

Señores,

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN – CENTRO DE CONCILIACIÓN EN MATERIA CIVIL Y COMERCIAL

E.S.D

REFERENCIA	SOLICITUD DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL EN DERECHO
CONVOCANTE	ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA E.C.
CONVOCADO	EMMA GIOVANNA CRUZ CRUZ Y BANCO FINANDINA SA BIC

ASUNTO: SOLICITUD DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN EXTRAJUDICIAL

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C.S. de la J., quien obra como apoderado de **LA ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, sociedad cooperativa de seguros, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con NIT 860524654 - 6, domiciliada en la ciudad de Bogotá, según consta en los certificados de existencia y representación que se anexan. En tal calidad, comparezco ante su despacho con el fin de que, previa a la presentación de la demanda verbal cuya pretensión principal buscará la declaración judicial de nulidad relativa en los términos del artículo 1058 del C.Co del contrato de seguro identificado más adelante, se lleve a cabo **AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN** prejudicial con el objetivo de dirimir el conflicto suscitado como consecuencia del incumplimiento por parte del asegurado, de no haber declarado sinceramente el estado del riesgo durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su aseguramiento, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

I. IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES

CONVOCANTE: ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA EC, identificada con NIT 860524654 – 6 con domicilio principal en la Cl 100 No. 9 A -45 P 12 de la ciudad de Bogotá D.C, con correo electrónico para notificaciones judiciales notificaciones@solidaria.com.co, tal como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio, quien actúa en calidad de aseguradora de la Póliza Vida Grupo Deudores que amparó la obligación número 1150905598.

CONVOCADOS: BANCO FINANDINA SA BIC identificada con NIT 860.051.894-6 con domicilio principal en el Km 17 Cr Central Del Norte Vereda de Fusca en el Municipio de Chía (Cundinamarca), con correo electrónico para notificaciones judiciales notificacionesjudiciales@bancofinandina.com, tal como consta en el Certificado de Existencia y

Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio, quien actúa en calidad de tomador y beneficiario de la Póliza Vida Grupo Deudores que amparó la obligación número 1150905598.

EMMA GIOVANNA CRUZ CRUZ identificada con Cédula de Ciudadanía número 52.437.033 con domicilio principal en la Calle 6 N°6-10 del Municipio de Zipaquirá en el Departamento de Cundinamarca, con correo electrónico egiova396@gmail.com, tal como consta en el Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral.

II. PRETENSIONES DECLARATIVAS

PRIMERA: Que se DECLARE que con anterioridad al perfeccionamiento del Seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000002 que amparó la obligación financiera No. 1150905598, la señora Emma Cruz identificada con cédula de ciudadanía número 52.437.033, ya había sido diagnosticada y además conocía de la existencia de su enfermedad de Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Síndrome de dolor regional tipo II y Trastorno mixto de ansiedad y depresión e incluso la señora Emma contaba con dos Dictámenes previos por estas enfermedades en donde se había calificado su pérdida de capacidad laboral en 40.5% y 24.06%.

SEGUNDO. Que se DECLARE que, pese a que la Aseguradora Solidaria de Colombia EC a través de los formularios de asegurabilidad practicados a la señora Emma Giovanna Cruz Cruz indagó en qué estado se encontraba el riesgo que la potencial asegurada le buscaba trasladar, la señora Emma Giovanna Cruz fue reticente en virtud de que no informó a la Compañía de Seguros que ya había sido diagnosticado con Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Síndrome de dolor regional tipo II y Trastorno mixto de ansiedad y depresión e incluso la señora Emma contaba con dos Dictámenes previos por estas enfermedades en donde se había calificado su pérdida de capacidad laboral en 40.5% y 24.06% con anterioridad al perfeccionamiento de sus seguros.

TERCERO. Que se DECLARE que, si la Aseguradora Solidaria de Colombia EC hubiera conocido con anterioridad al perfeccionamiento del Seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000002 que amparó la obligación financieras No. 1150905598 que la potencial asegurada ya había sido diagnosticada previamente con Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Síndrome de dolor regional tipo II y Trastorno mixto de ansiedad y depresión e incluso la señora Emma contaba con dos Dictámenes previos por estas enfermedades en donde se había calificado su pérdida de capacidad laboral en 40.5% y 24.06%, se habría retraído de asegurar al señor a la señora Emma Giovanna Cruz

CUARTA: Como consecuencia de las anteriores declaraciones, se DECLARE que el Seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000002 que amparó la obligación financieras No. 1150905598 en el que figura como tomador y beneficiario el Banco Finandina BIC y como asegurada la señora Emma Giovanna Cruz Cruz y como compañía de seguros la Aseguradora Solidaria de Colombia EC, es nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co. como consecuencia de la reticencia en que

incurrió el asegurado al no haber informado a mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de la póliza, acerca de sus antecedentes de Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Síndrome de dolor regional tipo II y Trastorno mixto de ansiedad y depresión e incluso la señora Emma contaba con dos Dictámenes previos por estas enfermedades en donde se había calificado su pérdida de capacidad laboral en 40.5% y 24.06%

QUINTA: Como consecuencia de la declaración de la nulidad relativa de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio, se DECLARE que el Seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000002 que amparó la obligación financiera No. 1150905598 contraída por la señora Emma Giovanna Cruz se rescinde y por tal motivo, la compañía de seguros, Aseguradora Solidaria de Colombia EC, queda totalmente exonerada de cualquier prestación u obligación a su cargo derivada del seguro de vida en favor de Banco Finandina BIC y/o de cualquier otra persona.

SEXTA. Que se DECLARE que, rescindido el Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000002 que amparó la obligación financiera No. 1150905598 contraída por la señora Emma Giovanna Cruz en los términos del artículo 1058 del C.Co, la Aseguradora Solidaria de Colombia EC tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena de conformidad con lo consagrado en el artículo 1059 del C.Co.

III. FUNDAMENTOS FÁCTICOS

Con el objetivo de procurar por un correcto entendimiento de la situación fáctica que rodeó la controversia que hoy nos convoca, es importante indicar que los hechos de la solicitud de conciliación estarán clasificados en tres acápite: En primer lugar, se expondrán los fundamentos fácticos que, de manera general, acaecieron durante el perfeccionamiento del seguro materia de litigio. En segundo lugar, se plantearán los hechos referentes a la real condición de salud que no fue informada por parte de la asegurada a mi representada. Finalmente, en tercer lugar, se presentarán los sucesos a través de los cuales se acredita que, si la Compañía de Seguros hubiera conocido el precario estado en que se encontraba el riesgo que se le quería trasladar, definitivamente se habría retraído de celebrar el contrato de seguro.

