Bogotá D.C., Febrero de 2025.

Señores

**SUPERINTENDENCIA FINANCIERA**

Delegatura para Funciones Jurisdiccionales

E. S. D.

Referencia: Acción Protección del Consumidor Financiero. Ley 1480 de 2011

Demandante: Monica Alexandra Vidal Gonzalez actuando como única heredera de la señora LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA (q.e.p.d)

Demandado: La Equidad Seguros Vida O.C.- BANCO COOMEVA S.A

Radicado: 2025005483

Expediente: 2025-0890

**Asunto:** Contestación de demanda Directa

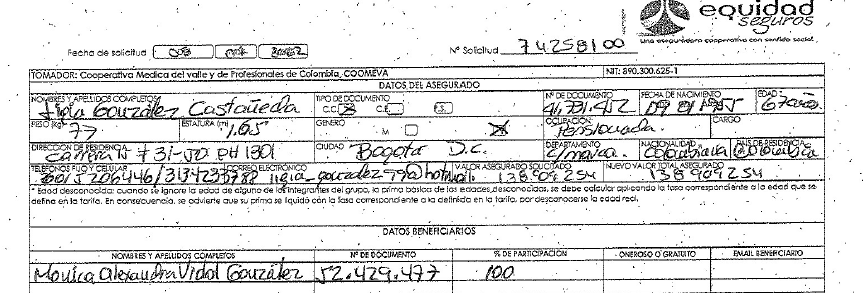
**CLAUDIA JIMENA LASTRA FERNANDEZ,** mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No.28.554.926 de Ibagué, domiciliada y vecina de esta ciudad, abogada en ejercicio y portadora de la tarjeta profesional No.173.702 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en nombre y representación de **LA EQUIDAD SEGUROS VIDA O.C.,** representada legalmente por el señor **NESTOR RAUL HERNANDEZ OSPINA** identificado con la cédula de ciudadanía No. 94.311.640, tal y como consta en el certificado de existencia y representación expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, aseguradora constituida mediante Escritura Pública No. 2948 del 24 de junio de 1970 ante la Notaria 10 del Círculo de Bogotá, identificada con el Nit.860.028.415-5 y con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., de conformidad con el poder general que me fuere conferido el 13 de agosto de 2020 mediante escritura pública No. 702 de la Notaria 10 del Círculo de Bogotá, documentación que se adjunta, me permito presentar contestación de demanda, dentro del término legal establecido en los siguientes términos:

**A LOS HECHOS DE LA DEMANDA:**

**PRIMERO:** Es parcialmente cierto, Es cierto que, la señora Ligia González Castañeda (q.e.p.d) adquirió un seguro de vida de deudores.

No es cierto que el seguro de vida iniciara cobertura el 1 de julio de 2022 con la aseguradora EQUIDAD SEGUROS DE VIDA. Por qué la póliza que se expidió el 1 julio de 2022 fue para el crédito por la suma de $98.397.408. véase:

Parte inicial:



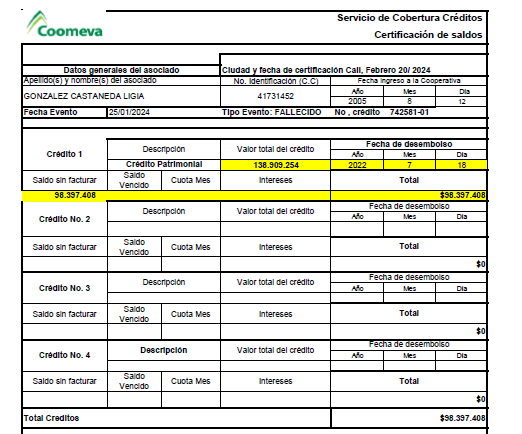
Parte final:

Texto, Carta

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.Es cierto que la póliza tiene como cobertura la muerte del asegurado.

