

Señores

JUZGADO SEGUNDO (2º) CIVIL DEL CIRCUITO DE PASTO

j02ccpas@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL
RADICADO: 520013103002-2024-00240-00
DEMANDANTE: DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ
DEMANDADOS: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali, identificado con la 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, actuando en el presente proceso en mi calidad de apoderado general de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, de acuerdo con la escritura pública No. 5107 del 05 de mayo del 2004, de la Notaria veintinueve del círculo de Bogotá, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 860027404 - 1, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., con correo electrónico de notificaciones notificacionesjudiciales@allianz.co como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Cali, manifiesto que, dentro del término legal, presento **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por el señor DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ GUERRERO, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

OPORTUNIDAD

Con el objeto de verificar los términos de contestación a la demanda, se tiene que el día 28 de noviembre de 2024, se allegó correo electrónico de notificación personal a mi procurada, informando la presentación de la presente acción judicial en contra de la misma. Así las cosas, y de conformidad con lo descrito en el Artículo 8 de la Ley 2213 del 2022, se tiene que la notificación personal *“se entenderá realizada una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje”*, así las cosas, encontrando que el mensaje de texto fue enviado el día 28 de noviembre de 2024, contabilizando los dos días hábiles, se tiene que el término de veinte (20) días hábiles para contestar la demanda, comienzan a regir desde el 03 de diciembre de 2024, por lo cual la radicación del presente escrito se efectúa en término.

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Procedo a pronunciarme frente a cada uno de los hechos de la demanda en la misma forma y en el mismo orden cronológico en que fueron planteados, así:

Frente al hecho “1”: El presente hecho tiene varias afirmaciones, ante las cuales me pronuncio así:

- Es cierto que el señor Edgar Martín Pastas Castillo, es un Agente de Seguros Vinculado, quien puso en el mercado la Póliza de Vida ActuAll No. 022962369/ 0, donde figura el señor Diego Andrés López y López Guerrero, como tomador/asegurado.
- Respecto de los amparos del contrato de seguro Póliza de Vida ActuAll No. 022962369/0, debe decirse que, si bien se pactó una cobertura por incapacidad, inutilización, desmembramiento por enfermedad o accidente, la misma tiene unas exclusiones que impiden su afectación. Al respecto resulta necesario precisar lo establecido en el clausulado general que acompaña el mencionado contrato, dentro del cual en el Capítulo de “Exclusiones”, la exclusión No. 1, no hay lugar a pagar reclamaciones relacionadas con **“Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el ASEGURADO como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo.”** (resaltado propio).

Además, debe decirse que la Compañía Aseguradora Allianz Seguros de Vida S.A., indemnizará la pérdida de capacidad laboral del asegurado, siempre y cuando el dictamen médico sea elaborado por una médico o una institución nombrada por mi procurada, o por el proceso adelantado ante la EPS, ARL o AFP, como se observa:

El porcentaje de disminución de la capacidad laboral en cualquiera de sus manifestaciones, será validado en primera instancia por un médico o una institución nombrados por LA COMPAÑÍA, o también podrá ser certificado por la entidad de Riesgos Laborales (A.R.L), por la entidad promotora de salud (E.P.S), por la Administradora del Fondo de Pensiones (A.F.P.), y en última instancia, será el establecido de conformidad con lo dispuesto en el manual único para la calificación de la invalidez expedido por el gobierno nacional y utilizado por la Junta Regional de Calificación de invalidez vigente a la fecha de reclamación. Se entenderá ocurrida la disminución laboral al momento de su estructuración.

En ese orden de ideas, es necesario desde ya precisar que, dentro del asunto en particular, no existe ninguna obligación indemnizatoria en cabeza de la compañía aseguradora, y no hay lugar a afectar la Póliza Vida ActuAll No. 022962369/0, vigente durante el 28 de octubre del 2021 al 27 de octubre de 2022, por cuento:

- (i) El dictamen de pérdida de la capacidad laboral aportado por la activa, no fue emitido por ninguna entidad designada por Allianz Seguros de Vida S.A., y mucho menos deviene de un proceso o trámite ante ARL, AFP, o EPS. Se aprecia que la solicitud de calificación de pérdida de capacidad laboral, la promovió el señor Diego Andrés López y López Guerrero a nombre y título propio.
- (ii) De acuerdo a la historia clínica que reposa en el plenario, el señor Diego Andrés López y López, desde el año 2018 presentaba afectaciones en sus riñones, por lo cual le diagnosticaron una insuficiencia renal crónica 3B, así mismo había sido diagnosticado con otras enfermedades y padecimientos de salud.

En ese sentido y como se expondrá a continuación estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que el señor Diego Andrés López y López, había padecido y/o sufrido alguna enfermedad que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor Diego Andrés López y López conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre del 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Por lo tanto, no hay otra conclusión que negar las pretensiones de la demanda respecto de mi representada, toda vez que el contrato de seguro se encuentra afectado de nulidad.

Frente al hecho “2”: Es parcialmente cierto. Debe decirse que la Póliza Vida ActuAll No. 022962369/0, tiene como tomar/asegurado al señor Diego Andrés López y López Guerrero, sin embargo, dicho contrato de seguro ha sido renovado anualmente, de acuerdo a las condiciones del mismo y solicitud del tomador y asegurado, aclarando que para el caso particular, la única vigencia que podría afectarse fue la convenida durante el 28 de octubre del 2021 al 27 de octubre del 2022.

Sin embargo, de conformidad con los reportes clínicos emitidos por la Clínica Mi IPS y La Nueva EPS, el señor Diego Andrés López y López, había presentado desde el año 2018 padecimiento médicos relacionados con sus riñones, presentando desde dicha época infección de vías urinarias, que desencadenó en una infección renal crónica 3B. Se precisa que dentro del asunto en ventilación se encuentra configurada la figura de la reticencia, en atención a que el señor Diego Andrés López y López al momento de suscribir los formularios de asegurabilidad con mi representada omitió informar su verdadero estado de salud pasado y presente, como se observa:

7. Declaración de asegurabilidad del Asegurado

Peso (kg) 63

Estatura (cm) 1,60

¿Fuma? NO ☒ SI ☐

¿Cuántos cigarrillos al día? 10 AL MES

Desde cuando? 2000

¿Bebe licor? NO ☒ SI ☐ , en caso afirmativo, aclare frecuencia **ENCUENTROS SOCIALES**

¿Su capacidad de trabajo está reducida o presenta algún grado de discapacidad o incapacidad para realizar sus labores cotidianas? NO ☒ SI ☐ , ¿Por qué?

¿Se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajar? NO ☐ SI ☒ Si su respuesta es NO especifique:

MÉDICO (Este cuestionario deberá ser contestado totalmente). ¿Padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? :

a. ¿Convulsiones, Derrame cerebral, Isquemia o Trombosis, Epilepsia, Parkinson, Alzheimer, Esclerosis múltiple, Síncopes, Vértigo, u otras enfermedades del sistema nervioso?

SI ☐ NO ☒

b. ¿Ansiedad, Ataque de nervios, Depresión u otro trastorno mental?

SI ☐ NO ☒

c. ¿Enfisema, Bronquitis crónica (EPOC), Fibrosis pulmonar, Hipertensión pulmonar, Asma, Tuberculosis?

SI ☐ NO ☒

d. ¿Hipertensión arterial, Enfermedad cardíaca, Enfermedad Coronaria, Valvulopatía, Arritmias?

SI ☐ NO ☒

e. ¿Digestivas: Úlceras, Pólipos, Quistes, Divertículos, Hemias, Gastritis, Dispepsia, Reflujo Gastroesofágico, Enfermedad del colon, Cáncer hepático, Pankreatitis?

SI ☐ NO ☒

f. ¿Renales y/o genitourinarias, Próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio, sterias, enfermedades venéreas?

SI ☐ NO ☒

g. ¿Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Meloma múltiple, Lupus, Hepatitis, SIDA - VIH, Trombosis venosa o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno - infecciosa?

SI ☐ NO ☒

h. ¿Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Distrofia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular?

SI ☐ NO ☒

i. ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Ciática, Artritis, Artrosis, Reumatismo, Anquilosis, Trauma craneo encefálico o de columna o fractura no consolidada?

SI ☒ NO ☐

j. ¿Sordera, Ceguera, Cataratas, Glaucoma, Queratocono?

SI ☐ NO ☒

k. ¿Paraplejía, Hemiplejía, Parálisis, Amputaciones o incapacidades no mencionadas en este cuestionario?

SI ☐ NO ☒

l. ¿Ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes?

SI ☐ NO ☒

m. ¿Le han realizado exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a los anteriormente mencionados?

SI ☐ NO ☒

n. ¿Ha sido operado u hospitalizado o piensa hacerse una operación próximamente?

SI ☐ NO ☒

o. (MUJERES) ¿Está embarazada actualmente? En caso afirmativo, adjuntar copia de controles prenatales completos.

SI ☐ NO ☒ ¿Cuántos meses?

p. (MUJERES) ¿Ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?

SI ☐ NO ☒

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

Pregunta (Literal)	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	Fecha de aparición, ocurrencia o práctica	Tratamiento o evolución	Estado actual
		Día Mes Año		
E	HERNIA INGUINAL	06 2005	OPERACION HERNIA INGUINAL	SANO
I	LUMBALGIA	02 2021	EN TRATAMIENTO VERTEBRA L5 S1	SANO

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
Bogotá - Calle 69 No.04-48 Of. 502, Ed. Buro 69

GHA

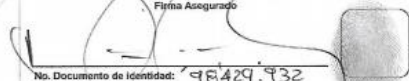
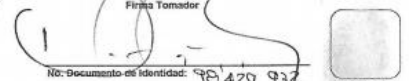
ABOGADOS & ASOCIADOS

MFJ | 4

8. Compromiso de veracidad y buena fe del asegurado
De conformidad con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, hago constar que las respuestas que he dado a las preguntas contenidas en el cuestionario precedente, son sinceras y veraces y pueden servir de fundamento a la Compañía ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A., para tomar la decisión de asumir o no los riesgos de seguro de vida a que se refiere mi solicitud. En consecuencia de lo anterior, cualquier referencia o inexactitud en que el suscrito solicitante haya incurrido le vicia de nulidad relativa del contrato de seguro y la Compañía aseguradora podrá alegarla por acción u excepción, quedando facultado para abstenerse de pagar la indemnización que se reclama. Declaro que mi ocupación está permitida por la Ley y no ejerce actividades ilícitas. **ACEPTO QUE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA SINO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.**

9. Cálculo de Asegurabilidad
El diligenciamiento de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la Aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida al que accede. La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada.

10. Tratamiento de Datos Personales
La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1501 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá legarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad y la de terceras personas que sean asegurados o beneficiarios del seguro. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica. También será objeto de tratamiento la información de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. La información descrita será utilizada para las siguientes finalidades:
(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo, dar cumplimiento a las obligaciones contractuales por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebran y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. ☒ SI ☐ NO
(ii) Envíos Comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización e mejoras de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. ☒ SI ☐ NO
(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. ☒ SI ☐ NO
El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización otorgada; suscribir o revocar la autorización otorgada; consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 594-1133 - A nivel nacional: 0800-513550 - Opción 6); ii) Requerimiento escrito a la Cámara 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co.
Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite. Autorizo irrevocablemente durante la vigencia del contrato de seguro que legare a celebrar con Allianz Seguros de Vida S.A. y por diez años más después de finalizar la vigencia del mismo a que, médicos, clínicas, hospitales, EPS y demás establecimientos que me hayan brindado atención en servicios de salud, para suministrar la información sobre mi historial clínico y/o gestión de salud, por Allianz Seguros de Vida S.A. los solicite, sin excepción de mi fallecimiento.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior,
Firma Asegurado:  
Firma Tomador:  
No. Documento de Identidad: 98429.932 No. Documento de Identidad: 98429.932
Se firma la presente solicitud en la ciudad de: PASTO el día 25 de AGOSTO de 2021
Código clasificatorio: 03-05-2010-1409-P37-0300000V200404 Código nota técnica: 03-05-2010-1409-NT-P-37-0000000V200404
Versión 05 de octubre de 2019 Hoja 2 de 3

Colindando con el apartado anterior, es claro que el formulario de asegurabilidad realizado por mi representada, de manera clara presentan un recuadro denominado “*declaración de asegurabilidad del Asegurado*” en el cual los asegurados deben de manera clara hacer una declaración real sobre su verdadero estado de riesgo, el cual está relacionado con su condición de salud pasado o actual (fecha de suscripción del formulación de asegurabilidad), donde se observa que en fecha 25 de agosto del 2021, el señor Diego Andrés López y López declaró estar totalmente **sano**.

Sin embargo, de conformidad con los reportes clínicos emitidos por Clínica Mi IPS y La Nueva EPS, el señor Diego Andrés López y López, había presentado desde el año 2018 padecimiento médicos relacionados con sus riñones, presentando desde dicha época infección de vías urinarias, que desencadenó en una infección renal crónica 3B, con anterioridad a la solicitud de aseguramiento, encontrando de esta manera que negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Por lo tanto, no hay otra conclusión que negar las pretensiones de la demanda respecto de mi representada, toda vez que el contrato de seguro se encuentra afectado de nulidad.

Frente al hecho “3”: El presente apartado tiene varias manifestaciones, ante las que me pronuncio así:

- No le consta a mi representada que el señor Diego Andrés López y López, haya sido

diagnosticado con algunas enfermedades en el año 2022. Sin embargo, debe decirse que, de conformidad con la Historia Clínica emitida por la institución médica Mi IPS, y la Nueva EPS, se tiene que el señor Diego Andrés López y López, había sido diagnosticado con una infección de las vías urinarias en el año 2018, situación que lo llevó a padecer una infección renal crónica 3B, y otras enfermedades.

