

Señores
JUZGADO QUINTO CIVIL MUNICIPAL DE BARRANCABERMEJA
E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL
CONTRACTUAL

RADICADO: 68081400300520240000900

DEMANDANTE: CARMELA AYALA MENESES Y OTROS

DEMANDADO: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA REFORMA A LA DEMANDA

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 Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de Representante Legal de **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**, persona jurídica, legalmente constituida con Nit. 900.701.533-7; Apoderada Judicial de **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO**, sociedad cooperativa de seguros, vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia. De acuerdo con poder general conferido por medio de la Escritura Pública No. 966 del 05 de agosto de 2019 de la Notaría Décima del Círculo de Bogotá D.C, Comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN A LA REFORMA A LA DEMANDA** formulada por CARMELA AYALA MENESES en contra de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPÍTULO I
SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA

De conformidad con las disposiciones de orden público contenidas en el artículo 278 del Código General del Proceso, y en consideración a los principios de economía procesal y legalidad comedidamente se solicita al Despacho proferir sentencia anticipada debido a que se encuentra vastamente acreditada la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme a lo consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio, en la medida en que desde la ocurrencia del hecho que da base a la acción, es decir desde el fallecimiento del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) del 06 de diciembre de 2021, hasta la fecha de presentación de la demanda ante la jurisdicción ordinaria (12 de enero de 2024) transcurrieron más de dos años, es decir operó el fenómeno prescriptivo.

La norma aludida del Código General del Proceso, fija para el juzgador el deber de proferir sentencia anticipada, cuando se encuentre probada entre otras excepciones, la de prescripción, en los

siguientes términos:

“ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias.

Son sentencias las que deciden sobre las pretensiones de la demanda, las excepciones de mérito, cualquiera que fuere la instancia en que se pronuncien, las que deciden el incidente de liquidación de perjuicios, y las que resuelven los recursos de casación y revisión. Son autos todas las demás providencias.

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

- 1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.*
- 2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.*
- 3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta indispensable tomar en consideración que en el presente caso nos encontramos ante una clara prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, debido a que la demanda fue presentada con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el hecho que da base a esta demanda, es decir el fallecimiento del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D), lo cual ocurrió el día 06 de diciembre de 2021. De manera que, en el caso bajo estudio los demandantes contaban hasta el 06 de diciembre de 2023 para promover el ejercicio de esta demanda. No obstante, no fue sino hasta el 12 de enero de 2024 que la parte actora interpuso la demanda, por lo que es dable advertir que en el presente asunto operó la prescripción consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio.

Es más, aún en el evento en que el Honorable Despacho realice el cómputo del término contando una posible interrupción de la prescripción de que trata el inciso final del artículo 94 del Código General del Proceso, la cual podría entenderse que se materializó por medio de la solicitud de indemnización que presentó la actora el 24 de diciembre de 2023, incluso así, las acciones derivadas del contrato de seguro de todas maneras se encuentran prescritas, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes en que se radicó la primera solicitud para hacer efectivo el aseguramiento. En este sentido, dado que la demanda fue presentada hasta el 12 de enero de 2024, es dable advertir que la parte actora promovió la presente

acción después del término máximo para su ejercicio, el cual en este evento era el 23 de diciembre de 2023, lo anterior teniendo en cuenta la suspensión de términos que tuvo lugar con ocasión a la conciliación extrajudicial. Lo cual conlleva indefectiblemente a concluir que las acciones que se derivan de contrato de seguro se encuentran prescritas en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio, lo que obsta para que salgan avante las pretensiones de la demanda y lo que comporta incluso el deber para este honorable despacho de proferir sentencia anticipada para absolver a mi mandante.

CAPITULO II
CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA
FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.1: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con su vínculo matrimonial, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.2: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el nacimiento de sus hijos, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.3: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con la adquisición de la obligación financiera, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por mi prohijada.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.4: Debido a que en el presente hecho se encuentran plasmadas varias manifestaciones, procederé a pronunciarme de la siguiente forma:

- Solo es cierto en cuanto a que el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) adquirió una póliza de seguro número AA001272. Sin embargo, desde ya se advierte que la póliza vida grupo por la que se inicia este proceso no podrá ser afectada en atención a que, se configuró la prescripción de las acciones del contrato de seguro; por otra parte este Despacho deberá tener en consideración que, para el día 21 de septiembre de 2017, fecha en la cual el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) suscribió la declaración de asegurabilidad, este negó la existencia de sus enfermedades y en especial hipertensión arterial, hiperlipidemia y escoliosis que padecía y conocía:

--	--	--	--	--	--

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:
Yo, el abajo firmante declaro que
EN LA FECHA ME ENCUENTRO EN PERFECTO ESTADO DE SALUD SI NO
Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes enfermedades:

1 AFECIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/>	4 DIABETES <input type="checkbox"/>
2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>	5 VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/>
3 CANCER <input type="checkbox"/>	6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/>

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

--	--	--	--	--	--

En este sentido y como se expondrá a continuación, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de septiembre de del año 2017 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

- No es cierto que la beneficiaria sea la señora Carmela Ayala Meneses, pues tal y como se evidencia en la Declaración de Asegurabilidad es el tomador del seguro, es decir MIBANCO:

<i>Carmela Ayala Meneses</i>	<i>P.C.</i>	<i>63-431032</i>	<i>Conyugal</i>	<i>54</i>	<i>100</i>

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:
Yo, el abajo firmante declaro que
EN LA FECHA ME ENCUENTRO EN PERFECTO ESTADO DE SALUD SI NO

Documento: “Declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) el 21 de septiembre de 2017

Transcripción esencial: “Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda”

Lo anterior quiere decir que es la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa,

es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación crediticia 210000167216. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era MIBANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA SA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.5: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el fallecimiento del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D), pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por mi prohijada.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.6: Solo es cierto en cuanto a que el día 14 de diciembre de 2021 se radicó solicitud de indemnización, la cual tuvo como efectos la interrupción del término que se encuentra en curso conforme al artículo 94 del Código General de Proceso, por ello desde esta calenda inicia nuevamente a transcurrir el término bienal consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio, sobre lo cual es factible indicar que las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes en que se radicó la primera solicitud para hacer efectivo el aseguramiento. En este sentido, dado que la demanda fue presentada hasta el 12 de enero de 2024, es dable advertir que la parte actora promovió la presente acción después del término máximo para su ejercicio, el cual en este evento era el 23 de diciembre de 2023, lo anterior teniendo en cuenta la suspensión de términos que tuvo lugar con ocasión a la conciliación extrajudicial. Lo cual conlleva indefectiblemente a concluir que las acciones que se derivan de contrato de seguro se encuentran prescritas en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio, lo que obsta para que salgan avante las pretensiones de la demanda y lo que comporta incluso el deber para este honorable despacho de proferir sentencia anticipada para absolver a mi mandante.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.7: Si bien es cierto que la solicitud le fue remitida a mi prohijada, debe tenerse expresamente subrayado que el día 14 de diciembre de 2021 se radicó solicitud de indemnización, la cual tuvo como efectos la interrupción del término que se encuentra en curso conforme al artículo 94 del Código General de Proceso, por ello desde esta calenda inicia nuevamente a transcurrir el término bienal consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio, sobre lo cual es factible indicar que las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes en que se radicó la primera solicitud para hacer efectivo el aseguramiento. En este sentido, dado que la demanda fue presentada hasta el 12 de enero de 2024, es dable advertir que la parte actora promovió la presente acción después del término máximo para su ejercicio, el cual en este evento era el 23 de diciembre de 2023, lo anterior teniendo en cuenta la suspensión de términos que tuvo lugar con ocasión a la conciliación extrajudicial. Lo cual conlleva indefectiblemente a concluir que las acciones que se derivan de contrato de seguro se encuentran prescritas en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio, lo que obsta para que salgan avante las pretensiones de la

demanda y lo que comporta incluso el deber para este honorable despacho de proferir sentencia anticipada para absolver a mi mandante.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.8: Mi mandante emitió objeción en la oportunidad correspondiente teniendo en cuenta el traslado que realizó la entidad financiera. Sin perjuicio de ello, debe señalarse que, nos encontramos ante una clara prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, debido a que la demanda fue presentada con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que se presentó la solicitud de indemnización del 24 de diciembre de 2023. En este sentido, dado que la demanda fue presentada hasta el 12 de enero de 2024, es dable advertir que la parte actora promovió la presente acción después del término máximo para su ejercicio, el cual en este evento era el 23 de diciembre de 2023, lo anterior teniendo en cuenta la suspensión de términos que tuvo lugar con ocasión a la conciliación extrajudicial. Lo cual conlleva indefectiblemente a concluir que las acciones que se derivan de contrato de seguro se encuentran prescritas en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio, lo que obsta para que salgan adelante las pretensiones de la demanda y lo que comporta incluso el deber para este honorable despacho de proferir sentencia anticipada para absolver a mi mandante.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.9: Solo es cierto en cuanto a que la Compañía de Seguros cuenta con su canal electrónico oficial para la radicación de dichas solicitudes de indemnización.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.10: Debido a que en el presente hecho se encuentran plasmadas varias manifestaciones, procederé a pronunciarme de la siguiente forma:

