

Señores

JUZGADO NOVENO (09) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ

cmpl09bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL
RADICACIÓN: 110014003009-2024-01548-00
DEMANDANTE: SANDRA ORTEGA MARTÍNEZ
DEMANDADOS: EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mis calidades de representante legal de la firma **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**, sociedad comercial identificada con NIT 900.701.533-7 y apoderado general de **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC**, sociedad cooperativa de Seguros, identificada con NIT 830008686-1, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, en donde se observa el mandato general conferido a través de escritura pública No. 2779 del 2 de diciembre de 2021 otorgada en la Notaría 10 de la ciudad de Bogotá. Comedidamente procedo dentro del término legal a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ**, en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la Demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación

1. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO 2.1: A mi mandante no le consta de manera directa las situaciones en que se celebró el contrato de mutuo entre el demandante y **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES**, puesto que aquella es una entidad diferente de mi representada, por lo que se desconoce cuáles fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar lo dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 2.3: A mi mandante no le consta de manera directa las situaciones descritas en el hecho, por cuanto se hace referencia a situaciones entre el demandante y **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES**, puesto que aquella es una

entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar lo dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 2.3: Es cierto, por cuanto reposa dicha información en la solicitud de seguro **GRUPO DE VIDA DEUDORES – COOPROFESORES**, con la aseguradora **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**

FRENTE AL HECHO 2.4: A mi mandante no le consta de manera directa las situaciones descritas en el hecho, por cuanto se hace referencia a situaciones entre el demandante y **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES**, aquella es una entidad diferente de mi representada, por lo que se desconoce cuáles fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar lo dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

No obstante, en relación con la información que se le brindó a la demandante en el momento de la colocación del seguro, debe advertirse que en el formulario de solicitud, específicamente en la sección titulada "Autorizaciones especiales y declaraciones", la señora **SANDRA ORTEGA MARTÍNEZ** suscribió la siguiente declaración:

Declaro que fui informado sobre los amparos, exclusiones, vigencia de la póliza, valor asegurado, valor de la prima, requisitos de asegurabilidad, procedimiento para la reclamación en caso de siniestro, consecuencias de una declaración inexacta sobre el estado del riesgo y las consecuencias de la mora en el pago de la prima. Así mismo, fui informado que el texto completo de las condiciones de la póliza lo puedo descargar en www.cooprofesores.com.

Acepto contratar la cobertura adicional de enfermedades graves diagnosticadas con amparo de Rente Mensual, con pago de prima adicional. SI ☐ NO ☒

En constancia se firma en Bucaramanga a los 11 días del mes de Agosto del año 2022

FIRMA ASEGURADO [Firma]

"Declaro que fui informado sobre los amparos, exclusiones, vigencia de la póliza, valor asegurado, valor de la prima, requisitos de asegurabilidad, procedimiento para la reclamación en caso de siniestro, consecuencias de una declaración inexacta sobre el estado del riesgo y las consecuencias de la mora en el pago de la prima. Así mismo, fui informado que el texto completo de las condiciones de la póliza lo puedo descargar en www.cooprofesores.com"

Esta declaración, firmada por la accionante, no solo confirma que fue debidamente informada sobre

la existencia de la póliza de vida grupo deudores, sino también que entendió y aceptó las condiciones y exclusiones aplicables a la misma, incluyendo el período de carencia pactado de ocho (8) meses. Este documento evidencia que, previo a la firma del contrato, la asegurada fue instruida respecto de los términos del seguro. Por consiguiente, es posible sostener que, al firmar la solicitud del crédito, quedó constancia escrita de que la señora Sandra Ortega Martínez no solo conocía, sino que también aceptó voluntariamente las condiciones y exclusiones de la Póliza No. AA010866, incluyendo el período de carencia como elemento esencial para la cobertura del amparo de invalidez. Este conocimiento previo y expreso imposibilita cualquier alegación de desconocimiento de las condiciones de la póliza.

FRENTE AL HECHO 2.5: A mi mandante no le consta, por cuanto las actuaciones del Sr. **JUAN PABLO MERCHAN** y del Sr. **DAVID APARICIO** hacen referencia a situaciones entre el demandante y **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES COOPROFESORES**, puesto que aquella es una entidad diferente de mi representada, por lo que se desconoce cuáles fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin. En cuanto a **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**; la misma, puede prescindir de los exámenes médicos, conforme a lo dispuesto en el artículo 1158 del Código de Comercio.

Así mismo y frente a la información relacionada con el periodo de carencia, téngase en cuenta lo indicado en la respuesta al hecho anterior, donde la hoy demandante afirmó que conoció todas las condiciones del contrato de seguro al que se adhirió en calidad de asegurada.

FRENTE AL HECHO 2.6: A mi mandante no le consta de manera directa las situaciones descritas en el hecho, por cuanto se hace referencia a situaciones entre el demandante y **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES**, aquella es una entidad diferente de mi representada, por lo que se desconoce cuáles fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar lo dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 2.7: Es cierto, puesto que así reposa en la póliza No. AA010866. No obstante y como se explicará en las excepciones de mérito, el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia de la asegurada al no haber informado el hipotiroidismo que padecía con anterioridad al mes de agosto del año 2022.

FRENTE AL HECHO 2.8: No es cierto lo manifestado en el hecho por el accionante, entre tanto, para el 11 de agosto de 2022 la Sra. **SANDRA ORTEGA MARTINEZ** diligenció la solicitud de crédito No. 15 – 008871 – 4, en la que afirmó conocer las generalidades y particularidades de la póliza No.

AA010866.

Declaro que fui informado sobre los amparos, exclusiones, vigencia de la póliza, valor asegurado, valor de la prima, requisitos de asegurabilidad, procedimiento para la reclamación en caso de siniestro, consecuencias de una declaración inexacta sobre el estado del riesgo y las consecuencias de la mora en el pago de la prima. Así mismo, fui informado que el texto completo de las condiciones de la póliza lo puedo descargar en www.cooprofesores.com.

