

Señores.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA.
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES.
E. S. D.

PROCESO: ACCION DE PROTECCION AL CONSUMIDOR FINANCIERO.
RADICADO: 2024175796.
EXPEDIENTE: 2024-25633.
DEMANDANTES: NELSY AMELIA IBARRA BARROS.
DEMANDADOS: LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 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 DE LA DEMANDA** formulada por la señora **NELSY AMELIA IBARRA BARROS**, 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:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

FRENTE AL HECHO 1: Teniendo en cuenta que, son varias las manifestaciones que se hacen en el presente numeral, procedo a pronunciarme así:

- A mi mandante no le consta que entre la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS, y SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S, se haya celebrado contrato de mutuo, 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, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

- No es cierto como se expresa. Si bien es cierto que mi mandante expidió la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. AA000194, que amparaba a Solfinanzas de Colombia S.A.S. frente al riesgo de muerte de la señora Ibarra con ocasión al contrato de mutuo celebrado entre la entidad de crédito y la demandante, debe advertirse desde ya se advierte que la póliza no amparaba cualquier riesgo, sino los enunciados en dicho contrato de seguro. Por lo anterior, es claro que la Póliza AA000194, no tiene cobertura por cuanto el riesgo amparado es la muerte, no la invalidez como lo pretende la demandante.

FRENTE AL HECHO 2: 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 SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S, 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 3: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello. Sin perjuicio de lo anterior, debe advertirse que la póliza AA000194 no presta cobertura frente a un riesgo distinto al de muerte, por lo que con la pérdida de capacidad laboral enunciada no hay lugar a que surja la obligación indemnizatoria de mi mandante.

FRENTE AL HECHO 4: Es cierto, pues la misma entidad financiera SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S dio respuesta el día 23 de agosto de 2024, informando que la aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC, no afectaría la póliza, en cuanto a que el único riesgo que ampara es la muerte, no la invalidez.

FRENTE AL HECHO 5: Es cierto, toda vez que así consta en la contestación realizada por SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S dio respuesta el día 23 de agosto de 2024 y, de conformidad con el contenido del contrato de seguro.

FRENTE AL HECHO 6: No me consta, toda vez que el correo electrónico intermediarios@laequidadseguros.coop, no es el medio dispuesto por la compañía para presentar la reclamación, incumpliendo así con el requisito estipulado en el inciso 5 del artículo 58 de la ley 1480 de 2011, que expone lo siguiente:

“5. A la demanda deberá acompañarse la reclamación directa hecha por el

demandante al productor y/o proveedor, reclamación que podrá ser presentada por escrito, telefónica o verbalmente (...)

Se debe indicar que la misma aseguradora, dispone al público los canales para el reporte de siniestros, de la siguiente forma:

> Si necesita reportar algún siniestro

La Equidad Seguros, una aseguradora cooperativa con sentido social, está para apoyarle cuando más lo necesite. A continuación encontrará los canales de comunicación para reportar su reclamación:

Contact Center
018000 919538 línea Segura (Gratuita) (601) 7460392 Bogotá

Celular
Marque #324
(Movistar, Claro y Tigo)

Reporte de siniestros Autos Asegurados

WhatsApp
318 588 45 15

Pérdida parcial daños
Pérdida parcial Hurto
Pérdida Total Hurto

Reportes siniestros generales y seguros de vida

Web Formulario Web

Reportes siniestros responsabilidad civil

Web Formulario Web

PAGINA WEB: <https://equidad.wimbu.net/contacto/que-hacer-en-caso-de-siniestros/>

Como se evidencia, ninguno de ellos corresponde al medio por el cual el accionante argumenta haber remitido la solicitud de reclamación.

