

Señores

JUZGADO TREINTA Y SEIS (36°) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

ccto36bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: VERBAL
RADICADO: 110013103036-2024-00343-00
DEMANDANTE: LUZ ESTRELLA MURCIA RODRÍGUEZ
DEMANDADOS: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. Y OTROS

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderad especial de la **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A**, sociedad legalmente constituida, identificada con NIT 860.027.404-1, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., conforme al poder general adjunto. Comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA** formulada por Luz Estrella Murcia Rodríguez en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones del Demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

SENTENCIA ANTICIPADA

Para iniciar, es preciso indicar que el artículo 278 del Código General del Proceso, dispuso con claridad el deber que le asiste al juez de proferir sentencia anticipada cuando encuentre probada la carencia de la legitimación en la causa así como la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, así:

“ARTÍCULO 278. CLASES DE 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.**”*

Es por esto, que respetuosamente solicito al Honorable Despacho emitir sentencia anticipada en el presente caso, como quiera que en el litigio que nos ocupa se encuentra probado la falta de legitimación de la causa y la prescripción derivada del contrato de Seguro, así:

- Respecto de la falta de legitimación en la causa por Pasiva de Allianz Seguros de Vida S.A.:

De conformidad con lo anterior se resalta al despacho que Allianz Seguros de Vida S.A. no tiene legitimación en la causa por pasiva, debido a que no existe una póliza de seguro que preste cobertura para los hechos ocurridos el 22 de junio del 2022, esto es, el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles, lo anterior por cuanto Póliza No. 21944338 que sirvió para vincular a mi mandante al proceso, contempla una vigencia final del 01 de junio de 2019 y hasta el 01 de junio de 2020, es decir que el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles que sustenta las pretensiones de la demanda habrían ocurrido dos años después de que la póliza terminara su vigencia, por ende es menester afirmar con total certeza que la póliza que refiere la parte demandante no tiene cobertura temporal, El señor Tristancho Robles estuvo asegurado con Allianz Seguros de Vida S.A. hasta el 01 de junio de 2020 y su deceso fue el 22 de junio de 2022, o en otras palabras, para el momento de los presuntos hechos no existía póliza alguna expedida por mi representada que cubriera el riesgo de muerte, por ende es evidente que Allianz Seguros de Vida S.A. no tiene legitimación en la causa por pasiva, pues siendo inexistente el aseguramiento, lo cierto es que no puede imputarse al asegurador la obligación indemnizatoria por eventos que escapan de la cobertura temporal.

- Respecto de la prescripción de las acciones derivada del contrato de seguro:

En el presente caso nos encontramos ante una clara prescripción de la Acción derivada del seguro comoquiera que se encuentra pleno sustento el fallecimiento del señor Tristancho dató del 22 de junio del 2022, y la demanda únicamente fue presentada para el 25 de junio de 2024, lo que nos lleva a concluir ciertamente que no se ejerció la acción dentro de los dos años siguientes a la fecha de fallecimiento.

En conclusión, primero está probado que la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338 no presta cobertura para el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles, toda vez que su vigencia término 2 años antes. Por ende, Allianz Seguros de Vida S.A. no tenía asegurado al señor Tristancho Robles para el 22 de junio del 2022, siendo esta razón suficiente para que se profiera sentencia anticipada en la cual se nieguen las pretensiones de la demanda respecto a mi mandante y además, está consolidada la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro.

CAPITULO I
CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL HECHO “1. Primero”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación al crédito adquirido con Fondo de Empleados Almacenes Éxito, pues se trata de circunstancias en las que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A no participó. 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 “2. Segundo”: Teniendo en cuenta que este hecho trae consigo varias afirmaciones, me pronunciaré sobre cada una de ellas así:

- Es cierto que el Fondo de Empleados Almacenes Éxito, en su calidad de tomador, contrató con mi representada Allianz Seguros de Vida S.A., Póliza de Seguro Vida Grupo Deudor. Frente a esto, se aclara que la misma, fue materializada con la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338, la cual contó con una vigencia Desde el 01 de junio de 2016 hasta el **01 de junio de 2020**.
- Solo es cierto que el Seguro materializado en la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338, amparaba entre otros, al señor Gustavo Tristancho Robles como deudor de la entidad Fondo de Empleados Almacenes Éxito. Sin embargo, debe advertirse que dicho contrato de Seguro solo estuvo vigente hasta el **01 de junio de 2020**. Es decir que el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles que sustenta las pretensiones de la demanda habrían ocurrido dos años después de que la póliza terminara su vigencia, por ende, es menester afirmar con total certeza que la póliza que refiere la parte demandante respecto de mi representada no tiene cobertura temporal. El señor Tristancho Robles estuvo asegurado con Allianz Seguros de Vida S.A. hasta el 01 de junio de 2020 y su deceso fue el 22 de junio de 2022, o en otras palabras, para el momento de su fallecimiento no existía póliza alguna expedida por mi representada que cubriera el riesgo de muerte, por ende es evidente que Allianz Seguros de Vida S.A. no tiene legitimación en la causa por pasiva, pues siendo inexistente el aseguramiento, lo cierto es que no puede imputarse al asegurador la obligación indemnizatoria por eventos que escapan de la cobertura temporal.
- Mi representada desconoce que este haya sido asegurado en otras aseguradoras que, nada tienen que ver con el giro normal y ordinario de Allianz Seguros de Vida S.A. 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.

- En lo que respecta a la aseguradora Seguros Suramericana S.A. no le consta a mi representada pues se trata de circunstancias en las que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A no conoce. 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 “3. Tercero”: Teniendo en cuenta que este hecho trae consigo varias afirmaciones, me prenuenciaré sobre cada una de ellas así:

- Es cierto que el señor Gustavo Trisancho Robles falleció para el 22 de junio del 2022, así se acredita en el Registro Civil de Defunción con indicativo serial 088060020 allegado al expediente.
- En lo que respecta a los trámites relacionados con el Fondo de Empleados Almacenes Éxito y la aseguradora Seguros Suramericana S.A., no le consta a mi representada pues se trata de circunstancias en las que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A no conoce. 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 ello, se aclara de una vez al Despacho que la aseguradora que tenía el riesgo de muerte cubierto al momento del fallecimiento del señor Gustavo Trisancho Robles para el 22 de junio de 2022 no es la aseguradora Allianz Seguros de Vida S.A. Es decir que el fallecimiento del señor Gustavo Trisancho Robles que sustenta las pretensiones de la demanda habrían ocurrido dos años después de que la póliza terminara su vigencia, por ende, es menester afirmar con total certeza que la póliza que refiere la parte demandante respecto de mi representada no tiene cobertura temporal. El señor Trisancho Robles estuvo asegurado con Allianz Seguros de Vida S.A. hasta el 01 de junio de 2020 y su deceso fue el 22 de junio de 2022, o en otras palabras, para el momento de su fallecimiento no existía póliza alguna expedida por mi representada que cubriera el riesgo de muerte, por ende es evidente que Allianz Seguros de Vida S.A. no tiene legitimación en la causa por pasiva, pues siendo inexistente el aseguramiento, lo cierto es que no puede imputarse al asegurador la obligación indemnizatoria por eventos que escapan de la cobertura temporal.

