

Señor(es)

LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA

NIT: 860-028-415-5

REFERENCIA: SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN

ASEGURADO: DOMINGO ARDILA FIGUEREDO (Q.E.P.D.)

PÓLIZA: AA001272

RECLAMO. 119894-10243521

OBLIGACIÓN. 210000167216

CARMELA AYALA MENESES, identificada con cédula de ciudadanía número 63'431.072 de Floridablanca, mayor de edad, domiciliada y residente en Barrancabermeja, en calidad de cónyuge supérstite del asegurado DOMINGO ARDILA FIGUEREDO (Q.E.P.D.) quien en vida se identificó con la cédula de ciudadanía número 13'805.273 de Bucaramanga, por medio del presente documento solicito se reconsidere la decisión adoptada por parte de la aseguradora de objetar el pago del seguro de vida deudores, sobre la obligación número 210000167216 que el asegurado tenía con MIBANCO S.A., conforme los siguientes:

MOTIVOS DE INCONFORMIDAD

Una vez leída la decisión de la aseguradora, mediante la cual objeta el pago del seguro de vida deudores amparado por la póliza AA001272, se evidencian diferentes inconsistencias principalmente en relación al tiempo tomado por la aseguradora para emitir respuesta de la reclamación presentada formalmente el pasado 13 de diciembre de 2021, además de las falencias en los argumentos utilizados para eximirse de la responsabilidad contractual que les asiste, por lo que de forma independiente se abordarán cada una de estas de la siguiente manera: (i) la supuesta historia clínica mediante la cual se basan para tomar la decisión, no fue suministrada, ni se encuentra en poder de ninguno de los familiares del señor DOMINGO ARDILA FIGUEREDO (Q.E.P.D.), (ii) no se configura el fenómeno de la reticencia en base a los postulados previstos en la normativa legal vigente, (iii) el señor DOMINGO ARDILA FIGUEREDO (Q.E.P.D.) no tenía diagnóstico ni recibía ningún tipo de tratamiento médico por parte de su EPS ni por ninguna otra entidad prestadora de servicios de salud por problemas de hipertensión, (iv) no se demostró el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la causa del siniestro, (v) no se demuestra mediante el documento allegado por la aseguradora la existencia de mala fe por parte del asegurado y (vi) es evidente la arbitrariedad con la que actúa la aseguradora, por su

posición natural de parte dominante en el contrato que tiene frente a los beneficiarios finales del seguro; reunidas las razones que motivan la presentación de la solicitud de reconsideración, se hace necesario sustentar cada una de estas mediante argumentos de hecho y derecho que buscan el reconocimiento del pago del seguro de vida deudores, toda vez que es claro el mínimo y sesgado análisis realizado y aportado por la aseguradora para la toma de una decisión de tal magnitud, que afecta sin lugar a duda los intereses y derechos de los miembros de la familia del asegurado. Siendo suficientes para la reconsideración las razones enunciadas previamente, las cuales soportan la presente solicitud:

(I) INCONSISTENCIAS EN LOS TIEMPOS DE RESPUESTA A LA RECLAMACIÓN PRESENTADA:

Es menester ahondar en lo preceptuado en el artículo 1053 del Código de Comercio, en el que se mencionan los casos en los cuales la póliza presta mérito ejecutivo, siendo uno de estos el haber “(...) 3) *Transcurrido un mes contado a partir del día en el cual el asegurado o el beneficiario o quien los represente, entregue al asegurador la reclamación aparejada de los comprobantes que, según las condiciones de la correspondiente póliza, sean indispensables para acreditar los requisitos del artículo 1077, sin que dicha reclamación sea objetada de manera seria y fundada.*” Así como lo contenido en el artículo 1080 ibidem, relacionado con los tiempos de respuesta exigidos por ley a las aseguradoras, en el que se lee: “*El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.*”.

Tenidas en cuenta las anteriores previsiones, es notorio como la aseguradora tras haber transcurrido un mes desde que se acreditó mediante reclamación formal junto con los respectivos documentos que soportan el siniestro, no dio respuesta, pues la reclamación fue presentada por orientación de funcionarias de la sucursal de MIBANCO S.A. de Barrancabermeja, de forma física el pasado 14 de diciembre de 2021, documento que fue sellado y firmado por la funcionaria de la entidad financiera JOHANA PALOMINO.