Estas enfermedades y otras, habían sido diagnosticadas con anterioridad a la entrada en vigencia del contrato Póliza Vida ActuAll No. 022962369/0, la cual inicio en el 27 de octubre del 2021, encontrando de esta manera que el tomador/asegurado, señor Diego Andrés López y López negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento a Allianz Seguros de Vida S.A., que se encontraba asegurándolo. Por lo tanto, se deben negar las pretensiones de la demanda, toda vez que el contrato de seguro se encuentra afectado de nulidad.

- No le consta a mi procurada que el señor Diego Andrés López y López, hubiera acudido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, pues dicha circunstancia es totalmente ajena a mi procurada. Sin embargo, debe precisarse que de acuerdo con los documentos que reposan en la demanda, hay un dictamen de determinación de origen y/o pérdida de capacidad laboral y ocupacional, el cual fue emitido el 04 de marzo del 2023.

Debe decirse que el dictamen de pérdida de la capacidad laboral, fue realizado a solicitud del señor Diego Andrés López y López, y no deviene de un proceso adelantado ante una EPS, ARL o AFP, y mucho menos de un médico e institución nombrada por Allianz Seguros de Vida S.A.

Además, el informe pericial aportado, tuvo presente enfermedades preexistentes que tenía el señor Diego Andrés López y López, como la infección renal crónica, la cual inicialmente fue diagnosticada y tratada en el año 2018. Circunstancias que evidentemente contrarían no solo las condiciones en las cuales fue pactado el contrato de seguro, sino que además permiten evidenciar una omisión o falta a la verdad, respecto de informar las enfermedades preexistentes y existentes antes del iniciar la vigencia del contrato de seguro, lo cual vicia el consentimiento de mi procurada, pues aquella pudo abstenerse de emitir la Póliza Vida ActuAll No. 022962369/0 o al menos pactar condiciones más onerosas.

Por lo dicho, se deben negar las pretensiones de la demanda y en su lugar declarar la nulidad del contrato de seguro, bajo la configuración de la reticencia establecida en el Art. 1058 del C. Co.

Frente al hecho “4”: No le consta a mi procurada la veracidad de dicha afirmación, pues tal información le compete únicamente al conocimiento exclusivo de la activa, y a una entidad ajena a la Compañía Aseguradora. En atención a la carga de la prueba, le asiste a la activa probar su dicho.

Frente al hecho “5”: Es cierto. El día 20 de febrero del 2023, la compañía Allianz Seguros de Vida S.A., recibió un correo electrónico, firmado por el señor Diego Andrés López y López, dentro del cual expone que de manera particular acudiría ante la Junta Regional de Calificación de Perdida de la Capacidad Laboral de Nariño, con el fin de afectar la póliza vida. Sin embargo, debe decirse que dicho procedimiento no es el idóneo, ni el establecido por las partes dentro del contrato de seguro. Cabe con evidenciar que, dentro del cláusula general del contrato de seguro Póliza Vida ActuAll No. 022962369/0, se indicó que el proceso de calificación de PCL, debe hacer por un médico o institución que designe la Compañía Aseguradora, o por un tramite previo ante la EPS, ARL o AFP, situación que no ocurrió en el caso particular, lo que establece que se contraria las condiciones del contrato de seguro.

Frente al hecho “6”: No le consta a mi procurada la veracidad de dicha afirmación. Debe precisarse que los actos descritos por la activa, son ajenos y totalmente desconocidos por la Compañía Asegurado, comoquiera que no media ningún tipo de relación entre Allianz Seguros de Vida S.A., y la Junta de Calificación de la pérdida de capacidad Laboral de Nariño. De acuerdo a la carga de la prueba, regulada por el Art. 167 del CGP., le asiste a activa probar cada uno de sus dichos.

Es necesario tener presente que, el tramite para solicitar una indemnización ante la compañía aseguradora, ha sido muy clara, y ha quedado establecida en el clausulado general del contrato de seguro, donde se indicó que la calificación de perdida de la capacidad, será válido **de primera mano**, cuando lo emita una médico o una institución nombrada por Allianz Seguros de Vida S.A., o que sea certificado o lleve tramite previo ante la ARL, AFP o EPS. Situación que no ocurre en el caso bajo análisis, comoquiera que es claro que el proceso de calificación de perdida de la capacidad laboral, que adelanto el señor Diego Andrés López y López contraria las condiciones del seguro, y además que se desconoce claramente si la información suministrada por el demandante y analizada por la Junta Regional de Calificación de Invalides Nariño, estaba completa.

Así mismo, no se puede pasar por alto que, ante un pequeño análisis que se le hizo a la historia clínica emitida por Mi IPS y la Nueva EPS, se pudo evidenciar que el señor Diego Andrés López y López, desde el año 2018 había sido diagnosticado con una infección en

las vías urinarias, situación que desencadeno la infección renal crónica 3B, la cual fue tomada en cuenta para establecer el PCL.

En efecto, es fundamental que desde ahora el H. Despacho tome en consideración que el Asegurado fue reticente. Lo anterior, 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, concretamente, negó que había presentado desde el año 2018 padecimiento médicos relacionados con sus riñones, presentando desde dicha época infección de vías urinarias, que desencadeno en una infección renal crónica 3B, diagnosticada con anterioridad al mes de agosto del 2021. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia la respuesta negativa y falsa del asegurado, así:

- Declaración de asegurabilidad que data del 25 de agosto de 2021:

7. Declaración de asegurabilidad del Asegurado

Peso (kg) 63 Estatura (cm) 1,60 ¿Fuma? NO SI ¿Cuántos cigarrillos al día? 10 AL MES Desde cuando? 2000

¿Bebe licor? NO SI, en caso afirmativo, aclare frecuencia ENCUENTROS SOCIALES

¿Su capacidad de trabajo está reducida o presenta algún grado de discapacidad o incapacidad para realizar sus labores cotidianas? NO SI, ¿Por qué?

¿Se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajar? NO SI, Si su respuesta es NO especifique:

MÉDICO (Este cuestionario deberá ser contestado totalmente). ¿Padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? :

a. ¿Convulsiones, Derrame cerebral, Isquemia o Trombosis, Epilepsia, Parkinson, Alzheimer, Esclerosis múltiple, Síncopes, Vértigo, u otras enfermedades del sistema nervioso?

SI NO

b. ¿Ansiedad, Ataque de nervios, Depresión u otro trastorno mental?

SI NO

c. ¿Enfisema, Bronquitis crónica (EPOC), Fibrosis pulmonar, Hipertensión pulmonar, Asma, Tuberculosis?

SI NO

d. ¿Hipertensión arterial, Enfermedad cardíaca, Enfermedad Coronaria, Valvulopatía, Arritmias?

SI NO

e. ¿Digestivas: Úlceras, Píloros, Quistes, Divertículos, Hemias, Gastritis, Dispepsia, Reflujo Gastroesofágico, Enfermedad del colon, Carcinosis hepáticas, Páncreatitis?

SI NO

f. ¿Renesales y/o genitourinarias, Próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio, senos, enfermedades venéreas?

SI NO

g. ¿Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Meloma múltiple, Lupus, Hepatitis, SIDA - VIH, Trombosis venosa o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno - infecciosa?

SI NO

h. ¿Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular?

SI NO

i. ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Ciática, Artritis, Artrosis, Reumatismo, Anquilosis, Trauma craneo encefálico o de columna o fractura no consolidada?

SI NO

j. ¿Sordera, Ceguera, Cataratas, Glaucoma, Queratocono?

SI NO

k. ¿Paraplejía, Hemiplejía, Parálisis, Amputaciones o incapacidades no mencionadas en este cuestionario?

SI NO

l. ¿Ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes?

SI NO

m. ¿Le han realizado exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a los anteriormente mencionados?

SI NO

n. ¿Ha sido operado u hospitalizado o piensa hacerse una operación próximamente?

SI NO

o. (MUJERES) ¿Está embarazada actualmente? En caso afirmativo, adjuntar copia de controles prenatales completos. ¿Cuántos meses?

SI NO

p. (MUJERES) ¿Ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?

SI NO

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

Pregunta (Litera)	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	Fecha de aparición, ocurrencia o práctica	Tratamiento o evolución	Estado actual
E	HERNIA INGUINAL	06 2005	OPERACION HERNIA INGUINAL	SANO
I	LUMBALGIA	02 2021	EN TRATAMIENTO VERTEBRA L5 S1	SANO

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
Bogotá - Calle 69 No.04-48 Of. 502, Ed. Buro 69

GHA

ABOGADOS & ASOCIADOS

MFJ | 8

8. Compromiso de Sinceridad y Veracidad de las Declaraciones
De conformidad con lo estipulado en el artículo 1058 del Código de Comercio, hago constar que las respuestas que he dado a las preguntas contenidas en el cuestionario precedente, son sinceras y veraces y pueden servir de fundamento a la Compañía ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A., para tomar la decisión de asumir o no los riesgos de seguro de vida a que se refiere mi solicitud. En consecuencia de lo anterior, cualquier retención o inexactitud en que el suscrito solicitante haya incurrido le viciera de nulidad relativa del contrato de seguro y la Compañía aseguradora podrá alegar por acción u excepción, quedando facultada para abstenerse de pagar la indemnización que se reclame. Declaro que mi ocupación está permitida por la Ley y no ejerzo actividades ilícitas. ACEPTO QUE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA SINÓ MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

9. Cláusula de Asegurabilidad
El diligenciamiento de la presente solicitud individual de seguro no comprometo de ningún modo a la Aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida al que accedo. La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada.

10. Tratamiento de Datos Personales
TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1501 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recabará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá legarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad y de terceros personas que sean asegurados o beneficiarios del seguro. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica. También será objeto de tratamiento la información de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. La información descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo, dar cumplimiento a las obligaciones contraídas por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebran y a las obligaciones legales que se deriven o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. ☒ SI ☐ NO

(ii) Envíos Comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. ☒ SI ☐ NO

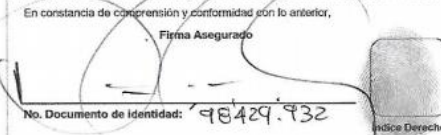
(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. ☒ SI ☐ NO

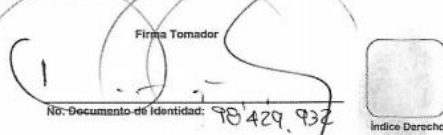
El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes, solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: #265 - Bogotá: 5041133 - A nivel nacional: 018000 513500 - Copón 6); ii) Requerimiento escrito a la Cámara 13A No. 29 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: servicioalcliente@allianz.co.

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declara que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunta es veraz y verificable y que autoriza su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite.

DECLARACIÓN: Todos los datos aquí consignados son ciertos, la información que adjunto es veraz y verificable y autorizo su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y me obligo a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite. Autorizo irrevocablemente durante la vigencia del contrato de seguro que legare a celebrar con Allianz Seguros de Vida S.A y por diez años más después de finalizar la vigencia del mismo a los médicos, clínicas, hospitales, EPS y demás establecimientos que me hayan brindado atención en servicios de salud, para suministrar la información sobre mi historial clínico y/o estado de salud que Allianz Seguros de Vida S.A les solicite, aún después de mi fallecimiento.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior,

Firma Asegurado:  No. Documento de Identidad: 98429.932 Índice Derecho

Firma Tomador:  No. Documento de Identidad: 98429.932 Índice Derecho

Se firma la presente solicitud en la ciudad de: PASTO el día 25 de AGOSTO de 2021

Código cláusula: 09-05-2018-1491-P37-00000000V0304V04 Código nota técnica: 09-03-2018-1491-NT-P-37-00000000V0304V04
Versión: 05 de octubre de 2019 Hoja 2 de 3

Colindando con el apartado anterior, es claro que el formulario de asegurabilidad realizado por mi representada, de manera clara presentan un recuadro denominado “*declaración de asegurabilidad del Asegurado*” en el cual los asegurados deben de manera clara hacer una declaración real sobre su verdadero estado de riesgo, el cual está relacionado con su condición de salud pasado o actual (fecha de suscripción del formulación de asegurabilidad), donde se observa que en fecha 25 de agosto del 2021, el señor Diego Andrés López y López declaró estar totalmente **sano**.

Sin embargo, de conformidad con los reportes clínicos emitidos por Clínica Mi IPS y La Nueva EPS, el señor Diego Andrés López y López, había presentado desde el año 2018 padecimiento médicos relacionados con sus riñones, presentando desde dicha época infección de vías urinarias, que desencadenó en una infección renal crónica 3B, con anterioridad a la solicitud de aseguramiento, encontrando de esta manera que negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Por lo tanto, no hay otra conclusión que negar las pretensiones de la demanda respecto de mi representada, toda vez que el contrato de seguro se encuentra afectado de nulidad.

Frente al hecho “7”: El presente apartado tiene manifestaciones ante las cuales me pronuncio así:

- El extracto del clausulado general, incluido en el presente hecho, de manera clara expone que *“el porcentaje de disminución de la capacidad laboral en cualquiera de sus manifestaciones, **será válida en primera instancia por un médico o una institución nomrada por la COMPAÑÍA, o también podrá ser certificada por la ARL, EPS, o AFP, y en última instancia,** será el establecido de conformidad con lo dispuesto en el manual único de para la calificación de la invalidez expedido por el gobierno nacional (...)”*. De cara a lo anterior, debe decirse que el trámite y procedimiento adelantado por la activa, para pretender el reconocimiento de una indemnización bajo el amparo de incapacidad, no fue el adecuado. Pues es claro que, dicho trámite, en primer lugar debió ser solicitado directamente a Allianz Seguros de Vida S.A., para que este, designe un médico o institución para que realice la calificación de PCL del señor Diego Andrés López y López, o en su defecto solicitar a la EPS ARL, o AFP, que validen el estado de capacidad laboral del demandante, situaciones que no fueron adelantadas por el demandante, pasando así por lato las condiciones contractuales pactadas.