- No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con la respuesta otorgada por la entidad financiera, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por mi prohijada.
- Es cierto en cuanto a que, el día 14 de diciembre de 2021 se radicó solicitud de indemnización, la cual tuvo como efectos la interrupción del término que se encuentra en curso conforme al artículo 94 del Código General de Proceso, por ello desde esta calenda inicia nuevamente a transcurrir el término bienal consagrado en el artículo 1081 del Código de Comercio, sobre lo cual es factible indicar que las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes en que se radicó la primera solicitud para hacer efectivo el aseguramiento. En este sentido, dado que la demanda fue presentada hasta el 12 de enero de 2024, es dable advertir que la parte actora promovió la presente acción después del término máximo para su ejercicio, el cual en este evento era el 23 de diciembre de 2023, lo anterior teniendo en cuenta la suspensión de términos que tuvo lugar con ocasión a la conciliación extrajudicial.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.11: Mi mandante emitió objeción en la oportunidad

correspondiente teniendo en cuenta el traslado que realizó la entidad financiera. Sin perjuicio de ello, debe señalarse que, nos encontramos ante una clara prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, debido a que la demanda fue presentada con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que se presentó la solicitud de indemnización del 24 de diciembre de 2023. En este sentido, dado que la demanda fue presentada hasta el 12 de enero de 2024, es dable advertir que la parte actora promovió la presente acción después del término máximo para su ejercicio, el cual en este evento era el 23 de diciembre de 2023, lo anterior teniendo en cuenta la suspensión de términos que tuvo lugar con ocasión a la conciliación extrajudicial. Lo cual conlleva indefectiblemente a concluir que las acciones que se derivan de contrato de seguro se encuentran prescritas en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio, lo que obsta para que salgan adelante las pretensiones de la demanda y lo que comporta incluso el deber para este honorable despacho de proferir sentencia anticipada para absolver a mi mandante.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.12: No es cierto, la Compañía de Seguros no ha desplegado ninguna actuación arbitraria o de mala fe, pues que la póliza vida grupo por la que se inicia este proceso no podrá ser afectada en atención a que, se configuró la prescripción de las acciones del contrato de seguro; por otra parte este Despacho deberá tener en consideración que, para el día 21 de septiembre de 2017, fecha en la cual el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) suscribió la declaración de asegurabilidad, este negó la existencia de sus enfermedades y en especial hipertensión arterial, hiperlipidemia y escoliosis que padecía y conocía:

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda. Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes: Yo, el abajo firmante declaro que EN LA FECHA ME ENCUENTRO EN PERFECTO ESTADO DE SALUD SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes enfermedades:	
1 AFECCIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/>	4 DIABETES <input type="checkbox"/>
2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>	5 VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/>
3 CANCER <input type="checkbox"/>	6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/>
EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:	

En este sentido debe indicarse que, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor Domingo

Ardila (Q.E.P.D) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de septiembre de del año 2017 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.13: No es cierto, el artículo 1158 del Código de Comercio indica 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.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.14: No es cierto, pues el hecho de que no conozcan las dolencias que sufrió su familiar, hoy asegurado, no tiene injerencia alguna en el caso. Puesto que, lo verdaderamente cierto es que en la historia clínica del 05 de septiembre de 2005 se registra un diagnóstico de Hipertensión esencial primaria, a saber:

Observaciones	DE CLAVICULA HACE CINCO AÑOS
Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial
Fecha	2005/07/28
Nombre del Médico:	Alexis Elena Plata Uribe
Observaciones	= DISLIPEMIA ACTUALMENTE NO TOMA TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO
Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial

A partir de este primer documento, el cual se aporta con la contestación, se demuestra fehacientemente que el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) fue diagnosticado con hipertensión arterial esencial. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Maxime cuando le eran prescrito antihipertensivos para tratar el antecedente patológico en mención:

	Nombre del Médico:	Alejandro Escobar Villadiego
Farmacológicos	Nombre Antecedente	Óra
	Fecha	2005/11/28
	Nombre del Médico:	Alejandro Escobar Villadiego
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	Antihipertensivos
	Fecha	2005/11/28
	Nombre del Médico:	Alejandro Escobar Villadiego
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	No refiere
	Nombre del Médico:	Alexis Elena Plata Uribe

Examen Físico - Signos Vitales

Por lo anterior, queda plenamente acreditado que el asegurado conocía de la hipertensión arterial y omitió ponerlo en conocimiento de mi representada

En segundo lugar, debe dejarse claridad que el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) cuando suscribió la declaración de asegurabilidad estuvo de acuerdo con la siguiente manifestación:

ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento. En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Al mismo tiempo autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos.

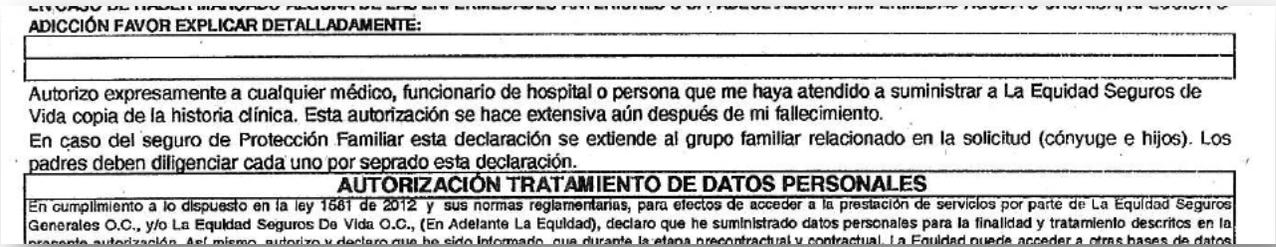
Documento: Declaración de asegurabilidad del 21 de septiembre de 2017

Transcripción esencial: “Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva a un después de mi fallecimiento”

Conforme a lo anterior, es claro que sí hubo una autorización por parte del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) para la revisión de su historia clínica, lo cual quedó plasmado en la Declaración de Asegurabilidad suscrita el 21 de septiembre de 2017.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.15: Debido a que en el presente hecho se encuentran plasmadas varias manifestaciones, procederé a pronunciarme de la siguiente forma:

- No es cierto. Que no haya autorización para solicitar la Historia Clínica, pues el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) cuando suscribió la declaración de asegurabilidad estuvo de acuerdo con la siguiente manifestación:



Documento: Declaración de asegurabilidad del 21 de septiembre de 2017

Transcripción esencial: “Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva a un después de mi fallecimiento”

Conforme a lo anterior, es claro que sí hubo una autorización por parte del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) para la revisión de su historia clínica, lo cual quedó plasmado en la Declaración de Asegurabilidad suscrita el 21 de septiembre de 2017.

Por otra parte, el hecho de que no conozcan las dolencias que sufrió su familiar, hoy asegurado no tiene injerencia alguna en el caso. Puesto que, lo verdaderamente cierto es que en la historia clínica del 05 de septiembre de 2005 se registra un diagnóstico de Hipertensión esencial primaria, a saber:

Observaciones	DE CLAVICLA HACE CINCO AÑOS
Patológicos Crónicos	Nombre Antecedente Hipertensión Arterial
	Fecha 2005/07/28
	Nombre del Medic: Alexis Elena Plata Uribe
Observaciones	= DISLIPEMIA ACTUALMENTE NO TOMA TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO
Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial

A partir de este primer documento, el cual se aporta con la contestación, se demuestra fehacientemente que el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) fue diagnosticado con hipertensión arterial esencial. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Maxime cuando le eran prescrito antihipertensivos para tratar el antecedente patológico en mención.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.16: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con las respuestas otorgadas por las entidades, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, adjunto al presente escrito de contestación se encuentra la historia

clínica del señor Domingo Ardila, en la cual se podrá evidenciar sus antecedentes, específicamente el de hipertensión y tratamiento para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.17: Debido a que en el presente hecho se encuentran plasmadas varias manifestaciones, procederé a pronunciarme de la siguiente forma:

- No es cierto, la objeción emitida por La Equidad Seguros de Vida OC tiene como fundamento la reticencia del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D), lo cual se encuentra debidamente fundamentado y tiene asidero legal y contractual.
- No es un hecho, en tanto no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar, es una apreciación subjetiva sin fundamento legal. Lo anterior debido a que, el artículo 1158 del Código de Comercio indica 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.