Acepto contratar la cobertura adicional de enfermedades graves diagnosticadas con amparo de Rente Mensual, con pago de prima adicional. SI ☐ NO ☒

En constancia se firma en Bucaramanga a los 11 días del mes de Agosto del año 2022

FIRMA ASEGURADO [Firma]

“Declaro que fui informado sobre los amparos, exclusiones, vigencia de la póliza, valor asegurado, valor de la prima, requisitos de asegurabilidad, procedimiento para la reclamación en caso de siniestro, consecuencias de una declaración inexacta sobre el estado del riesgo y las consecuencias de la mora en el pago de la prima. Así mismo, fui informado que el texto completo de las condiciones de la póliza lo puedo descargar en www.cooprofesores.com”

FRENTE AL HECHO 2.9: Es parcialmente cierto. Si bien es cierto que la demandante no confeccionó las condiciones del seguro, el H. Juez debe tener en cuenta que ella efectivamente participó en la formación del seguro a través de la declaración de asegurabilidad. En este documento se observa que ella omitió declarar el hipotiroidismo que padecía y que, en virtud del artículo 1058 del C.Co., producen la nulidad del aseguramiento.

FRENTE AL HECHO 2.10: No me consta lo afirmado en este hecho, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C**, Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, el demandante deberá acreditar su dicho en forma debida y con suficiencia, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

A partir de la fecha de estructuración, se evidencia que el contrato de seguro no cubre la invalidez de la demandante. Efectivamente, la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudor No. AA010866, contiene expresamente estipulado en sus condiciones particulares un período de carencia de ocho meses como requisito indispensable para la activación de la cobertura por invalidez. Este período debía contarse desde la fecha de desembolso del crédito y el inicio de vigencia de la póliza, es decir, a partir del 19 de agosto de 2022. Sin embargo, la estructuración de la pérdida de capacidad laboral de la asegurada ocurrió el 16 de septiembre de 2022, esto es, apenas 28 días después de la entrada en vigencia de la póliza, lo que implicó un incumplimiento del período mínimo de permanencia requerido para la cobertura. En tal virtud, dado que la estructuración de la invalidez

ocurrió dentro del periodo de carencia, el contrato de seguro no presta cobertura en los términos del artículo 1056 del C.Co., lo que por sustracción de materia significa, que no resulta jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía Aseguradora.

FRENTE AL HECHO 2.11: No me consta lo afirmado en este hecho, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**, Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, el demandante deberá acreditar su dicho en forma debida y con suficiencia, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 2.12: No me consta lo expuesto por el demandante. Si bien es cierto que se presentó una solicitud de indemnización, esta no tenía vocación de prosperidad, ya que no cumplía con los requisitos establecidos en el artículo 1077 del Código de Comercio. En particular, no se aportó prueba de una invalidez estructurada dentro de la vigencia de la póliza, que fuese posterior al período de carencia. Ante el incumplimiento de estos requisitos, la compañía procedió a objetar la solicitud.

FRENTE AL HECHO 2.13: Es parcialmente cierto, **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.** objetó la solicitud de indemnización el día 10 de abril de 2024, bajo la “Clausula Global de Preexistencias”, argumentando el periodo de carencia de 8 meses, el cual refería lo siguiente:

“No obstante, lo anterior, para que se tenga cobertura por el amparo de invalidez el asegurado deberá tener como mínimo 8 meses de permanencia en la póliza para la afectación e indemnización de este amparo y se deberá contar con la calificación de la junta. Los 8 meses pactados se cuentan desde la fecha de desembolso del crédito (fecha de inicio de vigencia de la póliza) hasta la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral registrada en el documento de calificación de la junta medica estructurando la invalidez.”

En consideración de lo anterior, la solicitud de indemnización presentada como consecuencia del estado de invalidez de la señora **SANDRA ORTEGA MARTÍNEZ**, no se encuentra amparada por cuanto no se cumplió con el periodo de carencia establecido mínimo de ocho (8) meses de permanencia en la póliza, motivo por el cual se objeta.

FRENTE AL HECHO 2.14: No es cierto, conforme a lo contestado en el hecho 2.8. En donde con el diligenciamiento del documento denominado solicitud de crédito No. 15 – 008871 – 4, se indica que la Sra. **SANDRA ORTEGA MARTINEZ** aceptó conocer las condiciones y exclusiones de la Póliza No. AA010866.

FRENTE AL HECHO 2.15: A mi mandante no le consta de manera directa las situaciones descritas en el hecho, por cuanto se hace referencia a situaciones entre el demandante y **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES**, puesto que aquella es una entidad diferente de mi representada, por lo que se desconoce cuáles fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar lo dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 2.16: A mi mandante no le consta de manera directa las situaciones descritas en el hecho, por cuanto se hace referencia a situaciones entre el demandante y **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES**, puesto que aquella es una entidad diferente de mi representada, por lo que se desconoce cuáles fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar lo dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO 2.17: No es cierto, se aclara que **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES** ya había dado respuesta a lo solicitado el día 27 de agosto de 2024.

FRENTE AL HECHO 2.18: Es cierto tal como consta en el fallo de tutela proferido por el **JUZGADO DOCE PENAL MUNICIPAL CON FUNCION DE CONTROL DE GARANTIAS DE BUCARAMANGA**, el día 27 de septiembre de 2024, en el proceso de radicado No. 2024-00179.

FRENTE AL HECHO 2.19: Es cierto, en cuanto las solicitudes y peticiones interpuestas en el derecho de petición, ya habían sido esclarecidas anteriormente por **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES**.

FRENTE AL HECHO 2.20: Es cierto, tal como consta en acta de no acuerdo No. 05180, expedida por la **PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN**.

FRENTE AL HECHO 2.21: No me consta lo afirmado en este hecho, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C**, Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, el demandante deberá acreditar su dicho en forma debida y con suficiencia, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

I. OPOSICIÓN 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 la póliza no tiene cobertura, en cuanto a que no se cumple con una de las condiciones particulares de la póliza, referente al periodo de carencia de 8 meses, necesarios para afectar e indemnizar el correspondiente amparo de invalidez.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 1.1: Me opongo a que se declare la existencia del contrato de seguro en la forma expuesta por el demandante, por cuanto esa pretensión así formulada omite la mención de que, en realidad, el contrato de seguro es invalido. Lo anterior, toda vez que la señora Ortega fue reticente al no haber informado de su hipotiroidismo, lo que produce la nulidad relativa del contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 1.2: Me opongo a la pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C** para hacer efectivo el contrato de seguro, en cuanto a que no se cumple con una de las condiciones particulares de la póliza, referente al periodo de carencia de 8 meses, necesarios para afectar e indemnizar el correspondiente amparo de invalidez.