Ante la ausencia de la respuesta de la aseguradora, procedimos a solicitar información en las oficinas de MIBANCO S.A. pasados unos días, pero la respuesta siempre fue que la aseguradora ya estaba en el proceso de revisión de los documentos, situación que fue acreditada al entregarnos una carta con fecha 27 de diciembre de 2021, en la que se lee en su segundo párrafo lo siguiente:

Con el propósito de atender su solicitud ponemos en su conocimiento que una vez fueron recibidos los documentos procedimos a radicarlos ante la compañía aseguradora con la finalidad de dar traslado de su solicitud de amparo de póliza, no obstante, es importante señalar que el estudio de la solicitud únicamente es competencia de la compañía aseguradora, por lo cual el análisis definitivo del caso no es potestativo de BANCOMPARTIR S.A. HOY MIBANCO S.A. sin embargo, en caso de necesitar información adicional sobre nuestra gestión, la invitamos a que se comunique con el área de seguros del banco al número de teléfono 31 43607774.

Informándonos a través de este documento que la documentación completa junto con la reclamación entregada en las oficinas de MIBANCO S.A. en la ciudad de Barrancabermeja, fue radicada una vez se recibieron los documentos, es decir el 14 de diciembre de 2021, no obstante, la objeción fue presentada por la aseguradora de forma extemporánea conforme a los términos de ley, pues data del 09 de febrero de 2022. Lo que quiere decir que, al haber guardado silencio la aseguradora durante los treinta días siguientes a la presentación de la reclamación esta llamada a cumplir con el pago del saldo insoluto de la deuda tal como se contrató.

(II) LA SUPUESTA HISTORIA CLÍNICA MEDIANTE LA CUAL SE BASAN PARA TOMAR LA DECISIÓN, NO FUE SUMINISTRADA, NI SE ENCUENTRA EN PODER DE NINGUNO DE LOS FAMILIARES DEL SEÑOR DOMINGO ARDILA FIGUEREDO (Q.E.P.D.):

Atendiendo lo argumentado por parte de la aseguradora para objetar el pago de la póliza, llama poderosamente la atención que tengan en su poder una historia clínica del año 2005, a la cual no le han dado acceso a los familiares, ni siquiera mediante una petición formal realizada a la de ese entonces EPS del señor DOMINGO ARDILA FIGUEREDO (Q.E.P.D.), la cual además se encuentra liquidada en el departamento de Santander y por tratarse de un documento con una antigüedad superior a quince años, así mismo la ley no obliga a conservar por estos periodos de tiempo esta información a las entidades prestadoras del servicio de salud, lo que permite fácilmente inferir que de existir dicho documento, el mismo ya estaba en poder de la aseguradora, sin embargo esta nunca se pronunció al respecto durante el tiempo que ha tenido vigencia el contrato de seguro, esperando estratégicamente el momento del siniestro para sustraerse de su obligación contractual de cubrir el valor del saldo insoluto de la deuda adquirida por el asegurado, es evidente el actuar de mala fe, el

cual ha sido castigado en innumerables oportunidades por la Corte Constitucional, mediante diversos pronunciamientos que se relacionaran más adelante.

Ningún miembro de la familia del asegurado, tiene en su poder la supuesta HISTORIA CLINICA DE IPS BARRANCABERMEJA a la que hace referencia la aseguradora en la objeción presentada, tampoco han brindado autorización a terceros para que accedan a registros médicos diferentes a la epicrisis suministrada voluntariamente, siendo este un documento privado sometido a reserva de acuerdo a lo previsto en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, en el que prevé: *“La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley.”*(cursiva de mi autoría), no se entiende por qué se encuentra en manos de terceros y se desconocen los motivos por los cuales funcionarios de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA se valen de este para emitir una decisión que vulnera los intereses y derechos de los familiares del asegurado.