FRENTE A LOS HECHOS “4. Cuarto” Y “5. Quinto”: Teniendo en cuenta que este hecho trae

consigo varias afirmaciones, me prenuiciaré sobre cada una de ellas así:

- No me consta lo afirmado respecto de Willis Corredores de Seguro S.A, Delima Marsh S.A.: Agencia de Seguros Presente, Chubb Seguros S.A., Seguros Suramericana S.A.: pues se trata de circunstancias en las que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A no conoce. 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.
- Es cierto que mi representada Allianz Seguros de Vida S.A., al momento del desembolso del crédito de vivienda ostentó su calidad de asegurado en la Póliza de Vida Grupo Deudores tomada por el Fondo de Empleados Almacenes Éxito y que a su vez fue materializada en la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338 expedida por Allianz Seguros de Vida S.A. También es cierto que la Póliza prestó cobertura material hasta el 01 de junio de 2020. En tanto, la misma inicio vigencia el 01 de junio de 2016 y estuvo vigente hasta el 01 de junio de 2020. Es decir que el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles que sustenta las pretensiones de la demanda habrían ocurrido dos años después de que la póliza terminara su vigencia, por ende, es menester afirmar con total certeza que la póliza que refiere la parte demandante respecto de mi representada no tiene cobertura temporal. El señor Tristancho Robles estuvo asegurado con Allianz Seguros de Vida S.A. hasta el 01 de junio de 2020 y su deceso fue el 22 de junio de 2022, o en otras palabras, para el momento de su fallecimiento no existía póliza alguna expedida por mi representada que cubriera el riesgo de muerte, por ende es evidente que Allianz Seguros de Vida S.A. no tiene legitimación en la causa por pasiva, pues siendo inexistente el aseguramiento para dicha calenda, lo cierto es que no puede imputarse al asegurador la obligación indemnizatoria por eventos que escapen de la cobertura temporal.

FRENTE AL HECHO “6. Sexto”: Teniendo en cuenta que este hecho trae consigo varias afirmaciones, me prenuiciaré sobre cada una de ellas así:

- No me consta lo afirmado respecto de Agencia de Seguros Presente y Seguros Suramericana S.A.: pues se trata de circunstancias en las que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A no conoce. 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.
- Es cierto que mi representada Allianz Seguros de Vida S.A., al momento del desembolso del crédito vivienda Plan mi Casa 10 – 155003775 del señor Tristancho con el Fondo de

Empleados Almacenes Éxito ostentó su calidad de asegurado en la Póliza de Vida Grupo Deudores tomada por el Fondo de Empleados Almacenes Éxito y que a su vez fue materializada en la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338 expedida por Allianz Seguros de Vida S.A. Sin embargo, la Póliza prestó cobertura material hasta el 01 de junio de 2020. En tanto, la misma inicio vigencia el 01 de junio de 2016 y estuvo vigente hasta el 01 de junio de 2020. Es decir que el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles que sustenta las pretensiones de la demanda habrían ocurrido dos años después de que la póliza terminara su vigencia, por ende, es menester afirmar con total certeza que la póliza que refiere la parte demandante respecto de mi representada no tiene cobertura temporal. El señor Tristancho Robles estuvo asegurado con Allianz Seguros de Vida S.A. hasta el 01 de junio de 2020 y su deceso fue el 22 de junio de 2022, o en otras palabras, para el momento de su fallecimiento no existía póliza alguna expedida por mi representada que cubriera el riesgo de muerte, por ende es evidente que Allianz Seguros de Vida S.A. no tiene legitimación en la causa por pasiva, pues siendo inexistente el aseguramiento para dicha calenda, lo cierto es que no puede imputarse al asegurador la obligación indemnizatoria por eventos que escapan de la cobertura temporal.

FRENTE AL HECHO “7. Séptimo” y “8. Octavo”: No me consta lo afirmado respecto de Agencia de Seguros Presente y Seguros Suramericana S.A.: pues se trata de circunstancias en las que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A no conoce. 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 embargo, es necesario aclarar al Despacho que las entidades mencionadas en este hecho son independientes entre sí, y ninguna tiene relación con las demás en la gestión de sus actividades, sean estas aseguradoras o de otro tipo. Por lo tanto, la afirmación que intenta atribuirle responsabilidad a mi representada, al alegar que el señor Tristancho "no fue reportado en los listados cuando se enviaron los asegurados", no es imputable a mi representada primero porque Allianz Seguros de Vida S.A. facturó acorde al listado aportado por el Cliente (Fondo de Empleados almacenes Éxito). Lo anterior, teniendo en cuenta que se trataba de una póliza deudora en la que el valor asegurado correspondía al saldo insoluto de la deuda, por ende, era el tomador del seguro quien enviaba el detalle de las personas y los valores asegurado sobre el que se cobraba la prima, bajo el entendido que la facturación era mensual. Y Segundo, Tal como se ha señalado a lo largo de este escrito, la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338, emitida por Allianz Seguros de Vida S.A., brindó cobertura efectiva desde el 1 de junio de 2016 hasta el 1 de junio de 2020. Cualquier situación ocurrida después de esa fecha queda fuera del ámbito de control e influencia de Allianz Seguros de Vida S.A., incluyendo la determinación de quiénes fueron o no asegurados en otra compañía aseguradora.

Además de lo anterior, no es cierto que mi representada y las demás empresas a las que se refiere el presente hecho haya existido alguna negociación. Ni mucho menos, mi presentada ha recibido ninguna reclamación por el hecho del fallecimiento del señor Tristancho. 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 “9. Noveno”: No me consta lo afirmado respecto de las otras entidades demandadas pues se trata de circunstancias en las que Allianz Seguros De Vida S.A no conoce. 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.

Ahora, lo que respecta a mi representada Allianz Seguros de Vida S.A. debe decirse que es cierto que quien fungía como tomador de la Póliza de Seguro Fondo de Empleados Almacenes Éxito S.A. era quien recibía las primas y las transfería a mi representada. Por lo que es necesario precisar en este punto, que contrario a lo manifestado en respuestas a los Derechos de petición enviados por Luz Estrella Murcia Rodríguez del 30 de junio de 2023 y del 06 de octubre de 2023 el señor Gustavo Tristancho Robles sí ostentó su calidad de asegurado en la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338, emitida por Allianz Seguros de Vida S.A. Así las cosas, es claro que en efecto existió una respuesta señalando que el señor Tristancho no ostentó la calidad de asegurado, sin embargo, esto fue debido a un error involuntario, pues como se ha establecido a lo largo del presente escrito, este sí fungió como asegurado. Ahora bien, por el error en mención no es factible indicar que pueda hacerse efectivo el seguro, pues no hay fundamento legal para que así proceda, por lo que se reitera, es inviable proceder con pago alguno debido a que, la Póliza prestó cobertura material hasta el 01 de junio de 2020. En tanto, la misma inicio vigencia el 01 de junio de 2016 y estuvo vigente hasta el 01 de junio de 2020. Es decir que el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles que sustenta las pretensiones de la demanda habrían ocurrido dos años después de que la póliza terminara su vigencia, por ende, es menester afirmar con total certeza que la póliza que refiere la parte demandante respecto de mi representada no tiene cobertura temporal. El señor Tristancho Robles estuvo asegurado con Allianz Seguros de Vida S.A. hasta el 01 de junio de 2020 y su deceso fue el 22 de junio de 2022, o en otras palabras, para el momento de su fallecimiento no existía póliza alguna expedida por mi representada que cubriera el riesgo de muerte, por ende es evidente que Allianz Seguros de Vida S.A. no tiene legitimación en la causa por pasiva, pues siendo inexistente el aseguramiento para dicha calenda, lo cierto es que no puede imputarse al asegurador la obligación indemnizatoria por eventos que escapan de la cobertura temporal.

FRENTE AL HECHO “10. Décimo”: No es cierto que el señor Gustavo Tristancho Robles (Q.E.P.D) no fuera asegurado en la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338, emitida por

Allianz Seguros de Vida S.A. Así las cosas, es claro que en efecto existió una respuesta señalando que el señor Tristancho no ostentó la calidad de asegurado, sin embargo, esto fue debido a un error involuntario, pues como se ha establecido a lo largo del presente escrito, este sí fungió como asegurado.

Ahora bien, es preciso advertir que Allianz Seguros de Vida S.A. facturó acorde al listado aportado por el Cliente (Fondo de Empleados almacenes Éxito). Lo anterior, teniendo en cuenta que se trataba de una póliza deudora en la que el valor asegurado correspondía al saldo insoluto de la deuda, por ende, era el tomador del seguro quien enviaba el detalle de las personas y los valores asegurado sobre el que se cobraba la prima, bajo el entendido que la facturación era mensual.