- No es un hecho, en tanto no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar, es una apreciación subjetiva sin fundamento legal, pues al ser un contrato cuya máxima es la ubérrima bona fides, deberá tenerse en consideración que, es carga del asegurado indicar el verdadero estado del riesgo por ser este quien lo conoce, pues es desproporcional que se le exija esto al asegurador, debido a que este cumple con la elaboración de un formulario donde pregunta por las enfermedades que ostentan un alto grado de importancia para efectos de entrar a tarifar y posteriormente a asegurar. Es por ello que quien debe proporcionar lo relativo a su salud es el mismo asegurado, por ser quien conoce el mismo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.18: Debido a que en el presente hecho se encuentran plasmadas varias manifestaciones, las cuales no corresponden a hechos, procederé a pronunciarme de la siguiente forma:

- No es cierto que haya habido un abuso de la Compañía de Seguros en contra de los demandantes, pues como se ha indicado la historia clínica fue obtenida mediante la autorización del asegurado, por otra parte, esto tampoco corresponde a una conducta derivada de un abuso.
- No es cierto que no se configure la reticencia, es claro que en la Historia Clínica del año 2005 se registra un antecedente de hipertensión y el mismo estuvo tratado con antihipertensivos. Ahora, tal y como consta en la Declaración de Asegurabilidad suscrita en el año 2017, el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) no afirmó que padecía de enfermedad alguna, aun sabiendo de su registro previo.
- No es cierto, en la Historia Clínica se evidencia que en efecto se había prescrito como farmacológicos antihipertensivos, a saber:

	Nombre del Médico:	Alejandro Escobar Villadiego
Farmacológicos	Nombre Antecedente	Órta
	Fecha	2005/11/28
	Nombre del Médico:	Alejandro Escobar Villadiego
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	Antihipertensivos
	Fecha	2005/11/28
	Nombre del Médico:	Alejandro Escobar Villadiego
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	No refiere
	Nombre del Médico:	Alexis Elena Plata Uribe

Examen Físico - Signos Vitales

Por lo anterior, queda plenamente acreditado que el asegurado conocía del trastorno del disco lumbar y omitió ponerlo en conocimiento de mi representada

- 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.

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.”¹

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 patológicos omitidos en la declaración de asegurabilidad.

- 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. Lo anterior fue manifestado por la Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01 de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia
- Como se manifestó al principio de la respuesta a este hecho, ninguna de las manifestaciones plasmadas en el mismo pertenece a situaciones fácticas, puesto que no describen circunstancias de tiempo, modo y lugar. Sin perjuicio de ello, deberá señarse que La Equidad Seguros de Vida OC no ha sido arbitraria por una supuesta posición dominante que tiene frente a los beneficiarios. Maxime cuando quien funge en esta calidad es la entidad financiera.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.19: Solo es cierto en cuanto a que, la comunicación emitida por mi prohijada reitera su argumentación objetando así la solicitud de indemnización por la reticencia del asegurado.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.20: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con los trámites efectuados ante la entidad financiera, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de

¹ Corte Constitucional, Sentencia C.232/1997, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía. Expediente D-1485.

lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.21: No es un hecho, en tanto no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar. De igual forma debe señalarse que no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con los trámites efectuados ante la entidad financiera, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por mi prohijada.

Sin perjuicio de lo anterior, debe indicarse que la póliza vida grupo por la que se inicia este proceso no podrá ser afectada en atención a que, se configuró la prescripción de las acciones del contrato de seguro; por otra parte este Despacho deberá tener en consideración que, para el día 21 de septiembre de 2017, fecha en la cual el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) suscribió la declaración de asegurabilidad, este negó la existencia de sus enfermedades y en especial hipertensión arterial, hiperlipidemia y escoliosis que padecía y conocía:

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda. Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes: Yo, el abajo firmante declaro que EN LA FECHA ME ENCUENTRO EN PERFECTO ESTADO DE SALUD SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes enfermedades:	
1 AFECIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/>	4 DIABETES <input type="checkbox"/>
2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>	5 VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/>
3 CANCER <input type="checkbox"/>	6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/>
EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:	

En este sentido y como se expondrá a continuación, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de septiembre de del año 2017 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.22: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con su estado económico, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.23: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con su estado económico, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, se reitera que no existe ningún incumplimiento contractual, pues la póliza vida grupo por la que se inicia este proceso no podrá ser afectada en atención a que, para el día 21 de septiembre de 2017, fecha en la cual el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) suscribió la declaración de asegurabilidad, este negó la existencia de sus enfermedades y en especial hipertensión arterial, hiperlipidemia y escoliosis que padecía y conocía:

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda. Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes: Yo, el abajo firmante declaro que EN LA FECHA ME ENCUENTRO EN PERFECTO ESTADO DE SALUD SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes enfermedades:	
1 AFECCIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/>	4 DIABETES <input type="checkbox"/>
2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>	5 VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/>
3 CANCER <input type="checkbox"/>	6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/>
EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:	

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.24: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con su estado de ánimo, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, se reitera que la Compañía de Seguros no ha desplegado ninguna actuación arbitraria o de mala fe, pues que la póliza vida grupo por la que se inicia este proceso no podrá ser afectada en atención a que, se configuró la prescripción de las acciones del contrato de seguro; por otra parte este Despacho deberá tener en consideración que, para el día 21 de septiembre de 2017, fecha en la cual el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) suscribió la declaración de

asegurabilidad, este negó la existencia de sus enfermedades y en especial hipertensión arterial, hiperlipidemia y escoliosis que padecía y conocía

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.25: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con su estado de ánimo, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.26: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.27: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por mi prohijada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.28: No es un hecho, debido a que no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar. Se trata de una apreciación subjetiva sin fundamento legal, pues no es cierto que no se configure la reticencia, toda vez que es claro que en la Historia Clínica del año 2005 se registra un antecedente de hipertensión y el mismo estuvo tratado con antihipertensivos. Ahora, tal y como consta en la Declaración de Asegurabilidad suscrita en el año 2017, el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) no afirmó que padecía de enfermedad alguna, aun sabiendo de su registro previo.

No es cierto que deba demostrarse el nexo de causalidad, pues 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.

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.”²

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 patológicos omitidos en la declaración de asegurabilidad.

No es cierto que deba probarse la mala fe, ya que 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. Lo anterior fue manifestado por la Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01 de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia. Además debe tenerse en consideración que la parte actora relaciona una sentencia de la Corte Constitucional, quien no es el órgano de cierre de la jurisdicción que conocer del presente asunto.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.29: No es un hecho, en virtud de que no describe circunstancias de tiempo, modo y lugar. Sin perjuicio de ello, debe señalarse que no es jurídicamente viable exigir intereses moratorios, por cuanto el contrato está viciado y por ello deberá declararse la nulidad relativa del contrato. Adicionalmente, las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas, pues el término bienal se configuró en el mes de diciembre de 2023 y la radicación de la demanda fue hasta el 12 de enero de 2024.

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.30: Si bien los demandantes presentaron solicitud de

² Corte Constitucional, Sentencia C.232/1997, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía. Expediente D-1485.

conciliación, la cual tiene como efecto suspender el término desde la fecha en la que se solicitó la conciliación hasta la fecha en la que se celebró la audiencia. Es evidente que aun así se encuentran prescritas las acciones derivadas del contrato de seguro y si su intención era no congestionar el aparato judicial, debe indicarse que no fue cumplido, toda vez que debieron radicar la demanda antes del 22 de diciembre de 2023, como ello no fue así es evidente que se configuró el fenómeno de prescripción.

Así las cosas, es innegable que los demandantes tan solo contaban hasta el 23 de diciembre de 2023 para presentar su demanda, situación que no ocurrió sino hasta el día 12 de enero de 2024, conforme a las actuaciones registradas, es decir cuando ya había operado el término de prescripción ordinaria:

FRENTE AL HECHO NÚMERO 1.31: No me consta. Sin embargo, como se evidencia, existe un anexo de la demanda en donde se infiere que fue otorgado poder.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 2.1: ME OPONGO a la prosperidad de la primera pretensión invocada por la accionante, en la que se solicita que se afecte la póliza de seguro y en ese sentido se declare el acaecimiento del riesgo, esto es el fallecimiento del señor Domingo Ardila, dado que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 6 de diciembre de 2021 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir el 14 de diciembre de 2021. Con ello se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el termino de dos años siguientes al 6 de diciembre o 14 de diciembre de 2021 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 12 de enero de 2024, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

Nulidad del contrato de seguro: No podrá declararse la ocurrencia de siniestro, puesto que la reseñada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado padecía de

hipertensión, hiperlipidemia y escoliosis, enfermedades que no fueron informadas.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la hipertensión, escoliosis o hiperlipidemia que padecía el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 2.2: ME OPONGO a la prosperidad de la segunda pretensión invocada por la accionante, en la que se solicita que se declare el incumplimiento del contrato por parte de mi representada al no afectar la póliza, sin embargo, no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 6 de diciembre de 2021 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir el 14 de diciembre de 2021. Con ello se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el termino de dos años siguientes al 6 de diciembre o 14 de diciembre de 2021 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 12 de enero de 2024, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

