciones a los contratos de 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. Los aseguramientos del señor Ariel Bernardo Arrazola contenidos en las Pólizas No. 02328476/0 y No. 023095120/0 deben declararse nulos, debido a que él negó sus patologías, que fueron previas al perfeccionamiento de sus seguros. Más aun, cuando sus patologías y

antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió. Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que estas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del Código de Comercio señala, sin lugar a una interpretación diferente, que el asegurado debe cumplir con la carga de ubérrima buena fe y lealtad, y así informar a la compañía aseguradora de todos los aspectos que conforman el riesgo trasladado, so pena que se dé aplicación a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del Código de Comercio. Al respecto, el artículo 1158 del 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 jurídico⁵.

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 fundamentales⁶. 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 conocer⁷”. (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

⁵ 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.”

⁶ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁷ 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.

a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)⁸

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 Gutiérrez⁹, 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.

⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerro Pérez.

⁹ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

(...)

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

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...”¹⁰ (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

¹⁰ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. (Subrayado 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.

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

retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. *Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”. (negrilla y subrayas fuera del texto)*.¹¹

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 Gutiérrez¹², 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***

¹¹ 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.

¹² Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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 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 Código de Comercio, 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 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)

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 Código de Comercio, 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.

7. ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA NULIDAD 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 Ariel Bernardo Arrazola fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de sus seguros 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 sus aseguramientos, la hubieren retraído de contratar, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en las pólizas. Es claro que Allianz Seguros de Vida S.A 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.

8. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, frente a la demanda, que se origine en la Ley o en el contrato que con el que se convocó a mi poderdante, incluida la de caducidad y la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro contemplada en el artículo 1081 del Código de Comercio. En ese sentido, solicito al Honorable Despacho reconocer oficiosamente en sentencia todos los hechos que constituyan una excepción en los términos del artículo 282 del Código General del Proceso.

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Póliza de Seguro de Vida ActuAll No. 02328476/0 y su clausulado.
- 1.2. Póliza de Seguro de Vida ActuAll No. 023095120/0 y su clausulado.
- 1.3. Solicitud Seguro de Vida Individual – Allianz Vida ActuAll del 15 de diciembre de 2021.
- 1.4. Solicitud Seguro de Vida Individual – Allianz Vida ActuAll del 17 de mayo de 2022.
- 1.5. Comunicación del 23 de mayo de 2022 remitida por Ariel Bernardo Arrazola Merlano.
- 1.6. Objeción del 18 de mayo de 2023.
- 1.7. Derecho de petición dirigido a E.P.S. Salud Total S.A., mediante el cual solicitó la historia clínica del señor Ariel Bernardo Arrazola.
- 1.8. Derecho de petición dirigido a Virrey Solis IPS S.A., mediante el cual solicitó la historia clínica del señor Ariel Bernardo Arrazola.
- 1.9. Derecho de petición dirigido a IPS Divina Misericordia Medicina Especializada S.A.S. mediante el cual solicitó la historia clínica del señor Ariel Bernardo Arrazola.

Los anteriores documentos se aportan en copia simple, siguiendo lo señalado por el artículo 246 del Código General del Proceso, disposición mediante la cual se les asigna a este tipo de copias el mismo valor probatorio que a los documentos aportados en original.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **ARIEL BERNARDO ARRAZOLA MERLANO**, identificado con cédula de ciudadanía No. **92500936**, en su calidad de Accionante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de

hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor Arrazola Merlano 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 **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A** 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 Demandante.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a la doctora **MARÍA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., de los Contratos de Seguro objetos del presente litigio.

La doctora Agudelo podrá ser citado en la Calle 13 No. 10 -22, apartamento 402 de la ciudad de Bogotá o en el correo electrónico camilaortiz27@gmail.com

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **AL ACCIONANTE** para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

1. Historia Clínica del señor Ariel Bernardo Arrazola Merlano, identificado con la cédula 92500936, en su calidad de demandante correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021, en la Audiencia respectiva.

Los anteriores documentos se encuentran en poder de la parte actora, como quiera que son documentos personales del Accionante.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el Accionante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro. Así mostrar no sólo la reticencia con la que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad, sino también que con anterioridad a la suscripción de su aseguramiento padecía hipertensión arterial y gonartrosis.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **SALUD TOTAL E.P.S.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

1. Historia Clínica del señor Ariel Bernardo Arrazola Merlano, identificado con la cédula 92500936, en su calidad de demandante correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021, en la Audiencia respectiva.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que es la E.P.S. a la cual se encuentra adscrito el señor Arrazola Merlano, tal como se puede advertir en los documentos arrimados al proceso por la misma parte actora.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el Accionante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro. Así mostrar no sólo la reticencia con la que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad, sino también que con anterioridad a la suscripción de su aseguramiento padecía párkinson.