FRENTE AL HECHO “11. Undécimo” No es un hecho sino una aparente transcripción de una disposición normativa, acompañado, además, con interpretaciones subjetivas del apoderado judicial de los demandantes. Sin embargo, como se ha indicado en anterioridad, es claro que en efecto existió una respuesta por parte de Allianz Seguros de Vida S.A. señalando que el señor Tristancho no ostentó la calidad de asegurado o que no entró al grupo asegurado, sin embargo, esto fue debido a un error involuntario, pues como se ha establecido a lo largo del presente escrito, este sí fungió como asegurado.

FRENTE AL HECHO “12. Duodécimo”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación a que las demás demandadas le han indicado que el señor Gustavo Tristancho Robles no se encontraba asegurado, pues se trata de circunstancias en las que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A no participó. 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.

Ahora, no es cierto que mi representada Allianz Seguros de Vida S.A. haya indicado en sus respuestas que el señor Gustavo Tristancho Robles no haya sido asegurado como consecuencia de su estado de salud, pues en esas respuestas solo se indicó, como se advirtió, basados en un error involuntario, que este no hacía parte del grupo asegurado, sin más explicaciones. Sin embargo, como se ha indicado en anterioridad, es claro que en efecto existió una respuesta por parte de Allianz Seguros de Vida S.A. señalando que el señor Tristancho no ostentó la calidad de asegurado o que no entró al grupo asegurado, sin embargo, esto fue debido a un error involuntario, pues como se ha establecido a lo largo del presente escrito, este sí fungió como asegurado en la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338.

FRENTE AL HECHO “13. Décimo Tercero”: Teniendo en cuenta que este hecho trae consigo varias afirmaciones, me preñunciaré sobre cada una de ellas así:

- No me consta lo afirmado respecto de Agencia de Seguros Presente y Seguros Suramericana pues se trata de circunstancias en las que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A no conoce. 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.
- Respecto de la documentación solicitada a mi representada esto es (i) listado de reporte, historia clínica, y demás, es preciso advertir que es cierto que esta información es única de del Fondo Empleados Éxito. Sin embargo, como se ha indicado en anterioridad, es claro que el señor Gustavo Tristancho Robles sí fungió como asegurado en la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338 y la respuesta emitida y referenciada a este hecho se debió a un error involuntario.

FRENTE AL HECHO “14. Décimo Cuarto”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación a que las demás demandadas le han indicado que el señor Gustavo Tristancho Robles no aparece ninguna solicitud de seguro, pues se trata de circunstancias en las que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A no participó. 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 15. Décimo Quinto”: La parte demandante, más allá de narrar una circunstancia sustantiva de cara al proceso que nos reúne, refiere a situaciones de estirpe subjetivo que, además de desconocidas por este extremo, no son relevantes. Nos atendremos a lo que resulte probado.

FRENTE AL HECHO 16. Décimo Sexto”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias en las que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A no participó. 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 17. Décimo Séptimo”: Es cierto.

FRENTE AL HECHO 18. Décimo Octavo”: No es cierto que frente a mi representada ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A se haya radicado reclamación por los hechos que se debaten en el presente asunto, pues como lo ha manifestado la parte demandante, este solo solicitó información a través de su derecho de la petición establecido en el artículo 23 de la C.N de cara a las averiguaciones del seguro, Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338. Sin embargo, debe

advertirse que dicho contrato de Seguro solo estuvo vigente hasta el 01 de junio de 2020. Es decir que el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles que sustenta las pretensiones de la demanda habrían ocurrido dos años después de que la póliza terminara su vigencia, por ende, es menester afirmar con total certeza que la póliza que refiere la parte demandante respecto de mi representada no tiene cobertura temporal. El señor Tristancho Robles estuvo asegurado con Allianz Seguros de Vida S.A. hasta el 01 de junio de 2020 y su deceso fue el 22 de junio de 2022, o en otras palabras, para el momento de su fallecimiento no existía póliza alguna expedida por mi representada que cubriera el riesgo de muerte, por ende es evidente que Allianz Seguros de Vida S.A. no tiene legitimación en la causa por pasiva, pues siendo inexistente el aseguramiento, lo cierto es que no puede imputarse al asegurador la obligación indemnizatoria por eventos que escapan de la cobertura temporal.

Incluso si en este caso se considerara que las peticiones dirigidas a mi representada constituyen reclamaciones propiamente dichas, es necesario señalar que la acción derivada del seguro ha prescrito. Esto se fundamenta en que el señor Gustavo Tristancho falleció el 22 de junio del 2022,. Según la ley, cualquier acción relacionada al seguro debía ejercerse dentro de los dos años siguientes al hecho que da base a la acción, que en todo caso debe ser el fallecimiento del señor Tristancho el 22 de junio del 2022, es decir, hasta el 22 de junio de 2024. Sin embargo, la demanda fue presentada recién al 25 de junio de 2024. En consecuencia, es evidente que no se ejerció la acción dentro del plazo legalmente establecido.

PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el Accionante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que la muerte del señor Gustavo Tristancho Robles no es un riesgo amparado por la ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A para la fecha de su deceso (22 de junio de 2022). En tal sentido, es inviable que surja obligación indemnizatoria toda vez que, la Póliza No. 21944338 que sirvió para vincular a mi mandante al proceso, contempla una vigencia final del 01 de junio de 2019 y hasta el 01 de junio de 2020, es decir que el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles que sustenta las pretensiones de la demanda habrían ocurrido dos años después de que la póliza terminara su vigencia, por ende es menester afirmar con total certeza que la póliza que refiere la parte demandante no tiene cobertura temporal, El señor Tristancho Robles estuvo asegurado con Allianz Seguros de Vida S.A. hasta el 01 de junio de 2020 y su deceso fue el 22 de junio de 2022, o en otras palabras, para el momento de los presuntos hechos no existía póliza alguna expedida por mi representada que cubriera el riesgo de muerte, por ende es evidente que Allianz Seguros de Vida S.A. no tiene legitimación en la causa por pasiva, pues siendo inexistente el aseguramiento, lo cierto es que no puede imputarse al asegurador la obligación indemnizatoria por eventos que escapan de la cobertura temporal.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS:

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “a, b, y d”: No me referiré a las pretensiones declarativas “a, b, y d” toda vez que las mismas no están dirigidas a mi representada Allianz Seguros de Vida S.A.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “c”: ME OPONGO a la pretensión declarativa “c” elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que: (i) la parte demandante nunca realizó reclamación ante Allianz Seguros de Vida S.A. en virtud del artículo 1077 del Código de Comercio, en tanto lo único que recibió la compañía fue un derecho de petición en el que además solicitó documentos e información respecto del aseguramiento del señor Tristancho. Luego, nunca existió tampoco objeción por parte de la aseguradora que represento, sino únicamente, dos respuestas a la solicitud de información allegada por la parte demandante (ii) la muerte del señor Héctor González no es un riesgo amparado por la ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A, para la fecha de su deceso (22 de junio de 2022). En tal sentido, es inviable que surja obligación indemnizatoria toda vez que, la Póliza No. 21944338 que sirvió para vincular a mi mandante al proceso, contempla una vigencia final del 01 de junio de 2019 y hasta el 01 de junio de 2020, es decir que el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles que sustenta las pretensiones de la demanda habrían ocurrido dos años después de que la póliza terminara su vigencia, por ende es menester afirmar con total certeza que la póliza que refiere la parte demandante no tiene cobertura temporal, El señor Tristancho Robles estuvo asegurado con Allianz Seguros de Vida S.A. hasta el 01 de junio de 2020 y su deceso fue el 22 de junio de 2022, o en otras palabras, para el momento de los presuntos hechos no existía póliza alguna expedida por mi representada que cubriera el riesgo de muerte, por ende es evidente que Allianz Seguros de Vida S.A. no tiene legitimación en la causa por pasiva, pues siendo inexistente el aseguramiento, lo cierto es que no puede imputarse al asegurador la obligación indemnizatoria por eventos que escapan de la cobertura temporal.