Nulidad del contrato de seguro: No podrá declararse la ocurrencia de siniestro, puesto que la reseñada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado padecía de hipertensión, hiperlipidemia y escoliosis, enfermedades que no fueron informadas.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la hipertensión, escoliosis o hiperlipidemia que padecía el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 2.3: ME OPONGO a la prosperidad de la tercera pretensión invocada por la accionante, en la que se solicita que se declare que la objeción fue extemporánea y como consecuencia de ello declarar el incumplimiento del contrato, pues primero debe mencionarse que la Compañía de Seguros otorgó respuesta conforme al traslado efectuado, adicionalmente, la extemporaneidad no tiene como presupuesto un incumplimiento contractual o la efectividad de la póliza, sus efectos son distintos a los que hoy solicitan los demandantes. Aunado a ello, esta pretensión tampoco podrá ser reconocida en virtud de que el contrato deberá ser declarado nulo y en tanto se configuró la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, como a continuación se esboza:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 6 de diciembre de 2021 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir el 14 de diciembre de 2021. Con ello se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el termino de dos años siguientes al 6 de diciembre o 14 de diciembre de 2021 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 12 de enero de 2024, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

Nulidad del contrato de seguro: No podrá declararse la ocurrencia de siniestro, puesto que la reseñada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado padecía de hipertensión, hiperlipidemia y escoliosis, enfermedades que no fueron informadas.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la hipertensión, escoliosis o hiperlipidemia que padecía el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 2.4: ME OPONGO a la prosperidad de la cuarta pretensión invocada por los demandantes, en la que se solicitan que se condene a La Equidad Seguros de Vida OC a pagar el saldo insoluto de la obligación financiera adquirida por el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D), dado que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto

de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 6 de diciembre de 2021 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir el 14 de diciembre de 2021. Con ello se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el termino de dos años siguientes al 6 de diciembre o 14 de diciembre de 2021 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 12 de enero de 2024, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

Nulidad del contrato de seguro: No podrá declararse la ocurrencia de siniestro, puesto que la reseñada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado padecía de hipertensión, hiperlipidemia y escoliosis, enfermedades que no fueron informadas.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la hipertensión, escoliosis o hiperlipidemia que padecía el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 2.5: ME OPONGO a la prosperidad de la quinta pretensión invocada por los demandantes, en la que se solicita que se ordene realizar el pago conforme al riesgo que los demandantes reputan realizado y a la condena de intereses moratorios, dado que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 6 de diciembre de 2021 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir el 14 de diciembre

de 2021. Con ello se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el termino de dos años siguientes al 6 de diciembre o 14 de diciembre de 2021 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 12 de enero de 2024, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

Nulidad del contrato de seguro: No podrá declararse la ocurrencia de siniestro, puesto que la reseñada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado padecía de hipertensión, hiperlipidemia y escoliosis, enfermedades que no fueron informadas.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la hipertensión, escoliosis o hiperlipidemia que padecía el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 2.6: ME OPONGO a la prosperidad de la sexta pretensión invocada por los demandantes, en la que se solicita que se ordene realizar un pago del señor Andrés Felipe Ardila, toda vez que dentro del contrato de seguro que es objeto de litigio no obra ningún amparo que cubra los gastos ocasionados por el inicio del presente proceso judicial. Sin perjuicio de ello, al ser un gasto que tiene origen en el presente litigio el mismo deberá reconocerse ante una eventual condena de agencias en derecho. Sin embargo, debe reiterarse que, esta pretensión tampoco podrá ser reconocida en virtud de que el contrato deberá ser declarado nulo y en tanto se configuró la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 2.7: ME OPONGO a la prosperidad de la séptima pretensión invocada por los demandantes, pues esta solicitud es a todas luces, antitécnica. Ello, porque no puede acumularse la indexación monetaria con el pago de los intereses moratorios puesto que ambos conceptos tienen la misma finalidad, la cual es pailar el poder adquisitivo del dinero. Sobre este punto, la Corte Suprema de Justicia, en un caso que se puede aplicar análogamente al presente, afirmó:

“Como quiera que el Tribunal, al confirmar la condena por indexación impuesta por el a quo, no observó que se creaba la incompatibilidad ya señalada con los intereses moratorios por los que condenó, dio una aplicación indebida al artículo

141 de la Ley 100 de 1993, por lo que el cargo es fundado y habrá de casarse la decisión recurrida en este aspecto”.³

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

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 2.8: ME OPONGO a la prosperidad de la octava pretensión invocada por los demandantes, en la que se solicita que se ordene realizar un pago ante la Cámara de Comercio, toda vez que dentro del contrato de seguro que es objeto de litigio no obra ningún amparo que cubra los gastos ocasionados por el inicio del presente proceso judicial. Sin perjuicio de ello, al ser un gasto que tiene origen en el presente litigio el mismo deberá reconocerse ante una eventual condena de agencias en derecho. Sin embargo, debe reiterarse que, esta pretensión tampoco podrá ser reconocida en virtud de que el contrato deberá ser declarado nulo y en tanto se configuró la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro

FRENTE A LA PRETENSIÓN NÚMERO 2.9: ME OPONGO a la prosperidad de la novena relacionada con la condena en costas y agencias en derecho por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada. Por el contrario, solicito se condene en costas y agencias en derecho al extremo actor.

OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Objeto el juramento estimatorio presentado por el Demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso. En lo atinente a la categoría de daños patrimoniales o materiales, específicamente frente al Daño Emergente pretendido. Objeto sean reconocidos en atención a que la parte Demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que estos no fueron cuantificados de manera pormenorizada y además no se aportó prueba del perjuicio cuya indemnización deprecia.

En este orden de ideas, es preciso reiterar que la parte Demandante tenía entre sus mandatos toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos, más aun tratándose de presuntas erogaciones que han afectado su patrimonio y de lo cual debe existir factura o documento equivalente en los términos del estatuto tributario que pruebe o de cuenta de la merma patrimonial que presuntamente se ha causado, sin embargo ninguno de ellos se vislumbra en el plenario por lo que no son mas que manifestaciones fantasiosas e inciertas que no cumplen con los criterios para ser indemnizados.

³ Corte Suprema de Justicia en su Sala de Casación Laboral en Sentencia con radicación 41392 del 6 de Diciembre de 2011, Magistrado Ponente Dr. Francisco Javier Ricaurte

Debe mencionarse que la Corte Suprema de Justicia, ha manifestado que los perjuicios provenientes del daño presuntamente causado deben ser ciertos y no meramente hipotéticos, de lo contrario se desnaturaliza el concepto mismo de indemnización bajo el cual se solicitan. Veamos que se ha dicho sobre este particular ha establecido lo siguiente:

*“(…) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración, como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada”⁴
(Subrayado y negrita fuera de texto)*

Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(…) la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso; [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (…)”⁵ (Subrayado fuera del texto original)

En el caso en concreto, es importante mencionar que, el DAÑO EMERGENTE no se encuentra probado, pues, la parte actora no fundamenta la suma peticionada en soporte alguno, lo cual indica la improcedencia del reconocimiento de dicho perjuicio, pues indica que se debe a erogaciones atribuidas a la asistencia legal, sin embargo sobre el particular, mi representada no puede ser condenada debido a que, no ha incumplido con las obligaciones contractuales que le asisten, pues como se ha mencionado, la actora fue reticente, además la póliza no presta cobertura material y las acciones del contrato de seguro se encuentran prescritas, por otra parte la póliza objeto de litigio no tiene cobertura sobre el concepto que se peticiona, por lo que no podría cargarse a amparo alguno y por ultimo y no menos importante, la demandante no aporta una factura, cuenta de cobro, comprobante o documento equivalente que acredite en efecto el gasto, toda vez que no se evidencia dentro del documento quien realizó el pago, por lo que no podrá atribuirse a ninguno de los demandantes.

Ahora bien, debe indicarse que, la parte activa del litigio no presentó dentro de su escrito demandatorio el juramento estimatorio no efectuó el cálculo solicitado frente al amparo que pretende sea afectado dentro de la póliza emitida por mi representada, lo cual indica que frente a este

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. Mp. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299 .

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. Mp Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

particular su omisión denota la inviabilidad de que se efectúe una valoración sobre esta como un elemento de prueba, puesto que no fue aportado en debida forma. Sin perjuicio de lo anterior, resulta indispensable tomar en consideración que en el presente caso se presentan las siguientes razones para que sea improcedente afectar la póliza de seguro:

Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro: El Despacho deberá tener en cuenta que en este caso operó el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, debido a que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 6 de diciembre de 2021 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los hoy demandantes, es decir el 14 de diciembre de 2021. Con ello se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el termino de dos años siguientes al 6 de diciembre o 14 de diciembre de 2021 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 12 de enero de 2024, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

Nulidad del contrato de seguro: No podrá declararse la ocurrencia de siniestro, puesto que la reseñada fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, pues, el asegurado padecía de hipertensión, hiperlipidemia y escoliosis, enfermedades que no fueron informadas.

En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la hipertensión, escoliosis o hiperlipidemia que padecía el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

Por las razones antes expuestas, me opongo enfáticamente al juramento estimatorio de la demanda.