Salud Total E.P.S. S.A. puede ser notificada en el correo electrónico notificajud@saludtotal.com.co

5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **SALUD TOTAL E.P.S.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

2. Historia Clínica del señor Ariel Bernardo Arrazola Merlano, identificado con la cédula 92500936, en su calidad de demandante correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021, en la Audiencia respectiva.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que es la E.P.S. a la cual se encuentra adscrito el señor Arrazola Merlano, tal como se puede advertir en los documentos arrimados al proceso por la misma parte actora.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el Accionante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro. Así mostrar no sólo la reticencia con la que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad, sino también que con anterioridad a la suscripción de su aseguramiento padecía párkinson.

Salud Total E.P.S. S.A. puede ser notificada en el correo electrónico notificacionesjud@saludtotal.com.co

- 5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **VIRREY SOLIS IPS S.A.** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

Historia Clínica del señor Ariel Bernardo Arrazola Merlano, identificado con la cédula 92500936, en su calidad de demandante correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021, en la Audiencia respectiva.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que es la IPS a la cual se encuentra adscrito el señor Arrazola Merlano, tal como se puede advertir en los documentos arrimados al proceso por la misma parte actora.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el Accionante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro. Así mostrar no sólo la reticencia con la que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad, sino también que con anterioridad a la suscripción de su aseguramiento padecía párkinson.

VIRREY SOLIS IPS S.A. puede ser notificada en el correo electrónico contactenos@virreysolisips.com.co

- 5.5. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **IPS DIVINA MISERICORDIA MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

Historia Clínica del señor Ariel Bernardo Arrazola Merlano, identificado con la cédula 92500936, en su calidad de demandante correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021, en la Audiencia respectiva.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que es la IPS a la cual se encuentra adscrito el señor Arrazola Merlano, tal como se puede advertir en los documentos arrimados al proceso por la misma parte actora.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el Accionante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro. Así mostrar no sólo la reticencia con la que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad, sino también que con anterioridad a la suscripción de su aseguramiento padecía párkinson.

IPS DIVINA MISERICORDIA ESPECIALIZADA S.A.S. puede ser notificada en el correo electrónico siauipsdivinamisericordia@gmail.com

6. **OFICIOS**

6.1. Respetuosamente solicito al Despacho se oficie a la **Salud Total E.P.S.** para que con destino a este proceso remita copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

Historia Clínica del señor Ariel Bernardo Arrazola Merlano, identificado con la cédula 92500936, en su calidad de demandante correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021, en la Audiencia respectiva.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que es la E.P.S. a la cual se encuentra adscrito el señor Arrazola Merlano, tal como se puede advertir en los documentos arrimados al proceso por la misma parte actora.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el Accionante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro. Así mostrar no sólo la reticencia con la que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad, sino también que con anterioridad a la suscripción de su aseguramiento padecía hipertensión arterial y gonartrosis.

Salud Total E.P.S. puede ser notificada en el correo electrónico notificacionesjud@saludtotal.com.co

6.2. Respetuosamente solicito al Despacho se oficie a la **IPS DIVINA MISERICORDIA MEDICINA ESPECIALIZADA S.A.S.** para que con destino a este proceso remita copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

Historia Clínica del señor Ariel Bernardo Arrazola Merlano, identificado con la cédula 92500936, en su calidad de demandante correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021, en la Audiencia respectiva.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que es la IPS a la cual se encuentra adscrito el señor Arrazola Merlano, tal como se puede advertir en los documentos arrimados al proceso por la misma parte actora.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el Accionante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro. Así mostrar no sólo la reticencia con la que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad, sino también que con anterioridad a la suscripción de su aseguramiento padecía hipertensión arterial y gonartrosis.

IPS DIVINA MISERICORDIA ESPECIALIZADA S.A.S. puede ser notificada en el correo electrónico siauiipsdivinamisericordia@gmail.com

6.3. Respetuosamente solicito al Despacho se oficie a la **VIRREY SOLIS IPS S.A.** para que con destino a este proceso remita copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

Historia Clínica del señor Ariel Bernardo Arrazola Merlano, identificado con la cédula 92500936, en su calidad de demandante correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021, en la Audiencia respectiva.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que es la IPS a la cual se encuentra adscrito el señor Arrazola Merlano, tal como se puede advertir en los documentos arrimados al proceso por la misma parte actora.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el Accionante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro. Así mostrar no sólo la reticencia con la que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad, sino también que con anterioridad a la suscripción de su aseguramiento padecía hipertensión arterial y gonartrosis.

VIRREY SOLIS IPS S.A. puede ser notificada en el correo electrónico contactenos@virreysolisips.com.co

ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de Allianz Seguros de Vida SA.

NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Mi representada, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 13A N° 29-24, Piso 9, de la ciudad de Bogotá, correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co

Al suscrito en la calle 69 N° 4-48 oficina 502, Edificio 69 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.