Así mismo se encuentran vulnerados por parte de la aseguradora los derechos previstos en la Ley de Habeas Data 1581 de 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales, estableciendo en su artículo 5: *“Datos sensibles. Para los propósitos de la presente ley, se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición **así como los datos relativos a la salud**, a la vida sexual y los datos biométricos”* (Negrilla, subrayado y cursiva de mi autoría), pues de acuerdo a lo evidenciado en el escrito recibido por parte de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA con fecha 09 de diciembre de 2022, esta entidad se encuentra manipulando información sensible, que conserva el carácter de privada y que además tiene reserva legal, sin mediar previa autorización de los titulares del derecho. Además la usan con ánimos de evadir su responsabilidad contractual.

Tal es el grado de arbitrariedad y vulneración al debido proceso que ni siquiera suministraron el documento al que hacen referencia y el único con el que sustentan la objeción formulada, precisamente porque puede no existir dicho documento o de contar con este no fue obtenido por medio de un conducto regular legal que garantice la veracidad, autenticidad y legalidad del mismo, pues no fue proporcionado por los que tienen la competencia de suministrarlo siendo así fácilmente adulterado en favor de los intereses de la compañía de seguros, máxime cuando ningún miembro de la familia del asegurado con los que este convivía

diariamente (esposa e hijos) respalda el hecho de que existía una patología preexistente, es más ni siquiera su propia EPS, pues no tenía ninguna formulación medica vigente que tratara tal condición.

(III) NO SE CONFIGURA EL FENÓMENO DE LA RETICENCIA EN BASE A LOS POSTULADOS PREVISTOS EN LA NORMATIVA LEGAL VIGENTE:

La decisión de la aseguradora está fundada exclusivamente en que se presentó la figura de la reticencia, ya que según estos en el documento precitado anteriormente se evidencia un supuesto diagnóstico de hipertensión esencial primaria en el año 2005, del que aseguran el señor DOMINGO ARDILA FIGUEREDO (Q.E.P.D) tenía pleno conocimiento pero no lo hizo saber al momento de celebrar el contrato de seguro, no obstante resulta contradictorio desde la postura legal adoptada en la decisión de objetar la reclamación, que al momento de solicitar que se haga efectiva la póliza para el cubrimiento de la obligación con MIBANCO S.A. utilicen como una jugada estratégica, una historia clínica que se encuentra única y exclusivamente en poder de la aseguradora, la cual no fue aportada en ningún momento por el asegurado ni ninguno de los miembros de su familia, pues ni los mismos familiares han tenido acceso a este documento privado sometido a reserva; lo que nos permite inferir fácilmente que el actuar de la aseguradora es malintencionado y arbitrario pues de existir dicha historia clínica y por ende el supuesto antecedente médico, esta circunstancia era de pleno conocimiento de la aseguradora quienes hoy son los únicos que poseen dicha información y por ende al no existir pronunciamiento previo dirigido al asegurado en vida para declarar la nulidad del contrato de seguro, este silencio durante el curso del contrato se entiende como una manifestación tacita de aceptación de dicha circunstancia por parte de la aseguradora, en razón a lo anterior se da aplicación estricta al inciso cuarto del artículo 1058 del Código de comercio, que prevé: *“Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.”* (Negrilla, subrayado y cursiva de mi autoría), por consiguiente habría lugar al reconocimiento del pago del seguro para saldar la obligación que se tiene con la entidad financiera.

Aunado lo anterior en esta instancia la empresa de seguros no puede eximirse de la responsabilidad contractual que le asiste, pues ha percibido el pago de la prima estipulada por ellos mismos, sin realizar ningún tipo de objeción, pues como se argumentó en líneas anteriores en este momento son los únicos que poseen la

información con la que sustentaron la respuesta a la reclamación, ni siquiera la EPS del asegurado tiene tal diagnóstico, por lo que permite inferir que el documento que usan para respaldar la supuesta reticencia es falso o simplemente no existe y en caso de existir debe tratarse de información poco confiable por el modo en el que la obtuvieron, además avizoraría pleno conocimiento de la patología preexistente por parte de la aseguradora de forma previa a la ocurrencia del siniestro.