CAPÍTULO IV

EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

El Despacho debe tener en consideración que en este caso operó la prescripción ordinaria de las

acciones derivadas del contrato de seguro consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio. Lo anterior por cuanto el término bienal inició su conteo el día 06 de diciembre de 2021, fecha en la que tuvo lugar el hecho que da base a esta demanda, esto es, el fallecimiento del señor Domingo Ardila Figueredo y hecho del que los demandantes conocieron desde ese mismo momento, por lo que los hoy demandantes tenían dos años para presentar esta demanda, es decir aquel término se configuró el día 06 de diciembre de 2021. Luego, como los demandantes interpusieron la demanda solo hasta el día 12 de enero de 2024 se concluye que la presentó cuando ya el término de prescripción había fenecido. Incluso, contando el término prescriptivo desde la fecha en la que se presentó la primera solicitud de indemnización el 14 de diciembre de 2021, las acciones que se derivan del contrato de seguro se encuentran totalmente prescritas, en tanto no se promovió esta demanda en el lapso de dos años contados a partir de esa fecha.

El Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

*“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. **La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.***

*La prescripción **ORDINARIA será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.***

*La prescripción **EXTRAORDINARIA será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.***
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En cuanto a la interpretación de las expresiones “hecho que da base a la acción” y “momento en que nace el derecho” la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro⁶:

En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31- 03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

La primera «será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).

En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007⁷.

...comportan ‘una misma idea’⁸, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad⁹, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”.

De conformidad con lo anterior no queda duda que el termino prescriptivo empezará a contar desde el acaecimiento del hecho que da base a la acción y el conocimiento de aquel por parte de los demandantes. Tratándose del caso concreto indudablemente el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) y en esa misma calenda los demandantes tuvieron conocimientos de aquella situación tal como lo confiesa en el hecho 1.5 de la demanda. Sin lugar a duda, lo aquí mencionado implica que el momento desde el cual se empezó a contar el termino de prescripción, es del 06 de diciembre de 2021 y que aquel corresponde al fenómeno ordinario, es decir de dos años. Para que no quede duda del término de prescripción aplicable y el momento en que empieza su conteo es prudente referir otro pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en donde ya se ha decantado este tópico:

⁷ Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.

⁸ La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

⁹ Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

“En múltiples oportunidades la Corte ha precisado que la prescripción ordinaria se caracteriza por ser de naturaleza subjetiva, sus destinatarios son todas las personas legalmente capaces, empieza a correr desde cuando el interesado conoció o debió conocer “el hecho base de la acción” y el término para su configuración es de dos años, mientras que la extraordinaria, es de carácter objetivo, corre contra toda clase de personas incluidos los incapaces, empieza a contarse desde cuando nace el correspondiente derecho y su término de estructuración es de 5 años.

(...)

En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte.”

Por lo visto, se puede afirmar de manera pacífica que en este caso a los demandantes les es aplicable el término de prescripción ordinario, por ser completamente capaces y quienes persiguen la prestación que de aquel negocio se pudiere derivar. Pero además el término bienal de prescripción empezó su conteo desde el 6 de diciembre de 2021 cuando falleció el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) y además del cual conoció en la misma calenda.

Continuando con lo aquí mencionado, es menester incluso analizar un escenario en el que pudiera considerarse una posible interrupción de la prescripción por la solicitud de indemnización que realizaron los demandantes, frente a lo cual se anticipa que incluso en ese escenario la prescripción se consolidó con creces. En este sentido, debe considerarse lo preceptuado en el artículo 94 del Código General de Proceso, pues señala que, en todas las clases de prescripciones, el requerimiento privado efectuado por el acreedor al deudor interrumpe el término que se encuentra en curso, siempre y cuando este sea escrito y únicamente por la primera vez que se presente dicha solicitud, a saber:

“La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tales providencias al demandante. Pasado este término, los mencionados efectos solo se producirán con la notificación

al demandado.

La notificación del auto admisorio de la demanda o del mandamiento ejecutivo produce el efecto del requerimiento judicial para constituir en mora al deudor, cuando la ley lo exija para tal fin, y la notificación de la cesión del crédito, si no se hubiere efectuado antes. Los efectos de la mora solo se producirán a partir de la notificación.

La notificación del auto que declara abierto el proceso de sucesión a los asignatarios, también constituye requerimiento judicial para constituir en mora de declarar si aceptan o repudian la asignación que se les hubiere deferido.

Si fueren varios los demandados y existiere entre ellos litisconsorcio facultativo, los efectos de la notificación a los que se refiere este artículo se surtirán para cada uno separadamente, salvo norma sustancial o procesal en contrario. Si el litisconsorcio fuere necesario será indispensable la notificación a todos ellos para que se surtan dichos efectos.

El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez. (Subrayado y negrilla fuera del texto)

En este orden de ideas, para demostrarle al Honorable Despacho que incluso si en gracia de discusión se aceptara que la solicitud de indemnización que realizaron los demandantes surte los efectos de interrupción de prescripción conforme a lo previsto en el artículo 94 del CGP, aun así, la prescripción operó. Para el efecto será necesario tener en cuenta cuál es la fecha de ocurrencia del hecho que da base a la acción y que fue conocido por los hoy demandantes, cual fue la fecha de la solicitud de indemnización y tercero cual fue la fecha de presentación de la demanda.

En el caso concreto, el hecho que da base a la acción y que fue plenamente conocido por los demandantes ocurrió el 06 de diciembre de 2021, fecha del fallecimiento del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D), veamos:

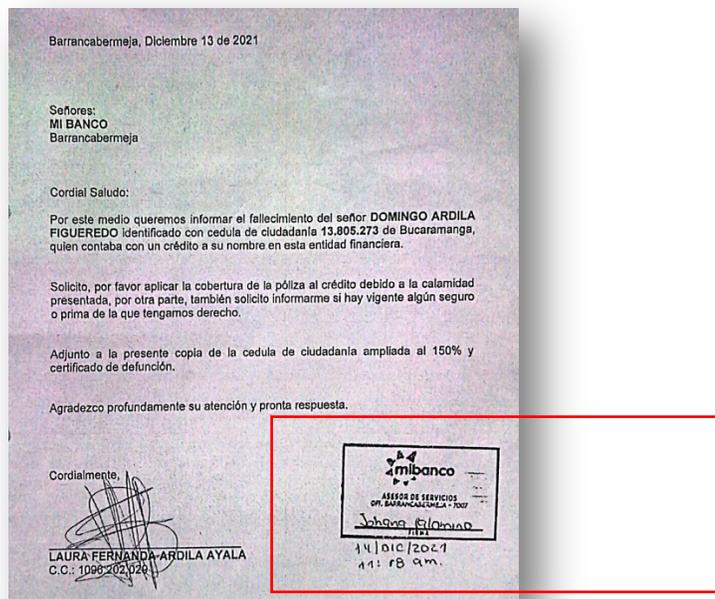
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Indicativo Serial **10271715**

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Datos de la oficina de registro	
Clase de oficina: Registraduría	Notaria <input checked="" type="checkbox"/> Consulado
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía	
COLOMBIA - SANTANDER - BARRANCABERMEJA NOTARIA 1 BARRANCABERMEJA * * *	
Datos del inscrito	
Apellidos y nombres completos	
ARDILA FIGUEREDO DOMINGO * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en Letras)
CC No. 13805273 * * * * *	MASCULINO * * * * *
Datos de la defunción	
Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía	
COLOMBIA - SANTANDER - BARRANCABERMEJA * * * * *	
Fecha de la defunción	
Año 2021 Mes D I C Día 06 Hora 00:16	Número de certificado de defunción 728982326 * * * * *
Presunción de muerte	
Lugar que profiere la sentencia	
Fecha de la sentencia	

Ahora bien, debe precisarse que el 14 de diciembre de 2021 se presentó una solicitud de indemnización a mi mandante, lo anterior debido a que, mi representada respondió dicha petición, objetando la misma en razón a que, el asegurado había sido reticente por cuanto no informó los antecedentes patológicos que padecía previo a la celebración del contrato de seguro y se había configurado una exclusión pactada, tal como se muestra a continuación:



Lo anterior implica que la solicitud de indemnización realizada el 13 de diciembre de 2021 fue el primer requerimiento y único acto que podría interrumpir la prescripción conforme al artículo 94 del CGP, pues las múltiples solicitudes no tienen dicha virtualidad sino única y exclusivamente la primera. Así las cosas, es innegable que los demandantes tan solo contaban hasta 13 de diciembre de 2023 para presentar su demanda, situación que no ocurrió sino hasta el día 12 de enero de 2024, conforme a las actuaciones registradas, es decir cuando ya había transcurrido más de dos años conforme al término de prescripción ordinaria.

Por otro lado, los demandantes presentaron solicitud de conciliación, la cual tiene como efecto

suspender el término desde la fecha en la que se solicitó la conciliación hasta la fecha en la que se celebró la audiencia. En el presente caso, los hoy demandantes presentaron solicitud de conciliación el día 5 de diciembre de 2023, cuya audiencia tuvo lugar el 22 de diciembre de 2023, por lo que el término se suspendió durante 17 días, veamos:

Código Centro 1047

CENTRO DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE BARRANCABERMEJA - AUTORIZADO PARA CONOCER DE LOS PROCEDIMIENTOS DE INSOLVENCIA ECONÓMICA DE LA PERSONA NATURAL NO COMERCIANTE

CERTIFICADO DE REGISTRO DEL CASO
CONSTANCIA - NO ACUERDO

Número del Caso en el centro: 1880 Fecha de solicitud: 5 de diciembre de 2023
Cuenta: CUANTIA Fecha del resultado: 22 de diciembre de 2023
INDETERMINADA

CONVOCANTE(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	63431072	CARMELA AYALA MENESES
2	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	1096189384	ELVIA MARCELA ARDILA AYALA

Así las cosas, es innegable que los demandantes tan solo contaban hasta el 23 de diciembre de 2023 para presentar su demanda, situación que no ocurrió sino hasta el día 12 de enero de 2024, conforme a las actuaciones registradas, es decir cuando ya había operado el término de prescripción ordinaria:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

Página 1
Fecha: 12/01/2024 9:47:36 a. m.