Respecto del valor asegurado es necesario precisar que el monto del valor asegurado por el amparo de muerte en la suma de TRESCIENTOS DIECINUEVE MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS ($319.709.600), corresponde a otro crédito adquirido con la entidad BANCOOMEVA S.A., así:

1. Porque el crédito por la suma de $319.709.600 se adquirió fue desembolsado el 22 octubre de 2022, y el crédito por la suma de $98.397.408 fue desembolsado el 18 julio de 2022. Véase:

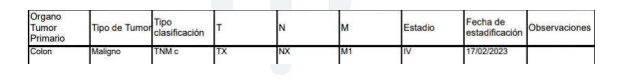


Tabla

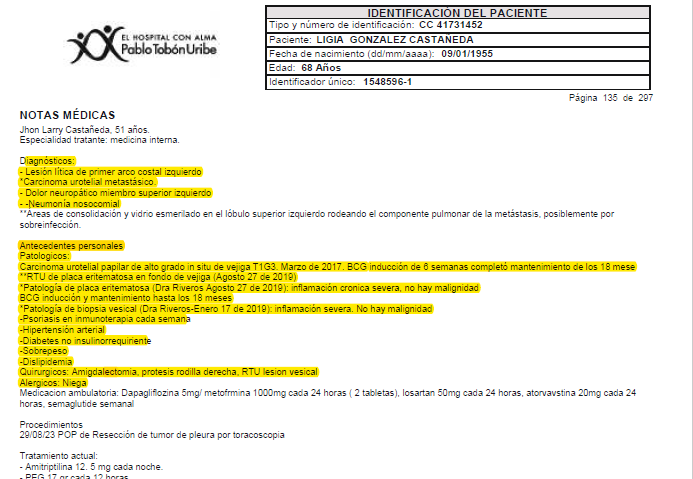
El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

**SEGUNDO:** En este hecho como hace varias afirmaciones contesto así:

Es cierto que el fallecimiento de la señora LIGIA GONZÁLEZ CASTAÑEDA(q.e.p.d) se produjo a causa de un tumor maligno en el colon, Esta información se corrobora con la historia clínica, aportada y como bien se detalló por la parte actora en este hecho así:



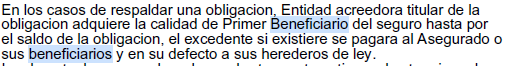
No es cierto que este diagnosticado fue después de la suscripción del contrato de seguro con la aseguradora LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., pues tal como se puede evidenciar de la historia clinica aportada con esta contestación desde MARZO 2017, La enfermedad de Carcinoma urotelial papilar de alto grado in situ de vejiga de marzo de 2017, fue mencionada dentro de los antecedentes personales de historial médico del Hospital Pablo Tobón Uribe indicado en la siguiente imagen:



**TERCERO:** No es cierto que, acuerdo con el contrato de seguro suscrito entre la señora LIGIA GONZÁLEZ CASTAÑEDA y la aseguradora EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, se estableció en el AMPARO ANEXO CLAUSULADO PÓLIZA DE VIDA GRUPO, indicado en la carátula de la póliza, la siguiente cobertura: ‘‘LA EQUIDAD, pagara el valor asegurado a los beneficiarios siempre y cuando la causa del fallecimiento no sea ocasionada por una causa preexistente al inicio de vigencia de la póliza’’, porque la póliza vida grupo deudores lo que ampara es la cartera y en caso de siniestro a quien se le paga la indemnización por el amparo por muerte es a la entidad tomadora en este caso a la COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COLOMBIA COOMEVA.-BANCOOMEVA.

**CUARTO:** No es cierto que, el seguro contratado por la señora LIGIA GONZÁLEZ CASTAÑEDA (q.e.p.d) con LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. establece que los beneficiarios serán aquellos designados al momento de la suscripción del seguro.

Por cuanto en las condiciones de la póliza el primer beneficiario es LA ENTIDAD ACREDORA en este caso BANCOOMEVA:





**QUINTO:** No le consta a mi representa que, la aquí demandante la señora MÓNICA ALEXANDRA VIDAL GONZÁLEZ, es la única heredera de la señora LIGIA GONZÁLEZ CASTAÑEDA (q.e.p.d), que se pruebe.