FRENTE AL HECHO 7: No es cierto que haya incumplimiento atribuible a Equidad Seguros de Vida O.C., como quiera que la póliza AA00194 no presta cobertura frente al riesgo de incapacidad total y permanente, el único riesgo que se cubrió fue el de muerte

INFORMACIÓN GENERAL	
DOCUMENTO	AA000194
PRODUCTO	VIDA GRUPO DEUDORES
CERTIFICADO	ANEXO 36
FORMA DE PAGO	Cobrado
AGENCIA	FRANQUICIA CASTRO Y CIA FRANQUICIA DE SEGUROS LIDA
FECHA DE EMISIÓN	23/10/2024
FECHA DE EXPIRACIÓN	23/10/2024
DESBASE	01/01/2025
HASTA	01/01/2025
TELÉFONO	3187503513
DIRECCIÓN	CRA 49 B # 79-01 LOCAL 23
VIGENCIA DE LA PÓLIZA	08/08/2024
HORA	00:00
FECHA DE IMPRESIÓN	10/10/2024
HORA	00:00
ORDEN USUARIO	44378 HMLM343
NIT	830008686
DATOS GENERALES	
TOMADOR	SOL FINANZAS DE COLOMBIA S.A.S
DIRECCIÓN	CL 41 43 35
ASEGURADO	NELSY IBARRA
DIRECCIÓN	FIDEICOMISO DE REGALDO SOL FINANZAS
BENEFICIARIO	
DIRECCIÓN	
EMAIL	GFRENDA@SOL FINANZAS.CO
EMAIL	ns.fern@netelra.com
EMAIL	DIRECCION IMPUESTOS@FIDUCIARIACORFICOLOMBIA.COM
NIT	90069892
TEL	3407719
NIT	57438840
TEL	901836630
NIT	515755378
DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	
DETALLE	DESCRIPCIÓN
Cualidad del Asegurado Documento de Identificación Identificación del Asegurado Declarar Apellido	BARRANQUILLA CALLE 41 # 41-35 PISO 3 OF. 1 OFICINAS DE NEGOCIOS VARIOS
COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO	
DETALLE	VALOR ASEGURADO
Muerte por Cualquiera Causa	\$200.000.000.00

Documento: POLIZA GRUPO VIDA DEUDORES N. AA000194.

Transcripción esencial: “COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO. MUERTE POR

CUALQUIER CAUSA”.

Se indica también que, a mi representada no le consta lo relacionado entre la relación contractual entre SOLFINANZAS y la demandante.

II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me permito manifestar mi oposición frente a la única pretensión formulada por la parte Demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos incoados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, en virtud de que la póliza objeto de la presente controversia no contempla cobertura alguna para el riesgo de invalidez alegado por la parte actora, limitándose exclusivamente a amparar el fallecimiento de la asegurada. En este sentido, resulta improcedente cualquier reclamación que pretenda extender los efectos de la póliza a un supuesto que, de manera expresa y clara, no se encuentra comprendido dentro del objeto del contrato de seguro suscrito entre las partes.

Dicha circunstancia es plenamente verificable en las condiciones del contrato, donde se delimita de forma inequívoca la cobertura otorgada, estableciendo como único evento amparado el deceso del asegurado. En este orden de ideas, no cabe interpretación extensiva o analógica que permita la inclusión de un riesgo no pactado contractualmente. Por lo expuesto, y dado que no existe fundamento fáctico ni jurídico que habilite la reclamación efectuada por la parte actora, solicito muy respetuosamente que se declare la improcedencia de su pretensión.

III. OBJECIÓN 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 el riesgo amparado es la muerte, no la invalidez como lo pretende la demandante.

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 Grupo Vida Deudores N. AA000194 no tiene cobertura.

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 MERITO O FONDO FRENTE A LA DEMANDA.

1. FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA INVALIDEZ DE LA SEÑORA NELSY AMELIA IBARRA BARROS, EN LA MEDIDA EN QUE LA POLIZA GRUPO VIDA DEUDODRES No. AA000194 SOLO AMAPARA EL RIESGO DE MUERTE.

En primer lugar, es necesario indicar que, si bien entre la señora la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS y mi representada se suscribió un contrato de seguro contenido en la Póliza Grupo Vida Deudores No. AA000194, y dentro dicho aseguramiento se contempla solamente el amparo de vida. En ese sentido, resulta claro que en el presente caso, no ha surgido obligación indemnizatoria en cabeza de Equidad Seguros de Vida O.C., pues la accionante solicita a través de la presente acción, una indemnización con ocasión a la pérdida de capacidad laboral del 100% que fue dictaminada el 14 de marzo de 2024. Sin embargo, como ya se ha indicado, el riesgo de incapacidad total y permanente no se encuentra amparado en los términos de la póliza. Razón por la cual, no resulta jurídicamente viable exigir prestación alguna a la compañía aseguradora.