NÚMERO RADICACION: **68081400300520240000900**

CLASE PROCESO: VERBALES DE MENOR CUANTIA

NÚMERO DESPACHO: 005 SECUENCIA: 4654056 FECHA REPARTO: 12/01/2024 9:47:36 a. m.

TIPO REPARTO: EN LÍNEA FECHA PRESENTACIÓN: 12/01/2024 9:32:53 a. m.

REPARTO AL DESPACHO: JUZGADO MUNICIPAL - CIVIL 005 BARRANCABERMEJA

JUEZ / MAGISTRADO: JHAEL SHAFFIA FLOREZ FORERO

TIPO ID	IDENTIFICACION	NOMBRE	APELLIDO	PARTE
CÉDULA DE CIUDADANIA	102452497	CARLOS BAUTISTA	SUAREZ JAMES	DEFENSOR PRIVADO
CÉDULA DE CIUDADANIA	63431072	CARMELA	AYALA MENESES	DEMANDANTE/ACCIONANTE
CÉDULA DE CIUDADANIA	1096189384	ELVIA MARCELA	ARDILA AYALA	DEMANDANTE/ACCIONANTE
CÉDULA DE CIUDADANIA	1096202029	LAURA FERNANDA	ARDILA AYALA	DEMANDANTE/ACCIONANTE
CÉDULA DE CIUDADANIA	109620988	DIANA DEL MAR	ARDILA AYALA	DEMANDANTE/ACCIONANTE
CÉDULA DE CIUDADANIA	1096282276	ANDRÉS FELIPE	ARDILA AYALA	DEMANDANTE/ACCIONANTE
CÉDULA DE CIUDADANIA	1096252088	SILVIA ELENA	ARDILA AYALA	DEMANDANTE/ACCIONANTE
NT	830008961	EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.		DEMANDADO/INDICADO CAUS ANTE
NT	8600259715	MBANCO - BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A.		DEMANDADO/INDICADO CAUS ANTE
CÉDULA DE CIUDADANIA	000000047	DE OFICIO		DEMANDADO/INDICADO CAUS ANTE

Teniendo en cuenta lo previamente expuesto, se puede resumir lo aquí relatado de la siguiente manera:

- El día 06 de diciembre de 2021 tuvo lugar el hecho que da base a la acción, es decir el fallecimiento del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D), y en esa misma calenda los demandantes conocieron de dicha situación conforme lo confesó en el hecho 1.5 de la demanda.
- Con este primer hito temporal, preliminarmente se indica que el termino de dos años para presentar la demanda fenecería el 6 de diciembre de 2023.
- La demanda se presentó el 12 de enero de 2024, es decir cuando ya había transcurrido más de dos años desde el hecho que da base a la acción y plenamente conocido por los demandantes.

- En un segundo escenario, se encuentra que los demandantes realizaron la primera solicitud de indemnización a mi mandante el 14 de diciembre de 2023 conforme al sello de recibido que obra en dicho documento.
- Si se considera que la solicitud de indemnización del 14 de diciembre de 2021 interrumpió el término prescriptivo, se encuentra que el término de dos años para ejercer la acción se extendía hasta el 14 de diciembre de 2023.
- Ahora bien, en virtud de la suspensión de términos por la presentación de la solicitud de conciliación (5 de diciembre de 2023) hasta la realización de la audiencia de conciliación (22 de diciembre de 2023) el cual tuvo una duración de 17 días, es necesario aclarar que el término prescriptivo se extendía hasta el día 22 de diciembre de 2023.
- Sin embargo, la demanda fue radicada hasta el 12 de enero de 2024, es decir cuando había transcurrido 2 años y 1 mes desde la primera solicitud de indemnización (contando la suspensión por la solicitud de conciliación extrajudicial).

Por lo antes mencionado, no cabe duda de que desde cualquier arista en este caso operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro porque la parte demandante no interpuso su demanda dentro de los dos años siguientes sea desde la fecha en que falleció el asegurado desde la primera solicitud de indemnización realizada en diciembre de 2021.

En conclusión, teniendo en cuenta que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió el fallecimiento del asegurado y que fue plenamente conocido por los demandantes, es decir el 6 de diciembre de 2021 o incluso desde la fecha en que se presentó la primera solicitud de indemnización por parte de los demandantes, es decir el 14 de diciembre de 2021, se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el término de dos años siguientes al 6 de diciembre de 2021 o al 14 de diciembre de la misma calenda para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 12 de enero de 2024, lo anterior teniendo en cuenta la suspensión de la presentación de la conciliación extrajudicial, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

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

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

Es fundamental que desde ahora el honorable despacho tome en consideración que el asegurado Domingo Ardila Figueredo fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto

es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, específicamente hipertensión esencial primaria, hiperlipidemia y escoliosis y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras, y, en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia”¹⁰. (Subrayado y Negrita 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, verbi gracia, 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

¹⁰ 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.

o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a 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 en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio."¹¹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001- 31-03-023-1996-02422-01., 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

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

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.”¹² (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.

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.”¹³ (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

¹² 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.

¹³ 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.

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 y negrilla fuera del texto original)

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 dicientes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato,

sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.

- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 21 de septiembre de 2017, fecha en la cual el asegurado solicitó su aseguramiento, y declaró ostentar un estado de salud normal, puesto que según su declaración no padecía enfermedades de tipo congénito o que incidan sobre los sistemas músculo-esquelético y demás adicciones o afecciones que incidan sobre su estado de salud. Es decir, a pesar de que el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de septiembre de 2017, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas de la actora, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda. Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes: Yo, el abajo firmante declaro que EN LA FECHA ME ENCUENTRO EN PERFECTO ESTADO DE SALUD SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes enfermedades:	
1 AFECCIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/>	4 DIABETES <input type="checkbox"/>
2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>	5 VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/>
3 CANCER <input type="checkbox"/>	6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/>
EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE: <hr/> <hr/>	
Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.	

Documento: Solicitud de Seguro – Declaración de asegurabilidad

Transcripción esencial: “Con plena conciencia que la reticencia o falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Yo, al abajo firmante declaro que

EN LA FECHA ME ENCUENTRO EN PERFECTO ESTADO DE SALUD SI X”

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) declaró que no padecía de ninguna enfermedad y que su estado de salud era normal, lo cual es falso. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas omisiones constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el entonces Asegurado había padecido y/o sufrido varias

enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Es decir, a pesar de que el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 21 de septiembre de 2017 negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable Despacho tenga en cuenta que el asegurado no informó a mi representada que padecía de hipertensión esencial primaria, hiperlipidemia y escoliosis, dichas patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. A continuación, se muestran que estas enfermedades son anteriores a la fecha en que se celebró contrato de seguro:

- **HIPERTENSIÓN ESENCIAL PRIMARIA**

Como se evidencia en la historia clínica del 05 de septiembre de 2005 se registra un diagnóstico de Hipertensión esencial primaria, a saber:

Observaciones	DE CLAVICULA A HACE CINCO AÑOS
Patologías Crónicas	Hipertensión Arterial
Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial
Fecha	2005/07/28
Nombre del Médico	Alexis Elena Plata Uribe
Observaciones	+ DISLIPEMIA ACTUALMENTE NO TOMA TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO
Nombre Antecedente	Hipertensión Arterial

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) fue diagnosticado con hipertensión arterial esencial, es decir, con anterioridad al 21 de septiembre de 2017, fecha en el asegurado diligenció la declaración de asegurabilidad, dicha enfermedad ya se había diagnosticado. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente, constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Máxime cuando le eran prescrito antihipertensivos para tratar el antecedente patológico en mención:

Farmacológicos	Nombre del Médico:	Alejandro Escobar Villadiego
	Nombre Antecedente	Ósea
	Fecha	2005/11/28
	Nombre del Médico:	Alejandro Escobar Villadiego
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	Antihipertensivos
	Fecha	2005/11/28
	Nombre del Médico:	Alejandro Escobar Villadiego
	Observaciones	
	Nombre Antecedente	No refiere
	Nombre del Médico:	Alexis Elena Plata Uribe

Examen Físico - Signos Vitales

Por lo anterior, queda plenamente acreditado que el asegurado conocía de la hipertensión arterial y omitió ponerlo en conocimiento de mi representada al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad que contiene tanto su huella como su firma como señal de aceptación de las respuestas brindadas. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que los aseguramientos deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del C.Co como resultado de la reticencia con la que el señor Ardila (Q.E.P.D) estampó su huella y firma en la declaración de asegurabilidad. Máxime, cuando, las enfermedades omitidas tienen nexo de causalidad con la declaratoria de invalidez y cuando los expertos han establecido las complicaciones que podría ocasionar el padecimiento de estas patologías. Es decir, como se observa, son muchos los riesgos para la vida de las personas que sufren estas patologías, lo que confirma la necesidad de que la misma fuese informada a la Compañía Aseguradora.