En lo referente a la solicitud que la fallecida hizo ante LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA, de la información sobre el seguro de vida de deudores adquirido por la causante; No es cierto que esa solicitud se realizó con base en el contrato suscrito entre las partes y en los documentos proporcionados por la aseguradora al momento de su firma, porque a la señora LIGIA (q.e.p.d), se le puso de presente una declaración de asegurabilidad:

En la solicitudes de Seguro – Declaraciones de asegurabilidad suscritas por la señora LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA (q.e.p.d.), diligenciadas 01 de julio de 2022 y el 04 de octubre de 2022 para el otorgamiento del crédito, se le realizo la siguiente consulta:

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

*¿Goza usted de un buen estado de salud? Si X No*

*Por favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:*

*1. Afecciones cardiovasculares*

*2. Afecciones Cerebrovasculares*

*3.Cáncer*

*4. Diabetes*

*5. VIH positivo / SIDA*

*6. Insuficiencia renal crónica*

*7. EPOC*

*8. Afecciones renales*

*9. Alcoholismo*

*10. Tabaquismo/drogadicción*

*11. Hipertensión Arterial*

*12. Enfermedades congénitas*

*13. Enfermedades del colágeno*

*14. Enfermedades Hematológicas*

*En caso de haber marcado alguna de las condiciones anteriores o si padece alguna enfermedad aguda o crónica, afección o adicción favor explicar detalladamente:”*

A la anterior consulta, la señora LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA (q.e.p.d.), no marcó ninguna de las enfermedades allí relacionadas.

Olvidó la fallecida que la norma contempla que el asegurado este “…Obligado a declarar sinceramente…” y ella No declaró de manera veraz su estado de salud según lo establece la norma jurídica, incurriendo en una omisión a su deber contractual y legal, circunstancia que puso en desventaja a la aseguradora, así las cosas y sustentado en el presente artículo procede la aplicación de la reticencia.

**SEXTO:** Es cierto que, LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA respondió de manera negativa a la solicitud presentada por la demandante, argumentando que existía una objeción por reticencia por parte de la asegurada y que dicha objeción fue planteada tras la revisión de la historia clínica de la señora LIGIA GONZÁLEZ CASTAÑEDA (q.e.p.d), en la cual se identificaron antecedentes patológicos significativos, como Hipertensión arterial y Tromboembolismo pulmonar.

Es cierto que, LA EQUIDAD SEGUROS VIDA O.C., informo que la señora LIGIA GONZÁLEZ (q.e.p.d) padecía de carcinoma urotelial metastásico, una condición grave que, no fue informada al momento de la contratación del seguro.

Respecto a que esta enfermedad: carcinoma urotelial metastásico, no fue padecida nunca por parte de la señora LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA (q.e.p.d), Nos atenemos a lo que se pruebe por cuanto de la documental aportada se puede evidenciar todos estos diagnósticos:

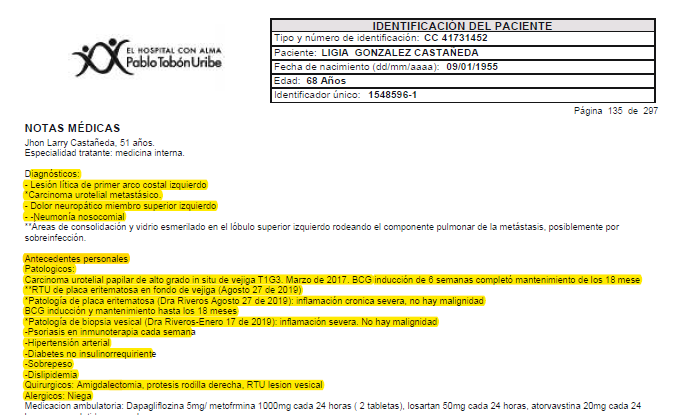
*…” FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTA*

*Fecha inicio: 2020/10/04. Antecedentes. Patológicos. (2020/10/04) hipertensión arterial. Diagnósticos: 2020/10/04 Hipertensión esencial primaria.*

*Fecha inicio: 2020/11/10. Enfermedad actual. Tromboembolismo pulmonar. Diagnósticos: 2020/11/10 embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo. 2020/11/10 Hipertensión esencial primaria.*

*HOSPITAL PABLO TOBON URIBE*

*fecha: 25/09/2023. Diagnósticos: Carcinoma urotelial metastásico. Antecedentes personales. Patológicos: Carcinoma urotelial papilar de alto grado in situ de vejiga T1G3 marzo de 2017…”*



Es cierto que, en virtud de los hallazgos, antes descritos mi representada LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., argumentó que dicha omisión o falta de información constituyó una reticencia, lo que, según su interpretación, afectaría la validez de lo pactado en el contrato firmado entre las partes.

Es cierto que, LA EQUIDAD SGEUROS DE VIDA O.C., Objeto el siniestro y consideró que no procedía dar lugar a la solicitud de información de mi poderdante, basándose en el hecho de que la asegurada no reveló de manera completa y veraz su estado de salud al momento de la firma del seguro.