A. HECHOS GENERALES

PRIMERO. Banco Finandina BIC en calidad de tomador contrató con la Aseguradora Solidaria de Colombia EC un Seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000002 que amparó la obligación financiera No. 1150905598, el cual tenía como amparo la incapacidad total y permanente de las personas que tengan la calidad de deudores a fin de que sea pagado el saldo insoluto de la obligación dineraria adquirida por estos.

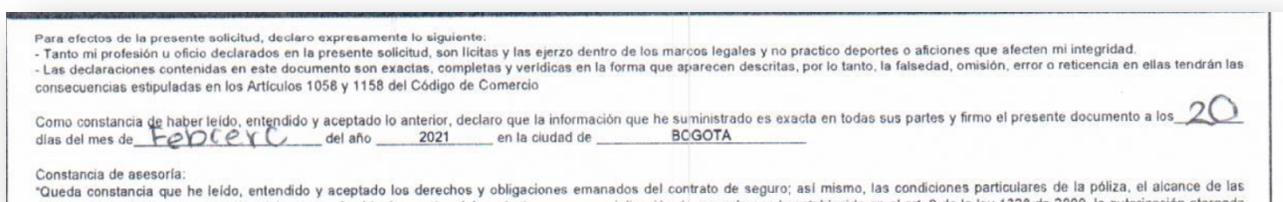
SEGUNDO. El día 4 de marzo de 2021, el Banco Finandina BIC desembolsó la suma de dinero por

el monto de \$90.000.000 a la señora Emma Giovanna Cruz. Conforme al certificado emitido por Banco Finandina, al 23 de junio de 2023, el saldo total de la obligación ascendía a \$110.443.056,26.

TERCERO. Conforme al hecho previo, la Compañía de Seguros requirió a la potencial asegurada para que declarara su verdadero estado de salud a través de la suscripción de dos formatos de declaración de asegurabilidad, por lo que la señora Emma Giovanna Cruz procedió a diligenciar y suscribir los formatos a fin de solicitar su aseguramiento dentro de la Póliza Vida Grupo Deudores número 994000000002.

Finalmente, es importante indicar en el cuestionario de asegurabilidad la señora Emma Giovanna Cruz no informó que había sido diagnosticada con Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Síndrome de dolor regional tipo II y Trastorno mixto de ansiedad y depresión e incluso la señora Emma contaba con dos Dictámenes previos por estas enfermedades en donde se había calificado su pérdida de capacidad laboral en 40.5% y 24.06%.

CUARTO. Desde el momento en que se suscribieron los formularios antes mencionados, las declaraciones de asegurabilidad, se le indicó a la señora Emma Giovanna Cruz que debía informar su verdadero estado de salud. Específicamente, se le informó a la potencial asegurada que la póliza se otorgaría en consideración a la autenticidad de sus declaraciones y que en el evento de no coincidir estrictamente con la realidad, el seguro quedaría viciado de nulidad relativa de acuerdo a los términos establecidos en el artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, tal y como se evidencia a continuación:



Documento: Declaración de Asegurabilidad suscrita por la señora Emma Giovanna Cruz

Transcripción Esencial: *"Para efectos de la presente solicitud, declaro expresamente lo siguiente*

- *Tanto mi profesión u oficio declarados en la presente solicitud son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales y no práctico deportes o aficiones que afecten mi integridad.*
- *Las declaraciones contenidas en este documento son exactas, completas y verídicas en la forma que aparecen descritas, por lo tanto, la falsedad, omisión, error o reticencia en ellas tendrán las consecuencias estipuladas en los Artículos 1058 y 118 del Código de Comercio."*

QUINTO. El día 20 de febrero de 2021 la señora Emma Giovanna Cruz fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del 61.76% conforme al Dictamen de Calificación emitido por Suramericana.

SEXTO. Con motivo de la calificación de pérdida de capacidad laboral, el Banco Finandina BIC, sin tomar en consideración la evidente reticencia con la que se había perfeccionado el aseguramiento, decidió el 25 de julio de 2022 solicitar a la Compañía de Seguros que hiciera efectiva la póliza contratada con cargo al amparo de incapacidad total y permanente.

SÉPTIMO. El 07 de septiembre de 2022, luego de haber verificado el contenido del Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral que con ocasión a la solicitud de indemnización fue conocido por la Compañía, la Aseguradora objetó la solicitud presentada por el tomador, teniendo en cuenta que el aseguramiento de la señora Emma Giovanna Cruz debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, toda vez que, en la declaración de asegurabilidad no se informó el verdadero estado del riesgo, esto es que padecía de Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Síndrome de dolor regional tipo II y Trastorno mixto de ansiedad y depresión e incluso la señora Emma contaba con dos Dictámenes previos por estas enfermedades en donde se había calificado su pérdida de capacidad laboral en 40.5% y 24.06%, pues la Aseguradora Solidaria de Colombia EC puedo constatar que con anterioridad al mes de febrero de 2021, la señora Emma Giovanna Cruz ya había sido diagnosticado con las enfermedades en mención.

OCTAVO. De conformidad con el artículo 1058 del C.Co., los presupuestos fácticos que deben acreditarse para obtener judicialmente la declaración de nulidad relativa del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado consisten en: Primero, demostrar uno o varias antecedentes de salud que la asegurada tuvo con anterioridad al perfeccionamiento de la póliza. Segundo, acreditar una omisión o inexactitud por parte de la asegurada al no haber informado fidedignamente sus antecedentes de salud. Tercero, que de haber conocido las enfermedades durante la etapa precontractual, se habría retraído de celebrar el contrato o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas. En tal virtud, en los hechos que se presentarán a continuación, se ilustrará el cumplimiento estricto de cada uno de los presupuestos consagrados en el artículo 1058 del C.Co., con la finalidad de obtener la nulidad del contrato de seguro de vida en donde figura como asegurada la señora Emma Giovanna Cruz y como tomador el Banco Finandina BIC.