De acuerdo a lo dicho, es claro como no existe lugar a afectar el Contrato de Seguro, Póliza Vida ActuAll, pues no se cumplieron con las condiciones y parámetros establecidas para ello.

- Respecto del literal “a”, debe decirse que lo manifestado por la activa no es un hecho propiamente dicho, sino una mera apreciación subjetiva, alejada de un verdadero análisis a las condiciones contractuales, suscritas y aceptadas por el señor Diego Andrés López y López. Así mismo, de acuerdo con el análisis que se le realizó a la historia clínica emitida por Mi IPS y la Nueva EPS, se observa que el hoy demandante, desde el año 2018 fue diagnosticado con una infección urinaria, lo que lo llevó a padecer una infección renal crónica 3B, enfermedad que no fue informada a mi procurada, situación que claramente configura la exclusión No. 1 del clausulado general que reposa en el plenario.
- Frente al literal “b”, de acuerdo al dictamen de pérdida de la capacidad laboral, la fecha de estructuración del mismo data del 13 de septiembre del 2023, sin embargo, se debe precisar que las enfermedades que dieron lugar a establecer el porcentaje de pérdida de la capacidad laboral, fueron diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia del contrato de seguro, es decir el señor Diego Andrés López y López, con anterioridad a octubre del 2021 había sido diagnosticado con varias enfermedades que originaron su PCL, como la infección renal, la cual inicialmente fue diagnosticada en el año 2018 como una infección urinaria.

Bajo ese precepto, se tiene que el señor Diego Andrés López y López, fue reticente al momento de solicitar y declarar su esta real de riesgo, viciando de consentimiento a mi procurada, evitando que la misma pueda pactar condiciones más onerosas o incluso, abstenerse de otorgar el seguro.

- Frente al literal “c”, se reitera que el mismo no es un hecho propiamente dicho, sino una apreciación subjetiva, encaminada al beneficio de la activa, y que desconoce las condiciones contractuales aceptadas y conocidas por el señor Diego Andrés López y López.
- Frente al literal “d”, debe decirse que, las condiciones del contrato establecen que la calificación de pérdida de capacidad laboral, debe ser emitida en **primera medida** por una médico o institución designada por Allianz Seguros de Vida S.A., o en su defecto debe ser validada por la EPS, ARL o AFP, situación que ocurrió en el caso en ventilación. El señor Diego Andrés López y López, a nombre propio, sin validación del sistema de seguridad social al que estaba afiliado, y sin previo tramite ante la Compañía Aseguradora, solicitó calificación ante la Junta Regional de Invalides de Nariño, pasando por alto las condiciones contractuales pactadas, que él mismo conocía y acepto.

Frente al hecho “8”: El presente apartado tiene varias afirmaciones ante las cuales me pronuncio así:

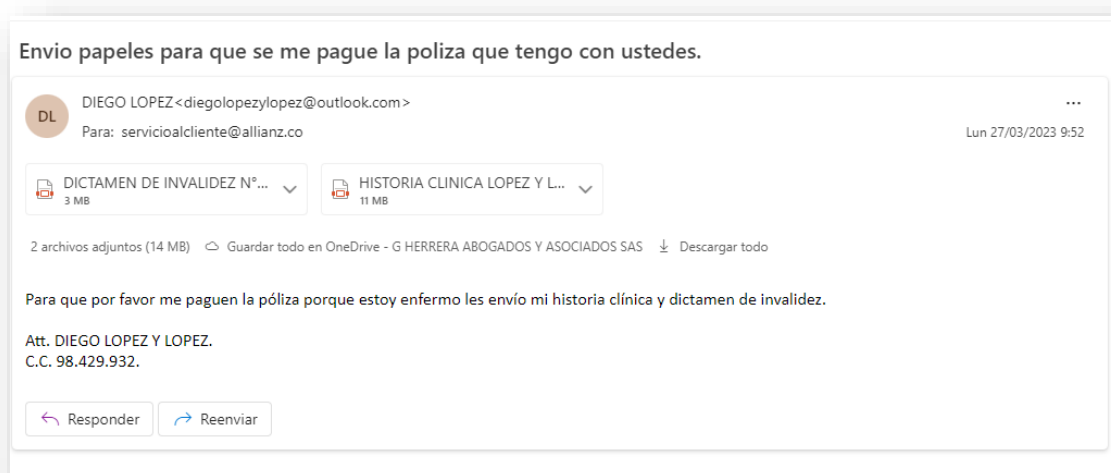
- No le consta a la Compañía Aseguradora, cual es el estado civil del señor Diego Andrés López y López, pues no se aporta registro civil de matrimonio o declaración de la unión marital de hecho. Que se pruebe.
- Respecto del envío del correo el día 27 de marzo del 2023, debe decirse que el mismo si fue recepcionado por mi procurada, sin embargo, debe decirse lo siguiente:
 - i) No es cierto que el señor Diego Andrés López y López aportó la historia clínica completa. De acuerdo a la información recibida, se tiene que el demandante únicamente remitió la historia clínica emitida por el Hospital San Rafael de Pasto, la cual se relacionada con su enfermedad de trastorno depresivo, sin embargo, no aportó la historia clínica que permita evidenciar y corroborar las demás enfermedades que dieron lugar a determinar la pérdida de capacidad laboral.
 - ii) No se puede pasar por alto que, el clausulado general del contrato de seguro Póliza Vida ActuAll, estableció que el tramite para solicitar la afectación del

contrato y el pago indemnizatorio, debía inicial con la solicitud de calificación de pérdida de la capacidad laboral, ante la Compañía Aseguradora, pues ha sido claro que era mi procurada la encargada de designar el médico o la institución médica que debía realizar la valoración de PCL del señor Diego Andrés López y López. De manera subsidiaria, la calificación de pérdida de la capacidad laboral debía ser validada por la EPS, ARL o AFP, situación que tampoco ocurrió en el asunto bajo análisis.

Es claro que, el señor Diego Andrés López y López, de manera personal y autónomo, solicitó valoración de PCL ante la Junta Regional de Nariño, pasando por alto las circunstancias previas que debía realizar, de acuerdo a las condiciones del seguro. Se precisa que, no le consta a mi procurada de manera directa, cual fue el trámite adelantado ante la Junta Regional de Nariño, ni tampoco cuales fueron los documentos que soportaron la misma. Es pertinente recordar que, bajo un análisis previo a la historia clínica emitida por Mi IPS, se evidencia que en el año 2018 el señor Diego Andrés López y López, fue diagnosticado con una infección urinaria, que desencadenó una infección renal crónica, quedando claro de esta manera, que el hoy demandante, omitió información respecto de su verdadera estado de salud, viciando de consentimiento a mi procurada, llevando a configurarse así la nulidad del contrato de seguro.

- iii) Finalmente, de cara a lo hallado en la historia clínica emitida por Mi IPS y la Nueva EPS, se configura la exclusión No. 1, la cual determina que el contrato de seguro, Póliza Vid ActualAll No. 022962369/0, no presta cobertura respecto de incapacidad causada por enfermedades diagnosticadas con anterioridad al inicio de vigencia del contrato, es decir, por enfermedades preexistentes con anterioridad al 28 de octubre del 2021.

Frente al hecho “9”: No es cierto en la forma que lo manifiesta la activa. Debe precisarse que, la Compañía Aseguradora, no emite una respuesta al correo enviado por el señor Diego Andrés López y López, sino que de cara a que el mismo, no aportó la historia clínica completa que evidencie todas las enfermedades diagnosticadas y valoradas en la calificación de PCL, tampoco adelantó una solicitud de calificación ante Allianz Seguros de Vida S.A., y no aporta un dictamen que sea validado por una EPS, ARL o AFP, mi procurada solicita información adicional, para dar lugar a realizar un análisis exhaustivo y de fondo, al correo enviado el 27 de marzo del 2023, el cual debe precisarse, **no es una reclamación formal**, pues el mismo únicamente precisaba lo siguiente:



Así las cosas, es claro que Allianz Seguros de Vida S.A., no objetó, ni tampoco afectó la póliza vida ActuAll, por cuanto el correo enviado por parte del señor Diego Andrés López y López, no contenida información clara, precisa y de fondo, que permitiera a mi procurada, realizar un análisis metódico del caso.

Adicionalmente, se reitera que el proceso de solicitud de indemnización, por incapacidad, debió ser tramitado directamente con la compañía Allianz Seguros de Vida S.A., pues de acuerdo a las condiciones del contrato de seguro, la calificación de pérdida de capacidad laboral, **en primera medida** tuvo que ser realizada por un médico o institución designados por la Compañía Aseguradora, subsidiariamente, validada por la EPS, ARL o AFP, y como **última** medida, de debió adelantar el trámite ante la junta regional de calificación de invalidez ocupacional o laboral. Sin embargo, el señor Diego Andrés López y López, pese a su conocimiento jurídico, y su conocimiento previo a las condiciones contractuales, paso por alto las mismas.

Finalmente, no se puede desconocer que dentro del presente asunto se configura la exclusión No. 1, la cual refiere que el contrato de seguro Póliza Vida ActuAll No. 022962369/0 no cubre ni ampara incapacidad proveniente de enfermedades preexistentes y/o que hayan sido diagnosticadas con anterioridad al inicio de vigencia del seguro. Bajo el caso en litigio, se reitera que la vigencia del mismo, fue el 27 de octubre del 2021, y el señor Diego Andrés López y López, para el año 2018 había sido diagnosticado con una infección urinaria y posterior con una infección renal crónica 3B, enfermedades que están fuera del amparo del contrato de seguro.

De cara a lo anterior, se configura la nulidad del contrato de seguro, en cuanto se vicio el consentimiento de mi procurada, al no informar el verdadero estado de salud del señor Diego Andrés López y López, impidiendo que la misma pactará condiciones más onerosas o en su defecto se abstuviera de emitir el seguro.

Frente al hecho “10”: Lo descrito por la activa, no es un hecho propiamente dicho sino una mera apreciación subjetiva, ausente de respaldo probatorio, que desconoce claramente las condiciones contractuales y el procedimiento interno de la compañía aseguradora. En todo caso, cualquier afirmación elevada por el extremo actor, debe ser probado.

Además, resulta necesario destacar que la afirmación del extremo actor, frente a presunta solicitud de documento que son “ineficaces”, resulta ser superflua y sin sentido, toda vez que Allianz cuenta con la autorización para solicitar no solo la historia clínica, sino todos aquellos documentos que cuente relevantes y de su interés para atender este tipo de asunto, evidenciado así que la información clínica del asegurado debe provenir de él, quien tiene la mayor facilidad para el acceso a sus documentos clínicos, circunstancia dispuesta en el Art. 17 de CGP.

Frente al hecho “11”: El presente apartado tiene varias manifestaciones ante las que me pronuncio así:

- Debe precisarse que por parte de la Compañía Aseguradora no hubo una solicitud de información injustificada, todo lo contrario, al evidenciar que el señor Diego Andrés López y López, paso por alto las condiciones del contrato de seguro, y el procedimiento previo a la solicitud de indemnización y afectación de la Póliza Vida ActuAll, Allianz de Vida S.A., solicitó la información necesaria para realizar el análisis exhaustivo del presente caso, reiterando que el señor Diego Andrés López y López no aportó todas las historia clínica que sirvieron de base para determinar su PCL.
- Respecto de la impugnación de la acción de tutela conocida por el Juzgado Segundo Civil del circuito de Pasto, debe decirse que el juzgado ordenó únicamente dar respuesta al señor Diego Andrés López y López, situación que fue cumplida por mi procurada, por cuanto se reitera la necesidad de allegar la totalidad de los documentos para el estudio y análisis del caso, en atención a que el señor Diego Andrés López y López, previa a conocer el proceso de solicitud de indemnización, paso por alto las condiciones del mismo.

Se debe reiterar que el señor Diego Andrés López y López, remitió el 27 de marzo de 2023 a mi procurada, correo electrónico, únicamente con la historia clínica emitida por el Hospital San Rafael de Pasto y copia del dictamen de pérdida de la capacidad laboral, sin embargo, **no aportó las historias clínicas completas**, que sirvieron de base para sustentar y argumentar el porcentaje de PCL otorgado por la Junta Regional de Nariño.

- Finalmente, respecto de que de “Allianz pide documentos innecesarios con el propósito de no cumplir sus obligaciones contractuales”, se debe precisar que dicha afirmación no es cierta, además que es ausente de respaldo probatorio, y esta siendo encaminada el beneficio de la activa. Es más que pertinente recordar que el señor Diego Andrés López y López, conocía y sabía de las condiciones del contrato de seguro, entre ellas de que la calificación de pérdida de la capacidad laboral debía hacerla **en primera medida** un médico o institución designada por la compañía aseguradora, y de manera subsidiaria, la calificación de PCL, debía ser validada por la EPS, ARL o AFP, a la cual estuviera afiliado el señor Diego López y López, sin embargo, ello no se cumplió por parte del actor. De manera independiente, y desconociendo las condiciones del contrato de seguro Póliza Vida ActuAll, el demandante solicita calificación de pérdida de la capacidad laboral a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, trámite totalmente desconocido por la Compañía Aseguradora, y ajena a la realidad de la información que hubiera suministrado el demandante para dicho procedimiento.

De cara a lo anterior, basta con resaltar lo evidenciado en la historia clínica emitida por Mi IPS y la Nueva EPS, donde el señor Diego Andrés López y López fue diagnosticado en el año 2018 con una infección de las vías urinarias, que posteriormente fue establecida como infección renal crónica 3B, enfermedad considerada dentro del dictamen de pérdida de la capacidad laboral.