Así mismo, además de que la acción derivada del seguro está prescrita en los términos del artículo 1081 del C.Co., el aseguramiento debe anularse toda vez que la señora Ortega fue reticente al no haber informado de su hipotiroidismo, lo que produce la nulidad relativa del contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 1.3: Me opongo a esta pretensión al ser consecuencial de la anterior, como aquella no debe prosperar esta tampoco.

Así mismo, me opongo porque el único beneficiario a título oneroso es la **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES**, por lo que el pago debe dirigirse a esta misma.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 1.4: Me opongo a esta pretensión al ser consecuencial de las anteriores, como aquellas no deben prosperar esta tampoco.

Así mismo, me opongo porque Así mismo, me opongo porque el único beneficiario a título oneroso es la **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES**, por lo que el pago debe dirigirse a esta misma.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 1.5: Me opongo a la pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C** para hacer efectivo el contrato de seguro, en cuanto a que no se cumple

con una de las condiciones particulares de la póliza, referente al periodo de carencia de 8 meses, necesarios para afectar e indemnizar el correspondiente amparo de invalidez. Por consiguiente, es improcedente la solicitud de condena en costas y agencias en derecho.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Me permito de manera enfática objetar el juramento estimatorio realizado por la parte demandante comoquiera que, en este caso, el contrato de seguro no tiene cobertura por cuanto no se cumplió con las condiciones particulares del contrato de seguro, relacionadas con el periodo de carencia de 8 meses.

De manera precisa, en cuanto el juramento estimatorio pretende servir como medio de prueba siempre que no sea objetado por la parte demandante, me permito indicar que de ninguna manera puede tenerse como prueba de las pretensiones las sumas relacionadas por el accionante. Como quiera que la Póliza de Vida Grupo Deudor No. AA010866 no tiene cobertura.

Así mismo, tampoco es dable exigir el pago de intereses moratorios a partir de la fecha en que la accionante solicitó el pago del seguro pues habiéndose objetado oportunamente la petición, con fundamentos fácticos y jurídicos sólidos, es claro que la eventual obligación de mi representada no se encuentra acreditada y por lo mismo, los presuntos intereses solo podrían computarse a partir de una eventual sentencia, que así condene a la aseguradora.

.De igual forma es menester indicar que, corresponde al demandante demostrar cuál era el valor asegurado a la fecha de estructuración. Por lo tanto, mientras no se aporte dicha prueba, el juramento estimatorio no podrá servir como prueba del monto de su pretensión. El juramento no suple la falta de pruebas cuando el demandante está en la obligación de aportarlas. Por eso, mientras el demandante no cumpla con su deber de demostrar el valor asegurado, su juramento no puede tomarse como prueba suficiente para fijar el valor de su pretensión.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES.

1. FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA INVALIDEZ DE LA SEÑORA SANDRA ORTEGA, EN LA MEDIDA DE QUE NO SE AMPARAN LAS PÉRDIDAS DE CAPACIDAD LABORAL DE LOS ASEGURADOS QUE NO CUMPLAN CON EL PERIODO MÍNIMO DE PERMANENCIA – APLICACIÓN PERIODO DE CARENCIA.

La señora Sandra Ortega Martínez, quien se encontraba asegurada bajo la Póliza de Seguro de

Vida Grupo Deudor No. AA010866, contiene expresamente estipulado en sus condiciones particulares un período de carencia de ocho meses como requisito indispensable para la activación de la cobertura por invalidez. Este período debía contarse desde la fecha de desembolso del crédito y el inicio de vigencia de la póliza, es decir, a partir del 19 de agosto de 2022. Sin embargo, la estructuración de la pérdida de capacidad laboral de la asegurada ocurrió el 16 de septiembre de 2022, esto es, apenas 77 días después de la entrada en vigencia de la póliza, lo que implicó un incumplimiento del período mínimo de permanencia requerido para la cobertura. En tal virtud, dado que la estructuración de la invalidez ocurrió dentro del periodo de carencia, el contrato de seguro no presta cobertura en los términos del artículo 1056 del C.Co., lo que por sustracción de materia significa, que no resulta jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía Aseguradora.

En este orden de ideas, resulta de suma importancia que el H. Juez tenga en cuenta que las compañías de seguros tienen la potestad, a su arbitrio, de asumir y delimitar los riesgos que desean les sean transferidos. En tal virtud y de conformidad con lo consagrado en el artículo 1056 del C.Co., las aseguradoras se encuentran jurídicamente facultadas para definir detalladamente las coberturas que brindan, como por ejemplo, pactando periodos de carencia dentro de sus condicionados generales y particulares. Este derecho ha sido reconocido en múltiples providencias emitidas por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, tal y como se expone a continuación:

“como lo reconoce el artículo 1056 del Código de Comercio, a saber: «[c]on las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado».

De igual forma, la sentencia SC4527 del 23 noviembre de 2020, radicado No. 2011-00361-01 afirma que:

“Refiriéndose a este precepto, la Corporación dijo que en la especificación de los riesgos «se reconoce plena autonomía al asegurador, a quien el artículo 1056 ejusdem, norma Radicación n.º 08001-31-03-006-2016-00078-01 13 aplicable a los seguros de daños y de personas, le otorgó la potestad de delimitar espacial, temporal, causal y objetivamente los eventos por cuya ocurrencia se obligaría condicionalmente a indemnizar al beneficiario, pues estatuyó que podía asumir, con las restricciones legales.

De lo anterior y de conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio, con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones en las cuales asumen los mismos, incorporando limitaciones temporales a la cobertura otorgada, como lo

es el periodo de carencia. Del mismo modo, el Decreto 2555 de 2010 establece en su artículo 2.31.6.1.16 la definición del Periodo de carencia de la siguiente forma:

“En las respectivas pólizas se indicará el número de días que deberán transcurrir desde la entrada en vigor del seguro hasta el comienzo efectivo de la cobertura, no siendo indemnizables los siniestros que se produzcan durante el período de carencia.”

Por lo que la norma prevé la facultad para delimitar el riesgo por parte de las aseguradoras, con el establecimiento de un periodo de carencia que tiene como fin en un seguro de vida deudores, evitar que una persona adquiera el seguro cuando ya tiene conocimiento de un riesgo inminente. Así, se protege a la aseguradora y se garantiza que el seguro cumpla su función de respaldo financiero de manera equitativa y sostenible. Así mismo, es fundamental que el H. Juez tenga en cuenta que el citado Decreto 2555 de 2010 es una norma de carácter financiero, lo que significa y por mandato del artículo 2034 del C.Co., que tiene prevalencia sobre las normas contenidas en el C.Co.