B. ANTECEDENTES DE SALUD

NOVENO. Tal y como se observa del contenido del Dictamen Pericial, con anterioridad al perfeccionamiento de la póliza, la señora Emma Giovanna Cruz ya había sido diagnosticada con Trastorno mixto de ansiedad y depresión:

15/07/2016	PSIQUIATRIA	<p>(R521) Dolor crónico intratable</p> <p>Paciente refiere cuadro de inicio hace aproximadamente 1 año 1 episodio de ánimo triste, llanto, desánimo, anhedonia, irritabilidad, angustia, ansiedad, temor, sin ideas de muerte, sin ideas de suicidio, refiere episodios de ira, dificultado para controlar los impulsos. Dice desorientación en espacio una vez ha estado presentado alteración de la memoria desde hace 6 meses.</p> <p>PLAN: se inicia sertralina y olanzapina. Se solicitan paraclínicos. Valoración por neurología, control en un mes. Si persiste síntomas acudir por urgencias.</p>
------------	-------------	---

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Suramericana
Transcripción esencial: “15/07/2016 Paciente refiere cuadro de inicio hace aproximadamente 1 año 1 episodio de ánimo triste, llanto, desánimo, anhedonia, irritabilidad, angustia, ansiedad, temor, sin ideas de muerte, sin ideas de suicidio refiere episodios de ira, dificultado para controlar los impulsos”

Conforme a la ilustración previa es claro que la señora Emma Giovanna Cruz conocía de su antecedente de trastorno, debido a que se habían prescrito medicamentos como sertralina¹ y olanzapina², medicamentos cuyo objetivo es tratar el antecedente de depresión y esquizofrenia. Asimismo, la señora Cruz se encontraba en constantes controles.

Nombre: EMMA GIOVANNA CRUZ CRUZ			Página 2 de 11
Tipo de Documento: CC			Documento: 52437033
14/03/2017	PSIQUIATRIA	Se trata de una paciente que cursa con dolor neuropático con síndrome de dolor complejo con cuadro depresivo con buena respuesta al ácido valproico y sertralina, fue valorada el 8 de marzo por cuidado paliativo quien no alargó la incapacidad, se continúa manejo farmacológico, se dan recomendaciones laborales mientras es valorada por medicina laboral y se dan indicación de persistir síntomas depresivos de consultar por urgencias se da control en un mes con recomendaciones, educación y signos de alarma.	
28/06/2019	JUNTA MEDICA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	EA: Paciente de 41 años con antecedentes de accidente ocurrido en abril de 2008. Paciente en horas laborales se	

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Suramericana
Transcripción esencial: “14/03/2017 Se trata de una paciente que cursa con dolor neuropático con síndrome de dolor complejo con cuadro depresivo con buena respuesta al ácido valproico y sertralina, fue valorada el 8 de marzo por cuidado polideportivo quien no alargó la incapacidad, se continúa manejo farmacológico, se dan recomendaciones laborales mientras es valorada por medicina laboral y se dan indicación de persistir síntomas depresivos de consultar por urgencias se da control en un mes con recomendaciones, educación y signos de alarma”

Como es posible evidenciar en la ilustración previa, la señora Emma Giovanna Cruz se encontraba tomando Sertrina, se encontraba en controles para el tratamiento de su trastorno, incluso había sido hospitalizada y su médico de cabecera le había generado incapacidades, por lo que es evidente

¹ Sertrina: MedilínePlus Medicinas (S.F.) Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a697048-es.html>

² Olanzapina: MedilínePlus Medicinas (S.F.) Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a601213-es.html>

que la asegurada conocía de dicha patología previo a la suscripción de la declaración de asegurabilidad y aun así no lo informó.

DÉCIMO. De conformidad con los registros que obran en el Dictamen Pericial, con anterioridad al perfeccionamiento de la póliza, la señora Emma Giovanna Cruz ya había sido diagnosticada con Síndrome de dolor regional tipo II. Lo anterior en virtud de que en el año 2008 había padecido de una enfermedad laboral, por lo que se precedió a realizar una osteotomía de acotamiento en cúbito y reconstrucción de ligamentos de la radio cubital-distal. Sin embargo, en el año 2011 la señora Emma inicia con dolores y se ordena realizar infiltraciones e incluso se realiza el procedimiento de Kapandji³, el cual tiene como objetivo aliviar el dolor. Tan es así, que el antecedente en mención tuvo injerencia el porcentaje de pérdida de capacidad laboral emitido el día 9 de mayo de 2019:

28/06/2019	JUNTA MEDICA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	mes con recomendaciones, educación y signos de alarma. EA: Paciente de 41 años con antecedentes de accidente ocurrido en abril de 2008. Paciente en horas laborales se le cae CPU de computador con lo cual presenta Fx de cubito y radio en epifisis inferior por lo cual requirió a los 20 días después del evento reducción abierta de esta la cual fue realizada en el año 2008. Posterior a esta le han realizado 4 intervenciones adicionales la ultima fue realizada en el año 2016. Hace referencia a un remplazo articular (reemplazo distal del cubito protesis de shecker), con complicaciones tipo acortamiento de cubito y osteomielitis. En relación al accidente laboral este al parecer no fue reportado por el empleador de manera oportuna. Paciente refiere haber realizado manejo rehabilitador con baja adherencia por presencial del dolor. Antecedentes personales: hipotiroidismo en manejo medicamentoso actual LTS 100 mg.. ANALISIS Y PLAN DE ATENCION. Paciente con cuadro comentado con Dx de Fx de epifisis inferior de cubito y radio izquierdo recibido reducción abierta con 4 intervenciones adicionales la ultima fue un remplazo particular de extremo distal del cubito protesis Sheker realizada en el 2016 con complicaciones tipo osteomielitis. Acortamiento de la diáfisis del cubito al parecer portadora de SDCR (dolor crónico intratable) + trastorno depresivo recurrente en junta medica realizada en EPS sanitas el día 28 de junio de 2019 se concluye: Valoración por medicina del dolor Ss/ gamagrafia osea de tres fases Ss/ ecografia de tejidos blandos de hombro, codo derecho Ss EMG y neuroconduccion del MSD Ss Rx panorámico de columna en adulto Ss Rx de muñeca y mano izquierda Control por fisioterapia con reporte de estudios solicitados Valoración por psiquiatria de la EPS para ajuste de tratamiento Ss psicoterapia por psicología EPS. DX Causalgia (G564) Dolor crónico intratable (R521) Fractura de la epifisis inferior del cubito y del radio (S526) izquierdo Otros estado postquirúrgicos especificados (Z988) Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente (F331) ETC.
------------	---	---

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Suramericana

Transcripción esencial: “ 28/06/2019 Acotamiento de la diáfisis del cubito al parecer portadora de SDCR (dolor crónico irritable) + trastorno depresivo recurrente en junta médica realizada en EPS sanitas el día 28 de junio de 2019 se concluye:

(...)

Dolor crónico irritable (R521)”

Como se evidencia en el registro previo, la señora Emma Giovanna Cruz padecía de Síndrome de dolor regional tipo II, lo cual tampoco fue informado a la Compañía mediante la declaración de asegurabilidad.