Así las cosas, y siendo claro que Allianz Seguros de Vida S.A., fue ajeno el trámite y procedimiento de la calificación de pérdida de capacidad laboral del señor Diego Andrés López y López, resulta más que necesario y pertinente, requerir al asegurado/tomador del contrato, **toda la información**, que resulte necesaria para analizar el caso, y poder brindar un procedimiento acorde a las condiciones contractuales. Es por ello que, en ningún momento mi procurada solicitó información innecesaria o a evitado cumplir las condiciones contractuales a las que hubiere lugar, situación que se ha pasado con el demandante.

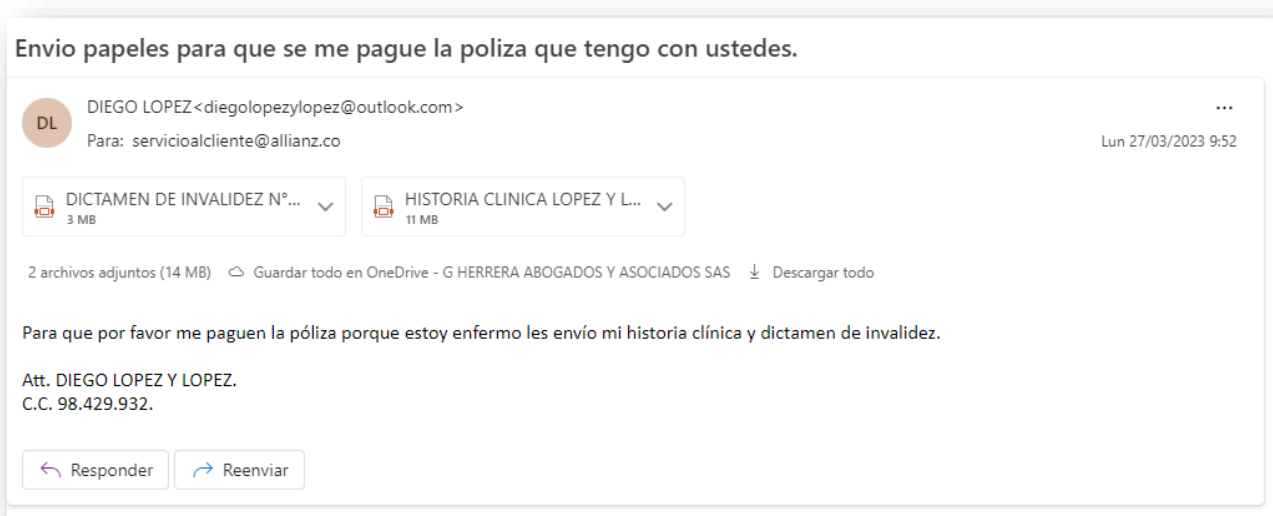
Frente al hecho “12”: No es cierto. La compañía Allianz Seguros de Vida S.A., de manera clara y oportuna dio cumplimiento al fallo de tutela, en la medida que se ajusta al caso, pues se ha dejado claro que el señor Diego Andrés López y López, **no remitido a la Compañía Aseguradora toda la información** relacionada con sus historias clínicas, ni las que sirvieron de base para realizar el dictamen de pérdida de la capacidad laboral. Se recuerda que, las condiciones contractuales establecían que Allianz Seguros de Vida S.A., designaba un médico o institución para que realice la calificación de PCL al señor Diego Andrés López

y López, y subsidiariamente dicha calificación debía ser validada por la EPS, ARL o AFP a la cuales estuviera afiliado el hoy demandantes Sin embargo, dicha situación fue pasada por alto por el actor, pese a que el mismo conocía con anterioridad las condiciones del contrato y tenía conocimiento jurídico sobre el cumplimiento contractuales.

Po lo dicho, es más que claro que en ningún momento Allianz a incumplió el fallo de tutelo, cometiendo desacato, pues de ser así, las rigurosidades de la ley le hubieran sido aplicadas, lo cual no ocurrió.

Frente al hecho “13”: El presente apartado tiene varias manifestaciones, ante las que me pronuncio así:

- Respecto de la “reclamación” que se presentó el 27 de marzo del 2023, se debe precisar que la misma **no constituye reclamación propiamente dicha**, pues como se ha expuesto a lo largo del proceso, el correo remitido por el señor Diego Andrés López y López, precisa lo siguiente:



De cara al extracto anterior, es claro que el hoy demandante, **no formuló solicitud de reclamación**, además de ello, remitió únicamente la historia clínica emitida por el Hospital San Rafael de Pasto, y no aportó las historias clínicas que fueron base y sustento del dictamen de calificación de capacidad laboral. En atención a ello, la compañía aseguradora, solicitó al señor Diego Andrés López y López, información adicional, para corroborar la veracidad del dictamen, y analizar el caso de manera exhaustiva. Dicha información, no fue aportada por el actor.

- Frente a la transliteración del Art. 1053 del Código de Comercio, se precisa que el mismo no es un hecho, que constituya un argumentó factico de fondo con la litis de

proceso. Además, el mencionado artículo únicamente refiere que el contrato de seguro de vida **de cesión o rescate**, mismo que no objeto del presente debate. Además, el actor no acreditó los requisitos del Art. 1077 de la norma antes referida, porque es claro que el señor Diego Andrés López y López, no ha presentado reclamación formal ante Allianz Seguros de Vida S.A.

- Finalmente, frente a que Allianz “no objeto en el plazo perentorio”, debe decirse que dicha afirmación no es cierta. Como bien se ha expuesto a lo largo del presente asunto, la parte actora en ningún momento presentó reclamación formal ante la Compañía Aseguradora, y mucho menos aportó los medios de prueba contundentes, útiles, necesarios y pertinentes. Bajo la consideración del Art. 1077 del Código de Comercio, el asegurado no solo debe acreditar la ocurrencia del riesgo amparado, sino que además la cuantía, aspectos que no ocurrieron en el presente caso. Así mismo, no se puede pasar por alto, que las condiciones del contrato Póliza Vida ActuAll, estableció que era Allianz Seguros de Vida S.A., quien debía designar el médico o institución médica para que realice la calificación de PCL, y de manera subsiguiente dicha valoración, debía ser validada por la EPS, ARL o AFP, del señor Diego Andrés López y López. Dicho procedimiento, fue vulnerado por el actor, circunstancia que llevó a que la Compañía Asegurada, requiriera información adicional, para atender el caso del señor Diego Andrés López y López.

Así las cosas, es claro como el plazo para objetar, por parte de la compañía aseguradora no ha nacido, pues no hay reclamación formal por parte del actor, y además el litigio versa sobre una Póliza Vida ActuAll, que no cuenta con valores de cesión o rescate, siendo claro que la argumentación del extremo actor es improcedente.

Frente al hecho “14”: Lo expuesto en el presente apartado, no es un hecho propiamente dicho, sino una mera apreciación y opinión del apoderado del actor, el cual es meramente subjetivo, y encaminado en beneficio de su cliente. Además, dicha manifestación se caracteriza por su orfandad probatoria, encontrando que la activa debe acreditar cada uno de su dicho, de acuerdo a lo contemplado en el Art. 167 del CGP.

Frente al hecho “15”: No es cierto en la manera que lo expone la activa. Sea lo primero en precisar que el señor Diego Andrés López y López, **no ha presentado reclamación formal**, ante la compañía Allianz Seguros de Vida S.A. de acuerdo a lo establecido en el Art. 1077 del código de Comercio. Además de ello, se debe precisar que el actor, paso por alto las condiciones del contrato de seguro, respecto del proceso de calificación de pérdida

de la capacidad laboral, donde dicho trámite, debía ser iniciado ante la Compañía Aseguradora, quien es la encargada de designar un médico o institución médica para que realice la calificación, y posterior a ello, el resultado de esa calificación, debe ser validado por la EPS, ARL o AFP, al cual este afiliado el señor Diego Andrés López y López, circunstancia que claramente no ocurrió en el caso.

De acuerdo a lo evidenciado en el plenario, se tiene que el señor Diego Andrés López y López, inició de manera individual trámite de calificación de PCL de manera directa ante la Junta de Calificación de Invalidez de Nariño, procedimiento ajeno y totalmente desconocido por mi procurada, tanto así, que no se tiene certeza de cual fue la información analizada por dicha entidad calificadora, para determinar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral del actor.

Además, como se ha dicho a lo largo del presente escrito, de la historia clínica emitida por Mi IPS y la Nueva EPS, se evidencio que el señor Diego Andrés López y López, fue diagnosticado en el año 2018 con una infección de las urinarias, que luego fue una infección renal crónica 3B, y otras enfermedades que el actor no informó a mi procurada. De esta manera, es claro como aparte de configurarse la exclusión No. 1 del clausulado general, la cual determina que la Póliza Vida ActuAll no ofrece cobertura a la incapacidad proveniente de enfermedades preexistentes, también se configura las condiciones del Art. 1058 del Código de Comercio, siendo claro que el Despacho debe declarar la nulidad del contrato de seguro, y negar las pretensiones de la demanda.

Frente al hecho “16”: No es cierto, en la manera que lo describe la activa. La compañía Allianz Seguros de Vida S.A., en ningún punto ha incumplido con las condiciones contractuales, todo lo contrario, la primera persona que incumplió las condiciones pactadas en el contrato Póliza Vida ActuAll, fue el señor Diego Andrés López y López, quien desconoció que la calificación de PCL, debía ser realizada en primera medida por una persona que designe la Compañía Aseguradora, posteriormente, dicha calificación debía ser validada por la EPS, ARL o AFP, a la cual estuviera afiliado el actor. Sin embargo, dicho precepto no se cumplió, ya que el hoy demandante, tal como lo a confesado en el presente proceso, inició de manera voluntaria e individual proceso de calificación de pérdida de la capacidad laboral, ante la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, trámite desconocido y ajeno a mi procurada, máxime, cuando no se sabe a ciencia cierta, cual fue la información base para emitir dicho dictamen.

No se puede pasar por alto, que el actor no informó a mi procurada, de sus padecimientos de salud preexistentes, al inicio de la vigencia del contrato de seguro Póliza Vida ActuAll No. 022962369/0, el cual tuvo lugar el 28 de octubre del 2021. Basta con resaltar lo

evidenciado en la historia clínica emitida por Mi IPS, y la Nueva EPS, donde se observa que el señor Diego Andrés López y López, fue diagnosticado en el año 2018 con una infección de las vías urinarias, que posterior fue establecido como una infección renal crónica 3B, diagnostico sustento del dictamen de PCL. Así las cosas, es claro cómo se vicio el consentimiento de mi procurada, al no informarle del riesgo que se le estaba trasladando, y evitando que aquella al menos pactara condiciones más onerosas o se abstuviera de emitir el contrato.

Además, de acuerdo a lo dicho anteriormente, se evidencia que el contrato Póliza Vida ActuAll, no cubre la incapacidad proveniente de enfermedad preexistentes, circunstancia establecida en la exclusión No. 1 del condicionado general.

Finalmente, es claro que el demandante no ha presentado solicitud de reclamación formal en los términos del Art. 1077 del Código de Comercio, pese a ser conocedor de los lineamientos jurídicos y normativos, razón por la cual, tampoco hubo lugar a emitir una respuesta u objeción.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO a la totalidad de las pretensiones incoadas por el demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor Diego Andrés López y López, debe ser declarado nulo según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia con la que tal señor solicitó el aseguramiento, además, que el contrato no cubre la incapacidad proveniente de enfermedades anteriores al inicio de vigencia del seguro, es decir, no ampara enfermedades diagnosticadas con anterioridad al 28 de octubre del 2021.

Frente a la pretensión “Primera”: **ME OPONGO** a la pretensión esgrimida por la parte actora, exponiendo nuevamente que las pólizas No. 022962369/0 no puede ser afectada, por lo siguiente: **(i)** se configura la reticencia por parte de demandante, consecuentemente se debe declarar la nulidad del contrato de seguro, pues omitió declarar su verdadero estado de salud, antes de solicitar el aseguramiento e inicio de la vigencia del mismo; **(ii)** Además, la póliza referida no cubre la incapacidad generada por enfermedades diagnosticadas con anterioridad al 28 de octubre del 2021, configurado la exclusión No. 1 del clausulado general; **(iii)** Así mismo, es claro que el demandante, paso por al cumplir con las condiciones del contrato, ya que la calificación de PCL, debía ser emitida por una persona designada por Allianz Seguros de Vida S.A., y posterior dicha calificación, tenía que ser validada por la EPS, ARL, o AFP, a la cual hubiera estado afiliado el actor. Sin

embargo, dichas circunstancia no se presentó, pues el señor Diego López y López, de manera particular solicitó calificación a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, procedimiento desconocido y ajeno a mi procurada, del cual se desconoce no solo el trámite, sino los documentos base de la calificación; **(iv)** el extremo actor hasta la fecha no ha presentado reclamación formal ante la Compañía Aseguradora, pues el mismo únicamente remitió un correo, aportando una historia clínica, con la que no se puede comprobar la veracidad de la calificación de pérdida de capacidad laboral.

Frente a la pretensión “Segunda”: **ME OPONGO** a esta pretensión por cuanto resulta ser consecuencia de la anterior pretensión, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente a Allianz Seguros de Vida S.A.

Frente al momento en el que se empiezan a causarse los intereses moratorios, la Corte Suprema de Justicia ha establecido en distintas oportunidades 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”¹

Lo anterior, deja claro que la pretensión de la 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 antes de proferirse el fallo, no existe certeza sobre la obligación de indemnizar.