*Artículo 1058 del código de comercio, norma que rige el contrato de seguro señala: “Declaración del estado del riesgo y sanciones por inexactitud o reticencia: El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro…”.*

*A su vez, el artículo 1158 de la misma norma establece: “Prescindencia de examen médico y declaración del estado del riesgo: 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 da lugar”.*

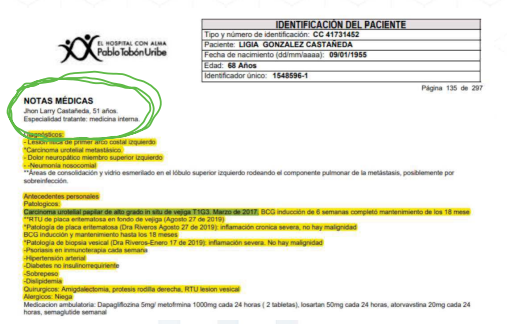
Así las cosas, es claro que ella en los formularios diligenciados en los cuales se establece la declaración del verdadero estado de salud para el ingreso a la póliza, no informó las patologías que ya padecía y que eran de su pleno conocimiento al momento de la solicitud del crédito 4 octubre de 2024 desembolsado el 10 octubre de 2024, tal como lo hace constar la historia clínica analizada por un externo la firma ATLANTIS.

**SEPTIMO:** No le consta a mi representada que, la señora MÓNICA ALEXANDRA VIDAL GONZÁLEZ se comunicó con la entidad, quien le informó que se había desembolsado el crédito adquirido por la causante con la entidad BANCO COOMEVA S.A, establecido en el hecho primero.**,** Nos atenemos a lo que se pruebe en el curso del proceso.

**OCTAVO:** Es cierto que, en virtud de esta situación y ante la negativa por parte de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C, interpusieron una reclamación directa el 22 de noviembre de 2024 y la respuesta fue ratificando la objeción.

**NOVENO:** Es cierto que, LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C objeto el reclamo lo con comunicación de fecha 27 de diciembre del 2024, en los siguientes en este hecho descrito.

*…” FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTA Fecha inicio: 2020/10/04. Antecedentes. Patológicos. (2020/10/04) hipertensión arterial. Diagnósticos: 2020/10/04 Hipertensión esencial primaria. Fecha inicio: 2020/11/10. Enfermedad actual. Tromboembolismo pulmonar. Diagnósticos: 2020/11/10 embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo. 2020/11/10 Hipertensión esencial primaria. HOSPITAL PABLO TOBON URIBE fecha: 25/09/2023. Diagnósticos: Carcinoma urotelial metastásico. Antecedentes personales. Patológicos: Carcinoma urotelial papilar de alto grado in situ de vejiga T1G3 marzo de 2017…” En las solicitudes de Seguro – Declaraciones de asegurabilidad suscritas por la señora LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA (q.e.p.d.), diligenciadas 01 de julio de 2022 y el 04 de octubre de 2022 para el otorgamiento del crédito.” Así mismo, señala teniendo en cuanto lo anterior, las razones de su negativa, en los siguientes términos “Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia que la señora LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA (q.e.p.d.) al momento del desembolso del crédito, ya padecía las enfermedades de hipertensión arterial, tromboembolismo pulmonar, embolia pulmonar, adicionalmente padecía de Carcinoma urotelial papilar de alto grado in situ de vejiga la cual se encuentra expresamente excluida de nuestro clausulado general, lo que conlleva a la inexistencia de cobertura, adicional, no se cumplió con lo establecido en la disposición legal antes citada, ya que no declaró el estado de salud con el cual ingresaba al seguro vida grupo deudores, lo que indica que incurrió en reticencia de la información, motivo por el cual no hay lugar al reconocimiento de la indemnización solicitada. Finalmente le informamos que la historia clínica es el documento idóneo para establecer el estado de salud de los asegurados, al acceder al historial médico del HOSPITAL PABLO TOBON URIBE, se evidencio que la señora LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA (q.e.p.d.) padeció de la enfermedad de Carcinoma urotelial papilar de alto grado in situ de vejiga en marzo de 2017, mencionado claramente dentro de los antecedentes personales de acuerdo a la siguiente imagen:*



artículo 1058 del Código de Comercio establece: “El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro”.