Además de lo anterior, (iii) es necesario señalar que la acción derivada del seguro ha prescrito. En el presente caso nos encontramos ante una clara prescripción de la Acción derivada del seguro comoquiera que se encuentra pleno sustento el fallecimiento del señor Tristancho dató del 22 de junio del 2022, y la demanda únicamente fue presentada para el 25 de junio de 2024, lo que nos lleva a concluir ciertamente que no se ejerció la acción dentro de los dos años siguientes a la fecha de fallecimiento. En consecuencia, es evidente que no se ejerció la acción dentro del plazo legalmente establecido.

FRENTE A LAS PRETENSIONES CONDENATORIAS:

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN 1: **ME OPONGO** a la PRIMERA pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no

es jurídicamente viable condenar a la **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A** al reconocimiento de pago alguno, por las siguientes razones:

Falta de legitimación en la causa por Pasiva de Allianz Seguros de Vida S.A.: De conformidad con lo anterior se resalta al despacho que Allianz Seguros de Vida S.A. no tiene legitimación en la causa por pasiva, debido a que no existe una póliza de seguro que preste cobertura para los hechos ocurridos el 22 de junio del 2022, esto es, el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles, lo anterior por cuanto Póliza No. 21944338 que sirvió para vincular a mi mandante al proceso, contempla una vigencia final del 01 de junio de 2019 y hasta el 01 de junio de 2020, es decir que el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles que sustenta las pretensiones de la demanda habrían ocurrido dos años después de que la póliza terminara su vigencia, por ende es menester afirmar con total certeza que la póliza que refiere la parte demandante no tiene cobertura temporal, El señor Tristancho Robles estuvo asegurado con Allianz Seguros de Vida S.A. hasta el 01 de junio de 2020 y su deceso fue el 22 de junio de 2022, o en otras palabras, para el momento de los presuntos hechos no existía póliza alguna expedida por mi representada que cubriera el riesgo de muerte, por ende es evidente que Allianz Seguros de Vida S.A. no tiene legitimación en la causa por pasiva, pues siendo inexistente el aseguramiento, lo cierto es que no puede imputarse al asegurador la obligación indemnizatoria por eventos que escapan de la cobertura temporal.

Falta de Cobertura Temporal de la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338: En consonancia con lo que se viene reseñando líneas atrás, la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 21944338 únicamente prestaba cobertura dentro del término de inicio de su vigencia 01 de junio de 2016 y hasta la finalización de la misma, es decir, hasta el 01 de junio de 2020. Lo que de paso implica que al haberse dado el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles por fuera de la vigencia de la Póliza descrita, está no presta cobertura temporal.

Prescripción de las acciones derivada del contrato de seguro: En el presente caso nos encontramos ante una clara prescripción de la Acción derivada del seguro comoquiera que se encuentra pleno sustento en que el fallecimiento del señor Tristancho Dató del 22 de junio de 2022, y la demanda únicamente fue presentada para el 25 de junio de 2024, lo que nos lleva a concluir ciertamente que no se ejerció la acción dentro de los dos años siguientes a la fecha del fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “2”: ME OPONGO a la SEGUNDA pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable condenar a la ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A al reconocimiento de pago alguno por concepto de intereses moratorios, debido a que, para que una persona se encuentre en mora en el cumplimiento de sus obligaciones, será necesaria la existencia previa de obligaciones susceptibles de cumplimiento. De forma que, ante la inexistencia de responsabilidad de la parte demandada, no resulta procedente imponer o acordar el pago de suma alguna en favor de los

demandantes. En este sentido, no resulta procedente hablar de mora ante la inexistencia de obligaciones susceptibles de ser cumplidas.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “3”: ME OPONGO a la TERCERA pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable condenar a la ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A al reconocimiento de pago alguno por concepto de intereses moratorios, debido a que, para que una persona se encuentre en mora en el cumplimiento de sus obligaciones, será necesaria la existencia previa de obligaciones susceptibles de cumplimiento. De forma que, ante la inexistencia de responsabilidad de la parte demandada, no resulta procedente imponer o acordar el pago de suma alguna en favor de los demandantes. En este sentido, no resulta procedente hablar de mora ante la inexistencia de obligaciones susceptibles de ser cumplidas.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “4”: ME OPONGO a esta pretensión por sustracción de materia. Además, esta pretensión es a todas luces antitécnica. Ello, porque no puede acumularse la indexación monetaria con el pago de los intereses puesto que ambos conceptos tienen la misma finalidad, la cual es paliar el poder adquisitivo del dinero. 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.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “5”: ME OPONGO a la condena en costas y agencias en derecho por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial 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.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “6”: ME OPONGO No me pronunciaré respecto de esta pretensión, en tanto únicamente se dirige contra El Fondo de Empleados Almacenes Éxito S.A.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Objeto el juramento estimatorio presentado por los Demandantes de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso. Ahora bien, se presenta objeción al juramento estimatorio bajo los siguientes fundamentos:

Falta de legitimación en la causa por Pasiva de Allianz Seguros de Vida S.A.: De conformidad con lo anterior se resalta al despacho que Allianz Seguros de Vida S.A. no tiene legitimación en la causa por pasiva, debido a que no existe una póliza de seguro que preste cobertura para los hechos ocurridos el 22 de junio del 2022, esto es, el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles, lo anterior por cuanto Póliza No. 21944338 que sirvió para vincular a mi mandante al proceso, contempla una vigencia final del 01 de junio de 2019 y hasta el 01 de junio de 2020, es decir que el

fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles que sustenta las pretensiones de la demanda habrían ocurrido dos años después de que la póliza terminara su vigencia, por ende es menester afirmar con total certeza que la póliza que refiere la parte demandante no tiene cobertura temporal, El señor Tristancho Robles estuvo asegurado con Allianz Seguros de Vida S.A. hasta el 01 de junio de 2020 y su deceso fue el 22 de junio de 2022, o en otras palabras, para el momento de los presuntos hechos no existía póliza alguna expedida por mi representada que cubriera el riesgo de muerte, por ende es evidente que Allianz Seguros de Vida S.A. no tiene legitimación en la causa por pasiva, pues siendo inexistente el aseguramiento, lo cierto es que no puede imputarse al asegurador la obligación indemnizatoria por eventos que escapan de la cobertura temporal.

Falta de Cobertura Temporal de la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338: En consonancia con lo que se viene reseñando líneas atrás, la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 21944338 únicamente prestaba cobertura dentro del término de inicio de su vigencia 01 de junio de 2016 y hasta la finalización de la misma, es decir, hasta el 01 de junio de 2020. Lo que de paso implica que al haberse dado el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles por fuera de la vigencia de la Póliza descrita, está no presta cobertura temporal.

Prescripción de las acciones derivada del contrato de seguro: En el presente caso nos encontramos ante una clara prescripción de la Acción derivada del seguro comoquiera que se encuentra pleno sustento en que la última vigencia del contrato de Seguro, la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338, dató hasta el 01 junio de 2020, y la demanda únicamente fue presentada para el 25 de junio de 2024, lo que nos lleva a concluir ciertamente que no se ejerció la acción dentro de los dos años siguientes a la fecha de finalización del contrato de Seguro en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor Gustavo Tristancho Robles.

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

1. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA A CARGO DE LA ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A, CON BASE EN PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES POR FALTA DE COBERTURA TEMPORAL.