DÉCIMO PRIMERO. De conformidad con los registros de la Historia Clínica, se observa que con

³ Elsevier. La técnica de Sauvé-Kapandji en los trastornos de la articulación radiocubital distal. Revisión de 19 casos. Recuperado de [https://www.elsevier.es/es-revista-revista-sociedad-andaluza-traumatologia-ortopedia-130-articulo-la-tecnica-sauve-kapandji-trastornos-articulacion-13025095#:~:text=La%20t%C3%A9cnica%20de%20Sauv%C3%A9%20Kapandji%20consigue%20aliviar%20el%20dolor%20a,pseudoartrosis%20\(5%2C%2011\).](https://www.elsevier.es/es-revista-revista-sociedad-andaluza-traumatologia-ortopedia-130-articulo-la-tecnica-sauve-kapandji-trastornos-articulacion-13025095#:~:text=La%20t%C3%A9cnica%20de%20Sauv%C3%A9%20Kapandji%20consigue%20aliviar%20el%20dolor%20a,pseudoartrosis%20(5%2C%2011).)

anterioridad al perfeccionamiento de la póliza la señora Emma Giovanna Cruz ya había sido diagnosticado con Hipotiroidismo, la cual se encontraba en tratamiento:

28/06/2019	JUNTA MEDICA MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	EA: Paciente de 41 años con antecedentes de accidente ocurrido en abril de 2008. Paciente en horas laborales se le cae CPU de computador con lo cual presenta Fx de cubito y radio en epifisis inferior por lo cual requirió a los 20 días después del evento reducción abierta de esta la cual fue realizada en el año 2008. Posterior a esta le han realizado 4 intervenciones adicionales la ultima fue realizada en el año 2016. Hace referencia a un remplazo articular (reemplazo distal del cubito protesís de shecker), con complicaciones tipo acortamiento de cubito y osteomielitis. En relación al accidente laboral este al parecer no fue reportado por el empleador de manera oportuna. Paciente refiere haber realizado manejo rehabilitador con baja adherencia por presencal del dolor. Antecedentes personales: hipotiroidismo en manejo medicamentoso actual LTS 100 mg. ANALISIS Y PLAN DE ATENCION. Paciente con cuadro comentado con Dx de Fx de epifisis inferior de cubito y radio izquierdo recibido reducción abierta con 4 intervenciones adicionales la ultima fue un remplazo particular de extremo distal del cubito protesís Sheker realizada en el 2016 con complicaciones tipo osteomielitis. Acortamiento de la diáfisis del cubito al parecer portadora de SDRC (dolor crónico intratable) + trastorno depresivo recurrente en junta medica realizada en EPS sanitas el día 28 de junio de 2019 se concluye:
------------	---	---

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Suramericana
Transcripción esencial: “ 28/06/2019 Antecedentes personales: hipotiroidismo en manejo medicamentoso actual LTS 100mg”

Como es posible evidenciar en la ilustración previa, la señora Emma Giovanna Cruz se encontraba tomando levotiroxina que tiene como objeto tratar el hipotiroidismo, por lo que es evidente que la asegurada conocía de dicha patología previo a la suscripción de la declaración de asegurabilidad y aun así no lo informó.

DÉCIMO SEGUNDO. El día 10 de junio de 2014 se emitió un dictamen en donde se determinó una pérdida de capacidad laboral del 24.06%.

Dictamen # 52437033 de JNCI del 10/06/2014, donde se determinó PCL del 24.06% con FE 18/02/2014, con origen COMUN para los diagnósticos de fractura de otras partes del antebrazo e hipotiroidismo.

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Suramericana
Transcripción esencial: “Dictamen #52437033 de JNCI del 10/06/2014, donde se determinó PCL del 24.06% con FE 18/02/2014, con origen COMUN para los diagnósticos de fractura de otras partes del antebrazo e hipotiroidismo.”

Debe tenerse en consideración que desde el año 2014, es decir 5 años previo a la suscripción de la declaración de asegurabilidad ya se había emitido la primera calificación de pérdida de capacidad laboral de la señora Emma Giovanna Cruz y desde dicha oportunidad los antecedentes de fractura antebrazo e hipotiroidismo se encontraban diagnosticadas, pues como se evidencia en dicho extracto estas tuvieron injerencia en el porcentaje emitido. Situación que no fue puesta de presente a mi asegurada.

DÉCIMO TERCERO. El día 09 de mayo de 2019 se emitió un segundo dictamen en donde se determinó una pérdida de capacidad laboral del 40.5% de la señora Emma Giovanna Cruz:

Dictamen # 524370033-7868 de JNCI del 09/05/2019, donde se determinó PCL del 40.5% con FE del 06/04/2019 con Origen COMUN para los diagnósticos de Dolor crónico irritable, hipotiroidismo, secuelas de fractura de la muñeca y mano más Trastorno depresivo recurrente.

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Suramericana
Transcripción esencial: “*Dictamen #524370033-7868 de JNCI del 09/05/2019, donde se determinó PCL de 40.5% con FE del 06/04/2019 con Origen COMUN para los diagnósticos de Dolor crónico irritable, hipotiroidismo, secuelas de fractura de la muñeca y mano más Trastorno depresivo recurrente.*”

Debe tenerse en consideración que desde el año 2019, es decir 2 años previo a la suscripción de la declaración de asegurabilidad ya se había emitido la primera calificación de pérdida de capacidad laboral de la señora Emma Giovanna Cruz y desde dicha oportunidad los antecedentes de fractura de antebrazo, hipotiroidismo y dolor crónico irritable se encontraban diagnosticadas, pues como se evidencia en dicho extracto estas tuvieron injerencia en el porcentaje emitido. Situación que no fue puesta de presente a mi asegurada.

DÉCIMO CUARTO. Como quedó totalmente demostrado, con anterioridad al momento en que se perfeccionó el seguro de vida, la señora Emma Giovanna Cruz Cruz ya había sido diagnosticada con Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Síndrome de dolor regional tipo II y Trastorno mixto de ansiedad y depresión e incluso la señora Emma contaba con dos Dictámenes previos por estas enfermedades en donde se había calificado su pérdida de capacidad laboral en 40.5% y 24.06%. Sin embargo, a pesar de que conocía de la existencia de estas patologías toda vez que, además del diagnóstico, se encontraba en tratamiento médico respecto de ellas, no las informó a la compañía aseguradora durante la etapa precontractual. En tal virtud, debe darse aplicación al artículo 1058 del C.Co para declarar la nulidad del aseguramiento como consecuencia de la evidente reticencia de la asegurada.