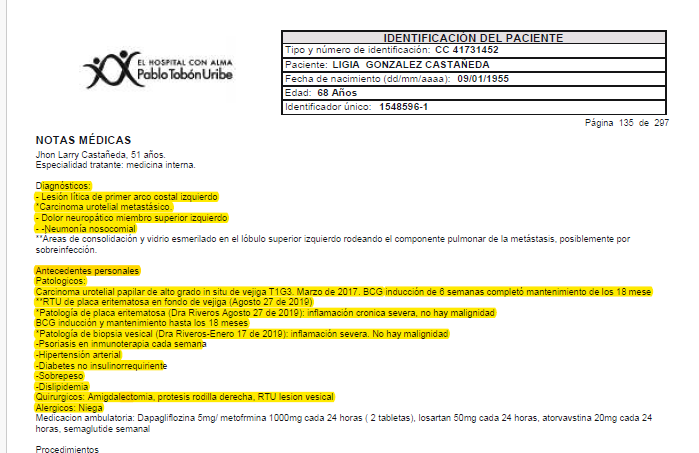
Disposición legal que encuentra su respaldo legal en lo normado por el artículo 1158 de la misma obra, el cual indica: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción da lugar”.

De acuerdo a lo anterior, la reclamación presentada como consecuencia del fallecimiento de la señora Ligia Gonzalez (q.e.p.d), no se encuentra amparada por cuanto no se cumplió con lo establecido en las disposiciones legales antes citadas, teniendo en cuenta que al momento de ingreso a la póliza, el cual se constituye con el desembolso del crédito, ya había presentado en tiempo anterior la condición de *hipertensión arterial -Tromboembolismo pulmonar y Carcinoma urotelial papilar de alto grado in situ de vejiga T1G3 marzo de 2017, entonces* no declaró sinceramente el estado de salud con el cual ingresaba al seguro vida deudores, al no informar los antecedentes médicos antes citados, en los formularios propuestos para el ingreso a la póliza, lo que indica que incurrió en reticencia de la información. Por tanto, LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. se declaró exonerada legalmente de toda responsabilidad por la reclamación presentada con motivo de la muerte de la señora Ligia Gonzalez (q.e.p.d).

**DECIMO:** No es cierto que la nota medica no sea referente a la señora LIGIA GONZALEZ, por cuanto lo aquí anotado:

"Jhon Larry Castañeda: 51 años", seguido de un diagnóstico de Carcinoma urotelial papilar de alto grado in situ de vejiga, diagnosticado en marzo de 2017.

Véase: que en la parte superior indica el nombre de la señora LIGIA GONZALEZ (q.e.p.d) y la nota hace referencia al médico tratante.



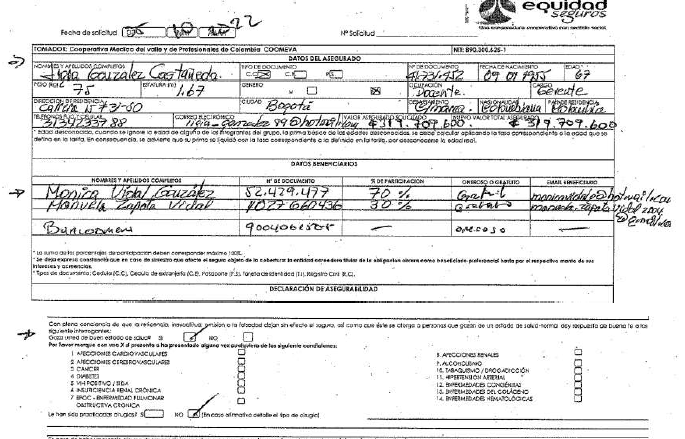
De todas formas señor delegado en caso que esta historia clinica, no fuera de la señor LIGIA GONZALEZ (q.e.pd), lo que debió de haber hecho la aquí demandante es solicitar corrección, o aclaración a la entidad Hospitalaria Con alma Pablo Tobón Uribe.

**DECIMO PRIMERO.** No es cierto que, en ningún momento se le proporcionó a la asegurada la información necesaria para el correcto diligenciamiento de la Declaración de Asegurabilidad, pues téngase en cuenta que de las solicitudes que cuenta BANCOOMEVA, existe una declaración de fecha de fecha 9 de septiembre de 2017, donde si informo la hipertensión, por lo que ahora no se puede intentar decir que mi representada no le proporcionó información de cómo se debía diligenciar la declaración de asegurabilidad.