Es indispensable que el despacho tenga en consideración que si bien es cierto la parte demandante aporta la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338 expedida por Allianz Seguros de Vida S.A. aquella contempla una vigencia desde el 1 de junio de 2016 hasta el 01 de junio de 2020, es decir dentro de la delimitación temporal en la que se traslada el riesgo, la compañía solo asumirá eventos en donde se demuestre la realización del riesgo asegurado pero que hayan ocurrido dentro del periodo pactado. Pese a ello, los hechos de la demanda indican que el señor Gustavo Tristancho

Robles falleció para el 22 de junio del 2022, sin embargo, es evidente que para dicha calenda la póliza no brindaba cobertura y por consiguiente no hay lugar a imponer ninguna obligación a Allianz Seguros de Vida S.A. por hechos que habrían ocurrido por fuera de la vigencia pactada.

Siendo consciente el legislador que en materia de derecho privado la voluntad de las partes resulta de gran trascendencia con el fin de convenir las cláusulas por las cuales se registró el negocio que celebren, fue su voluntad plasmar de forma clara dicha libertad contractual en la normativa aplicable al contrato de seguro, es de esta forma que en el artículo 1056 del Código de Comercio dispuso:

“(…) Artículo 1056. Delimitación contractual de los riesgos: con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado (…)”

Es posible vislumbrar en la mentada norma que el ordenamiento jurídico faculta al asegurador para delimitar los riesgos que decide asumir, ahora bien, dicha delimitación puede ser realizada en la práctica restringiendo temporalmente los hechos que pueden constituir eventualmente la ocurrencia del riesgo asegurado, en este sentido la Corte Suprema de Justicia ha expresado lo siguiente:

*“(…) se reconoce plena autonomía al asegurador, a quien el artículo 1056 ejusdem, norma aplicable a los seguros de daños y de personas, **le otorgó la potestad de delimitar espacial, temporal, causal y objetivamente** los eventos por cuya ocurrencia se obligaría condicionalmente a indemnizar al beneficiario, pues estatuyó que podía asumir, con las restricciones legales (…)”* (Subrayado y negrita fuera del texto original)¹.

De conformidad con lo anterior, no cabe duda de que el convenio realizado por las partes del contrato de seguro en cuanto al traslado del riesgo, su límite temporal y material es aquel que se estipula en la caratula de la póliza y a partir de donde debe efectuarse el análisis jurídico para definir si existe o no cobertura de un seguro. Para el caso de marras la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338 que aporta el demandante para justificar la vinculación de Allianz Seguros de Vida S.A. al proceso es clara en definir los extremos temporales de la vigencia y sin mayor dificultad se lee que aquella empezó meses después del hecho que reclama la parte demandante, veamos:

¹ Corte Suprema de Justicia Sala Civil. Sentencia SC 4527 del 23 de noviembre de 2020. Rad.: 2011-00361.01.

Póliza
y duración

Póliza No.: **21944338**
Duración: Desde las 00:00 horas del 01 de junio de 2019 hasta las 00:00 horas del 01 de junio de 2020

Documento: Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338

Transcripción esencial: Duración: hasta las 00:00 horas del 01 de junio de 2020.

En concordancia con lo anterior, se resalta que la ocurrencia de los hechos, esto es el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles de acuerdo con el dicho de la parte demandante tuvo lugar el 22 de junio del 2022, por lo tanto, la ocurrencia del fallecimiento fue posterior a la vigencia de la póliza la cual término el día 01 de junio de 2020, es decir que los hechos base del litigio se sitúan por fuera del periodo de vigencia del contrato aseguratorio invocado, situación que sin más razonamientos denota la falta de cobertura de aquel.

En este orden de ideas, se concluye que no existe viabilidad jurídica para reclamar el pago de una eventual condena con base en el seguro vinculado, por cuanto el hecho alegado consistente en la el fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles del 20 de junio de 2022, no se encuentra dentro de la delimitación temporal convenida en la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338, razón por la cual no puede imponerse al asegurador la carga de asumir indemnizaciones por hechos que pudieron ocurrir por fuera de la vigencia expresamente pactada, siendo esta la razón principal para que este honorable despacho despache desfavorablemente las pretensiones de la demanda.

Por los argumentos expuesto, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

2. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DE LA ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A

En el presente caso, mi procurada, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A carece de legitimación en la causa por pasiva, comoquiera que no expidió contrato de seguro que ampara el riesgo de muerte del señor Gustavo Tristancho Robles para el 22 de junio de 2022. Dicho presupuesto, esto es, la legitimación en la causa constituye el primer requisito que se debe analizar, previo de realizar cualquier estudio sobre un caso concreto. En un sentido material, la legitimación en la causa implica la relación verdadera que tiene la parte convocada con los hechos que dieron lugar al litigio.

Vale la pena recordar que la legitimación en la causa ha sido definida ampliamente por la jurisprudencia, como aquella titularidad de los derechos de acción y contradicción. A su turno ha sido clasificada en legitimación de hecho y material. Entiéndase la primera como el interés conveniente y proporcionado del que se da muestra al inicio del proceso. La segunda que recae necesariamente en el objeto de prueba y que le otorga al actor la posibilidad de salir adelante en las

pretensiones incoadas en el libelo de la demanda.

La Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, magistrado ponente Jesús Vall de Rutén Ruiz, mediante Sentencia SC2642 del 10 de marzo de 2015, con respecto a la legitimación en la causa dispuso:

“la legitimación en la causa es cuestión propia del derecho sustancial y no del procesal, en cuanto concierne con una de las condiciones de prosperidad de la pretensión debatida en el litigio y no a los requisitos indispensables para la integración y desarrollo válido de éste, motivo por el cual su ausencia desemboca irremediabilmente en sentencia desestimatoria debido a que quien reclama el derecho no es su titular o porque lo exige ante quien no es el llamado a contradecirlo”²

De igual forma, la Corte Suprema de Justicia a través de sentencia del 14 de agosto de 1995 con respecto a la legitimación en la causa, se ha pronunciado de la siguiente manera:

“Según concepto de Chiovenda, acogido por la Corte, la legitimatio ad causam consiste en la identidad de la persona del actor con la persona a la cual la ley concede la acción (legitimación activa) y la identidad de la persona del demandado con la persona contra la cual es concedida la acción (legitimación pasiva)”. (Instituciones de Derecho Procesal Civil, I, 185). Conviene desde luego advertir, para no caer en el error en que incurrió el Tribunal que cuando el tratadista italiano y la Corte hablan de ‘acción’ no están empleando ese vocablo en el sentido técnico procesal, esto es como el derecho subjetivo público que asiste a toda persona para obtener la aplicación justa de la ley a un caso concreto, y que tiene como sujeto pasivo al Estado, sino como sinónimo de ‘pretensión’, que se ejercita frente al demandado. Para que esa pretensión sea acogida en la sentencia es menester, entre otros requisitos, que se haga valer por la persona en cuyo favor establece la ley sustancial el derecho que se reclama en la demanda, y frente a la persona respecto de la cual ese derecho puede ser reclamado. De donde se sigue que lo concerniente a la legitimación en la causa es cuestión propia del derecho sustancial y no del derecho procesal, razón por la cual su ausencia no constituye impedimento para desatar en el fondo el litigio sino motivo para decidirlo en forma adversa al actor. Si el demandante no es titular del derecho que reclama o el demandado no es persona obligada, el fallo ha de ser adverso a la pretensión de aquél, como acontece cuando reivindica quien no es el dueño o cuando éste demanda a quien no es poseedor”³

² Sentencia de la Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, magistrado ponente Jesús Vall de Rutén Ruiz SC2642 del 10 de marzo de 2015

³ Sentencia de la Corte Suprema de Justicia (Expediente 4268) del 14 de agosto de 1995

Del análisis jurisprudencial señalado, es posible manifestar que la ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A, no está legitimada en la causa por pasiva, por cuanto los hechos y las pretensiones sobre los cuales se refiere la parte Demandante en su escrito hacen referencia a la afectación de la cobertura de muerte de unas Pólizas de Seguro con las diferentes entidades demandantes, sin embargo, para la fecha de dicho acaecimiento, mi representada no contaba con ninguna Póliza de Seguro que asegurara la deuda del señor Tristancho, lo que de forma inmediata genera como consecuencia, la falta de legitimación en la causa por pasiva. De hecho, entre el demandante y ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A no se ha celebrado ningún contrato de seguro para el hito temporal que rodea su fallecimiento.