C. OMISIÓN EN LA DECLARACIÓN DEL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO Y TRASCENDENCIA PARA LA ASEGURADORA

DÉCIMO QUINTO. Para cualquier compañía aseguradora de vida y en especial para mi representada, resulta totalmente relevante conocer que un potencial asegurado padece de Diabetes. Lo anterior, al ser una enfermedad crónica que se caracteriza porque el páncreas no produce suficiente insulina, por lo que las personas que lo padecen tienen un alto riesgo de desarrollar daños al corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones, nervios e incluso infartos al miocardio y accidentes cerebrovasculares⁴. Además, para el caso concreto, resulta totalmente claro que el riesgo derivado de la Diabetes se materializó, toda vez que fue determinante en la calificación

⁴ ¿Cuáles son las consecuencias frecuentes de la diabetes? Organización Panamericana de la Salud (2012) Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=4475&layout=blog&Itemid=40610&lang=es&limitstart=15#:~:text=C2%BFcuales%20son%20las%20consecuencias%20frecuentes,de%20miocardio%20y%20accidente%20cerebrovascular.

de la pérdida de capacidad laboral de la señora Emma Giovanna Cruz, a saber:

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TÍTULOS I Y II		
TÍTULO I CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE DEFICIENCIAS		
DESCRIPCIÓN	% ASIGNADO	CAPÍTULO, NUMERAL, LITERAL, TABLA
Deficiencia por trastorno del humor (trastorno mixto de ansiedad y depresión).	60.0	Cap. 13 - Tabla 13.2
Deficiencia por dolor crónico intratable / síndrome de dolor regional completo tipo II	20.0	Cap. 12 - Tabla 12.5
Deficiencia por patología de tiroides (hipotiroidismo controlado).	5.0	Cap. 8 - Tabla 8.6
Deficiencia por Diabetes Mellitus (HbA1c 6.1).	5.0	Cap. 8 - Tabla 8.10

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Suramericana
Transcripción esencial: *DESCRIPCIÓN: Deficiencia por Diabetes Mellitus (HbA 1c 61). % ASIGNADO: 5.0*

Del anterior fragmento es posible extraer que, la señora Emma Giovanna Cruz omitió declarar que padecía de Diabetes, enfermedad que es de gran relevancia por cuanto es uno de los antecedentes al cual le asignaron porcentaje para la calificación de la pérdida de capacidad laboral.

DÉCIMO SEXTO. Para cualquier compañía aseguradora de vida y en especial para mi representada, resulta totalmente relevante conocer que un potencial asegurado padece de Hipotiroidismo. Lo anterior, al ser una enfermedad que puede derivar insuficiencias cardíacas⁵. Además, para el caso concreto, resulta totalmente claro que el riesgo derivado del hipotiroidismo se materializó, toda vez que fue determinante en la calificación de la pérdida de capacidad laboral de la señora Emma Giovanna Cruz, a saber:

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TÍTULOS I Y II		
TÍTULO I CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE DEFICIENCIAS		
DESCRIPCIÓN	% ASIGNADO	CAPÍTULO, NUMERAL, LITERAL, TABLA
Deficiencia por trastorno del humor (trastorno mixto de ansiedad y depresión).	60.0	Cap. 13 - Tabla 13.2
Deficiencia por dolor crónico intratable / síndrome de dolor regional completo tipo II	20.0	Cap. 12 - Tabla 12.5
Deficiencia por patología de tiroides (hipotiroidismo controlado).	5.0	Cap. 8 - Tabla 8.6
Deficiencia por Diabetes Mellitus (HbA1c 6.1).	5.0	Cap. 8 - Tabla 8.10

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Suramericana
Transcripción esencial: *“DESCRIPCIÓN: Deficiencia por patología de tiroides (hipotiroidismo controlado) %ASIGNADO: 5.0.”*

⁵ Mayo Clinic. Hipotiroidismo. Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hypothyroidism/symptoms-causes/syc-20350284#:~:text=EI%20hipotiroidismo%20puede%20derivar%20en,conoce%20como%20colesterol%20%E2%80%9Cmal%20%E2%80%9D.>

Del anterior fragmento es posible extraer que, la señora Emma Giovanna Cruz omitió declarar que padecía de hipotiroidismo, enfermedad que es de gran relevancia por cuanto es uno de los antecedentes al cual le asignaron porcentaje para la calificación de la pérdida de capacidad laboral.

DÉCIMO SÉPTIMO. Para cualquier compañía aseguradora de vida y en especial para mi representada, resulta totalmente relevante conocer que un potencial asegurado padece de Dolor crónico intratable / síndrome de dolor regional completo tipo II. Lo anterior, al ser una enfermedad que puede derivar una atrofia o contractura⁶. Además, para el caso concreto, resulta totalmente claro que el riesgo derivado del hipotiroidismo se materializó, toda vez que fue determinante en la calificación de la pérdida de capacidad laboral de la señora Emma Giovanna Cruz, a saber:

TÍTULO I CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE DEFICIENCIAS		
DESCRIPCIÓN	% ASIGNADO	CAPÍTULO, NUMERAL, LITERAL, TABLA
Deficiencia por trastorno del humor (trastorno mixto de ansiedad y depresión).	60.0	Cap. 13 - Tabla 13.2
Deficiencia por dolor crónico intratable / síndrome de dolor regional completo tipo II	20.0	Cap. 12 - Tabla 12.5
Deficiencia por patología de tiroides (hipotiroidismo controlado).	5.0	Cap. 8 - Tabla 8.6
Deficiencia por Diabetes Mellitus (HbA1c 6.1).	5.0	Cap. 8 - Tabla 8.10

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Suramericana

Transcripción esencial: “DESCRIPCIÓN: Deficiencia por dolor crónico irritable / síndrome de dolor regional completo tipo II %ASIGNADO: 20.0.”

Del anterior fragmento es posible extraer que, la señora Emma Giovanna Cruz omitió declarar que padecía de dolor crónico irritable, enfermedad que es de gran relevancia por cuanto es uno de los antecedentes al cual le asignaron porcentaje para la calificación de la pérdida de capacidad laboral.

DÉCIMO OCTAVO. Para cualquier compañía aseguradora de vida y en especial para mi representada, resulta totalmente relevante conocer que un potencial asegurado padece trastorno del humos. Lo anterior, al ser una enfermedad que puede derivar complicaciones de concentración y desenvolvimiento. Además, para el caso concreto, resulta totalmente claro que el riesgo derivado del trastorno se materializó, toda vez que fue determinante en la calificación de la pérdida de capacidad laboral de la señora Emma Giovanna Cruz, a saber:

⁶ Mayo Clinic. Síndrome de dolor regional complejo. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/crps-complex-regional-pain-syndrome/symptoms-causes/syc-20371151>

6. FUNDAMENTOS PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL - TÍTULOS I Y II		
TÍTULO I CALIFICACIÓN / VALORACIÓN DE DEFICIENCIAS		
DESCRIPCIÓN	% ASIGNADO	CAPÍTULO, NUMERAL, LITERAL, TABLA
Deficiencia por trastorno del humor (trastorno mixto de ansiedad y depresión).	60.0	Cap. 13 - Tabla 13.2
Deficiencia por dolor crónico intratable / síndrome de dolor regional completo tipo II	20.0	Cap. 12 - Tabla 12.5
Deficiencia por patología de tiroides (hipotiroidismo controlado).	5.0	Cap. 8 - Tabla 8.6

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Suramericana

Transcripción esencial: “DESCRIPCIÓN: Deficiencia por trastorno del humor (trastorno mixto de ansiedad y depresión) %ASIGNADO: 60.0.”