- **HIPERLIPIDEMIA**

Como se evidencia en la historia clínica del 05 de septiembre de 2005 se registra un diagnóstico de hiperlipidemia, a saber:

Observación	Otra hiperlipidemia		
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	E784		
Código CIE10	E784		
Tipo de Diagnóstico	CONFIRMADO NUEVO		
Observación	HIPERTROFICERDEMA		
Recomendaciones	DIETA HIPOCGRASA Y BAJA EN HIRINAS CONTROL EN 2 MESES		
Interconsulta			
Procedimiento	OPTOMETRIA CONSULTA PYP		
Observación	PTE DE 60 AÑOS DE EDAD SE DA ORDEN DE PYP PARA AGUDEZA VISUAL		
Medicamentos			
Medicamento	GEMFIBROZOL TABLETA 600mg (TAB)		
Posología	Tomar 1 tableta(s) cada 12 horas durante 30 día(s)		
Observaciones			
Información IPS			
Impreso por:	WEBPFRH045 12/21/2021 10:33:11 AM		3 de 4

HISTORIA CLINICA							
Fecha Ingreso:	27/09/2008	Hora Ingreso:	08:11 AM	Numero Ingreso:	1284729	N° Historia:	151294584
Fecha Atención:	27/09/2008	Hora Atención:	09:24 AM	Ambito de Realización:	AMBULATORIO		
IPS Primaria:	MC IPS Barrancabermeja			Tipo Consulta:	Evolución-Historia Consulta Externa		
Nº IPS Primaria:	802250119	Teléfono IPS:	6222937	Municipio IPS:	Barrancabermeja	Cód. habilitación IPS:	6838143

Profesional:	Rebeca María Galán Narango	Nombre IPS:	Convenio Ips Barrancabermeja
Especialidad Profesional:	MEDICINA GENERAL		

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) fue diagnosticado con hiperlipidemia con anterioridad al 21 de septiembre de 2017, fecha en el asegurado diligenció la declaración de asegurabilidad. Por lo anterior, queda plenamente acreditado que el asegurado conocía de la hiperlipidemia y omitió ponerlo en conocimiento de mi representada al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad que contiene tanto su huella como su firma como señal de aceptación de las respuestas brindadas. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que los aseguramientos deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del C.Co como resultado de la reticencia con la que el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) estampó su huella y firma en la declaración de asegurabilidad. Es decir, como se observa, son muchos los riesgos para la vida de las personas que sufren estas patologías, lo que confirma la necesidad de que la misma

fuese informada a la Compañía Aseguradora.

- **ESCOLIOSIS**

Como se evidencia en la historia clínica del 26 de abril de 2006 se registra un diagnóstico de escoliosis, a saber:



A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) fue diagnosticado con escoliosis con anterioridad al 21 de septiembre de 2017, fecha en el asegurado diligenció la declaración de asegurabilidad. Por lo anterior, queda plenamente acreditado que el asegurado conocía de la escoliosis, específicamente del lumbago y omitió ponerlo en conocimiento de mi representada al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad que contiene tanto su huella como su firma como señal de aceptación de las respuestas brindadas. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que los aseguramientos deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del C.Co como resultado de la reticencia con la que el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) estampó su huella y firma en la declaración de asegurabilidad. Es decir, como se observa, son muchos los riesgos para la vida de las personas que sufren estas patologías, lo que confirma la necesidad de que la misma fuese informada a la Compañía Aseguradora.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** el señor Ardila ya contaba con una serie de diagnósticos de hipertensión, hiperlipidemia y escoliosis con anterioridad al mes de septiembre de 2017, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y **(ii)** que estas patologías son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar que sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida

por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

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

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: *"Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato."* (J. Efrén Ossa G., *ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato*, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto el asegurado debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

“Con plena conciencia que la reticencia o falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Yo, al abajo firmante declaro que

EN LA FECHA ME ENCUENTRO EN PERFECTO ESTADO DE SALUD SI X”

Con plena conciencia que la reticencia o falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:

Yo, al abajo firmante declaro que

EN LA FECHA ME ENCUENTRO EN PERFECTO ESTADO DE SALUD SI X NO

AFECCIONES CARDIOVASCULARES	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	VIH POSITIVO / SIDA	<input type="checkbox"/>
CANCER	<input type="checkbox"/>	INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	<input type="checkbox"/>

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS ANTERIORES ENFERMEDADES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICADAMENTE DETALLADAMENTE:

De las preguntas expuestas se evidencia indetectablemente: (i) que a pesar de que el asegurado había sido diagnosticado con hipertensión arterial esencial primaria, hiperlipidemia, escoliosis, faltó a la verdad al no haber marcado las preguntas de forma afirmativa que indagaban por enfermedades como hipertensión arterial y por sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario:

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:
Yo, el abajo firmante declaro que
EN LA FECHA ME ENCUENTRO EN PERFECTO ESTADO DE SALUD SI NO
Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes enfermedades:

1 AFECIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/>	4 DIABETES <input type="checkbox"/>
2 HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>	5 VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/>
3 CANCER <input type="checkbox"/>	6 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/>

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de

En síntesis, el señor Ardila (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que la Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son totalmente relevantes para el asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la hipertensión arterial, hiperlipidemia y escoliosis con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, para advertir que desde una valoración que se a fin que en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato como consecuencia de la reticencia del asegurado. La vinculación del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) debe declararse nula, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual. Más aun, cuando varias de sus patologías que negó informar faltando así a la verdad, le fueron preguntadas expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad.

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la

doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

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

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es más, en una reciente providencia, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

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

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

el objeto perseguido mediante la celebración del negocio 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 fuera del texto original)

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

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

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.

¹⁷ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez.

alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁸, en donde estableció lo siguiente:

“De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 id previene que «aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».

No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel reporta.

(...)

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

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

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el

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

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...¹⁹ (subrayado fuera del texto original).

Ahora, no puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C-232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del C.Co., explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en 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

¹⁹ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. (Subrayado fuera del texto original)

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

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

4. LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Resulta fundamental confirmarle a la H. Superintendencia Financiera 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”.²⁰ (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 Gutiérrez 17 , 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».”

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender, que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado. Es más, la Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997, que es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del 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

²⁰ 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.

*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 y Negrita fuera del texto original)*

Ahora, si bien se tiene conocimiento de pronunciamientos constitucionales frente a la carga de la prueba de la mala fe, debe entenderse que en estos se está cometiendo un yerro, en la medida que la buena fe es exigible del asegurado en el momento precontractual de la declaración del estado del riesgo, y no cuando la aseguradora se encuentra demostrando la reticencia del contrato de seguro.

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de éste último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

5. BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

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

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

En conclusión, dado que el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Es claro que la Equidad Seguros de Vida OC tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

6. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO Y FALTA DE PRUEBA DEL DAÑO EMERGENTE

En el proceso de la referencia no es procedente el reconocimiento de perjuicios a título de daño emergente, por cuanto el contrato debe ser declarado nulo por la reticencia del asegurado y debido a que las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran prescritas. Sin embargo, sin que ello constituya reconocimiento alguno de responsabilidad, debe decirse que el pago realizado por la solicitud de conciliación ante la cámara de comercio y del contrato demandante no se encuentra debidamente acreditado, pues el soporte que allegan los demandantes no cumple con los requisitos legales. Asimismo, debe indicarse que si el Despacho considera que dicho emolumento es procedente, deberá ser reconocida en la eventual condena de agencias en derecho, por cuanto podría ser un gasto derivado del proceso judicial. En ese sentido, la suma

solicitada no puede ser reconocida, incluso, en el remoto evento en que se llegase a demostrar que el contrato de seguro debe operar.

El daño emergente ha sido desarrollado jurisprudencialmente como la tipología de perjuicios que comprende la pérdida de elementos patrimoniales como consecuencia de los hechos dañosos, sin embargo, ha establecido ampliamente que para la procedencia del reconocimiento de los mismos resulta totalmente necesario acreditarlos dentro del proceso, carga que le asiste al reclamante de los perjuicios. Bajo estos derroteros, en el caso particular es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite las sumas solicitadas por el extremo actor, pues como se ha mencionado, la calificación de la pérdida de capacidad laboral no es un gasto derivado del accidente de tránsito.