Frente a la pretensión “Tercera”: **ME OPONGO** a la petición de condena por “costas judiciales”, por resultar consecencial a los requerimientos previos. Se insiste en todo caso que, ante la insuficiencia de elementos de convicción que demuestren la obligación indemnizatoria que se depreca en la demanda, sino también de los perjuicios requeridos, imposible resultaría la prosperidad de esta pretensión. Por lo que solicito respetuosamente

¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia SC1947-2021 del 26 de mayo de 2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo

al Juzgador se sirva en su lugar condenar en costas al extremo actor.

Frente a la pretensión “Cuarta”: ME OPONGO a la petición de condena por “agencias en derecho”, por resultar consecuencial a los requerimientos previos. Se insiste en todo caso que, ante la insuficiencia de elementos de convicción que demuestren la obligación indemnizatoria que se depreca en la demanda, sino también de los perjuicios requeridos, imposible resultaría la prosperidad de esta pretensión.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del artículo 206 del Código General del Proceso y con el fin mantener un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de mi procurada, procedo a OBJETAR el juramento estimatorio de la demanda en los siguientes términos:

No puede obviarse que el señor Diego Andrés López y López fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al inicio de vigencia del contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes de su estado de salud, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para Allianz Seguros de Vida S.A. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la enfermedad renal y otras, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en el contrato. En este sentido, basta con evidenciar la Historia Clínica del señor Diego Andrés López y López, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

IV. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

1. INEXISTENCIA DE SINIESTRO Y FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA ACTUALL No. 022962369/0 POR TRATARSE DE UN RIESGO EXPRESAMENTE EXCLUIDO DE COBERTURA

Sobre el particular el Honorable Despacho deberá tener en cuenta que en este caso no podrá afectarse la Póliza de Vida ActuAll No. 022962369/0, cuyo asegurado es el señor Diego Andrés López y López, puesto que, conforme con las condiciones pactadas por las partes dentro del contrato se encuentra patente la falta de cobertura material, al encontrarnos frente a un riesgo expresamente excluido de cobertura. Lo anterior, comoquiera que se configuró la exclusión, según la cual *“No habrá lugar a pago alguno por este amparo cuando la incapacidad, Inutilización o Desmembración por Enfermedad o Accidente haya sido causada directa o indirectamente por: 1) Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el ASEGURADO como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas con anterioridad a la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo”*, evento que para el caso en concreto se configuró con creces por medio de la conducta reticente del demandante al momento de solicitar el aseguramiento y declaración su estado del riesgo.

Resulta necesario precisar que el riesgo que se asumió fue (...) *cuando el asegurado sufra a causa de una enfermedad diagnosticada **no preexistente en la fecha de inicio del seguro** o de un accidente ocurrido posterior a dicha fecha, lesiones orgánicas o alteraciones funcionales **que le originen una Incapacidad Total y Permanente siempre y cuando ésta persista por un término no inferior a ciento veinte (120 días) comunes continuos*** (...). Bajo dicha premisa, el riesgo estaba dado bajo la **condición** de una incapacidad que no provenga de una enfermedad **preexistente**. Sin embargo, en el asunto bajo análisis, encontramos que la incapacidad otorgada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, al señor Diego Andrés López y López, consideró tener en cuenta una enfermedad preexistente, siendo la insuficiencia renal, la cual fue diagnosticada inicialmente en el año 2018 y que evidentemente se ha prolongado a lo largo tiempo, por más de 120 días. Es por lo anterior, que, al no cumplirse la condición establecida para la aceptación del riesgo, lo que se entiende es que no hay configurado el riesgo asumido.

Ahora bien, es importante señalar que, en materia de seguros, el asegurador según el Artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Motivo por el cual, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. De modo

que, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo-cause (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de seguros. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Seguro de Vida ActuAll No. 022962369/0 desde la primera página señala una serie de exclusiones aplicables al amparo de incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente, entre las cuales se encuentra configurada la exclusión contenida en el numeral 1, así:

EXCLUSIONES AMPARO DE INCAPACIDAD, INUTILIZACION O DESMEMBRACION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

No habrá lugar a pago alguno por este amparo cuando la incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente haya sido causada directa o indirectamente por:

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

Así las cosas, resulta claro que la Póliza de Seguro de Vida ActuAll No. 022962369/0, inició su vigencia el 28 de octubre del 2021 y que el diagnóstico de “INFECCIÓN DE LAS VIAS URINARIAS” del 30 de agosto del 2018 fue previos al inicio de la vigencia. Se advierte la infección de las vías urinarias, es el signo clave de la insuficiencia renal crónica 3B, la cual dio lugar a la pérdida de capacidad laboral por la que pretende hacer efectivo el amparo de incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente. Diagnóstico que estaban excluidos de cobertura.

En conclusión, se evidencia que los hechos del presente proceso se enmarcan en la

exclusión contenida en título “*Exclusiones del amparo de incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente*”, en tanto se ha establecido que la incapacidad otorgada al hoy demandante, proviene de una enfermedad preexiste, pues ha sido claro que desde el año 2018 el señor Diego Andrés López y López fue diagnosticado con una enfermedad de las vías urinarias, la cual se prolongó en el tiempo, generando de esta manera una Insuficiencia Renal Crónica 3B. Esta última enfermedad, fue tenida en cuenta por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, al momento de otorgar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral del hoy demandante, otorgando por dicha enfermedad un porcentaje bastante elevado. Sin embargo, por las circunstancias descritas, se evidencia claramente que el riesgo asumido por mi procurada no se configuro.

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

2. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1073 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

En el presente caso no podrá imputarse responsabilidad alguna al demandado, toda vez que el siniestro inició antes de la entrada en vigencia de la Póliza de Seguro de Vida ActuAll No. 022962369/0. En este sentido, no se puede pasar por alto que el artículo 1073 del C.Co expresamente indica que si el siniestro se inicia antes y continúa después de que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable. En efecto, el siniestro inicio con el diagnóstico de la infección en las vías urinarias de señor Diego Andrés López y López, en el año 2018. Por tal motivo, dado que dicha circunstancia fue que dio inicio a la configuración del siniestro, realizándose antes que la póliza en mención entrara en vigencia, es decir, antes de octubre del 2021, es claro que debe aplicarse el artículo 1073 del C.Co., y exonerar de toda responsabilidad a Allianz Seguros de Vida S.A.

Frente a lo anterior, el Consejo de Estado ha sido enfático en establecer que el derecho a la indemnización solo surge cuando el riesgo se realiza dentro del periodo amparado por la póliza, pues si éste no se materializa dentro del término de vigencia no podrá ser cubierto por la respectiva póliza:

“(…) De acuerdo con lo anterior, el legislador sólo concede el derecho a la indemnización a cargo del asegurador, cuando el riesgo se realiza o inicia su realización dentro del periodo amparado por la respectiva póliza. Como lo sostuvo la Sala, “Debe tenerse en cuenta que lo que se exige en el régimen de los contratos de seguros, en cuanto a su vigencia y cobertura, es que el riesgo efectivamente se materialice durante el periodo de vigencia de la póliza, puesto que una cosa es el

surgimiento del derecho a obtener la indemnización y otra cosa es el derecho a recibir su pago, el que sí se concreta una vez se hace la reclamación en la forma establecida por la ley.”² (Subrayado y Negrilla fuera del texto original)

Al respecto, se observa que el artículo 1047 del Código de Comercio establece cuales son los requisitos que debe contener la póliza, entre los cuales se encuentran (i) la determinación de la fecha en que se extiende la misma y (ii) la vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras. Obsérvese como el legislador consideró necesario determinar el límite temporal de cobertura de las pólizas de seguro, pues la responsabilidad de la Aseguradora estará delimitada estrictamente por las fechas de cobertura. Se concluye entonces que, al haberse determinado un ámbito temporal de cobertura, puntualmente el de ocurrencia, para que pueda predicarse el amparo, es necesario que tanto el hecho, como las causas que dan origen al mismo, ocurran dentro de la vigencia de la póliza. Vigencia que se estipuló en los siguientes términos:

Póliza y duración: Póliza nº: 022962369 / 0

Duración: Desde las 00:00 horas del 28/10/2021 hasta las 24:00 horas del 27/10/2022.
Importes expresados en PESO COLOMBIANO.

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

*“32. Dada la naturaleza de la obligación que contrae el asegurador, resultade la mayor importancia la determinación del momento exacto a partir del cual aquel asume el riesgo que le es trasladado y así mismo, la hora y el día hasta los cuales va tal asunción, puesto que **únicamente estará obligado a ejecutar la prestación a su cargo cuando el riesgo se realice dentro de ese lapso**, es decir si el siniestro se presenta dentro de esos límites temporales. Al respecto, el artículo 1073 del C. de Co., relativo a la responsabilidad del asegurador, establece que “Si el siniestro,*

² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección tercera, subsección B, sentencia del diecinueve (19) de junio de dos mil trece (2013) Consejero Ponente Danilo Rojas Betancourth, radicado: 25000- 23-26-000-2000-02019- 01(25472).

iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consume la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro

33. De acuerdo con lo anterior, el legislador sólo concede el derecho a la indemnización a cargo del asegurador, cuando el riesgo se realiza o inicia su realización dentro del periodo amparado por la respectiva póliza. Como lo sostuvo la Sala, “Debe tenerse en cuenta que lo que se exige en el régimen de los contratos de seguros, en cuanto a su vigencia y cobertura, es que el riesgo efectivamente se materialice durante el periodo de vigencia de la póliza, puesto que una cosa es el surgimiento del derecho a obtener la indemnización y otra cosa es el derecho a recibir su pago, el que sí se concreta una vez se hace la reclamación en la forma establecida por la ley”³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

Confirmando lo dicho en líneas precedentes, el artículo 1073 del mismo Código, consagra expresamente que la responsabilidad del asegurador debe estar consignada dentro de los límites temporales de la póliza de seguro:

“ARTÍCULO 1073. RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR SEGÚN EL INICIO DEL SINIESTRO. Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consume la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

³ Consejo de Estado. Sección tercera. Sentencia 25000-23-26-000-2000-02019-01(25472). Consejera Ponente: Danilo Rojas Betancourth

Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.” (subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

*“Previo a abordar la problemática anunciada, conviene dejar sentado que: Si, por definición, el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño (siniestro) previsto en el contrato, va de suyo que, en el marco de la autonomía de la voluntad y de las normas legales imperativas y relativamente imperativas, las partes deberán acordarla determinación del riesgo cubierto. En efecto, el interés asegurado no es factible hallarlo asegurado bajo cualquier circunstancia o causa, **sin límites temporales**, o en cualquier lugar que se halle o ubique. Por el contrario, se hace necesario delimitar el riesgo causal, **temporal** y **espacialmente**.”⁴* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

*“Por lo dicho, tradicionalmente estos seguros amparan el riesgo de detrimento patrimonial del asegurado, originado en un “hecho externo”, dañoso, indudablemente. **Acontecido durante la vigencia de la póliza** (seguro basado en la ocurrencia)”⁵* (Subrayado y negrilla fuera del texto)

De acuerdo con lo anterior, es pertinente concluir que dado que la Póliza expedida por mi representada, tuvo término de vigencia desde las 00:00 horas del 28 de octubre del 2021 hasta el 27 de octubre de 2022, es claro que el contrato no presta cobertura temporal porque el siniestro inició antes de que los riesgos corrieran por cuenta del asegurador. Es decir,

⁴ Corte Suprema de Justicia. SC3893 de 2020. Radicación 2015-00826. M.P. Luis Alonso Rico Puerta

⁵ Corte Suprema de Justicia. SC5217 de 2019. Radicación 2008-00102. M.P. Luis Alonso Rico Puerta

teniendo en cuenta que el principio del daño, esto es, la infección de las vías urinarias, diagnosticada en el año 2018, inició antes de entrar en vigencia la póliza Vida Actual, y por ende no habría lugar a la afectación de la misma puesto que evidentemente el siniestro inició antes de la entrada en vigencia de Póliza de Seguro de Vida ActuAll No. 022962369/0.

Por todo lo dicho, finalmente, no resulta factible afectar la Póliza de Seguro expedida por Allianz Seguros de Vida S.A., dado que siguiendo los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, mi procurada no estaría llamada a responder por el siniestro que se originó con la infección en las vías urinarias del señor Diego Andrés López y López, el cual, perduto en el tiempo hasta convertirse en una insuficiencia renal crónica 3B, siendo claro que dicha enfermedad inicio en el año 2018. De esa manera, dado que el origen del daño proviene antes del 28 de octubre de 2021, es claro que el contrato de seguro no presta cobertura temporal y por ende, no puede ser afectado. Razón por la que resultaría inadmisibile que se le atribuya cualquier tipo de responsabilidad a la Compañía Aseguradora, por tratarse de un hecho que se origina previo a la fecha de inicio de vigencia de la póliza en mención.

3. EN TODO CASO, SE CONFIGURA LA NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.

Sobre este precepto es fundamental que desde ahora el honorable Despacho tome en consideración que el asegurado, señor Diego Andrés López y López, fue reticente debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente su estado del riesgo, esto es, no informó a la compañía aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, antecedentes familiares y hallazgos médicos, que definitivamente incidieron agravando el riesgo asegurado y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento del contrato, la hubieren retraído de contratar la Póliza de Seguro de Vida ActuAll No. 022962369/0, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en aquella.

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** (…).”⁶. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En el presente caso, como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. Verbi gracia, la Corte Constitucional, mediante 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

⁶ 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.

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

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

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio (...)”⁷ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del año 2017, la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*“(…) Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio (...)”⁸* (Subrayado y negrilla fuera del texto)

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

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 (...)”⁹ (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,

9 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.

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

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.

- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 28 de octubre del 2021, fecha en la cual el contrato Póliza Vida ActuAll No. 022962369/0 iniciaba su vigencia, el señor Diego Andrés López y López omitió informar su verdadero estado del riesgo, es decir, no le informó a la Compañía Aseguradora, de sus padecimientos de salud, presentes, pasados, enfermedades familiares, y demás, pese a tener pleno conocimiento de la existencia de estas, y omitió informarlas.

Es decir, a pesar de que el señor Diego Andrés López y López, conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de agosto del 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia la respuesta negativa y falsa del asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Declaración de asegurabilidad de fecha 25 de agosto de 2021:

7. Declaración de asegurabilidad del Asegurado

Peso (kg) 63 Estatura (cm) 1,60 ¿Fuma? NO ☒ SI ☐ ¿Cuántos cigarrillos al día? 10 AL MES Desde cuando? 2000

¿Bebe licor? NO ☐ SI ☒ , en caso afirmativo, aclare frecuencia **ENCUENTROS SOCIALES**

¿Su capacidad de trabajo está reducida o presenta algún grado de discapacidad o incapacidad para realizar sus labores cotidianas? NO ☒ SI ☐ , ¿Por qué?

¿Se encuentra en buen estado de salud y plena capacidad de trabajar? NO ☐ SI ☒ , Si su respuesta es NO especifique.

MÉDICO (Este cuestionario deberá ser contestado totalmente). ¿Padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? :

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

En caso de contestar afirmativamente, ampliar información

Pregunta (litera)	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y complicaciones	Fecha de aparición, ocurrencia o predicción (Día Mes Año)	Tratamiento o evolución	Estado actual
E	HERNIA INGUINAL	06 2005	OPERACION HERNIA INGUINAL	SANO
I	LUMBALGIA	02 2021	EN TRATAMIENTO VERTEBRA L5 S1	SANO

8. Contingencias Singulares y términos de los Seguros

De conformidad con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, he dado a las respuestas que he dado a las preguntas contenidas en el cuestionario precedente, son sinceras y veraces y pueden servir de fundamento a la Compañía ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A., para tomar la decisión de asumir o no los riesgos de seguro de vida a que se refiere mi solicitud. En consecuencia de lo anterior, cualquier reticencia o inexactitud en que el suscrito solicitante haya incurrido le vicia de nulidad relativa del contrato de seguro y la Compañía aseguradora podrá alegarla por acción u excepción, quedando facultada para abstenerse de pagar la indemnización que se reclama. Declaro que mi ocupación está permitida por la Ley y no ejerzo actividades ilícitas. ACEPTO QUE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA, S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA SINO MEDIANTE LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA.

9. Cláusula de Asegurabilidad

El diligenciamiento de la presente solicitud individual de seguro no compromete de ningún modo a la Aseguradora, ni implica obligación alguna de otorgar el seguro de vida al que accede. La Aseguradora se reserva el derecho de otorgar la cobertura una vez evaluada y verificada la información aquí consignada.

10. Tratamiento de Datos Personales

La Compañía, en su condición de responsable del tratamiento, con fundamento en la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios y complementarios, manifiesta que con ocasión al diligenciamiento del presente formulario recolectará, almacenará, usará, dispondrá o eventualmente podrá legarse a transmitir o transferir a nivel nacional o internacional información personal de su titularidad y la de terceras personas que sean asegurados o beneficiarios del seguro. La información personal objeto de tratamiento es de tipo general de identificación, ubicación y socioeconómica. También será objeto de tratamiento la información de naturaleza sensible relacionada con el estado de salud y datos de identidad sexual. La información descrita será utilizada para las siguientes finalidades:

(i) Realizar la evaluación de la solicitud de seguro y el análisis del estado del riesgo, dar cumplimiento a las obligaciones contractuales por la Compañía con el titular de información con relación al contrato de seguro que celebren y a las obligaciones legales que se derivan o sean accesorias a este y para la prevención y detección del fraude. Con ocasión a lo anterior, la Compañía podrá compartir la información que considere pertinente y necesaria con otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio con quienes tenga una relación contractual para la ejecución de las actividades descritas. SI ☒ NO ☐

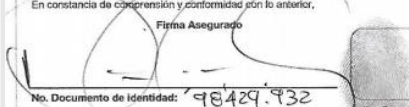
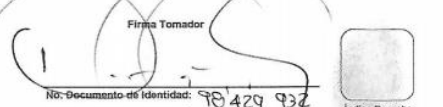
(ii) Envíos Comerciales: Contactar al titular a través de mensajes de texto, correo electrónico, SMS, teléfono, entre otros, para el envío de noticias sobre ofertas de productos o servicios de la Compañía o terceros vinculados, campañas de fidelización o mejora de servicio, así como para realizar encuestas y estudios de mercado, por lo que la Compañía podrá suministrar la información a otras empresas del Grupo Allianz, intermediarios, reaseguradores, coaseguradores, operadores y prestadores de servicio y cualquier tercero con el cual tengan un vínculo contractual para el desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas. SI ☒ NO ☐

(iii) Perfilamiento: Realizar el perfilamiento del titular a partir de sus datos personales para analizar o predecir aspectos relacionados con la salud, preferencias personales, intereses, comportamiento, entre otros. SI ☒ NO ☐

El titular cuenta con el derecho a conocer, actualizar, rectificar y solicitar supresión sus datos personales; abstenerse de suministrar información personal de naturaleza sensible o relativa a niños, niñas o adolescentes; solicitar la prueba de la autorización otorgada, ser informado sobre el uso que se le da a sus datos personales; revocar la autorización otorgada, consultar los datos personales previamente suministrados y acudir ante la Superintendencia de Industria y Comercio cuando no se atiende en debida forma sus consultas o reclamos en materia de protección de datos personales. A través de los siguientes canales de comunicación, el Titular de los datos personales que sean o vayan a ser tratados por ALLIANZ podrá ejercer sus derechos: i) Línea Call Center - Clientes ALLIANZ (Desde el celular: 8000 - Bogotá: 5941133 - A nivel nacional: 018000 515209 - Copán 6); ii) Requerimiento escrito a la Gerencia 13A No. 25 - 24 de Bogotá, Dirección de Servicio al Cliente; iii) Correo electrónico a la dirección de correo electrónico: serviciocliente@allianz.co.

Con el diligenciamiento y suscripción del presente formulario Usted declara conocer y aceptar de manera expresa y por escrito, el contenido de la presente solicitud de autorización, así como el contenido de la política de protección de datos personales de la Compañía publicada en www.allianz.co. Además, declaro que todos los datos aquí consignados son ciertos, que la información que adjunto es veraz y verificable y que autorizo su verificación ante cualquier persona, sin limitación alguna, y se obliga a actualizar o confirmar la información una vez al año o cada vez que un producto o servicio lo amerite. Autorizo irrevocablemente durante la vigencia del contrato de seguro que legare a celebrar con Allianz Seguros de Vida S.A y por diez años más después de finalizada la vigencia del plan de seguro médico, clínico, hospitalario, EPO y demás establecimientos que me hayan brindado atención en servicios de salud, para suministrar la información sobre mi historia clínica y/o estado de salud que Allianz Seguros de Vida S.A les solicite, aún después de mi fallecimiento.

En constancia de comprensión y conformidad con lo anterior,

Firma Asegurado:  Firma Tomador: 

No. Documento de Identidad: 98429.932 No. Documento de Identidad: 98429.932

Se firma la presente solicitud en la ciudad de: PASTO el día 25 de AGOSTO de 2021

Código clasificado: 09-05-2016-1401-P07-00000000V0304V04 Código nota técnica: 09-03-2016-1401-NT-P-00000000V0304V04

Versión 05 de octubre de 2019 Hoja 2 de 3

De lo anterior es claro, como no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Diego Andrés López y López, respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expone a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el asegurado ha padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones

mucho más onerosas en él.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que Despacho tenga en cuenta que el señor Diego Andrés López y López, no informó a mi representada que había sido diagnosticado con una infección en las vías urinarias en el año 2018, patología sumamente relevante que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. A continuación, se muestran los fragmentos más representativos de la historia clínica en los cuales queda acreditado las enfermedades antes mencionadas, las cuales son anteriores al mes de octubre del 2021:

INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS

HISTORIA CLINICA					
Fecha Ingreso:	2018-08-30	Hora Ingreso:	7:10:46	Número Ingreso:	15145393
Fecha Atención:	2018-08-30	Hora Atención:	7:15:0	Nº Historia:	14326617
				Ambito de Realización:	AMBULATORIO
Fecha Fin Atención:	2018-08-30	Hora Fin Atención:	7:15:0	Tipo Consulta:	TIPOCONSULTA
Nombre IPS:	MI IPS NARIÑO - IPS PASTO SUR			Código Habilitación:	520010031301
IPS Primaria:	Corporacion Mi Ips Nariño Ips Pasto Sur			Nit:	814006380
Convenio:	MEDIMAS EPS S.A.S.				
Ciudad:	Pasto			Grupo Atención:	Negro

Impresión Diagnóstica

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:	Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado
Código CIE10:	N390
Tipo de Diagnóstico:	CONFIRMADO REPETIDO
Observación:	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO:	Examen de pesquisa especial para tumor de la prostata
Código CIE10:	Z125
Tipo de Diagnóstico:	IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
Observación:	

Colindando con lo expuesto, es claro como el señor Diego Andrés López y López, para octubre del 2021 ya había sido diagnosticado con infección en las vías urinarias, y con pesquisa especial para tumor de la próstata. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Así las cosas, es evidente como la infección de las vías urinarias es una enfermedad prolongada en el tiempo en la medida que el asegurado la padeció con anterioridad a la solicitud de aseguramiento de la Póliza Vida ActuAll No. 022962369/0 y en consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como resultado de la reticencia con la que el señor Diego Andrés López y López solicitó la asegurabilidad.

De acuerdo con lo anterior, es claro como en el caso en discusión, la información omitida por el señor Diego Andrés López y López era sumamente importante para la compañía aseguradora, pues es claro como la misma con base en dicha información hubiera tomado la decisión de abstenerse de celebrar el contrato de seguro y/o en su defecto hubiera estipulado condiciones más onerosas. Adicionalmente, de conformidad con lo extraído de la historia clínica del hoy demandante, resulta claro como el asegurado conocía claramente cuáles eran sus padecimientos de salud (estado del riesgo), en especial la infección de las vías urinarias, tal como se evidencia de la historia clínica emitida por la institución médica Mi IPS.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) que el señor Diego Andrés López y López ya contaba con una serie de diagnósticos con anterioridad al mes de octubre del 2021, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C - 232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. También se resalta que estos antecedentes médicos son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado, de hecho, en el mismo condicionado general de la póliza se establece en la cláusula sexta de las condiciones de la póliza:

DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

EL ASEGURADO está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según cuestionario que sea propuesto por LA COMPAÑÍA. La **reticencia** o la inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del Seguro.

Respecto de la declaración el estado del riesgo, tal cual como se ha señalado anteriormente, es un aspecto sumamente importante y relevante para la compañía aseguradora, tanto así que la jurisprudencia se refiere a la misma en los siguientes términos:

“(…) la declaración del estado del riesgo es un aspecto de cardinal importancia en esta clase de negociaciones, en tanto permite al asegurador conocer las particularidades del hecho futuro e incierto cuya cobertura va a asumir y valorar la conveniencia de contratar o no las eventuales condiciones especiales.

Esa “carga de información” implica para el tomador o asegurado el deber de exteriorizar de manera veraz y oportuna, en franco acatamiento del axioma de la buena fe, además especialísima, la realidad del riesgo que se pretende amparar, toda vez que cuando guarda silencio respecto de los datos importantes para la expresión del consentimiento de la aseguradora, se desconoce la evocada primicia que “obliga a las partes a comportarse con honestidad y lealtad desde la celebración hasta que termine la vigencia del mismo, porque de ello depende la eficacia y el cumplimiento de las cláusulas en él previstas” (Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC5327-2018, reiterada en STC1410-2021) (...)”¹⁰ (negritas y subrayado propio)

Así las cosas, y de conformidad con lo determinado en diferentes providencias, la manifestación del estado del riesgo, es una carga de información que le compete única y exclusivamente al asegurado, el cual debe manifestar de manera veraz y oportuna la realidad del riesgo que se pretende amparar. Llevando lo aquí dicho al caso en concreto, es más que claro, que el señor Diego Andrés López y López, tenía la obligación de manifestar de manera cierta y veraz cuales eran sus padecimientos de salud pasados y/o presentes, al momento de solicitar la asegurabilidad con mi procurada, situación que

¹⁰ Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, sentencia No. 013, del 19 de marzo del 2024, MS. Sandra Cecilia Rodríguez Eslava.

evidentemente no ocurrió, por cuanto ha quedado claro que el actor, omitió informar de ello a Allianz Seguros de Vida S.A.

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

“¿Padece o ha padecido alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos?:

- a) ¿Convulsiones, derrame cerebral, isquemia o trombosis, epilepsia, párkinson, alzhéimer, esclerosis múltiple, síncope, vértigo, u otras enfermedades del sistema nervioso? No.*
- b) ¿Ansiedad, ataque de nervios, depresión u otro trastorno mental? No.*
- c) ¿Enfisema, bronquitis crónica (EPOC), fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar, asma, tuberculosis? No.*
- d) ¿Hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatía, arritmia? No.*
- e) ¿Digestivas: úlcera, pólipos, quistes, divertículos, hernias, gastritis, dispepsia, reflujo gastroesofágico, enfermedad del colon, cirrosis hepática, pancreatitis? Si.*
- f) ¿Renales y/o genitourinarias, próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de Falopio, senos, enfermedades venéreas? No.*
- g) ¿Tumores, cualquier tipo de cáncer, anemia, leucemia, mieloma múltiple, lupus, hepatitis SIDA, VIH, trombosis venosa o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno – infecciosa? No.*
- h) ¿Diabetes, enfermedades de la tiroides, dislipemia, gota o alguna enfermedad endocrina o glandular? No.*
- i) ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones, lumbalgia, ciática, artritis, artrosis, reumatismo, anquilosis, trauma cráneo encefálico o de columna o fractura no consolidada? Si.*
- j) ¿sordera, ceguera, cataratas, glaucoma, queratocono? No.*
- k) ¿paraplejía, hemiplejía, parálisis, amputaciones o incapacidades no mencionadas en este cuestionario? No.*
- l) ¿ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes? No.*
- m) ¿le han realizado exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes*

diferentes a los anteriormente mencionados? No.