En esta materia la Corte Constitucional se ha pronunciado sobre los deberes que tienen las aseguradoras, al momento de celebrar contratos con particulares, algunos de estos se encuentran enunciados en la Sentencia T-222 de 2014, en la que se dijo: **“la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro. La Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora, pues en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades (...).** (Negrilla, cursiva y subrayado de mi autoría) Resulta claro entonces que la etapa de reclamación no es la idónea para argumentar la reticencia por preexistencias, mucho menos si se omitió el deber de realizar exámenes médicos previos a la celebración del contrato, tratándose de un adulto mayor al momento de la adquisición de los productos financieros, resulta realmente indispensable practicarlos, así las cosas se puede entender que la aseguradora consintió todo tipo de riesgo y decidió de forma libre y voluntaria asegurarlo, por lo que no existe responsabilidad ni un actuar de mala fe por parte del asegurado y en consecuencia hay lugar al pago del seguro de vida deudores, por intermedio de la afectación a la póliza referenciada.

Así mismo ha señalado la Corte Constitucional en Sentencia T-658 de 2017, que: *(...) cuando se trata de casos que involucran el contrato de seguro de vida deudores, por la relación de asimetría de las partes en este tipo de negocios que se refleja, por un lado, en la posición dominante de la aseguradora y de otro, por la indefensión del asegurado, quien se obliga a aceptar las cláusulas del mencionado contrato para garantizar el crédito adquirido con una entidad financiera, la negativa de las aseguradoras a pagar la indemnización pactada en el acuerdo de voluntades puede devenir en la afectación del derecho fundamental al debido proceso del asegurado.* (Subrayado y cursiva de mi autoría) Situación que es latentemente evidente en el caso que nos ocupa, donde el actuar de la aseguradora es arbitrario aprovechándose de su posición dominante frente al consumidor financiero y beneficiarios finales del seguro, por lo que merece inmediata intervención del órgano de control, pues no solo vulnera la órbita personal de sus clientes, sino además va en contravía de los derechos fundamentales, previstos en la Constitución Política de Colombia.

Llama poderosamente la atención, que pese a la experiencia de la aseguradora con este tipo de casos, se valgan de artimañas para evadir la responsabilidad de cumplir con su deber contractual, pese a que la jurisprudencia ha ahondado en el tema y ha dado pautas concretas que se deben seguir en casos de similar naturaleza como el que hoy nos ocupa, siendo importante resaltar lo que la Corte Constitucional en su Sentencia T-222 de 2014, establece: “(...) *reticencia no es sinónimo de preexistencia. La preexistencia es un hecho objetivo y la reticencia exige mala fe. En estos eventos, a la aseguradora no le es suficiente con probar una preexistencia sino demuestra que el tomador actuó de mala fe. Adicionalmente, no podrá alegar preexistencia si antes de celebrar el contrato, no solicitó exámenes médicos al asegurado. Así las cosas, en este caso no se evidencia que la compañía demandada haya cumplido con tales cargas. No cumplió con su deber mínimo de exigir un examen médico a fin de establecer la onerosidad del seguro o definitivamente decidir su no celebración, ni tampoco logró demostrar que el accionante haya actuado de mala fe. Tan solo se limitó a señalar un caso, parcial, de preexistencia.*”(Cursiva de mi autoría) Por lo que pretender liberarse de toda la responsabilidad contractual que le asiste, imputando la figura de reticencia sin siquiera agotar los requisitos mínimos de demostrar la existencia de un actuar de mala fe siendo esto esencial pues así lo establece la ley y jurisprudencia de la materia, valiéndose además de un documento del que se desconoce su procedencia o siquiera existencia, vulnerando el debido proceso, la ley de habeas data y la reserva que tienen las historias clínicas.