Para el caso en concreto, el condicionado particular de la póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. AA010866, contempla un periodo de carencia de (8) meses, de la siguiente forma:

“CLAUSULA GLOBAL DE PREEXISTENCIAS.

(...) No obstante, lo anterior, para que se tenga cobertura por el amparo de invalidez el asegurado deberá tener como mínimo 8 meses de permanencia en la póliza para la afectación e indemnización de este amparo y se deberá contar con la calificación de la junta. Los 8 meses pactados se cuentan desde la fecha de desembolso del crédito (fecha de inicio de vigencia de la póliza) hasta la fecha de estructuración de la pérdida de capacidad laboral registrada en el documento de calificación de la junta medica estructurando la invalidez. Cabe resaltar que en el caso que el asegurado hubiese no hubiese declarado su real estado de salud en la declaración de asegurabilidad y se evidencie una reticencia de parte de este se aplicara la normatividad de acuerdo con el articulo 1058 del código de comercio. Para aquellos asegurados que les aplique las condiciones pactadas en la cláusula global de preexistencias se limita su valor asegurado en uno o varios créditos hasta \$150.000.000 (ciento cincuenta millones de pesos).” (Subrayado fuera del texto original).

En el caso de la señora Sandra Ortega Martínez, la falta de cobertura del amparo de invalidez bajo la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudor No. AA010866 se debe al incumplimiento del período de carencia pactado en el contrato. Conforme a las condiciones establecidas en la póliza, se estipuló expresamente un período de carencia de (8) meses, contado a partir del 19 de agosto de 2022,

fecha de desembolso del crédito y de inicio de vigencia de la póliza. Sin embargo, la estructuración de la pérdida de capacidad laboral de la asegurada ocurrió el 16 de septiembre de 2022, es decir, apenas 28 días después del inicio de vigencia del seguro, lo que impide la activación de la cobertura.

En el momento en que la señora Sandra Ortega Martínez se dispuso a solicitar el respectivo crédito ante la entidad **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES – COOPROFESORES**, según consta en la solicitud de crédito No. 15 – 008871 – 4 diligenciada el día 11 de agosto de 2022, manifestó expresamente conocer y aceptar las condiciones de la póliza que le aplicaba. Esta manifestación de conocimiento cumple con el deber de información y suministro de condiciones propias del contrato de seguro por parte de la aseguradora y del tomador, incluyendo de manera clara el período de carencia establecido en la póliza.

En el formulario de solicitud, específicamente en la sección titulada "Autorizaciones especiales y declaraciones", la señora **SANDRA ORTEGA MARTÍNEZ** suscribió la siguiente declaración:

Declaro que fui informado sobre los amparos, exclusiones, vigencia de la póliza, valor asegurado, valor de la prima, requisitos de asegurabilidad, procedimiento para la reclamación en caso de siniestro, consecuencias de una declaración inexacta sobre el estado del riesgo y las consecuencias de la mora en el pago de la prima. Así mismo, fui informado que el texto completo de las condiciones de la póliza lo puedo descargar en www.cooprofesores.com.

Acepto contratar la cobertura adicional de enfermedades graves diagnosticadas con amparo de Rente Mensual, con pago de prima adicional. SI ☐ NO ☒

En constancia se firma en Bucaramanga a los 11 días del mes de Agosto del año 2022

FIRMA ASEGURADO [Firma]

"Declaro que fui informado sobre los amparos, exclusiones, vigencia de la póliza, valor asegurado, valor de la prima, requisitos de asegurabilidad, procedimiento para la reclamación en caso de siniestro, consecuencias de una declaración inexacta sobre el estado del riesgo y las consecuencias de la mora en el pago de la prima. Así mismo, fui informado que el texto completo de las condiciones de la póliza lo puedo descargar en www.cooprofesores.com"

Esta declaración, firmada por la accionante, no solo confirma que fue debidamente informada sobre la existencia de la póliza de vida grupo deudores, sino también que entendió y aceptó las condiciones y exclusiones aplicables a la misma, incluyendo el período de carencia pactado de ocho (8) meses. Este documento evidencia que, previo a la firma del contrato, la asegurada fue instruida respecto de los términos del seguro. Por consiguiente, es posible sostener que, al firmar la solicitud del crédito, quedó constancia escrita de que la señora Sandra Ortega Martínez no solo conocía, sino que también aceptó voluntariamente las condiciones y exclusiones de la Póliza No. AA010866, incluyendo el período de carencia como elemento esencial para la cobertura del amparo de

invalidez. Este conocimiento previo y expreso imposibilita cualquier alegación de desconocimiento de las condiciones de la póliza.

Efectivamente, se insiste en que la negativa de cobertura por parte de la Aseguradora se ajusta tanto a lo pactado en el contrato de seguro como a la normatividad vigente. El período de carencia, establecido contractualmente, es una disposición legalmente válida cuyo propósito es preservar la estabilidad del contrato y garantizar su viabilidad financiera.

Por lo tanto, no existe un incumplimiento contractual por parte de la aseguradora ya que actuó conforme a las condiciones previamente acordadas en la póliza, las cuales incluyen un período de carencia de ocho (8) meses. En este caso, dicho período debía contarse desde el 19 de agosto de 2022, fecha en la que se desembolsó el crédito y comenzó la vigencia de la póliza. Sin embargo, la estructuración de la pérdida de capacidad laboral de la asegurada ocurrió el 16 de septiembre de 2022, es decir, apenas 28 días después del inicio del seguro. Dado que el período de carencia no se cumplió, la cobertura del seguro no puede activarse.

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

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que la Asegurada, la señora Sandra Ortega Martínez, fue reticente, debido a que, en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, solo declaró padecimiento médico de depresión/ansiedad, omitiendo declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora la totalidad de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, tales como el hipotiroidismo. Que, de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados quienes 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 este 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**". (subrayado y negrilla fuera del texto original). 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.*

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la asegurada, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, verbi gracia, la Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que

conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.” (Subrayado fuera del texto original)

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado y que en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a 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 fuera del texto original)

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

*“Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las “declaraciones de asegurabilidad” de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron***

datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estar 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.”¹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001- 31-03-023-1996-02422-01., la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

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

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

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.** Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del*

acuerdo de voluntades.