Del anterior fragmento es posible extraer que, la señora Emma Giovanna Cruz omitió declarar que padecía de trastorno del humor, enfermedad que es de gran relevancia por cuanto es uno de los antecedentes al cual le asignaron porcentaje para la calificación de la pérdida de capacidad laboral.

DÉCIMO NOVENO. Para cualquier compañía aseguradora de vida y en especial para mi representada, resulta totalmente relevante conocer que un potencial asegurado ha sido calificada su pérdida de capacidad laboral previo a la celebración del contrato de Seguro. Lo anterior, debido a que esta persona por sus múltiples antecedentes patológicos se ve impedida para desarrollar actividades laborales. Maxime cuando en el presente caso los padecimientos de fractura de antebrazo, hipotiroidismo y dolor crónico irritable fueron tenido en cuenta para el porcentaje de pérdida de capacidad laboral que se presentó con la solicitud de indemnización y para los dictámenes emitidos en los años 2014 y 2019:

<p>Calificaciones previas: SI.</p> <p>Dictamen # 524370033-7868 de JNCI del 09/05/2019, donde se determinó PCL del 40.5% con FE del 06/04/2019 con Origen COMUN para los diagnósticos de Dolor crónico intratable, hipotiroidismo, secuelas de fractura de la muñeca y mano más Trastorno depresivo recurrente.</p> <p>Dictamen # 52437033 de JNCI del 10/06/2014, donde se determinó PCL del 24.06% con FE 18/02/2014, con origen COMUN para los diagnósticos de fractura de otras partes del antebrazo e hipotiroidismo.</p>
--

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Suramericana

Transcripción esencial: “Dictamen #524370033-7868 de JNCI del 09/05/2019, donde se determinó PCL de 40.5% con FE del 06/04/2019 con Origen COMUN para los diagnósticos de Dolor crónico irritable, hipotiroidismo, secuelas de fractura de la muñeca y mano más Trastorno depresivo recurrente.

Dictamen #52437033 de JNCI del 10/06/2014, donde se determinó PCL del 24.06% con FE 18/02/2014, con origen COMUN para los diagnósticos de fractura de otras partes del antebrazo e hipotiroidismo.”

Del anterior fragmento es posible extraer que, la señora Emma Giovanna Cruz omitió declarar que ya había sido calificada previo a la celebración del contrato de seguro y que incluso las enfermedades que incidieron en el dictamen emitido 20 de febrero de 2021 también obtuvieron porcentaje en las otras dos calificaciones del 2014 y 2019.

VIGÉSIMO. La relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados por el asegurado no solamente se acredita a partir de la naturaleza y envergadura de la patología no informada. Adicionalmente, la Corte Suprema de Justicia fue totalmente clara al exponer que la relevancia para la compañía de seguros de las enfermedades ocultadas se demuestra también a partir del mismo formulario de asegurabilidad. Es decir, si dentro de aquel cuestionario se encuentra una pregunta expresa frente a un antecedente de salud que no fue revelado inicialmente, evidentemente tal preexistencia es importante para determinar el verdadero estado del riesgo. La Corte analizó sobre este particular lo que a continuación se expone:

*"pues es ostensible que para reconocer la nulidad relativa del contrato de seguro de vida materia de la controversia, el ad quem no exoneró a la demandada del deber de acreditar la totalidad de los elementos axiológicos de dicha sanción sustancial, en particular, que otro hubiese sido su comportamiento negocial, en el supuesto de haber conocido los hechos constitutivos de la reticencia del asegurado, exigencia que, **se repite, tuvo por satisfecha con base, de un lado, en el contenido mismo de la declaración de asegurabilidad y, de otro, en la naturaleza de la información alterada, elementos de juicio con base en los cuales coligió que SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. no habría celebrado el contratado base de la acción, o que las condiciones del mismo habrían sido más onerosas**, de haber sabido que el asegurado consumía alcohol y "drogas estimulantes", que había sido sometido a tratamientos de rehabilitación respecto de esas conductas, que no era empleado, sino reciclador e indigente, y que no devengaba el salario que declaró como ingreso" ⁷ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

VIGÉSIMO PRIMERO. Siguiendo la tesis fijada por la Corte Suprema de Justicia en su jurisprudencia, es indefectible que tanto la enfermedad de Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Síndrome de dolor regional tipo II, Trastorno mixto de ansiedad y depresión e incluso la señora Emma contaba con dos Dictámenes previos por estas enfermedades en donde se había calificado su pérdida de capacidad laboral en 40.5% y 24.06% son antecedentes totalmente relevantes para mi representada. Lo anterior, no solo por su envergadura y características médicas como fue explicado, sino, además, debido a que la Aseguradora Solidaria de Colombia EC indagó expresamente por su existencia a través del cuestionario de salud que le formuló a la señora Emma

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 16 de diciembre de 2016. MP. Dr. Álvaro Fernando García Restrepo. Radicado 05001-31-03-017-2009-00438-01.

CLAUSULA DE EXTRAPRIMA AUTOMATICA

LA COMPAÑÍA ACEPTA LA APLICACIÓN DE UNA EXTRA PRIMA AUTOMÁTICA DE ACUERDO CON EL PORCENTAJE ESTABLECIDO EN EL SIGUIENTE CUADRO DE ENFERMEDADES Y QUE DECLAREN UNA SOLA DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS:

ASEGURADOS ENTRE LOS 18 Y 75 AÑOS MÁS 364 DÍAS, CUYO VALOR ASEGURADO SEA INFERIOR O IGUAL A \$300,000,000.