(IV) EL SEÑOR DOMINGO ARDILA FIGUEREDO (Q.E.P.D.) NO TENIA DIAGNOSTICO NI RECIBÍA NINGÚN TIPO DE TRATAMIENTO MÉDICO POR PARTE DE SU EPS NI POR NINGUNA OTRA ENTIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD POR PROBLEMAS DE HIPERTENSIÓN

Como consta en la historia clínica, así como también lo manifiesta su núcleo familiar más cercano (esposa e hijos), el señor DOMINGO ARDILA FIGUEREDO (Q.E.P.D.) no había sido diagnosticado ni se encontraba en tratamiento médico por Hipertensión, la aseguradora en su afán injustificado por eximirse de responsabilidad enuncia un documento del que ninguno de los reclamantes tienen siquiera copia, pasando por alto el respeto por el debido proceso, vulnerado potencialmente con la decisión de objetar el pago del seguro.

Si bien la Corte Constitucional ha precisado en la Sentencia T-282 de 2016: “*En particular, la garantía del debido proceso cobra mayor relevancia en aquellos casos en que el ciudadano se encuentra en una situación de indefensión o subordinación frente al particular, el cual puede incurrir en un abuso del derecho en virtud de su posición dominante o de su facultad de*

imponer algún tipo de restricción o sanción”.(cursiva de mi autoría) Sin duda alguna, en el caso que nos ocupa existe un abuso por parte de la aseguradora al negar injustificadamente el pago del seguro con afectación a la póliza adquirida, pues omiten realizar un análisis objetivo de las circunstancias, valiéndose de documentos de dudosa procedencia para argumentar la negativa al pago del seguro, poniendo en menoscabo los intereses de los familiares del fallecido, quienes en este momento atraviesan por el duelo de pérdida de un ser querido.

Así mismo resulta relevante para sustentar el desacuerdo en cuanto a las afirmaciones realizadas por la aseguradora, que, en la sentencia T-658 de 2017, “*la Corte Suprema de Justicia ha reconocido en su jurisprudencia la interpretación constitucional del artículo 1058 del Código de Comercio, la cual es favorable a los sujetos de especial protección constitucional cuando la aseguradora no ha sido diligente.*”

Este Tribunal advirtió que si por la naturaleza del riesgo, “la compañía aseguradora de acuerdo con su experiencia y su iniciativa diligente, pudo y debió conocer la situación real de los riesgos y vicios de la declaración, más sin embargo, no alcanza a conocerla por su culpa, lógico es que dicha entidad corra con las consecuencias derivadas de su falta de previsión, de su negligencia para salir de la ignorancia o del error inicialmente padecido” (subrayado, negrilla y cursiva de mi autoría). De acuerdo a los alcances interpretativos de rango constitucional dado al artículo 1058 del Código de Comercio, mismo citado en la objeción realizada por la aseguradora, tenemos que en este caso por tratarse de una persona adulta mayor, al momento de la solicitud de los productos lo más lógico era que por determinación de la empresa de seguros, se solicitara de forma obligatoria la práctica de exámenes médicos previo a la celebración del contrato de seguro, ya que posteriormente en estas instancias la objeción por reticencia, resulta arbitraria y ventajosa pues el riesgo asumido fue consentido desde el mismo momento en que se suscribió el contrato mediante el cual se adquirió la póliza. Si por negligencia o falta de atención de la empresa de seguros se dejaron de realizar procesos necesarios para el otorgamiento de este tipo de pólizas, es la aseguradora y no el asegurado, quien debe asumir las consecuencias y proceder con el reconocimiento de las coberturas totales de la póliza.

(V) NO SE DEMOSTRÓ EL NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA PREEXISTENCIA ALEGADA Y LA CAUSA DEL SINIESTRO:

Aun cuando estuviesen presentes circunstancias no declaradas al momento de celebrar el contrato de seguro, para que se configure la figura de la reticencia, es menester acreditar dos supuestos, el primero que tiene un carácter objetivo y tiene

que ver exclusivamente con el nexo de causalidad que existe entre la circunstancia que se omitió declarar y el siniestro, por consiguiente resulta imposible endilgar esta figura para eximirse del pago del seguro; en segundo lugar es menester probar el carácter subjetivo, esto es la mala fe del asegurado, que como se ha reiterado en este escrito, también se omitió por parte de la aseguradora, precisamente porque no existe tal actuar.