En este punto es importante que su Despacho tenga en cuenta que, en materia de seguros, el asegurador según el Artículo 1056 del Código de Comercio podrá a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio. En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

“reiteró esta Corporación la necesidad de individualizar y determinar los riesgos que el asegurador toma sobre sí:

<<y que por lo tanto, en este campo rige el principio según el cual la responsabilidad asumida en términos generales como finalidad del contrato no puede verse restringida sino por obra de cláusulas claras y expresas, “...El Art.

1056 del C de Com , en principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, otorga al asegurador facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado..”, agregando que es en virtud de este amplísimo principio “que el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se configure el siniestro; ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, **quedan sin embargo excluidos de la protección que se promete por el contrato.** Son estas las llamadas exclusiones, algunas previstas expresamente en la ley...” (Cas. Civ. de 7 de octubre de 1985, sin publicar), exclusiones que por su propia índole, limitativa de los riesgos asumidos por el asegurador, requieren ser interpretadas con severidad en una concienzuda tarea que se oriente, de una parte, a establecer su justificación técnica, y de la otra a precisar el alcance de dichos riesgos conforme a reglas de carácter legal o convencional, **luego no le es permitido al intérprete “...so pena de sustituir indebidamente a los contratantes, interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no se han convenido, ni para excluir los realmente convenidos; ni tampoco hacer interpretaciones de tales cláusulas que conlleven a resultados extensivos de amparo de riesgos a otros casos que no sólo se encuentren expresamente excluidos sino que por su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida.....”** (Cas Civ. de 23 de mayo de 1988, sin publicar) (Este pasaje fue reiterado, entre otras, en CSJ SC4574-2015 rad. n°. 11001-31-03-023-2007-00600-02)>>”¹. - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia de diciembre 13 de 2019, 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

¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 4527 -2020. Noviembre 23 de 2020.

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»² - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. En atención a dicha facultad, para elegir expresamente que riesgos amparar, Equidad Seguros de Vida O.C., desde la carátula del seguro se indicó que la única cobertura que comprende este seguro es “Muerte por Cualquier Causa”, como a continuación se advierte:

SEGURO												
PÓLIZA						VIDA GRUPO DEUDORES			FACTURA			
AA000194									NIT 830008686			
INFORMACIÓN GENERAL												
DOCUMENTO	Modificación		PRODUCTO	VIDA GRUPO DEUDORES		ORDEN	44278					
CERTIFICADO	AA005286		FORMA DE PAGO	Contado		TELEFONO	3187503513					
AGENCIA	FRANQUICIA CASTRO Y CIA. FRANQUICIA DE SEGUROS LTDA		DIRECCIÓN	CRA 49 B # 79-01. LOCAL 23		USUARIO	KMEJIA83					
FECHA DE EXPEDICIÓN			VIGENCIA DE LA POLIZA			FECHA DE IMPRESIÓN						
DD	MM	AAAA	DESDE	DD	MM	HASTA	DD	MM	AAAA	HORA	MM	SS
23	10	2024		01	08		01	08	2024	00:00	10	01
				01	08		01	08	2025	00:00		2025
DATOS GENERALES												
TOMADOR	SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S.					EMAIL	GFRENCAIA@SOLFINANZAS.CO			NIT/CC	900659802	
DIRECCIÓN	CL 41 43 35									TEL/MOVL	3407719	
ASEGURADO	NELSY IBARRA					EMAIL	na_bene@rectiene.com			NIT/CC	57438840	
DIRECCIÓN	FIDUCIARIO DE RECAUDO SOLFINANZAS									TEL/MOVL	901538630	
BENEFICIARIO						EMAIL	DIRECCION.IMPUESTOS@FIDUCIARIACORFICOLOMBIANAS			NIT/CC	515785728	
DIRECCIÓN										TEL/MOVL	515785728	
DESCRIPCIÓN DEL RIESGO												
DETALLE						DESCRIPCIÓN						
Ciudad del Asegurado						SARRANQUILLA						
Departamento						ATLANTICO						
Dirección del Asegurado Deudor						CALLE 41 N.43 - 35 PISO 3 OF 1						
Actividad						ORIGINALES DE NEGOCIOS VARIOS						
COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO												
DETALLE						VALOR ASEGURADO						
Muerte por Cualquier Causa						\$200.000.000.00						

Documento: POLIZA GRUPO VIDA DEUDORES N. AA000194.