PATOLOGIA	% DE EXTRAPRIMA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	25%
DIABETES	25%
COLESTEROL	25%
TRIGLICÉRIDOS	0%

Conforme al extracto previo, es claro que la Compañía no hubiera omitido el aseguramiento de una persona que contestara asertivamente alguna de las preguntas acerca de patologías dentro del formulario de asegurabilidad. No obstante, si contestaba de forma afirmativa padecer diabetes, la Aseguradora Solidaria de Colombia procedería a extraprimar en un 25%

VIGÉSIMO CUARTO. En el mismo sentido, dentro del clausulado de la póliza se encuentra contenida la cláusula de causalidad, la cual señala que en los eventos de reticencia o inexactitud en la declaración de asegurabilidad, la Compañía de Seguros procederá a pagar el saldo insoluto de la obligación siempre y cuando la causa de la incapacidad total y permanente no sea coincidente con la inexactitud o reticencia en la que incurrió el deudor:

CLAUSULA DE CAUSALIDAD

SE ESTABLECE QUE EN LOS EVENTOS DE INEXACTITUD O RETICENCIA EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, LA ASEGURADORA INDEMNIZARA LOS SALDOS INSOLUTOS AL BANCO FINANADINA DE AQUELLOS SINIESTROS CUYA CAUSA DE MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO SEA COINCIDENTE CON LA INEXACTITUD O RETICENCIA EN QUE INCURRIÓ EL DEUDOR.

PARA LO ANTERIOR SE ESTIPULA UN VALOR MÁXIMO ANUAL DE \$1.000.000.000 PARA LA PRIMERA ANUALIDAD Y DE \$

Documento: Condiciones generales de la póliza vida grupo deudor

Transcripción esencial: “CLAUSULA DE CAUSALIDAD

SE ESTABLECE QUE EN LOS EVENTOS DE INEXACTITUD O RETICENCIA EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, LA ASEGURADORA INDEMNIZARA LOS SALDOS INSOLUTOS AL BANCO FINANADINA DE AQUELLOS SINIESTROS CUYA CAUSA DE MUERTE O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE NO SEA COINCIDENTE CON LA INEXACTITUD O RETICENCIA EN QUE INCURRIÓ EL DEUDOR.”

Conforme a lo anterior, es claro que la Compañía de Seguros no deberá proceder con el pago alguno de la indemnización en tanto las enfermedades de Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Síndrome de dolor regional tipo II, Trastorno mixto de ansiedad y depresión tuvieron incidencia en el porcentaje asignado por Suramericana para calificar la pérdida de capacidad laboral de la señora Emma Giovanna Cruz.

VIGÉSIMO QUINTA. En síntesis, teniendo en cuenta la trascendencia médica de la enfermedad Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Síndrome de dolor regional tipo II, Trastorno mixto de ansiedad y depresión así como la pregunta expresa sobre estos antecedentes en los formularios de

asegurabilidad que suscribió la asegurada, además de que en el propio Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral se evidencia que estos fueron la causa de su invalidez; Es totalmente claro que si la Aseguradora Solidaria de Colombia EC hubiera conocido de la existencia de estas enfermedades durante la etapa precontractual, claramente se habría abstenido de asegurar a la señora Emma Giovanna Cruz.

VIGÉSIMA SEXTA. En conclusión, se encuentra totalmente demostrado que la señora Emma Giovanna Cruz primero, sufría de Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Síndrome de dolor regional tipo II, Trastorno mixto de ansiedad y depresión con anterioridad al perfeccionamiento de la póliza e incluso había sido calificada en dos oportunidades previo a la celebración del negocio asegurativo. Segundo, omitió informar de estos antecedentes a mi representada durante la etapa precontractual, toda vez que en el formulario de asegurabilidad no informó que había sido diagnosticado con semejantes enfermedades. Tercero, que si la Compañía de Seguros hubiera conocido de estas patologías en el momento oportuno, las mismas la habrían conducido a no asegurar al potencial cliente. En consecuencia, dado que se reúnen los presupuestos consagrados en el artículo 1058 del C.Co., debe declararse la nulidad relativa del contrato de seguro.

IV. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Son fundamentos de derecho la Constitución Política de Colombia, especialmente, el artículo 83 relativo al principio de buena fe, el Código Civil y el Código de Comercio principalmente en sus artículos 1058 y 1059.

- **Fundamentos jurídicos relacionados con la nulidad relativa del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.**

En términos generales, la nulidad del seguro con base en la reticencia del asegurado 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 informar claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin

que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**⁸. (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. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. La Corte Constitucional en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

Es claro que la Corte Constitucional, en su sentencia en la que decide sobre una tutela, es

⁸ 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.

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 escutar 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.”⁹ (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.”¹⁰ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

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

Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.

⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003- 00400-01.

¹⁰ 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.

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.¹¹” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

No obstante y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C.Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

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

¹¹ 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.

*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.*** (Subrayada y Negrita fuera de texto)

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.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima buena fe, 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.
- **Fundamentos jurídicos que acreditan que la mala fe no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia en el contrato de seguro.**

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

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad

que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”.¹² (negrilla y subrayas fuera del texto)”

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹³, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

*“Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», **ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».**”*
(Subrayada y Negrita por fuera de texto)

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

¹² 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.

¹³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co, ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**”.* (Subrayado fuera del texto original)

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de retención de la asegurada, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de éste último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) la asegurada 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.

- **Fundamentos jurídicos que acreditan que no existe 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.

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

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

El citado artículo demuestra que es facultad de las aseguradoras la realización de exámenes médicos a sus clientes para verificar que la información otorgada por los mismos en la declaración de asegurabilidad es veraz, pues esta carga precontractual a cargo del tomador tiene estrecha relación con el principio de la ubérrima bona fidei, la razón de esto es que, en el contrato de seguros la compañía aseguradora no puede asumir los riesgos sin conocer el grado de peligrosidad que estos encierran, y la única fuente de conocimiento del estado del riesgo que el asegurador tiene es precisamente, la información que otorga el tomador, ya que se presupone que él tiene contacto directo con el mismo.

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

Por su parte, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta

contestación, de la siguiente manera:

*“Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, **deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio** que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.*

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, **obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida.** Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico¹⁴.*

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 fundamentales¹⁵. 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 conocer¹⁶”. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

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

¹⁴ 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.”

¹⁵ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹⁶ 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.

“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al 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)¹⁷

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁴, 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***

¹⁷ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerezo Pérez. 14 Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

inconsistencias en lo que aquel reporta.

(...)

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

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

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, **sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...**”¹⁸*
(subrayado fuera del texto original).