En conclusión, se evidencia que mi representada no tenía vigente un contrato de seguro con el señor Gustavo Tristancho Robles, toda vez que, la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338, en cual sí era asegurado, término su vigencia el 1 de junio de 2020 y de dicha calenda en adelante, no se tuvo vinculo contractual alguno con éste, por lo que, no es clara la falta de legitimación en la causa por pasiva, debido a que, no existe ninguna relación contractual entre el actor y la ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

3. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA DEUDORES No. 21944338

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que pese a que en este caso ha operado la prescripción de la acción del contrato de seguro en los términos expuestos en apartes anteriores, al margen de ello, su Despacho deberá tener en cuenta que el asegurado Gustavo Tristancho Robles, 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, 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.

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**”⁴.*

(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 la Asegurada 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 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

⁴ 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.

la nulidad relativa del seguro.” (Subrayado y Negrita 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 y Negrita 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 absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.” (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 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.” (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.”⁵(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

⁵ 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.

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

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

De acuerdo con la transcripción de la historia clínica y como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que el asegurado por lo menos desde antes del mes del 2016 padecía enfermedades graves.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** El señor Trisancho ya contaba con una serie de diagnósticos con anterioridad al año 2016, 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 la asegurada omitió declarar 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.

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 Gustavo Tristancho Robles (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.

4. 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 jurídico⁶.

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

⁶ 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.”*

implique la violación de derechos fundamentales⁷. 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 conocer⁸”. (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)⁹

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁰, 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

⁷ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁸ 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.

⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerezo Pérez.

¹⁰ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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 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...”¹¹ (subrayado fuera del texto original).

¹¹ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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 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.

5. 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 distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el*

seguro”.¹² (negrilla y subrayas fuera del texto)”.

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo 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 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

¹² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

*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.

6. ALLIANZ 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 la honorable Superintendencia Financiera de Colombia 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 Gustavo Tristancho Robles 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 mí 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 Allianz Seguros de Vida S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

7. CUMPLIMIENTO AL DEBER DE INFORMACIÓN POR PARTE DE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

Allianz Seguros de Vida S.A. dio estricto cumplimiento al deber de información respecto de las condiciones de asegurabilidad de las pólizas adquiridas por el señor Tristancho (Q.E.P.D), en razón a que de forma cierta, suficiente, clara y oportuna le señaló a la consumidora financiera lo relacionado con su declaración de estado de salud y asimismo entrego copia de la póliza y condiciones particulares y generales de las mismas.

Para los anteriores efectos, es importante que se tenga en cuenta lo preceptuado en el literal C del artículo 2 de la Ley 1328 de 2009:

“c) Transparencia e información cierta, suficiente y oportuna. Las entidades vigiladas deberán suministrar a los consumidores financieros información cierta, suficiente, clara y oportuna, que permita, especialmente, que los consumidores financieros conozcan adecuadamente sus derechos, obligaciones y los costos en las relaciones que establecen con las entidades vigiladas.”

Por otra parte, se debe tener en cuenta lo señalado por la Delegatura para Funciones jurisdicciones de la Superintendencia Financiera:

Deber de información en el contrato de seguro. El consumidor debe recibir información cierta, veraz y oportuna, a fin de menguar el desequilibrio existente entre las entidades financieras y aseguradoras con el consumidor financiero.¹³

Para el caso en concreto, es evidente que Allianz Seguros de Vida S.a. cumplió con el deber de información, pues se señaló al asegurado de forma clara, oportuna y transparente lo referente a las condiciones de asegurabilidad.

En conclusión, es indudable que mi representada cumplió con el deber de información que la asiste, puesto que, los funcionarios que comercializan los seguros de vida hacen parte de la fuerza comercial externa del Fondo de Empleados Exito y para que lo anterior se efectúe, reciben capacitaciones y llevan a cabo un procedimiento a fin de que el asegurado reciba toda la información respecto del seguro de vida grupo deudores que adquiere, lo cual se corroboró por cuanto la misma asegurada indicó haber sido asesorada en todo lo relacionado con el seguro, confirmando esto mediante la firma en la declaración de asegurabilidad y lo manifestado en el hecho quinto del escrito de demanda.

8. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA EN CABEZA DE LA PARTE DEMANDANTE, PARA SOLICITAR LAS PRESTACIONES DEL CONTRATO DE SEGURO.

En el presente caso, la demandante carece de legitimación en la causa por activa para promover la acción que nos ocupa y pretender el reconocimiento de la prestación derivada del contrato de seguro expedido por mi representada, comoquiera que no ostenta la calidad de beneficiaria en el contrato de seguro. En tal sentido, se advierte que dicha legitimación radica únicamente en el beneficiario de la mentada póliza, lo que significa que, para el caso concreto, el único sujeto que podrá exigir el eventual cumplimiento del contrato de seguro es la entidad financiera Fondo de Empleados Almacenes Éxito. Además, debe advertirse que no se allega prueba si quiera sumaria que soporte de los supuestos pagos que hayan salido de su peculio.

En este orden de ideas no puede perderse de vista que la legitimación en la causa es el primer presupuesto que debe evaluarse antes de realizar cualquier estudio sobre un caso en particular. Puede ser activa o pasiva y ambas son un presupuesto procesal para que se dicte una sentencia de fondo favorable a las pretensiones. En palabras del Consejo de Estado:

*“Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, **consiste en la***

¹³ Sentencia de la Superintendencia Financiera de Colombia del 07 de febrero de 2019 Exp. 2018-1205 Rad. 2018079255.

posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda -legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. Corresponde a un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones, toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por la demandante (...)¹⁴ (subrayado y negrilla fuera del texto original).

En otra oportunidad, esa corporación afirmó que:

“(...) la legitimación material en la causa activa y pasiva, es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado (...)¹⁵ .

En el mismo sentido, la Corte Constitucional definió la falta de legitimación en la causa como una cualidad subjetiva de las partes, derivada de la relación de las mismas con el interés sustancial que se discute en el proceso:

“La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso. Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces simplemente declararse inhibido para fallar el caso de fondo.¹⁶” (subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora, en lo que concierne específicamente a casos análogos y coincidentes en materia de seguros de vida grupo deudores, la Corte Suprema de Justicia ha sido clara al pronunciarse en el mismo sentido, al indicar que:

“A partir de dejar sentado, con vista en el contrato de seguro y sus anexos, que el causante era el asegurado, sin que figurara como “beneficiario de dicho contrato”, el sentenciador concluyó que los demandantes no tenían derecho a reclamar valor

¹⁴ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 22 de noviembre de 2001. Expediente No.13.356. M.P. María Elena Giraldo Gómez

¹⁵ Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 20 de septiembre 2001 C.P María Elena Giraldo, Rad: 10973.

¹⁶ Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Rentería.

alguno por concepto de indemnización, porque el seguro de vida tenía como “especial destinación” cubrir el “saldo insoluto de la obligación” a la muerte del deudor asegurado. Por esto, al constatar que el tomador del seguro, esto es, el Banco Davivienda S.A., aparecía como el “exclusivo titular del crédito”, o lo que es lo mismo, del saldo de la obligación, el ad-quem señaló que dicho acreedor, en su calidad de beneficiario del seguro, como así constaba expresamente, era el **“único legitimado para efectuar la reclamación.”** (...)