Transcripción esencial: “COBERTURAS Y VALOR ASEGURADO. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA”.

De lo expuesto, se advierte que la Póliza No. AA00194 solo contempla dentro de sus coberturas el amparo denominado “Muerte por Cualquier Causa”. En consecuencia, es claro que en el caso de marras no ha surgido obligación indemnizatoria pues no se ha realizado el único riesgo amparado. Por tanto, se insiste que no hay lugar a que Equidad Seguros de Vida, indemnice a la demandante por un riesgo que no fue amparado mediante el contrato de seguro en mención, pues evidente que

² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia. Expediente 2008-00193-01. Diciembre 13 de 2019.

la Póliza No. AA00194 no ampara el riesgo que la accionante pretende.

En conclusión, es claro que la Póliza No. AA00194 no presta cobertura material debido a que los hechos aducidos configuran las circunstancias fácticas a un amparo que no fue amparo de cobertura. En ese sentido, es evidente que no existe un incumplimiento contractual por parte de la aseguradora ya que actuó conforme a las condiciones previamente acordadas en la póliza, las cuales incluye el amparo de muerte. Dado que riesgo amparado de muerte no es asunto de debate en la presente litis, la cobertura del seguro no puede activarse. En consecuencia, la póliza no podrá afectarse porque fueron las partes contratantes las que en ejercicio de la autonomía de la voluntad decidieron que el riesgo objeto de la póliza fuera la muerte por cualquier causa y no otro, por ende no podrá existir responsabilidad en cabeza del Asegurador comoquiera que se convino libre y expresamente los riesgos objeto de cobertura.

Por lo anteriormente expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

2. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA POR PARTE DE EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.

Equidad Seguros de Vida O.C. no se encuentra legitimada en la causa por pasiva en el presente proceso, ya que la reclamación formulada por la parte actora carece de sustento jurídico y contractual respecto de mi representada. La póliza de seguro invocada, identificada con el número AA000194, corresponde a un Seguro de Vida Grupo Deudores, el cual fue contratado con la única finalidad de cubrir el riesgo de fallecimiento del asegurado. Es decir, el objeto del contrato de seguro suscrito entre Equidad Seguros de Vida O.C. y la entidad tomadora de la póliza no contempla cobertura alguna para el riesgo de incapacidad total y permanente que la demandante pretende hacer valer.

Es preciso recordar que el contrato de seguro es un negocio jurídico de naturaleza bilateral, en el cual las obligaciones y derechos de las partes se encuentran estrictamente delimitados por las condiciones pactadas y aceptadas en el momento de su celebración. En este orden de ideas, el artículo 1056 del Código de Comercio establece que el asegurador tiene la potestad de delimitar los riesgos que está dispuesto a asumir, sin que sea viable la imposición de obligaciones que excedan los términos expresamente convenidos en la póliza.

Bajo este principio, Equidad Seguros de Vida O.C. asumió exclusivamente el riesgo de muerte del asegurado, quedando por fuera del contrato cualquier otra contingencia, incluyendo la incapacidad total y permanente que se menciona en la demanda. En consecuencia, la presente acción resulta jurídicamente improcedente en contra de mi representada, pues la reclamación que fundamenta la pretensión indemnizatoria no se encuentra amparada por la póliza suscrita.

Esta circunstancia ha sido ampliamente desarrollada por la jurisprudencia, la cual ha sostenido que no pueden extenderse los efectos de una póliza a riesgos que no han sido asegurados, ni obligar al asegurador a responder por situaciones que expresamente fueron excluidas o no contempladas en el contrato. En este sentido, la Corte Suprema de Justicia ha precisado que, en materia de seguros, el asegurador solo es responsable en la medida en que haya asumido expresamente el riesgo asegurado. No cabe interpretación extensiva o analógica que desborde el ámbito contractual definido por las partes, pues ello equivaldría a imponer al asegurador una obligación que nunca aceptó, vulnerando el principio de autonomía contractual.