Con fundamento en lo que se prevé en la Sentencia T-282 de 2016: *“la Corte desechó la configuración de la reticencia en tanto no encontró probado el nexo de causalidad entre la ocurrencia del siniestro y la inexactitud de la información declarada al momento de suscribir la póliza, pues la invalidez le sobrevino a la actora como consecuencia de un accidente cerebrovascular y un cuadro de depresión, siendo que lo que omitió declarar fueron sus antecedentes de hernia discal con cirugía de columna lumbar.”*(Cursiva de mi autoría) Así las cosas, resulta indispensable probar el nexo de causalidad entre el siniestro y la supuesta preexistencia del asegurado, dicha carga esta en cabeza de la aseguradora, quien no cumplió con su deber de acreditar la estrecha relación que debe existir entre el siniestro y la preexistencia, el documento allegado a los reclamantes del seguro, se limitó a emitir juicios sin ningún tipo de fundamento y a tomar la decisión arbitraria de declarar la nulidad relativa del contrato, cuando por conducto jurisprudencial mediante la Sentencia T-094/19 se ha previsto: “Sin embargo, dicha situación no constituye causal suficiente para alegar la nulidad relativa del contrato por reticencia comoquiera que, como se vio en la parte considerativa de esta providencia, para que una aseguradora pueda negarse al pago del seguro con fundamento en la reticencia, debe acreditar siquiera dos supuestos: de un lado, el objetivo, encaminado a demostrar el nexo de causalidad entre la información inexacta y el siniestro; y del otro, el subjetivo, por medio del cual le corresponde a la empresa demostrar la mala fe del tomador al momento de celebrar el contrato de modo tal que su omisión haya influenciado el consentimiento de la empresa para suscribir el contrato y asumir el riesgo asegurado, que en este caso incluían invalidez y muerte.”(cursiva y subrayado de mi autoría).

Como se dijo al inicio de esta solicitud de reconsideración, la causa de muerte del asegurado, fue principalmente el virus identificado del COVID-19, más no un problema de Hipertensión, resultando imposible para la aseguradora demostrar un nexo de causalidad entre ambas patologías, pues no existió relación alguna que se logre evidenciar en la epicrisis suministrada por la Unidad Clínica.

(VI) NO SE DEMUESTRA MEDIANTE EL DOCUMENTO ALLEGADO POR LA ASEGURADORA LA EXISTENCIA DE MALA FE POR PARTE DEL ASEGURADO

Por parte de la aseguradora, a quien le asiste el deber de demostrar la mala fe del asegurado, no se apreció ningún juicio, argumento o soporte documental que probara la existencia de tal actuar por parte del señor DOMINGO ARDILA FIGUEREDO (Q.E.P.D.), por el contrario es muy evidente este comportamiento por parte LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, quien fundo su objeción en un supuesto documento al que ni los familiares ni el asegurado le otorgaron acceso, el cual no lo dieron a conocer ni autorizaron a terceros para que lo manipularan y que además tiene un carácter privado con reserva legal, sin desconocer además que pese a las múltiples disposiciones judiciales en la materia, omiten actuar con transparencia, pues como se ha dicho y soportado jurisprudencialmente en el contenido del escrito, los argumentos expuestos en la respuesta que objetó el cubrimiento del seguro, no son suficientes para eximirse del pago total del valor asegurado.

La sentencia T-222 de 2014 establece requisitos que deben cumplir las aseguradoras para eximirse del pago de las obligaciones contractuales del seguro, así: *“Las aseguradoras sólo podrán eximirse de la responsabilidad de realizar el pago de la indemnización por razón de la presunta configuración del fenómeno de la ‘reticencia’, cuando se encuentre debidamente probada la mala fe del tomador, es decir, la voluntad de ocultar la existencia de una condición médica al momento de adquirir el seguro. Es por esta razón que dichas entidades tienen la carga de redactar de forma taxativa las exclusiones contractuales y **realizar los exámenes de ingreso previamente a la suscripción del contrato**”* (Negrilla, subrayado y cursiva de mi autoría) no obstante ninguno de estos deberes ha sido cumplido por parte de la aseguradora, desde la celebración del contrato ha omitido cargas de las cuales hoy no puede fundarse para sustraerse la responsabilidad de pagar, pues recibió el pago total de la póliza de seguro y en consecuencia frente al siniestro le asiste el deber contractual de afectar la póliza en favor del tomador.