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.”(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

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

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

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

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para la época en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, esto es, el 11 de agosto de 2022, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora Sandra Ortega Martínez omitió declarar que padecía de hipotiroidismo, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora Sandra Ortega Martínez conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 11 de agosto de 2022, negó la existencia de su enfermedad a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se

evidencia el haber omitido parte de sus enfermedades, con respuestas negativas y falsas del entonces asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

(Favor contestar en la casilla respectiva si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones)

SECCION I	
1. HA RECIBIDO PAGO DE LA EQUITAD POR RECLAMACION DE ALGUN CREDITO?	SI ☐ NO ☒
2. TIENE UD DICTAMEN DE INVALIDEZ?	SI ☐ NO ☒
3. ESTA EN PROCESO DE CALIFICACION POR INVALIDEZ PROFESIONAL O COMUN.	SI ☒ NO ☐
4. AFECCIONES CARDIOVASCULARES	SI ☐ NO ☒
5. AFECCIONES CEREBROVASCULARES	SI ☐ NO ☒
6. CANCER	SI ☐ NO ☒
7. DIABETES MELLITIS TIPO I	SI ☐ NO ☒
8. VIH POSITIVO / SIDA	SI ☐ NO ☒
9. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	SI ☐ NO ☒
10. EPOC- ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	SI ☐ NO ☒
11. CIRUGIA	SI ☐ NO ☒
12. ALCOHOLISMO	SI ☐ NO ☒
13. TABAQUISMO/DROGADICCION	SI ☐ NO ☒
14. ENFERMEDADES CONGENITAS	SI ☐ NO ☒
15. ENFERMEDADES DEL COLAGENO	SI ☐ NO ☒
16. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS	SI ☐ NO ☒
17. HIPERTENSION O PRESION ARTERIAL	SI ☐ NO ☒
18. DIABETES (NO INSULINO DEPENDIENTES)	SI ☐ NO ☒
19. SOBRE PESO - OBESIDAD	SI ☐ NO ☒
SECCION II	
1. DISFONIA	SI ☐ NO ☒
2. DEPRESION/ANSIEDAD	SI ☒ NO ☐
3. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	SI ☐ NO ☒
4. LARINGITIS	SI ☐ NO ☒
5. ENFERMEDADES HEPATICAS	SI ☐ NO ☒
6. OTRA:	
EN CASO DE HABER CONTESTADO NO A LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DECLARO Y FIRMO:	

Documento: “SOLICITUD DE SEGURO – GRUPO DE VIDA GRUPO DEUDORES - COOPROFESORES”

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora Sandra Ortega Martínez omitió responder y declarar todas las enfermedades en la declaración de asegurabilidad, en razón a que no dio a conocer en el campo “otras”, su padecimiento de hipotiroidismo. Pese a que se conocía desde el 21 de abril de 2021 el padecimiento, de la siguiente forma:

Fecha: 21/04/2021 Especialidad: Medicina Interna. Dr. Guillermo Barrera

Resumen:

“Paciente en sobrepeso con fibromialgia, hipotiroidea y cefalea en tensión en mejoría pero debe iniciar medicación y control en dos meses, dieta y plan de ejercicio, yoga estiramiento, calentamiento.”

.DOCUMENTO: “DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORGIEN Y/O PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL”

La fundación Mayo para la educación y la investigación médica, según artículo publicado en el año 2023, expuso que el hipotiroidismo es una condición en la que la glándula tiroides no produce suficientes hormonas tiroideas, lo que puede generar diversas complicaciones si no se trata adecuadamente. Entre los riesgos más comunes se encuentra el bocio, que ocurre cuando la tiroides se agranda debido a la estimulación constante para producir más hormonas. Aunque en la mayoría de los casos no causa molestias, un bocio de gran tamaño puede afectar la deglución y la respiración. También se han identificado problemas cardíacos, ya que el hipotiroidismo puede aumentar los niveles de colesterol LDL, conocido como colesterol "malo", lo que incrementa el

riesgo de enfermedades cardiovasculares y, en casos más graves, insuficiencia cardíaca.

Otra complicación es la neuropatía periférica, que puede presentarse cuando la deficiencia hormonal prolongada daña los nervios periféricos, causando dolor, entumecimiento y hormigueo en las extremidades. Asimismo, el hipotiroidismo puede afectar la fertilidad, ya que los niveles bajos de hormona tiroidea pueden interferir en la ovulación y dificultar la concepción. También se ha demostrado que el hipotiroidismo no tratado durante el embarazo puede aumentar el riesgo de defectos de nacimiento en los bebés, afectando su desarrollo neurológico y físico.

En casos extremos, el hipotiroidismo grave y prolongado puede llevar a un coma mixedematoso, una condición potencialmente mortal en la que las funciones del cuerpo se ralentizan drásticamente. Este estado puede ser desencadenado por infecciones, exposición al frío o traumatismos en pacientes con hipotiroidismo no tratado. Para prevenir estas complicaciones, es fundamental un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado, que generalmente consiste en la administración diaria de levotiroxina, una hormona sintética que restablece los niveles hormonales normales y alivia los síntomas del hipotiroidismo.¹

En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que la señora Sandra Ortega Martínez suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) la señora Sandra Ortega Martínez ya contaba con una serie de diagnósticos con anterioridad al 11 de agosto de 2022, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevante para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad altera 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. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o

¹ Mayo Clinic. (s.f.). *Hypothyroidism (underactive thyroid) – Symptoms and causes*. Mayo Clinic. Recuperado el 10 de febrero de 2025, de <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hypothyroidism/symptoms-causes/syc-20350284>

patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C-232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

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

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

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

asegurando. Sin embargo, a pesar de que lo anterior no sea un requisito, sí es fundamental que el H. Juez tenga en cuenta que en el presente caso sí existió una relación causal entre la enfermedad omitida y la reticencia. Véase como el hipotiroidismo dio índices para fijar la PCL en un porcentaje del 87%:

VARIABLES DE LA PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL			
TÍTULO I			
DESCRIPCIÓN DE LAS DEFICIENCIAS	CAPÍTULO	TABLA	VALOR DE LA DEFICIENCIA %
TRASTORNO DEL HUMOR	1	1.7	40
HIPOTIROIDISMO	5	5.7	10
TOTAL, SUMA PROCEDIMIENTO A (SUMA ARITMÉTICA)			50

En resumen, la señora Sandra Ortega Martínez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el Asegurado omitió declarar en el momento de perfeccionar su seguro, además de ser relevantes, fueron causa de su invalidez en tal alto porcentaje. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido del hipotiroidismo con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, bastará con examinar la historia clínica de la señora Sandra Ortega Martínez, que se solicita de oficio, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que el ocultamiento de sus enfermedades cumple 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.