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en Sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Arturo Díaz Murillo expediente 2016-0318 en relación a la realización de exámenes médicos por parte de las aseguradoras manifestó lo que a continuación se transcribe:

“Así las cosas no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o requerir la Historia clínica de la asegurada para verificar una enfermedad o condición que al momento de diligencia la solicitud sin salvedad manifestó la asegurada no padecer o ratificar un estado del riesgo que fue declarado bajo el supuesto ubérrima bona fidei”

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

¹⁸ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

A la luz de las normas y el precedente judicial citado aunado al análisis del acervo probatorio se tiene que **la omisión de la información sobre el estado de salud tiene gran injerencia en el contrato de seguro cuyo cumplimiento persigue, y es que se aseveró por la actora que su esposo había informado a la entidad aseguradora las enfermedades que padecía, por el contrario de la solicitud denominada certificado individual, se extrae que el demandante suscribió el documento sin reparo alguno en su contenido, por lo que avaló con su firma las manifestaciones allí contenidas**, esto es, que su estado de salud era bueno, pese que las historias clínicas allegadas al plenario desmentían tal afirmación.

Se tiene que el demandante diligencia la declaración de asegurabilidad con el fin de ser incluido en la póliza de vida grupo deudores, luego al momento de adquirir el crédito fue indagado sobre su estado de salud, y manifestó gozar de un buen estado de salud, sobre el particular, debe señalarse que previo a suscribirse el contrato de seguro, el tomador está en la obligación de declarar los hechos y circunstancias que rodean su estado del riesgo con el fin de que se pueda dar a conocer su extensión y otorgar un consentimiento que no se encuentre errado: con motivo de la declaración en cita **se le permite a la aseguradora valorar oportunamente la conveniencia del riesgo para asumirlo o abstenerse de hacerlo de acuerdo con los presupuestos técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia en virtud de la libertad contractual, así las cosas en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias jurídicas que identifican el riesgo moral y subjetivo y el físico objetivo que inciden en el juicio del asegurador de tal manera que si se omiten o no corresponden a la realidad el contrato estaría sujeto a la ascensión legal de nulidad**" (Subrayado y negrita fuera de texto)

Por lo anterior, no es admisible que los operadores judiciales y el extremo activo pretendan que, por cada contrato de seguro se realice un examen médico, pues es impensable y poco práctico, debido a que el funcionamiento de los contratos de seguro se perfecciona por prácticas distintas.

Lo anterior en virtud a que, si fuera obligación de las aseguradoras la realización de estos exámenes médicos, se omitiría la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad y no tendría fundamento alguno el artículo 1058 del Código de Comercio, que prevé la reticencia como causal relativa del contrato de seguro cuando el asegurado/tomador no declara el verdadero estado del riesgo, en otras palabras, dejaría de ser una obligación contractual para la parte asegurada declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, situación inviable para el presente negocio jurídico, pues la piedra angular de este tipo contractual es la UBERRIMA BUENA FE "BONA FIDES.

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

- **Fundamentos jurídicos que acreditan que no es necesaria la relación de causalidad entre la reticencia e inexactitud y la causa del siniestro**

En Colombia es factible señalar mediante la ley, jurisprudencia y doctrina que, no es necesaria la relación causal entre los factores que constituyen la inexactitud, reticencia o informaciones no sinceras del asegurado con la causa del siniestro, para que se configure la sanción de nulidad relativa o anulabilidad del contrato.

Dicho de otra manera, una puede ser la razón u origen de la patología que ocultó el asegurado para concurrir a celebrar el contrato y otra sustancialmente diferente la causa del siniestro, para que de todas maneras aflore la sanción de nulidad relativa del contrato, como quien oculta un problema cardíaco y luego de celebrado el contrato de seguro, fallece por un accidente de tránsito, caso en el cual, indefectiblemente una vez atendida la carga probatoria que cobija a la aseguradora, se producirán los efectos de la nulidad relativa del contrato.

En palabras del tratadista Andrés Ordoñez:

“surge con frecuencia la pregunta de si las sanciones derivadas de la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo solamente proceden en la medida en que el siniestro que afecta la cobertura del seguro esté relacionada con ellas, o si, por el contrario, esas sanciones proceden independientemente de la causa que haya dado lugar al siniestro. Frente a la legislación colombiana, es indudable que ocurre esto último. Definitivamente el artículo 1058 C. Co., no exige en ningún momento que esa relación exista para que se produzca la nulidad del contrato o la reducción de la prestación del asegurador, como consecuencias características de la inexactitud o reticencia relevantes en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador.”

Asimismo, la Corte Constitucional al respecto de la relación de causalidad ha manifestado lo siguiente:

“Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostiene los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.”¹⁹

Como bien se ha dicho, la relación de causalidad entre la reticencia y el origen del siniestro no es un requisito para que se configure la nulidad relativa del contrato de seguro, en consecuencia, para el presente caso, se configura la sanción consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio así la asegurada haya quedado inválida por causas distintas a los antecedentes patológicas omitidos en la declaración de asegurabilidad.

V. COMPETENCIA Y CUANTÍA

En la presente solicitud de conciliación no se fija cuantía toda vez que el objetivo que se persigue es que se declare la nulidad relativa del contrato de seguro. Sin perjuicio de lo expuesto, debe decirse que el competente será el Juez Civil del Circuito, por tratarse de la solicitud de nulidad de un contrato de seguro y siendo este un asunto que no se encuentra atribuido a otro juez, deberá darse aplicación a lo establecido en el numeral 11 del artículo 20 del Código General del Proceso.

VI. MEDIOS DE PRUEBA

- I. Solicitud individual suscrita por la señora Emma Giovanna Cruz el día 20 de febrero de 2021
- II. Carátula de la Seguro de Vida Grupo Deudores No. 994000000002 que amparó la obligación financiera No. 1150905598
- III. Condicionado general Póliza Vida Grupo Deudores
- IV. Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral emitido por Suramericana
- V. Comunicación del 07 de septiembre de 2022 emitida por la Aseguradora Solidaria de Colombia EC

VII. ANEXOS

- a. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
- b. Poder especial debidamente conferido al suscrito.
- c. Certificado de Existencia y Representación Legal de la Aseguradora Solidaria de Colombia

¹⁹ Corte Constitucional, Sentencia C.232/1997, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía. Expediente D-1485.

EC.

VIII. NOTIFICACIONES

El suscrito, en la Calle 69 No. 4-48 oficina 501 de la ciudad de Bogotá o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

Mi mandante recibirá notificaciones en la Cl 100 No. 9 A -45 P 12 de la ciudad de Bogotá D.C, con correo electrónico para notificaciones judiciales notificaciones@solidaria.com.co.

Lo convocados recibirán notificaciones en:

BANCO FINANDINA SA BIC en el Km 17 Cr Central Del Norte Vereda de Fusca en el Municipio de Chía (Cundinamarca) y al correo electrónico notificacionesjudiciales@bancofinandina.com.

EMMA GIOVANNA CRUZ CRUZ en la Calle 6 N°6-10 del Municipio de Zipaquirá en el Departamento de Cundinamarca y al correo electrónico egiova396@gmail.com.

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.