(VII) ES EVIDENTE LA ARBITRARIEDAD CON LA QUE ACTÚA LA ASEGURADORA, POR SU POSICIÓN NATURAL DE PARTE DOMINANTE EN EL CONTRATO QUE TIENE FRENTE A LOS BENEFICIARIOS FINALES DEL SEGURO

De los hechos descritos en esta solicitud de reconsideración, es preciso identificar un actuar arbitrario por parte de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA en menoscabo de una familia que atraviesa por uno de los peores momentos en su vida, como lo es la pérdida de un padre y esposo, hoy por discrecionalidad de la empresa de seguros, se ven obligados a realizar este tipo de trámites que desgastan y generan una carga adicional de estrés, porque pese a que la entidad conoce por su

experiencia en el mercado, que existen lineamientos jurisprudenciales que ilustran incluso una interpretación constitucional del citado artículo 1058 del Código de Comercio del que se valen para objetar el cubrimiento de la póliza y los elementos esenciales que debe tener el tipo de objeción que pretenden hacer valer, ignoran en su totalidad todos estos postulados y despliegan actuaciones que han afectado la calidad de vida e intereses de los reclamantes.

En reiteradas ocasiones se ha dicho en sede constitucional que en relaciones entre particulares, cuando existe una posición de natural subordinación, la parte que hace las veces de dominante no puede valerse de tal posición para arremeter contra los intereses de quien es el extremo contrario, en este caso los reclamantes del seguro, pues frente a este tipo de circunstancias procede la acción constitucional de tutela, para salvaguardar los derechos fundamentales vulnerados tras tales actuaciones. Además del procedimiento ordinario, donde no solo es posible obtener el pago del valor asegurado, sino además, los valores derivados de los daños ocasionados tras el incumplimiento contractual.

Con este escrito, se pretende evitar acudir a los escenarios judiciales para el reconocimiento del pago del seguro, pues lo aquí expresado es suficiente para reconsiderar la decisión de objetar dicho pago y por el contrario proceder a reconocerlo conforme lo insta la ley, además conforme al acuerdo de voluntades plasmado en el contrato de seguro celebrado ya hace varios años, de acuerdo a lo anterior me permito formular las siguientes:

PETICIONES

PRIMERO: Reconsiderar la decisión adoptada en escrito de fecha 09 de febrero de 2022, mediante el cual la aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, objeta el pago de la póliza. Toda vez que la decisión vulnera latentemente los derechos fundamentales, civiles y comerciales de los beneficiarios finales y los del tomador, así como los principios de derecho y la jurisprudencia.

SEGUNDO: Como consecuencia de lo anterior se conceda el pago total del seguro a favor de la obligación número 210000167216 que el señor DOMINGO ARDILA FIGUEREDO (Q.E.P.D.) sostenía con MIBANCO S.A.

TERCERO: Subsidiariamente, de no acceder a las peticiones anteriores, se solicita vincular formalmente a la SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA, para que medie la discrepancia entre la aseguradora y el consumidor

financiero, emita concepto, ordene cumplir y sancione a LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA por el incumplimiento de sus deberes contractuales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Como fundamentos de derecho, invoco los artículos 13, 15, 23, 29 de la Constitución Política de Colombia, artículo 1058 del Código de Comercio, Ley 23 de 1981, Ley 1581 de 2012, Sentencia T-222 de 2014, Sentencia T-658 de 2017, Sentencia T-282 de 2016, Sentencia T-094 de 2019 y la Resolución 1995 de 1999.

NOTIFICACIONES

Recibo notificaciones en la Carrera 19 No. 46-49 barrio Buenos Aires, en Barrancabermeja, correo electrónico: carlosbautista.suarezjaimes@gmail.com o anfe.000@hotmail.com, celulares: 3183705361, 3185893076, 3233134721 o 3107645247.

Sin otro en particular,

Atentamente



CARMELA AYALA MENESES

C.C No. 63'431.072 de Floridablanca