*n) ¿ha sido operado u hospitalizado o piensa hacerse una operación próximamente?
No.*

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: **(i)** que a pesar de que el señor Diego Andrés López y López había sido diagnosticado con una enfermedad renal faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por enfermedades renales y **(ii)** que si bien él padecía de sendas enfermedades, aquel afirmó estar completamente sano.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad a la entrada en vigencia del aseguramiento, el señor Diego Andrés López y López padecía y conocía de la existencia de su enfermedad de infección de las vías urinarias. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de ésta y cualquier otra enfermedad que haya padecido antes de la contratación del seguro con mi procurada.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Diego Andrés López y López debe declararse nulo, debido a que él omitió sus patologías y antecedentes en la etapa precontractual, y con anterioridad a la entrada en vigencias del seguro.

Por esas razones, solicito respetuosamente se declare probada esta excepción.

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

Debe precisarse que si bien la activa no expone que hubiera ocurrido un acto de mala fe por parte del señor Diego Andrés López y López lo cual a su considerar es un punto fundamental para declarar la nulidad del contrato de seguro, resulta imperioso confirmarle al Honorable Juez que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

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

“(…) 4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (…). 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer 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 (…).”¹¹ (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 Gutiérrez¹², expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

“(…) Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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

hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma» (...)» (Subrayas fuera del texto original).

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado.

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 este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del Código de Comercio basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones.

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

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

“(...) ARTÍCULO 1059. RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA.

Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena (...)

Colindando con la norma expuesta, es claro como mi representada, Allianz Seguros de Vida S.A., está facultada para realizar la retención de la prima a título de pena, atendiendo la configuración de la retención del Art. 1058 del Código de Comercio.

En conclusión, dado que el señor Diego Andrés López y López 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 omitir a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que Allianz, tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena, tal cual lo dispone la norma mercantil antes señalada.

Por todo lo anterior, solicito declarar probada esta excepción.

6. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO

En la presente excepción se indica que debe darse estricta aplicabilidad a las condiciones del contrato de seguro y en ese sentido, deberá tenerse en cuenta que el riesgo amparado por la Compañía Aseguradora es el delimitado en Póliza de Vida ActuAll No. 022962369/0, con sus condiciones explícitas. En ese sentido deberá entonces atenderse cabalmente a lo establecido en ella. Para el efecto, encontramos que el riesgo amparado en el contrato de seguro respecto de la invalidez es el siguiente:

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

Salvo las condiciones y exclusiones indicadas en este clausulado, LA COMPAÑÍA pagará el presente amparo en los siguientes eventos:

- 1. Cuando EL ASEGURADO sufra a causa de una enfermedad diagnosticada no preexistente en la fecha de inicio del seguro o de un accidente ocurrido posterior a dicha fecha, lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una Incapacidad Total y Permanente siempre y cuando ésta persista por un término no inferior a ciento veinte (120 días) comunes continuos.**

2. Cuando a consecuencia de un accidente ocurrido con posterioridad a la fecha de inicio del seguro, EL ASEGURADO sufra pérdidas funcionales o anatómicas incluidas o previstas en la RELACION DE RIESGOS E INDEMINIZACIONES POR INUTILIZACION O DESMEMBRACION dentro de los 180 días comunes siguientes a la ocurrencia del accidente y, siempre y cuando, el ASEGURADO sobreviva 30 días comunes a la pérdida o inutilización funcional o anatómica.

3. Cuando a consecuencia de una enfermedad no preexistente a la fecha de inicio del seguro, EL ASEGURADO sufra pérdidas funcionales o anatómicas incluidas o previstas en la RELACION DE RIESGOS E INDEMINIZACIONES POR INUTILIZACION O DESMEMBRACION y, siempre y cuando, el ASEGURADO sobreviva 30 días comunes a la pérdida o inutilización funcional o anatómica.

Para todos los efectos de este amparo se entiende por Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente la pérdida de capacidad laboral en un porcentaje igual o superior al 50% sufrida por el ASEGURADO como resultado de una enfermedad o accidente cuya causa no esté expresamente excluida en esta póliza, con persistencia no inferior a ciento veinte (120) días comunes continuos.

El porcentaje de disminución de la capacidad laboral en cualquiera de sus manifestaciones, será validado en primera instancia por un médico o una institución nombrados por LA COMPANIA, o también podrá ser certificado por la entidad de Riesgos Laborales (A.R.L), por la entidad promotora de salud (E.P.S), por la Administradora del Fondo de Pensiones (A.F.P.), y en última instancia, será el establecido de conformidad con lo dispuesto en el manual único para la calificación de la invalidez expedido por el gobierno nacional y utilizado por la Junta Regional de Calificación de invalidez vigente a la fecha de reclamación. Se entenderá ocurrida la disminución laboral al momento de su estructuración.

En virtud de lo anterior, el honorable Despacho deberá tener en cuenta el riesgo amparado por Allianz Seguros de Vida S.A. y dar estricta aplicabilidad a las condiciones del amparo respecto de la obligación del asegurado de probar que sufrió una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50% que impide en forma total y permanente realizar cualquier tipo de actividad, siempre y cuando haya sido calificado por uno de los entes mencionados en la transcripción anterior, y que no provenga de una enfermedad preexistente. En ese sentido debe decirse que para la resolución de este caso el despacho deberá atender cabalmente a lo expresado por la cláusula precitada que hace parte del Contrato de Seguro.

7. GENERICA E INNOMINADAS Y OTRAS

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del Código General del Proceso solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del accionante (1081 Código de Comercio).

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

1. DE MANERA SUBSIDIARIA, EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA MANERA PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE 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 remoto e improbable evento en que el Despacho considere que la Póliza que hoy nos ocupa sí presta cobertura para los hechos objeto de este litigio, que sí se realizó el riesgo asegurado y que en este sentido sí ha nacido a la vida jurídica la obligación condicional de Allianz Seguros de Vida S.A. Exclusivamente bajo esta hipótesis, el Juzgado deberá tener en cuenta entonces que no se podrá condenar a mi poderdante al pago de una suma mayor a la asegurada.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

“ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”

La norma antes expuesta es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia, ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

“Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización”¹⁵ (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

En ese sentido, no se podrá de ninguna manera obtener una indemnización superior en cuantía al límite de la suma asegurada por parte de mi mandante y en la proporción de dicha pérdida que le corresponda debido a la porción de riesgo asumido

Coberturas Contratadas		
Amparos	Valor Asegurado (\$)	Valor Prima (\$)
Fallecimiento	900.000.000,00	4.357.800,00
Incapacidad, Inutiliz. o Desmemb. por Enferm. o Accidente	900.000.000,00	1.420.200,00
Auxilio por Fallecimiento	7.000.000,00	33.894,00
Enfermedades Graves	750.000.000,00	4.400.250,00

Por todo lo anterior, comedidamente le solicito al Honorable Despacho tomar en consideración que sin perjuicio que en el caso bajo análisis no se ha realizado el riesgo asegurado y que el contrato de seguro no presta cobertura por las razones previamente anotadas. En todo caso, dicha póliza contiene unos límites y valores asegurados que deberán ser tenidos en cuenta por el Juzgado en el remoto e improbable evento de una condena en contra de mi representada.

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

V. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRUEBAS SOLICITADAS POR LA PARTE DEMANDANTE

1. OPOSICIÓN AL DECRETO EN CALIDAD DE DICTAMEN PERICIAL, DEL DOCUMENTO DENOMINADO “DICTAMEN NO. 10202300094 DE LA JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE NARIÑO”.

Antes de proceder con el análisis pormenorizado del tema, se pone de presente al Despacho que, si bien la parte actora relacionó el documento denominado “Dictamen No. 10202300094 de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño”, se pretende darles el alcance propio de pruebas periciales. Lo anterior, sin que se encuentren acreditados los requisitos del artículo 226 del Código General del Proceso, por lo que resulta improcedente su decreto en tal sentido.

La procedencia de la prueba pericial se encuentra prevista en la disposición referida para aquellos casos en que para verificar los hechos que interesan al proceso se requieran especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos. Caso en el cual, se procederá con la elaboración de hasta un dictamen por materia de debate, presentado por cada parte procesal, rendido por un perito de forma escrita. De forma seguida, el artículo 226 del

Código General del Proceso establece los requisitos que debe contener dictamen rendido, en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 226. PROCEDENCIA. *La prueba pericial es procedente para verificar hechos que interesen al proceso y requieran especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos.*

Sobre un mismo hecho o materia cada sujeto procesal solo podrá presentar un dictamen pericial. Todo dictamen se rendirá por un perito.

No serán admisibles los dictámenes periciales que versen sobre puntos de derecho, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 177 y 179 para la prueba de la ley y de la costumbre extranjera. Sin embargo, las partes podrán asesorarse de abogados, cuyos conceptos serán tenidos en cuenta por el juez como alegaciones de ellas.

El perito deberá manifestar bajo juramento que se entiende prestado por la firma del dictamen que su opinión es independiente y corresponde a su real convicción profesional. El dictamen deberá acompañarse de los documentos que le sirven de fundamento y de aquellos que acrediten la idoneidad y la experiencia del perito. Todo dictamen debe ser claro, preciso, exhaustivo y detallado; en él se explicarán los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas, lo mismo que los fundamentos técnicos, científicos o artísticos de sus conclusiones.

El dictamen suscrito por el perito deberá contener, como mínimo, las siguientes declaraciones e informaciones:

- 1. La identidad de quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración.*
- 2. La dirección, el número de teléfono, número de identificación y los demás datos que faciliten la localización del perito.*
- 3. La profesión, oficio, arte o actividad especial ejercida por quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración. Deberán anexarse los documentos idóneos que lo habilitan para su ejercicio, los títulos académicos y los documentos que certifiquen la respectiva experiencia profesional, técnica o artística.*
- 4. La lista de publicaciones, relacionadas con la materia del peritaje, que el perito haya realizado en los últimos diez (10) años, si las tuviere.*
- 5. La lista de casos en los que haya sido designado como perito o en los*

que haya participado en la elaboración de un dictamen pericial en los últimos cuatro (4) años. Dicha lista deberá incluir el juzgado o despacho en donde se presentó, el nombre de las partes, de los apoderados de las partes y la materia sobre la cual versó el dictamen.

6. Si ha sido designado en procesos anteriores o en curso por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte, indicando el objeto del dictamen.

7. Si se encuentra incurso en las causales contenidas en el artículo 50, en lo pertinente.

8. Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de los que ha utilizado en peritajes rendidos en anteriores procesos que versen sobre las mismas materias. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación.

9. Declarar si los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuados son diferentes respecto de aquellos que utiliza en el ejercicio regular de su profesión u oficio. En caso de que sea diferente, deberá explicar la justificación de la variación.

10. Relacionar y adjuntar los documentos e información utilizados para la elaboración del dictamen”.

Señalado lo anterior, se advierte que el documento allegado no reúne la totalidad de los requisitos mínimos con los que debe contar los dictámenes periciales, en los términos del artículo 226 del Código General del Proceso, lo cual imposibilita su decreto, como pasa a explicarse.

La actividad probatoria desarrollada al interior de los procesos judiciales comprende una serie de actuaciones concatenadas, que van desde la solicitud del medio de prueba hasta su valoración. Por lo que cada una de ellas tiene una finalidad específica que se distingue de manera independiente. Debido a ello, no resulta acertado hablar de forma indiscriminada de la admisibilidad y de la eficacia probatoria.

La doctrina procesal distingue entre los requisitos intrínsecos y extrínsecos de los medios de prueba, refiriéndose los primeros a aquellas circunstancias propias de cada una de las pruebas analizadas en el caso concreto, o si se quiere, los requisitos habilitantes de los medios de prueba de forma sustancial. Mientras que los segundos, hacen alusión a la incidencia del procedimiento en los medios de prueba, es decir, los requisitos de naturaleza procesal requeridos para su decreto y/o práctica.

“Son requisitos intrínsecos: a) la conducencia del medio; b) la pertinencia

o relevancia del hecho objeto de la prueba; c) la utilidad del medio; d) la ausencia de prohibición legal de investigar el hecho. Rigen para la fase de producción de la prueba y se revisa su cumplimiento en la valoración.