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 de la señora Sandra Ortega Martínez debe declararse nulo, debido a que omitió declarar la totalidad de sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del contrato, tales como hipotiroidismo. Más aun, cuando sus patologías le fueron preguntadas expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una

obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expone a continuación, no solo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes.

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

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

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

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

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

Por su parte, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado

Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

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

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, **obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida.** Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico. Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que solo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales^f. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer”. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

De modo similar, la misma Corte Constitucional en sentencia Sentencia T-660 del 30 de 2017, expuso:

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco***

***a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud**, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.”(Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

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

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

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

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

(...)

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

(Subrayado fuera del texto original)

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

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

(subrayado fuera del texto original). LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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

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

*generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de 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 está que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.** (Subrayado fuera del texto original)*

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

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

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

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

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

Resulta fundamental confirmarle 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 sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016 de 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 distinguos, 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. (negrilla y subrayas fuera del texto)”.

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez, 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 rubrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato

a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».”

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

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cumulo 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 este 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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio”.

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 C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (I) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (II) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

5. EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DE LOS CONTRATOS 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”.*

En conclusión, dado que señora **SANDRA ORTEGA MARTÍNEZ** fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de la totalidad 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 conocido 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 **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.** tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

6. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO – APLICACIÓN ARTÍCULO 1081 DEL C.CO.

La señora Sandra Ortega Martínez conoció la fecha de estructuración de su pérdida de capacidad laboral el 16 de septiembre de 2022, según el dictamen inicial y su posterior confirmación por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander. A pesar de haber apelado, la decisión se mantuvo con el mismo porcentaje de pérdida 87%, por lo que, para el 16 de septiembre de 2022, su pérdida de capacidad laboral ya era superior al 50% y es desde ahí que se configura el hecho que da base a la acción. Dado que la demanda fue presentada el 2 de diciembre de 2024, han transcurrido más de dos años desde el conocimiento del hecho que originó la acción. Incluso, descontando la suspensión del término por conciliación, el cual fue de tres semanas y tres días, la demanda se presentó con posterioridad a los dos años, por lo tanto, se configura la prescripción ordinaria del contrato de seguro conforme al artículo 1081 del Código de Comercio.

Se debe dejar claro que, en materia de seguros, el legislador ha querido consagrar un periodo de prescripción especial, de tal suerte que en el artículo 1081 del C.Co se establecen las clases de prescripción, pero además contiene previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

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

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

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular y en especial, para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil en sentencia Sentencia del 19 de febrero de 2002, manifestó lo siguiente:

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

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

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

En este estado de las cosas, es importante que el Despacho considere que la prescripción aplicable al asunto es la ordinaria, es decir el termino contado a partir de la estructuración de la pérdida de capacidad laboral de la señora **SANDRA ORTEGA MARTÍNEZ**. Este es un tema que ha sido decantado por la Corte Suprema de Justicia en sentencia SC4904-2021, quien en un reciente pronunciamiento frente a la prescripción en materia de seguros vida deudor indicó:

“Puntualización adicional requiere la distinción entre una y otra especie de prescripción, por cuanto a términos del referido artículo 1081 del C. de Co., los cinco años que se exigen para la extraordinaria correrán “contra toda clase de personas”; mandato este último cuyo alcance definió la Corte al sostener que “La expresión ‘contra toda clase de personas’ debe entenderse en el sentido de que

el legislador dispuso que la prescripción extraordinaria corre aún contra los incapaces (artículo 2530 numeral 1° y 2541 del C.C.), así como contra todos aquellos que no hayan tenido ni podido tener conocimiento...” del hecho que da base a la acción (sentencia citada de 7 de julio de 1977), esto es, en los casos de los ejemplos analizados, que el término de la prescripción extraordinaria corre, según el evento, desde el día del siniestro, o desde cuando se perfeccionó el contrato viciado por una reticencia o inexactitud, háyase o no tenido conocimiento real o presunto de su ocurrencia, y no se suspende en ningún caso, como sí sucede con la ordinaria (artículo 2530 del C.C.). (...)

Resulta por ende de lo dicho, que los dos años de la prescripción ordinaria corren para todas las personas capaces, a partir del momento en que conocen real o presuntamente del hecho que da base a la acción, por lo cual dicho término se suspende en relación con los incapaces (artículo 2541 C.C.), y no corre contra quien no ha conocido ni podido o debido conocer aquél hecho; mientras que los cinco años de la prescripción extraordinaria corren sin solución de continuidad, desde el momento en que nace el respectivo derecho, contra las personas capaces e incapaces, con total prescindencia del conocimiento de ese hecho, como a espacio se refirió, y siempre que, al menos teóricamente, no se haya consumado antes la prescripción ordinaria”

*(...) Es irrefutable que la exégesis de los artículos 1131 y 1133 del Código de Comercio es por completo ajena a la definición del problema jurídico resuelto en este asunto por el Tribunal en punto a la prescripción de la acción derivada de un contrato de seguro, por la prístina razón que la acción directa es una institución propia del seguro de responsabilidad civil, en asuntos en los cuales la litis involucre como convocante a la víctima en contra de la aseguradora en procura de obtener el resarcimiento del daño irrogado por el asegurado, **que de ninguna manera podía extrapolarse a una controversia sobre seguros de personas como fue la que originó el presente proceso, en su modalidad de «seguro de vida grupo» cuya finalidad y fundamento son sustancialmente distintos.**”*

De lo anterior se colige sin asomo de duda que, tratándose de una acción derivada de un contrato de seguro a la luz del artículo 1081 del Código de Comercio, su prescripción puede ser ordinaria o extraordinaria. De modo que, siendo la demandante capaz y dilucidado que tuvo conocimiento de la estructuración de su invalidez desde el 16 de septiembre de 2022, refulge que el asunto se rige por el término de prescripción ordinaria de dos años. Por lo dicho, el Despacho debe acoger esta postura que reitérese es el último pronunciamiento jurisprudencial entorno a la aplicación de la prescripción en materia de seguros de vida grupo deudor.