Es claro que la parte Demandante tenía entre sus mandatos como parte actora, toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, la cuantía de los daños por los cuales se está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. A efectos de entender la tipología de dichos perjuicios, vale la pena recordar lo indicado por la honorable Corte Suprema de Justicia con respecto a la definición del daño emergente en los siguientes términos:

“De manera, que el daño emergente comprende la pérdida misma de elementos patrimoniales, las erogaciones que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento de pasivo, causados por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Dicho en forma breve y precisa, el daño emergente empobrece y disminuye el patrimonio, pues se trata de la sustracción de un valor que ya existía en el patrimonio del damnificado; en cambio, el lucro cesante tiende a aumentarlo, corresponde a nuevas utilidades que la víctima presumiblemente hubiera conseguido de no haber sucedido el hecho ilícito o el incumplimiento.”²¹

Con fundamento de lo anterior, podemos concluir que el daño emergente comprende la pérdida de elementos patrimoniales, causada por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Ahora bien, la parte Demandante manifiesta que se generó una erogación de \$1.533.020 por la solicitud de conciliación y debido a la celebración de un contrato de mandato. Sin embargo, dicho concepto no puede ser procedente, debido a que en la póliza objeto de litigio no existe una cobertura por daño emergente. Adicionalmente, no hay prueba siquiera sumaria de la existencia del daño emergente en las sumas que alegan, por el contrario, lo que se evidencia es que el extremo actor fundamenta su petición en una mera aseveración sin fundamento probatorio alguno.

Es claro que la Corte Suprema de Justicia ha establecido que para la procedencia de reconocimiento de perjuicios a título de daño emergente, es necesario que el reclamante demuestre

²¹ Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 07 de diciembre de 2017. M.P. Margarita Cabello Blanco. SC20448-2017

mediante prueba suficiente que se trata de perjuicios ciertos y no hipotéticos. Lo que no sucede en el caso de marras, en tanto que la parte Demandante solicita reconocimiento de \$1.533.020 a título de daño emergente, sin que prueben si quiera sumariamente la causación de dichos perjuicios, carga que les asiste por ser los reclamantes del daño, según los términos jurisprudenciales de la Corte. Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(...) la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso; **[pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción** (...)”²² (Subrayado fuera del texto original)

Así las cosas, en relación a la carga probatoria que recae en este caso en la parte Demandante, se puede observar que en el expediente no obra prueba alguna que acredite las erogaciones estimadas en \$ \$1.533.020 en que supuestamente incurrió la parte Demandante. En efecto, la consecuencia jurídica a la falta al deber probatorio en cabeza del Demandante es sin lugar a dudas la negación de la pretensión. Pues se allega únicamente el contrato de mandato, el cual no tiene vocación de acreditar una erogación, en tanto no se evidencia que en efecto el señor Ardila haya efectuado dicho pago. Por otra parte, se allega una consignación en donde tampoco se puede evidenciar quien es el que realiza el pago, por lo que no se acredita que en efecto los demandantes incurrieron en un gasto por lo que aducen.

En conclusión, una vez revisadas las pruebas obrantes en el plenario del proceso, no cabe duda que no existe ninguna prueba que acredite la causación de daño emergente, el contrato de mandato no acredita el gasto supuestamente incurrido y en el soporte de consignación no se vislumbra el titular del pago. Sin perjuicio de ello, deberá dejarse totalmente claro que no existe ninguna cobertura en la póliza objeto de la litis que cubra dichos montos . Máxime cuando la Corte Suprema de Justicia fue totalmente clara en indicar que éstos no se presumen, sino que se deben probar.

Por lo expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción

7. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

²² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. MP Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se cifi a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

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

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

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha del fallecimiento.

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

3. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES MIBANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA SA

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

(...) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales

operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.²³ (...)

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

(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.²⁴ (...)

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación crediticia 210000167216. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era MIBANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA SA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

Por todo lo anterior, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es MIBANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA SA, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mí representada. Situación que

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

²⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

debe ser tenida en consideración, por lo que consecuentemente, el Despacho no tendrá otra salida que ante una eventual condena en contra de mí procurada, reconocer que la indemnización únicamente puede ser recibida por la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en la póliza de seguro.

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

CAPÍTULO V
MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- a. Declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Domingo Ardila (Q.E.P.D)
- b. Póliza de Vida Grupo Deudores número AA001272
- c. Historia Clínica emitida por la Unidad Clínica de Magdalena SAS
- d. Historia Clínica emitida por MC IPS Barrancabermeja
- e. Historia Clínica emitida por Nueva EPS
- f. Historia Clínica emitida por Unidad Clínica San Nicolás LTDA
- g. Comunicación del 9 de febrero de 2022 emitida por la Aseguradora.
- h. Comunicación del 1 de marzo de 2022 emitida por la Aseguradora.
- i. Comunicación del 21 de junio de 2022 emitida por la Aseguradora.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- a. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **CARMELA AYALA MENESES**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora Ayala podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.
- b. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **ELVIA MARCELA ARDILA**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora Ardila podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.
- c. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora

LAURA FERNANDA ARDILA, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora Ardila podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

- d. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **DIANA DEL MAR ARDILA**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora Ardila podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.
- e. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **ANDRÉS FELIPE ARDILA**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor Ardila podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.
- f. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **SILVIA ELENA ARDILA**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora Ardila podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- a. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza Vida Grupo Deudores.

4. TESTIMONIALES

- a. Solicito se sirva citar a la doctora **MARÍA CAMILA AGUDELO ORTÍZ**, asesor externo de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de la Póliza de Seguro en

cuanto al alcance de los amparos brindados y el trámite de objeción. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, sus exclusiones y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio, además que también podrá deponer acerca de las tratativas preliminares al perfeccionamiento de la póliza. La Doctora podrá ser citado en la Calle 22D No. 72-38 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico camilaortiz27@gmail.com.

5. EXHIBICIÓN

- a. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **AL DEMANDANTE** para que exhiba su Historia Clínica desde 2005 hasta 2021, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que el asegurado sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo; y así mostrar la reticencia con que la entonces asegurada declaró su estado de asegurabilidad. Los documentos se encuentran en poder del señor DOMINGO ARDILA (Q.E.P.D) ya que aquellos corresponden a las atenciones médicas que ella ha recibido de manera personal.

- b. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **UNIDAD CLÍNICA DE MAGDALENA SAS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D), historia desde el año 2005 hasta el 2021. La documentación se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el asegurado. Lo anterior se evidencia conforme al fragmento de la historia clínica que se allega.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y

antecedentes del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **UNIDAD CLÍNICA DE MAGDALENA SAS** puede ser notificada en la Cl. 50 #24-37, Barrancabermeja, Santander, y a través del correo electrónico contabilidad@clinicalamagdalena.com

- c. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **NUEVA EPS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D), historia desde el año 2005 hasta el 2021. La documentación se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el asegurado. Lo anterior se evidencia conforme al fragmento de la historia clínica que se allega.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La NUEVA EPS puede ser notificada en la, y a través del correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co

- d. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **UNIDAD CLÍNICA SAN NICOLÁS LTDA**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D), historia desde el año 2005 hasta el 2021. La documentación se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el asegurado. Lo anterior se evidencia conforme al fragmento de la historia clínica que se allega.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La Unidad Clínica San Nicolás LTDA puede ser notificada en la, y a través del correo electrónico siau@unidadclnicasannicolas.com

6. OFICIOS

- a. Ruego se oficie a la **UNIDAD CLÍNICA DE MAGDALENA SAS**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D)

correspondiente al periodo que va desde el año 2005 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) desde el año 2005 hasta el años 2021. Lo anterior se puede constatar con la historia clínica aportada al proceso.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. La **UNIDAD CLÍNICA DE MAGDALENA SAS** puede ser notificada a través del correo electrónico specialidad@une.net.co

- b. Ruego se oficie a la **NUEVA EPS**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) correspondiente al periodo que va desde el año 2005 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) desde el año 2005 hasta el años 2021. Lo anterior se puede constatar con la historia clínica aportada al proceso.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. La **NUEVA EPS** puede ser notificada a través del correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co

- c. Ruego se oficie a la **UNIDAD CLÍNICA SAN NICOLÁS LTDA**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) correspondiente

al periodo que va desde el año 2005 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) desde el año 2005 hasta el años 2021. Lo anterior se puede constatar con la historia clínica aportada al proceso.

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

- d. El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que del señor Domingo Ardila (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. La **UNIDAD CLÍNICA SAN NICOLÁS LTDA** puede ser notificada a través del correo electrónico siau@unidadclnicasannicolas.com

7. DICTAMEN PERICIAL

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) que de haber conocido LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC, las patologías del señor DOMINGO ARDILA FIGUEREDO (Q.E.P.D) se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo el antecedente médico que omitió informar el señor Ardila era absolutamente indispensable para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el Asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C. Co. son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

CAPÍTULO VI
ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas
2. Certificado de existencia y representación legal de la Equidad Seguros Vida O.C.
3. Certificado de existencia y representación legal de G. Herrera & Asociados Abogados S.A.S.

CAPÍTULO VII
NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar en la demanda.

Mi procurada, La Equidad Seguros de Vida O.C., recibirá notificaciones en la Carrera 9 A No. 99-07 P12 -13 - 14- 15, en Bogotá y en el correo electrónico:

notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop

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

Del señor Juez. Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.