En suma, **como en la sentencia se reconoció que el “único” beneficiario del seguro de vida grupo deudores, era el citado banco, por las razones que adujo, claramente se advierte que en ningún error de hecho, con las características de manifiesto y trascendente, pudo incurrir el Tribunal, porque el adjetivo “único” necesariamente descartaba que otras personas, incluidos los demandantes, por las circunstancias que fueren, pudieran serlo,** menos cuando expresamente se refirió, para confirmar la legitimación en causa de aquellos, a todos los hechos que en el cargo segundo se mencionan (...)

Por supuesto que la anterior conclusión no fue insular, sino que es el producto de haber dejado sentado que **el beneficiario del seguro no podía ser persona distinta del “exclusivo titular del crédito”, porque se trataba de un “contrato de seguro destinado al pago de la deuda”** que el asegurado había contraído con el banco beneficiario, y porque lo que se aseguró fue el pago del “saldo insoluto de la obligación” que existiera al momento de ocurrir la muerte del deudor.

Para el Tribunal, entonces, fue intrascendente que los demandantes fueran la “cónyuge” e “hijos” del deudor fallecido, **porque el destino de la suma asegurada, convertían al tomador del seguro, beneficiario a su vez del mismo, como el “único” legitimado para reclamar la indemnización, inclusive frente al hecho de que éste no haya insistido en el pago ante la aseguradora y en su lugar hubiere acudido a demandar judicialmente el cobro insoluto de la obligación contra uno de los codeudores solidarios.** Como se explicó en el precedente citado por el Tribunal (sentencia 025 de 23 de marzo de 2004, expediente 14576), al ocurrir el siniestro, el acreedor del crédito quedaba habilitado para hacer efectivo el valor del seguro de vida grupo deudores, sin menoscabo, claro está, del derecho que también le asistía de solicitar o exigir el pago de la deuda “contra los otros codeudores solidarios si los hay” (...)¹⁷ (Subrayado y negrita fuera del texto original).

¹⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Mp Jaime Alberto Arrubla Paucar, sentencia del 29 de septiembre de 2005, expediente C-1100131030162000-22940-01).

De este modo, para la nombrada Corte, especialmente en materia de seguros de vida grupo deudores, la legitimación en la causa por activa para reclamar el cumplimiento de las prestaciones que del contrato se derivan, recae únicamente sobre la persona, natural o jurídica, que ostente la calidad de beneficiaria en el seguro de vida. Descendiendo al caso concreto, a efectos de acreditar la falta de legitimación en la causa por activa, no puede perderse de vista que en la póliza de seguro vinculada a la obligación crédito vivienda Plan mi Casa 10 – 155003775, figuraba como beneficiario exclusivamente el Empleados Almacenes Éxito.

Lo anterior quiere decir que, teniendo en cuenta que la hoy demandante no es beneficiaria del seguro de vida Grupo Deudor, no se encuentra legitimada en la causa para reclamar las prestaciones que del contrato se derivan. En otras palabras, el único sujeto que se encuentra legitimado para exigir en un proceso judicial el cumplimiento del contrato de seguro previamente identificado es aquel que ostente la calidad de beneficiario del mismo. Lo que en el presente caso implica que el cumplimiento del contrato de seguro únicamente puede ser pretendido por la entidad Empleados Almacenes Éxito.

En otras palabras, el seguro de Vida Grupo Deudor que sirve de base para formular esta acción no contempla como beneficiaria del mismo a la demandante. Como se dijo, el Fondo de Empleados Almacenes Éxito es el único beneficiario del seguro y por tanto, el único sujeto legitimado para exigir el pago de la prestación que del mismo pudiera derivarse. Situación que pone de manifiesto la falta de legitimación de la parte Demandante para pretender pago alguno en su propio favor. Además, debe advertirse que no se allega prueba tan siquiera sumaria que soporte de los supuestos pagos que hayan salido de su peculio.

En conclusión, teniendo en cuenta que la ley y la jurisprudencia reconocen expresamente que el único legitimado para solicitar el cumplimiento de un contrato de seguro de vida grupo de deudores es el beneficiario del mismo, lo que en nuestro caso representa única y exclusivamente al Fondo Empleados Almacenes Éxito y no a la demandante, es claro que no se vislumbra el presupuesto material para emitir una sentencia a favor de la parte actora.

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción.

9. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante dejar expresamente consignado que en materia de seguros el Código de Comercio preceptúa una prescripción de dos años. Mismos que para efectos del análisis de la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338, deberá contabilizarse desde el momento en que el señor Tristancho Falleció, esto es desde el 22 de junio de 2022 y la demanda se presentó cuando ya había fenecido el término bienal del artículo 1081 del Código de Comercio, pues fue radicada hasta el 25 de junio de 2024. Por lo que, de

encontrarse configurada la misma, el contrato de seguro no podrá operar.

Es importante tener en cuenta que 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)

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular, y en especial, para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

“(…) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…)

La primera, según se acotó en líneas anteriores, de stirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el venero prescriptivo.

Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...)), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”¹⁸ (Subrayado fuera del texto original)

En ese sentido, en el presente caso nos encontramos ante una clara prescripción de la Acción derivada del seguro comoquiera que se encuentra pleno sustento en que el fallecimiento del señor Tristancho se dio para el 22 de junio de 2022, y la demanda únicamente fue presentada para el 25 de junio de 2024, lo que nos lleva a concluir ciertamente que no se ejerció la acción dentro de los dos años siguientes a fecha de fallecimiento del señor Gustavo Tristancho Robles.

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

10. IMPOSIBILIDAD DE CONDENAR AL PAGO DE INTERESES MORATORIOS TODA VEZ QUE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA NO HA NACIDO

Es claro que para que nazca a la vida la obligación indemnizatoria y sobre todo condicional de mi representada, se requería que acaeciera el Fallecimiento o la Incapacidad Total y Permanente del señor Gustavo Tristancho Robles dentro de la vigencia del contrato de seguro Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338, esto es, desde el 01 de junio de 2016 hasta el 01 de junio de 2020, sin embargo ante la ausencia de acreditación de la ocurrencia dentro de dicho término de vigencia, no puede predicarse la existencia de obligación alguna y por ende tampoco puede considerarse que mi representada se encuentre en mora, dado que, no es posible predicarse la mora de una obligación inexistente. Por lo dicho es claro que ningún respaldo encuentra la solicitud de pago de intereses de mora cuando el demandante no ha demostrado que en efecto se produjo el fallecimiento o se aporte calificación superior al 50% de pérdida de capacidad del señor Tristancho dentro del límite de la vigencia del seguro, Maxime, cuando se acreditó con el registro civil de defunción que el señor Tristancho falleció para el año 2022. Por lo anterior, mientras se encuentren insatisfecha la acreditación del siniestro no es posible afirmar que haya nacido obligación alguna y mucho menos que se encuentre insatisfecha.

Como sustento de lo anterior, se encuentra que la Corte Suprema de Justicia en cuanto al momento en el que se empiezan a causar los intereses moratorios, ha establecido en distintas oportunidades

¹⁸ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

que éstos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

“Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo”¹⁹

Aunado al anterior pronunciamiento, es relevante resaltar cómo la Corte Suprema ha dicho que la sanción a la que corresponde los intereses de mora no puede ser aplicada de manera objetiva, sino que, debe atenderse al caso concreto a fin de evaluar el motivo de retardo en el pago, lo anterior en palabras de la Corte al indicar que:

“De igual modo, en providencia del 29 de abril de 2005, reiteró: “ a la luz de los principios generales relativos al retardo en el cumplimiento de las obligaciones, principios en los que claramente se sustenta el precepto contenido en el artículo 1080 del C. de Co., desde el momento en que de acuerdo con este precepto ha de entenderse que comienza la mora del asegurador, es decir desde el día en que la deuda a su cargo es líquida y exigible, o mejor, lo habría sido racionalmente si no hubiere diferido sin motivo legítimo la liquidación de la indemnización y el consiguiente pago, dicho asegurador, además de realizar la prestación asegurada, está obligado al resarcimiento de los daños”