Adicionalmente, la falta de legitimación en la causa por pasiva en este caso se refuerza por los siguientes elementos I). Ausencia de vínculo obligacional respecto del riesgo reclamado: La póliza AA000194 no genera ninguna obligación indemnizatoria en cabeza de Equidad Seguros de Vida O.C. en relación con la incapacidad total y permanente de la señora Nelsy Amelia Ibarra Barros. II). El riesgo no asegurado no puede generar obligación de pago: En el contrato de seguro, la prima pactada corresponde únicamente a la cobertura de los riesgos asumidos por la aseguradora. No es jurídicamente viable exigir el cumplimiento de una obligación sin la contraprestación correspondiente, pues ello implicaría alterar el equilibrio contractual. III). No puede haber indemnización sin siniestro asegurado: En la medida en que el siniestro reclamado no está dentro de los riesgos cubiertos, no se ha materializado una obligación de pago a cargo de Equidad Seguros de Vida O.C.

En virtud de lo expuesto, resulta claro que la aseguradora no tiene legitimación en la causa por pasiva en este proceso, pues la reclamación de la demandante no se encuentra amparada por el contrato de seguro. En consecuencia, solicito respetuosamente al Honorable Despacho que declare probada esta excepción y, en consecuencia, se exonere a Equidad Seguros de Vida O.C. de cualquier responsabilidad dentro del presente proceso.

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

Sin perjuicio de que en este asunto es clara la falta de cobertura material de la Póliza No. AAA000194 frente al riesgo de incapacidad total y permanente, debe advertirse que si en el curso del proceso se llega a acreditar que la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS, al momento de solicitar su aseguramiento fue reticente, porque al momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más

onerosas en este.

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 términos generales, la reticencia en el contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las aseguradoras frente a omisiones o declaraciones inexactas de los asegurados con respecto a los riesgos que buscan trasladar. Esta figura se fundamenta en el principio de ubérrima buena fe, conforme al cual es el asegurado quien tiene la obligación de declarar de manera completa y sincera las circunstancias que determinan el estado del riesgo. La doctrina ha sido clara en señalar que la carga de información precontractual recae sobre el asegurado, dado que es él quien conoce su historial médico y las condiciones de salud que pueden afectar el riesgo asegurado. 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 absolutoria, 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 uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la uberrima buena fe, 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. La asegurada fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del 100% el 14 de marzo de 2024. En virtud de ello, y conforme a los principios generales del contrato de seguro, la omisión de información relevante sobre su estado de salud implica la nulidad del seguro de vida deudores. No obstante, se debe advertir al despacho que, la póliza suscrita no ampara la invalidez, sino únicamente el fallecimiento. Es decir, aun cuando el aseguramiento fuese válido, este no cubriría la condición de

invalidez declarada, lo que refuerza la improcedencia de la reclamación en el marco de este seguro. La reticencia del asegurado genera la nulidad relativa del contrato de seguro cuando se demuestra que el asegurado omitió o declaró inexactamente características del riesgo que trasladaba, y que esta omisión, de haber sido conocida por la aseguradora, la habría llevado a no celebrar el contrato o a estipular condiciones más onerosas. La omisión de información relevante en la declaración de asegurabilidad conlleva la nulidad del contrato, pues impide que la aseguradora evalúe de manera adecuada el riesgo.

En otras palabras, si en el curso del proceso se llega a acreditar que, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la señora Nelsy Amelia Ibarra padecía y conocía de la existencia de algún antecedente médico y a pesar de conocer de su existencia, haya omitido informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente, en ese caso deberá darse aplicación a lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio.

En conclusión, en el presente caso deberá darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia de la asegurada, en el caso que se acredite que la señora Ibarra no declaró sinceramente acerca de sus antecedentes médicos. En ese evento, el aseguramiento de la señora Ibarra deberá declararse nulo, si se acredita que negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro.

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no 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 fundamentales¹. 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 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 ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con 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 ubérrima 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 ubérrima 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.

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

Resulta fundamental confirmarle 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 está medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del

consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro. (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 ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con 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.

6. 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, en caso de acreditarse que debe darse

aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio, también deberá darse 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 NELSY AMELIA IBARRA BARROS 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 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.

7. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA POLIZA GRUPO VIDA DEUDODRES No. AA000194.

La señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS adquirió la Póliza Grupo Vida Deudores No. AA000194 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 aseguratorio, 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 Grupo Vida Deudores No. AA000194 en sus Condiciones señala una serie de exclusiones, las cuales enuncio a continuación, porque de configurarse alguna de ellas, no podrá condenarse a mi prohijada:

“3.2 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) Cualquier acto de guerra, declarada o sin declarar, revolución, sedición, rebelión, asonada, motines, huelgas, movimientos subversivos, actos violentos o en general conmociones de cualquier clase.*
- b) Actos terroristas o la participación en actividades terroristas o delincuenciales.*
- c) Eventos ocurridos a consecuencia de fisión o fusión nuclear, radioactividad o el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.*
- d) Fenómenos de la naturaleza, sísmicos, volcánicos o inundaciones; lesiones inmediatas o tardías causadas por energía atómica.*

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 Grupo Vida Deudores No. AA000194, así:

“2. AMPAROS Y VALORES ASEGURADOS CONTRATADOS: COBERTURA VALOR ASEGURADO”

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 SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S

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 SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S. 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 mutuo”³

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 aseguradora.”⁴

³ Superintendencia Financiera de Colombia. Seguro de Vida Grupo Deudores, Amparos. Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

⁴ Corte Constitucional, sentencia T 251 de 2017. M.P. Iván Humberto Escruce Mayolo

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 Grupo Vida Deudores No. AA000194., tiene un beneficiario oneroso que está representado por el acreedor de la obligación financiera que adquirió la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera SOLFINANZAS DE COLOMBIA S.A.S, 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 Código General del Proceso solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del accionante (1081 Código de Comercio).

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

V. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES.

- 1.1. Condicionado general y particular de la Póliza Grupo Vida Deudores N. AA000194
- 1.2. Derecho de petición enviado al FOMAG.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **NELSY AMELIA IBARRA BARROS**, 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 líbello.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. 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. TESTIMONIAL.

- 4.1 Solicito se sirva citar al REPRESENTANTE LEGAL de SOLFINANZAS, entidad que se encargó de realizar la colocación de la Póliza Grupo Vida Deudores N. AA000194

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de la póliza, sus características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio.

Podrá ser notificado a la dirección Calle 41 No. 43-35 Barranquilla, o al correo electrónico servicioalcliente@solfinanzas.co

- 4.1 Solicito se sirva citar a la doctora MARÍA CAMILA AGUDELO ORTIZ, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, sus exclusiones, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio.

La doctora Agudelo podrá ser citada en la Calle 13 No. 10 -22, apartamento 402 de la ciudad de Bogotá o en el correo electrónico camilaortiz2797@gmail.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 NELSY AMELIA IBARRA BARROS 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 en Santa Marta, Barrio concepción 3 manzana F1 casa 8, celular 301-5121263, 312-6269068, correo electrónico carloscastellanos2006@hotmail.com

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al FOMAG exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica de la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS quien se identifica con cédula de ciudadanía No. 57.438.840 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2022. 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 NELSY AMELIA IBARRA BARROS.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS. 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 tutelasdpe@fiduprevisora.com.co a la dirección Carrera 15 # 100 - 83, Bogotá D.C.

- 5.3. 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 NELSY AMELIA IBARRA BARROS quien se identifica con cédula de ciudadanía No. 51893401 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2022. 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 NELSY AMELIA IBARRA BARROS. El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora NELSY AMELIA IBARRA BARROS 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

6. DICTAMEN PERICIAL

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar tres asuntos esenciales para el litigio: (i) Que la Asegurada había sido diagnosticado antes del mes de padecimientos antes de adquirir el crédito (ii) que de haber conocido SOLFINANZAS, las patologías se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará como los antecedentes médicos que omitió informar la asegurada eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el Asegurado. En otras palabras, con la

prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar los contratos, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el ellos.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone:

“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”.

Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas (FIDUPREVISORA Y FOMAG) aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurada. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de la entidad prestadora de salud mencionada pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

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 Demandante, Puede ser notificada en Santa Marta, Barrio concepción 3 manzana F1 casa 8, celular 301-5121263, 312-6269068, correo electrónico carloscastellanos2006@hotmail.com

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

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.