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que para el caso de marras es aplicable la prescripción ordinaria por estar claro el elemento subjetivo consistente en el conocimiento del hecho que da base a la acción. Por lo tanto, en este caso se configura la prescripción ordinaria del contrato de seguro, ya que la señora Sandra Ortega Martínez tuvo conocimiento de la estructuración de su pérdida de capacidad laboral desde el 16 de septiembre de 2022, según el dictamen de UT-Red Integrada Foscal. Esta decisión fue posteriormente ratificada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Santander, lo que indica que, de manera razonable, la señora Sandra Ortega Martínez conocía el hecho que dio origen a la acción, ya que, para septiembre de 2022, ya contaba con una pérdida de capacidad laboral superior al 50%.

En el presente caso, aunque la señora **SANDRA ORTEGA MARTÍNEZ** apeló ante la junta médica la determinación de su pérdida de capacidad laboral, esta ratificó que la fecha de estructuración fue el 16 de septiembre de 2022. Dicha fecha coincide con el dictamen inicial emitido por la entidad calificadora en primera instancia, manteniendo el mismo porcentaje de pérdida 87%. Asimismo, aun considerando la suspensión del término por conciliación, el tiempo transcurrido totaliza 25 meses. Específicamente, la suspensión se produjo entre el 9 de septiembre de 2024, cuando su apoderado presentó la solicitud ante la Procuraduría, y el 3 de octubre de 2024, cuando se llevó a cabo la audiencia sin llegar a un acuerdo, lo que representó una suspensión de tres semanas y tres días. Por lo tanto, desde el 16 de septiembre de 2022 hasta el 2 de diciembre de 2024, incluyendo el termino de suspensión han transcurrido 25 meses, superando el plazo de dos años establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio y configurándose así la prescripción ordinaria del contrato de seguro.

En conclusión, la excepción de prescripción ordinaria del contrato de seguro debe ser declarada fundada, dado que la señora Sandra Ortega Martínez tuvo conocimiento de la estructuración de su pérdida de capacidad laboral desde el 16 de septiembre de 2022, según el dictamen inicial y su posterior ratificación. A pesar de la suspensión del término por conciliación, el tiempo total transcurrido hasta la presentación de la demanda el 2 de diciembre de 2024 supera el plazo de dos años establecido en el artículo 1081 del Código de Comercio. En virtud de lo anterior, la acción ejercida se encuentra prescrita, lo que impide la prosperidad de las pretensiones de la parte demandante.

7. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDOR NO. AA010866.

La señora Sandra Ortega Martínez adquirió la póliza de seguro de vida grupo deudor No. AA010866 la cual en sus Condiciones señala una serie de exclusiones. Efectivamente, en materia de contrato de seguros es menester señalar que los riesgos excluidos son una serie de coberturas que no se amparan dentro del Contrato, en cuyo caso de acaecimiento, eximen al Asegurador de la obligación

de satisfacer prestación alguna. Estas coberturas excluidas figuran expresamente en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 31 de enero de 2007, definió la inexistencia de responsabilidad del asegurador cuando el riesgo se encuentra expresamente excluido, así:

*“Este principio de la universalidad que informa al seguro de transporte, entre otros más, justifica las precisas diferencias que, en lo pertinente, existen con las demás clases de seguros. **Así, por vía de ejemplo, en lo tocante con la delimitación del riesgo,** mientras el artículo 1056 del Código de Comercio permite que el asegurador, a su arbitrio, asuma “todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado”, el art. 1120 ib. preceptúa que el seguro de transporte “comprende todos los riesgos inherentes al transporte, salvo el deterioro por el simple transcurso del tiempo y los riesgos expresamente excluidos” (Se subraya), **luego, en este último negocio asegurativo, el asegurador es responsable cuando la pérdida sea ocasionada por uno de los “riesgos inherentes al transporte”, salvo que el riesgo se encuentre expresa e inequívocamente excluido por las partes.**”(Subrayado y negrilla fuera del texto original)²*

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia de diciembre 13 de 2018, indicó que las exclusiones de tipo convencional estipuladas en los contratos de seguro no comprometen la responsabilidad del asegurador, en virtud de la facultad prevista en el artículo 1056 del Código de Comercio:

*“Las exclusiones de tipo convencional deben entenderse, como es apenas obvio, como aquellas pactadas por las partes o, cuando menos, **en las que existe consentimiento respecto de las indicadas en el clausulado preestablecido, en los denominados acuerdos de adhesión y que, siendo origen del siniestro o consecuencia del mismo, no comprometen la responsabilidad del asegurador.***

Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, «a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado» (Negrilla y resaltado por fuera del texto original).

En virtud de lo anterior, es menester señalar que la póliza de seguro de vida grupo deudor no.

² Sentencia 31 de enero de 2017. Corte Suprema de Justicia. M.P: Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo

AA010866 en sus Condiciones señala una serie de exclusiones, las cuales enuncio a continuación, porque de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohiada:

“EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS AMPAROS DE LA PÓLIZA.

La Equidad Seguros quedará liberada de toda responsabilidad, aplicable a todos los amparos, bajo el presente contrato de seguro cuando el siniestro se presente como consecuencia directa o indirecta de:

- a. Saldos de préstamos a personas jurídicas.*
- b. Saldos en exceso de la cobertura máxima individual establecida.*
- c. Los saldos de préstamos que hubieren sido otorgados a personas que no reúnan los requisitos de asegurabilidad.*
- d. Los saldos de ciertos tipos de préstamos que el tomador convenga en excluir de la cobertura.*
- e. Los préstamos que al momento del fallecimiento o la invalidez se encuentren en mora por 12 meses consecutivos o más.*
- f. Los saldos que excedan la mayor suma que, de acuerdo con los reglamentos del tomador, se pueden conceder al deudor en calidad de préstamos.*

Nota: se levanta la exclusión: Mientras el asegurado se encuentre en servicio activo y ejerciendo funciones de tipo militar, policial, de inteligencia, guardaespaldas, vigilancia o miembro de organismo de seguridad.

Sin perjuicio de las anteriores exclusiones, se aplicarán las exclusiones correspondientes a cada amparo descritas en el clausulado general de la presente póliza.”.

Teniendo en cuenta lo anterior, es menester señalar que, si durante el proceso se logra establecer la ocurrencia de alguna de las exclusiones arriba señaladas o cualquiera de las que constan en las condiciones generales, la póliza no podrá ser afectada en tanto la situación se encontraría inmersa en una exclusión. Así las cosas, de configurarse alguna de ellas no podrá existir responsabilidad en cabeza de **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**, por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación de la Póliza, pues las partes acordaron pactar tales exclusiones. En consecuencia, si se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización.