Los fragmentos jurisprudenciales que acaban de citarse explican **que la aseguradora sólo incurre en mora cuando no paga la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha de la reclamación, si ésta se ha hecho debidamente por el asegurado y con el cumplimiento de las carga probatorios sobre la existencia del siniestro y el valor del daño.**

Pero esta sanción-ha afirmado esta Corte-no se impone de manera objetiva, pues para que haya lugar a ella es necesario **que la falta de pago de la indemnización carezca de causa justificada o le sea imputable al asegurador,** por lo que el juez deberá entrar a valorar en todos los casos el motivo de retraso en la liquidación.²⁰

¹⁹ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

²⁰ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC 5681 de 2018, MP. Ariel Salazar Ramírez

(Sentencia de 27 de agosto de 2008. Exp- 1997-14171-01" (Subrayado y Negrita fuera de texto)

Lo anterior, deja claro que como a la fecha no se ha demostrado que ocurriera el siniestro es decir el fallecimiento o la Incapacidad total y permanente del señor Tristancho dentro de límite de vigencia de la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338, es decir, dentro del 01 de junio de 2016 hasta el 01 de junio de 2020, por lo que, es innegable que únicamente con la decisión final que adopte el juzgador se podrá establecer si efectivamente se cumplen las cargas del artículo 1077 del C.Co y en efecto se otorgará certeza al derecho pretendido, por lo que de ninguna manera se podría condenar al pago de intereses moratorios con anterioridad a la sentencia debido a que el aviso de siniestro en donde la parte solicitaba una indemnización nunca se constituyó en una verdadera reclamación que acreditara los presupuestos antes enunciados. Luego, antes de proferirse el fallo no existe certeza sobre la obligación presuntamente pendiente de indemnizar.

En conclusión, es importante dejar expresamente consignado que, la pretensión del Demandante en este caso no tiene vocación de prosperidad, puesto que los intereses moratorios podrían empezar a causarse solo hasta que el fallo judicial brinde certeza sobre la obligación. Toda vez que no existe prueba alguna de que el demandante haya acreditado extrajudicialmente la ocurrencia del siniestro dentro de la vigencia del seguro expedido por Allianz Seguros de Vida S.A. En esa medida, ni siquiera con anterioridad al proceso, ni en esta instancia se aportan pruebas idóneas que permitan afirmar que en efecto el señor Tristancho falleció o fue calificado con una pérdida de capacidad laboral mayor al 50% antes del 20 de junio de 2020, contrario a ello, se acredita que este falleció para el año 2022; entonces mal haría en proferirse una condena por intereses moratorios cuando nunca se ha incumplido con la obligación indemnizatoria, pues la misma ni siquiera ha nacido a la vida jurídica.

11. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

Solicito al señor Juez decretar cualquier otra excepción de fondo que resulte probada en el curso del proceso y que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de las entidades demandadas y que pueda configurar otra causal que la exima de toda obligación indemnizatoria, ello en atención a lo reglado por el artículo 282 del Código General del Proceso.

Por todo lo anterior solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

- 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 Financiera Fondo De Empleados Almacenes Éxito, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

2. AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS INDIVIDUALES

AMPAROS	VALOR ASEGURADO
MUERTE (incluye suicidio y homicidio desde el inicio de la vigencia. También incluye sida desde el inicio de la vigencia siempre y cuando no sea preexistente)	Saldo insoluto de la deuda (Es decir, el capital e intereses adeudados por el asegurado a la entidad crediticia al momento del siniestro)
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	
MÁXIMO VALOR ASEGURADO INDIVIDUAL	\$2.000.000.000
No. de Asegurados Mínimos para expedir la póliza	30.000
VALOR DE LA CARTERA INFORMADA	\$212.000.000.000 aprox
TASA POR MIL ANUAL APLICABLE SOBRE EL AMPARO DE MUERTE	1.6‰

Ahora bien, debe aclararse que en el remoto e hipotético caso en el que se condene a mi representada por la póliza expedida, el amparo a afectar es el de MUERTE, (Es decir, el capital e intereses adeudados por el asegurado a la entidad crediticia al momento del siniestro), cuya suma asegurada será el saldo insoluto de la deuda.

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 Financiera Fondo De Empleados Almacenes Éxito:

El valor asegurado será reportado por el Tomador. En caso de reclamación el valor a indemnizar será el certificado por la entidad Tomadora, independiente que el monto que haya sido reportado en la certificación difiera del reportado en los listados sobre los que se cobró prima, siempre y cuando el valor asegurado no supere los \$5.000.000, en una o varias obligaciones.

Documento: Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338

Transcripción esencial: El valor asegurado será reportado por el Tomador. En caso de reclamación el valor a indemnizar será el certificado por la entidad

Tomadora, independiente que el monto que haya sido reportado en la certificación difiera del reportado en los listados sobre los que se cobró prima, siempre y cuando el valor asegurado no supere los \$5.000.000, en una o varias obligaciones.

Así las cosas, es evidente que, en el remoto e hipotético caso en el que se condene a mi representada por la póliza expedida, el amparo a afectar es el de MUERTE, cuya suma asegurada será el saldo insoluto de la deuda.

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

3. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES FONDO DE EMPLEADOS ALMACENES ÉXITO.

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 financieras y 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.²¹ (...)

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

²¹ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

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.²² (...)

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. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Fondo De Empleados Almacenes Éxito 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 el Fondo De Empleados Almacenes Éxito, 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 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:

²² Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

1. DOCUMENTALES

- a. Póliza de Vida Grupo Deudores No. 21944338 y sus condiciones aplicables.
- b. Derecho de petición ante NUEVA EPS y su trazabilidad de envío.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- a. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **LUZ ESTRELLA MURCIA RODRÍGUEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 46.354.666, 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 Murcia podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.
- b. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte el representante legal del **FONDOS DE EMPLEADOS ALMACENES ÉXITO S.A.**, en su calidad de demandado, 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 Representante Legal podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.
- c. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte el representante legal de **PRESENTE AGENCIA DE SEGUROS S.A.**, en su calidad de demandado, 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 Representante Legal podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.
- d. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte el representante legal de **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, en su calidad de demandado, 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 Representante Legal podrá ser citado 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 ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A** 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. 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 DE DOCUMENTOS

- 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 **A LA DEMANDANTE** para que exhiba la Historia Clínica del señor Gustavo Trisancho Robles, correspondiente al periodo comprendido entre el año 2000 y el año 2022, en la Audiencia respectiva. El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el señor Gustavo Trisancho Robles (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que el Asegurado declaró su estado de asegurabilidad.
- b. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **NUEVA EPS S.A.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Gustavo Trisancho Robles (Q.E.P.D) correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2022. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la EPS encargada de la dirección a la atención medico

asistencial que recibió El señor Tristancho entre los años 2000 a 2022.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Gustavo Tristancho Robles (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 S.A** puede ser notificada a través del correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co.

6. OFICIOS

- a. Ruego se oficie a la **NUEVA EPS S.A**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Gustavo Tristancho Robles (Q.E.P.D), quien se identificó con la cedula de ciudadanía No. 19210249 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2022. 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 Gustavo Tristancho Robles (Q.E.P.D) entre los años 2000 a 2022. 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 Gustavo Tristancho Robles (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 S.A** puede ser notificada a través del correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co.

7. **DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P.**

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 ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., las patologías del señor Gustavo Tristancho Robles (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

Tristancho 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 a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez la entidad oficiada aporte 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.

ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de Allianz Seguros de Vida S.A. de Colombia.
3. Poder General.

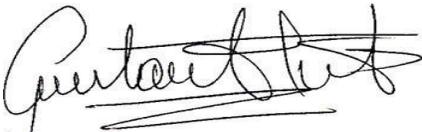
NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Mi procurada **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, recibirá notificaciones en la Carrera 13A No.29 – 24, en Bogotá. Correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co

Al suscrito en la Carrera 11A # 94A - 23 Oficina 201 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.