Son requisitos extrínsecos: a) la oportunidad procesal o ausencia de preclusión; b) las formalidades procesales; c) la legitimación y postulación para la prueba de quien la pide o la presenta y la legitimación del juez que la decreta oficiosamente; d) la competencia del juez o de su comisionado; e) la capacidad general del juez o de su comisionado; e) la capacidad general del juez o funcionario y de los órganos de la prueba (testigos, peritos, intérpretes, partes cuando confiesan) y la ausencia de impedimentos legales en aquellos y estos. Rigen para la fase de producción y parcialmente para la asunción y valoración, pero en esta debe revisarse su cumplimiento”¹³

En este sentido, la jurisprudencia nacional ha advertido que la determinación de procedencia respecto del decreto de pruebas comprende el análisis de los dos requisitos anteriores, así:

“(…) concluye esta Sala que la negativa a decretar pruebas, debe conllevar a un análisis serio de parte del juez, con relación al carácter demostrativo de la misma frente a los hechos de la demanda o frente al cumplimiento de los requisitos formales de la misma, siendo este el límite al derecho al debido proceso probatorio. (...) Como ya se advirtió, las pruebas, para ordenar su decreto y práctica, deben llenar los requisitos generales consagrados en el artículo 178 del C.P.C.¹⁴, y los especiales de cada medio de prueba”¹⁵

Tratándose de la prueba pericial, el estudio de los requisitos formales estriba en los diez ítems enlistados en el artículo 226 del Código General del Proceso, los cuales deben acreditarse en la oportunidad procesal establecida para su aporte. Tal y como lo indicó el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá D.C., en la cita que a continuación se presenta:

“Es del caso memorar que, conforme al artículo 226 ejusdem, quien pretenda hacer valer un dictamen en el proceso, debe acompañarlo de “los documentos que le sirven de fundamento y de aquello que acrediten la

¹³ Devis Echandía, Hernando. Teoría General de la Prueba Judicial. Tomo I. Tercera reimpresión de la sexta edición. Editorial Temis S.A. 2019. Pág. 318.

¹⁴ Ver. En la actualidad, el artículo 168 del Código General del Proceso.

¹⁵ Tribunal Administrativo de Sucre. Expediente 700013333002201200031-01. M.P. Luis Carlos Álzate Ríos. Marzo 21 de 2013

idoneidad y experticia del perito”, lo que significa que, la oportunidad para acreditar la aptitud es con el trabajo pericial¹⁶.

En el mismo sentido, la corporación indicó en la resolución de un recurso de apelación contra el auto que denegó el decreto de la prueba pericial solicitada por no encontrarse reunidos los requisitos del artículo 226 del Código General del Proceso que, la incidencia directa del estudio de los requisitos formales en el decreto de la prueba pericial encuentra su razón de ser en la concreción sustantiva de la idoneidad y experiencia del perito, en los siguientes términos:

*7.5. Ciertamente, “al interpretar la ley procesal el juez deberá tener en cuenta que el objeto de los procedimientos es la efectividad de los derechos reconocidos por la ley sustancial (...) y abstendrá de exigir y de cumplir formalidades innecesarias¹⁷. Empero, en todo caso debe garantizarse el derecho al debido proceso, el derecho a la defensa y la igualdad de las partes. Es decir, resulta imperativa la aplicación del estatuto adjetivo procesal, sin excederse en un exceso ritual manifiesto.
(...)*

7.7.- Ahora, en lo atinente a la prueba pericial, ha de decirse que el artículo 226 del C.G.P., en los numerales tercero, cuarto y quinto, exige la inclusión en el dictamen, de la siguiente información: “3. La profesión, oficio, arte o actividad especial ejercida por quien rinde el dictamen y de quien participó en su elaboración. Deberán anexarse los documentos idóneos que lo habilitan para su ejercicio, los títulos académicos y los documentos que certifiquen la respectiva experiencia profesional, técnica o artística. 4. La lista de publicaciones, relacionadas con la materia del peritaje, que el perito haya realizado en los últimos diez (10) años, si las tuviere. 5. La lista de casos en los que haya sido designado como perito o en los que haya participado en la elaboración de un dictamen pericial en los últimos cuatro (4) años. Dicha lista deberá incluir el juzgado o despacho en donde se presentó, el nombre de las partes, de los apoderados de las partes y la materia sobre la cual versó el dictamen,” la cual no fue abarcada en la experticia rendida a instancia de parte, por el Ingeniero Patólogo Héctor Alfonso Corredor Valderrama.

7.8.- Entonces, siendo el dictamen pericial “la exteriorización del estudio y conclusiones que ha llegado el experto, plasmado en un documento escrito

¹⁶ Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá D.C. Sala Civil. Expediente 110013103035201800348 01. M.P. Ruth Elena Galvis Vergara. Junio 30 de 2021

¹⁷ Ver. Artículo 11 del Código General del Proceso.

o en el acta (que también es escrita) donde se deja constancia de la opinión del perito¹⁸ la cual resulta procedente para verificar hechos que interesen al proceso y requieran especiales conocimientos científicos, técnicos o artísticos, deviene imperativo, acreditar el conocimiento y la experiencia de quien rinde la experticia, esto a efectos de que el Juez pueda determinar la confiabilidad y credibilidad del conocimiento allí explicado, por tanto, las exigencias de los numerales 3, 4 y 5 de la norma en cita, no pueden considerarse como un simple formalismo, sino como la concreción sustantiva de los conocimientos del experto.

7.9.- Ante la omisión de la acreditación del perito contratado por la parte demandante, se colige la confirmación del auto cuestionado¹⁹

Así mismo, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, ha sostenido al respecto que:

“...En efecto, el artículo 226 del Código General del Proceso prescribe que todo dictamen, para asignársele mérito demostrativo, debe cumplir con unas exigencias, que por su importancia frente al caso se destacan las siguientes: (i) ser claro, preciso, exhaustivo y detallado; (ii) explicar los exámenes, métodos, experimentos e investigaciones efectuadas; (iii) exponer los fundamentos técnicos y científicos de las conclusiones; (iv) incluir los datos de contacto del perito; (v) explicitar la profesión, oficio, arte o actividad que es ejercida por el experto, anexando los títulos académicos y la prueba de su experiencia; (vi) señalar los casos en que el perito ha participado y, en caso de haber aplicado técnicas diferentes a la considerada para el caso, indicar las razones para ello; y (vii) manifestar que no se encuentra en una situación que le impida actuar como perito. Sobre el punto, la Corte ha sostenido que toda peritación debe observar los requerimientos especiales antes enunciados, so pena que la decisión de admisión del mecanismo extraordinario no pueda soportarse en ella, y, por tanto, deba declararse prematura la resolución que se emita en sentido contrario (AC5405, 23 ag. 2016, rad. n° 2008-00324-01; AC7246, 25 oct. 2016, rad. 2012-00116-01; AC1641, 2 ab. 2014, rad. 2009-01202-01)» (CSJ AC6081-2017, 15 sep.)²⁰

¹⁸ López Blanco Hernán Fabio, Procedimiento Civil Tomo 3 Pruebas. Dupré Editores. 2008 Pág. 241

¹⁹ Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá. Sala Civil. Expediente 110013103038201900300-01. M.P. Adriana Saavedra Lozada. Diciembre 14 de 2020

²⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Auto AC4651-2019. Octubre 9 de 2019

Así las cosas, resulta acertado indicar que el análisis de los requisitos establecidos en el artículo 226 del Código General del Proceso tiene por objeto establecer la admisibilidad de la prueba en razón a los requisitos formales previstos en la legislación, los cuales, en caso de reunirse llevan al decreto del medio de prueba. En este sentido, tras haberse concluido que la experticia que se pretende hacer valer no reúne la totalidad de los requisitos de que trata el artículo 226 del Código General del Proceso, resulta improcedente decretar como pruebas periciales, las pretendidas por el extremo actor.

En mérito de lo expuesto, se solicita al Despacho negar el decreto del “Dictamen No. 10202300094 de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño”, como prueba pericial. Ahora bien, de forma subsidiaria y únicamente en el improbable y remoto evento en el que se decrete como prueba pericial la documental referida, solicito al Despacho que los señores Segundo Arturo Moran, Sigifredo Suarez Achicaiza, Alexander Vargas Torres, sean citados a la audiencia de instrucción y juzgamiento para ser interrogados en la forma prevista en el artículo 228 del Código General del Proceso

2. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito a este honorable despacho se sirva decretar y tener como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES.

- 1.1. Póliza de Seguro Vida ActuAll No. 022962369/0 y su clausulado general y particular.
- 1.2. Solicitud de asegurabilidad de fecha 25 de agosto de 2021.
- 1.3. Fragmento de la Historia Clínica del señor Diego Andrés López y López
- 1.4. Derecho de petición elevado a la Nueva EPS S y constancia de radicación.
- 1.5. Derecho de petición elevado a Medimas EPS S.A.S. y constancia de radicación.
- 1.6. Derecho de petición elevado a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño y constancia de radicación.

2. INTERROGATORIO DE PARTE.

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al demandante, señor **DIEGO ANDRÉS LÓPEZ Y LÓPEZ GUERRERO**, a fin de que conteste el cuestionario 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 demandante podrá ser citada en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

3. DECLARACIÓN DE PARTE.

Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso, y especialmente, para que evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor Diego Andrés López y López.

4. TESTIMONIALES.

- 4.1. Solicito al señor Juez se sirva decretar la práctica del testimonio de la Dra. **DARLYN MUÑOZ NIEVES**, quien tiene domicilio en la ciudad de Popayán y puede ser citada en la Carrera 32 bis No. 4 16 Popayán y correo electrónico darlingmarcela1@gmail.com. La Dra. Darlyn es asesora externa de mi representada, para que teniendo en cuenta su experiencia, le ilustre al Despacho sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza Vida Deudores, los efectos de la reticencia en la declaración del estado de salud y en general sobre todos los hechos relacionados en el presente escrito. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas del Contrato de Seguro objeto del presente litigio.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS.

- 5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del Código General del Proceso, se sirva ordenar a **LA PARTE DEMANDANTE** para que exhiba la Historia Clínica, correspondiente al periodo comprendido entre el año 2020 hasta la actualidad, del señor Diego Andrés López y López en la audiencia respectiva.

Adicionalmente, solicitó se ordene exhibir al Ministerio toda información base

para realizar la calificación de la pérdida de capacidad laboral del señor Diego Andrés López y López, relacionados con la solicitud, los documentos aportados, historias clínicas, exámenes médicos particulares y demás documentos existentes para dicho trámite.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el demandante sufrió en años anteriores y al momento de solicitar la asegurabilidad; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad.

- 5.2.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene a la Nueva EPS, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor Diego Andrés López y López de la fecha en la cual recibió la primera atención en dicha EPS es decir año 2019 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Diego Andrés López y López desde el año 2019 hasta el año 2022.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Diego López y López sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La Nueva EPS, puede ser notificada a través de la dirección electrónica: secretaria.general@nuevaeps.com.co

- 5.3.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene Medimas EPS, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor Diego Andrés López y López de la fecha en la cual recibió la primera atención en dicha EPS es decir año 2017 hasta el año 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Diego Andrés López y López desde el año 2017 hasta el año 2019.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Diego López y López 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. Medimas EPS, puede

ser notificada a través de la dirección electrónica:
notificacionesjudiciales@medimas.com.co

- 5.4.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene a la Junta Regional de Calificación de Perdida laboral y Ocupacional de Nariño, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, todos los documentos base para la elaboración del Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 10202300094 de fecha 04 de maro de 2023, esto es las historias clínicas, exámenes médicos, valoraciones y demás documentos portados o solicitados para la debida realización de dicho dictamen.

La información solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada realizar el Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 10202300094 de fecha 04 de maro de 2023 al señor Diego Andrés López y López, destacando que dicho proceso fue realizado a solicitud del interesado de manera particular.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar y conocer las historias clínicas, el resultado de los exámenes médicos, el resultado de las valoraciones médicas, identificar las patologías y antecedentes que el señor Diego López y López 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 Junta Regional de Calificación de Invalidez de Nariño, puede ser notificada a través de las siguientes direcciones electrónicas:

jnotificacionesnarino@gmail.com

juntaregionalrecursosnarino@gmail.com

juntaregionalnarino.2018@gmail.com

6. OFICIOS

- 6.1.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la Nueva EPS, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Diego López y López correspondiente al periodo que va desde su primera atención médica 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

el señor Diego Andrés López y López entre desde el año 2020 hasta la fecha como se desprende de la historia clínica parcial obtenida por mi representada.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no es posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso, dado que son documentos sometidos a reserva.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Diego López y López sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La Nueva EPS puede ser notificada a través del correo electrónico: secretaria.general@nuevaeps.com.co

- 6.2.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a Medimas EPS S.A.S., para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Diego López y López correspondiente al periodo que va desde su primera atención médica hasta el año actual. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Diego Andrés López y López entre los años 2017 a 2019 como se desprende de la historia clínica parcial obtenida por mi representada.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no es posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso, dado que son documentos sometidos a reserva.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Diego López y López 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. Medimas EPS puede ser notificada a través del correo electrónico: notificacionesjudiciales@medimas.com.co

7. DICTAMEN PERICIAL

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio:

- (i) Que de haber conocido Allianz Seguros de Vida S.A., las patologías del señor Diego Andrés López y López 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 los antecedentes médicos que omitió informar el señor Diego Andrés López y López eran absolutamente indispensables 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 Código Comercio 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 Código General del Proceso que dispone: “(...) Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días (...)”. Comedidamente se le solicita al Despacho un término no inferior a un (1) mes para aportar la experticia al proceso. **Término que deberá iniciar una vez la entidad oficiada (Nueva EPS y Medimas EPS SAS) 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 la entidad mencionada 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.

3. ANEXOS

- Documentos relacionados en el acápite de pruebas.
- Poder general
- Certificado de existencia y representación legal de Allianz Seguros de Vida S.A., emitido por la Cámara de Comercio.
- Certificado de existencia y representación legal de Allianz Seguros de Vida S.A., emitido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

4. NOTIFICACIONES

- Por la parte actora serán recibidas en el lugar indicado en su escrito de demanda.

Mi representada, Allianz Seguros de Vida S.A., puede ser notificada en la Carrera 13A N° 29-24, Piso 9, de la ciudad de Bogotá, correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co

- El suscrito en la Secretaría de su Despacho o en la Avenida 6A Bis No. 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212 de la ciudad de Cali.

Correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA.

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

T.P. No. 39.116 del C. S. de la J.