En conclusión, de configurarse alguna de las exclusiones previamente mencionadas o las que constan en el clausulado general de la póliza, no podrá existir responsabilidad en cabeza de **La EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**, por cuanto el juez no podrá ordenar la afectación del Contrato de Seguro, pues las partes acordaron expresamente pactar tales exclusiones. En consecuencia, si

se evidencia dentro del proceso alguna de ellas, la Póliza no cubriría ninguna solicitud de indemnización por lo que deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

8. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO

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 **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.** 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. Por supuesto, sin que esta consideración constituya aceptación de responsabilidad alguna a cargo de mi representada. 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.

El artículo 1079 del Código de Comercio, reza lo siguiente en torno a 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 en sentencia del 14 de diciembre de 2001, 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” (Subrayado y negrilla fuera de texto original)

Por ende, 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. Así las cosas, el límite de la responsabilidad de la Aseguradora corresponde a la suma asegurada individual por evento y vigencia anual indicado en la póliza de seguro de vida grupo deudor No. **AA010866**, así:

*"COBERTURA VALOR ASEGURADO - VALOR ASEGURADO
MAXIMO INDIVIDUAL
AMPARO BASICO: Saldo Insoluto de la deuda
INVALIDEZ: **SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA** -*

Por todo lo anterior, teniendo en cuenta que el valor asegurado corresponde al saldo insoluto de la deuda, la Compañía de Seguros no podrá ser condenada de manera superior a este límite.

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.

9. EL ÚNICO BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO DEL CONTRATO DE SEGURO ES LA COOPERATIVA DE PROFESORES – COOPROFESORES.

En este punto es preciso resaltarle al Despacho que en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias, para el presente caso **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES – COOPROFESORES**. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, se adhiere a la póliza. Se recuerda en este punto, que generalmente los Establecimientos de Crédito son los únicos tomadores y beneficiarios a título oneroso de este tipo de seguros. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

“(…) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el

reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo³

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores se encuentran estructuradas bajo la necesidad con la que contaban las entidades financieras de gestionar sus riesgos en las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que generalmente el único beneficiario a título oneroso de cualquier tipo de indemnización, solamente puede ser la entidad bancaria que tomó el seguro vida grupo deudor para asegurar a sus acreedores y el riesgo de impago derivado de su pérdida de capacidad laboral. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

“(…) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora⁴.”

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro asociado, esto es la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. AA010866., tiene un beneficiario oneroso que está representado por el acreedor de la obligación financiera que adquirió la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ**. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad

³ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014.

⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

financiera **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES**, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

Por todo lo anterior, es imperioso que el Despacho tome en consideración que, ante una eventual e improbable condena en contra de mi procurada, el beneficiario de la indemnización únicamente puede ser el acreedor de la obligación financiera que estaba vinculada con el seguro de vida deudor. En la medida que así fue pactado, lo que en estricto sentido permite concluir, que el Demandante no se encuentra facultado para recibir ningún valor por concepto de indemnización.

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

10. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del CGP 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, artículo 1081 Código de Comercio).

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

V. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES.

- 1.1.** Caratula y condicionado general y particular de la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. AA010866.
- 1.2.** Declaración de asegurabilidad de la Sra. Sandra Ortega Martínez en la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. AA010866.
- 1.3.** .Objeción emitida por **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**, el día 10 de abril de 2024
- 1.4.** .Derecho de petición enviado a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE SANTANDER, FUNDACION AVANZAR FOS y FIDUPREVISORA**

2. INTERROGATORIO DE PARTE

Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. Podrá **ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbelo**.

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 **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza Vida Grupo Deudores.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a **JUAN PABLO MERCHÁN**, asesor de **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES**, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho la forma en la que fue adquirida la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. AA010866 al ser parte de su proceso de comercialización. Podrá ser citado a la dirección y/o correo electrónico que **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES** proporcione.

A la dirección física CALLE 39 # 23 – 81, o la dirección de correo electrónico notificaciones@coopprofesores.com

- 4.2. Solicito se sirva citar a **DAVID APARICIO**, asesor de **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES**, con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho la forma en la que fue adquirida la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. AA010866 al ser parte de su proceso de comercialización. podrá ser citado a la dirección y/o correo electrónico que **COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE PROFESORES –COOPROFESORES** proporcione.

A la dirección física CALLE 39 # 23 – 81, o la dirección de correo electrónico notificaciones@coopprofesores.com

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS Y PRUEBA POR OFICIOS

- 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 CGP, se sirva ordenar a la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ** para que exhiba su Historia Clínica correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2025, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que la Demandante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que la Accionante declaró su estado de asegurabilidad.

Puede ser notificada a las direcciones aportadas en la demanda.

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE SANTANDER** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ** quien se identifica con cédula de ciudadanía No. 51893401 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2025. Los documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, fue quien confirmó la calificación de pérdida de capacidad labora, por lo que almacena la información médica de la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ**. El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

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

La entidad puede ser notificada al correo juntasantander@hotmail.com o a la dirección carrera 37 # 44-74 Cabecera, en Bucaramanga - Santander.

- 5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **FUNDACION AVANZAR FOS**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ** quien se identifica con cédula de ciudadanía No. 51893401 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2025. Los documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, comoquiera que la Demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica de la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ**. El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

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

LA **FUNDACIONES AVANZAR FOS** puede ser notificada al correo electrónico juridica@avanzarfos.com o a la calle 157 No. 20 – 96 piso 0 Foscal Internacional en Florida Blanca – Santander.

- 5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **FIDUPREVISORA**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ** quien se identifica con cédula de ciudadanía No. 51893401 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2025. Los documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, comoquiera que la Demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica de la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ**. El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora **SANDRA ORTEGA MARTINEZ** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

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

FIDUPREVISORA puede ser notificada al correo electrónico notjudicial@fiduprevisora.com.co o a la dirección Calle 72 No 10 - 03 Piso 4, 5, 8, 9, Bogotá D.C., Colombia

VI. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**
3. Copia de escritura pública que confiere poder.
4. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia de **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**

VII. NOTIFICACIONES

El suscrito, en Cra 11A No. 94A – 23 Of. 201 en Bogotá D.C. o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

Mi procurada, **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**, recibirá notificaciones en la Carrera 9 A # 99 - 07, Torre 3, Piso 14, en Bogotá, correo electrónico: notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop

El Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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