Texto

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

La declaración de fecha 5 octubre de 2022, no indico padecer de hipertensión, ni de cáncer.



No es cierto que, los funcionarios de la entidad no advirtieron a la señora LIGIA GONZÁLEZ CASTAÑEDA (q.e.p.d) sobre la importancia del seguro ni sobre la relevancia de sus condiciones de salud en relación con el siniestro, porque la señora LIGIA (q.e.p.d), sabia leer, pues su profesión es docente, indico su información, y firmo la declaración de asegurabilidad.

Respecto a que mi representada, no indagó sobre el historial médico, ni se le solicitó la historia clínica correspondiente para que LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., pudiera verificar su situación de salud, antes de la firma del contrato, se indica que las condiciones particulares de la póliza se indicaron que, si el potencial asegurado en la declaración indico tener una buena condición de salud, se asegurara automáticamente:

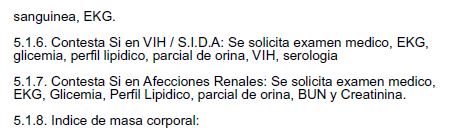
Una captura de pantalla de un celular con texto

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

Pero si el potencial asegurado informa alguna de ciertas patologías LA EQUIDD SEGUROS DE VIDA realizara los siguientes exámenes:

Captura de pantalla de un celular con texto

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.



Entonces tenemos que como no informa alguna enfermeda no se le realizo examen.

Además, téngase en cuenta que, el artículo 1158 del Código de Comercio de la indica: “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 da lugar”.

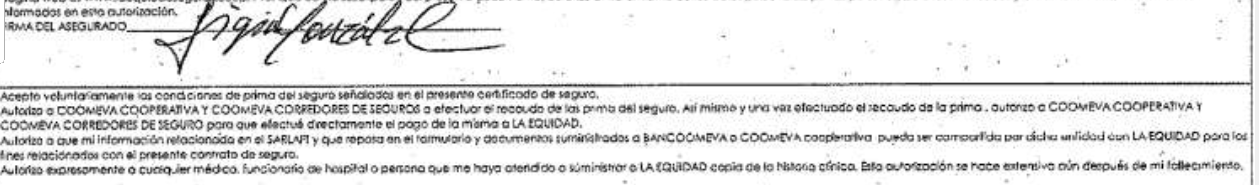
artículo 1058 del Código de Comercio establece: “El tomador – asegurado está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro”.

**DECIMO SEGUNDO.** No es cierto que LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., no realizó una evaluación completa ni adecuada de la historia clínica de Ligia gonzalez (q.e.p.d), pues como ya manifesté: el artículo 1158 del Código de Comercio de la indica: “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 da lugar”.

No es cierto que, si LA EQUIDAD SEGUROS GENERALES O.C. no pidió al momento del ingreso a la póliza, la historia Clinica del potencial asegurado entonces esto es una falta de análisis exhaustivo de su situación médica, porque para eso se le pone de presente antes del ingreso de la póliza una declaración de asegurabilidad al potencial asegurado, para que el de buena Fe y de forma veraz diligencie indicando todas y cada una de las patologías que ella ha padecido o padece y con base en esas repuestas LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. determinar los exámenes que debe realizar de cada enfermedad y si hay lugar a la solicitud de la historia clinica.

Además Téngase en cuenta que en la declaración firma por la señora LIGIA (q.e.p.d) autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de Hospital o persona que me haya atendido a suministrar a LA EQUIDAD copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aun después de mi fallecimiento.





Es cierto que, hasta el día de hoy, LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., ha ratificado la objeción por RETICENCIA en la información suministrada por la asegurada.

En lo que refiere a este hecho, creo que es un párrafo respecto de lo que que indico en el auto que inadmitió la demanda:

“*3- Aclarar o precisar qué es lo que pretende a través de la demanda, atendiendo la naturaleza de la acción de protección al consumidor. (Numeral 4 del Artículo 82, de la Ley 1564 de 2012 - Código General del Proceso) Rta// Se acata el mandamiento del juzgado con respecto a las pretensiones de la demanda las cuales quedarían redactadas al siguiente tenor, excluyendo a la COOPERATIVA COOMEVA por no ser objeto de vigilancia por parte de la superintendencia financiera de Colombia”*

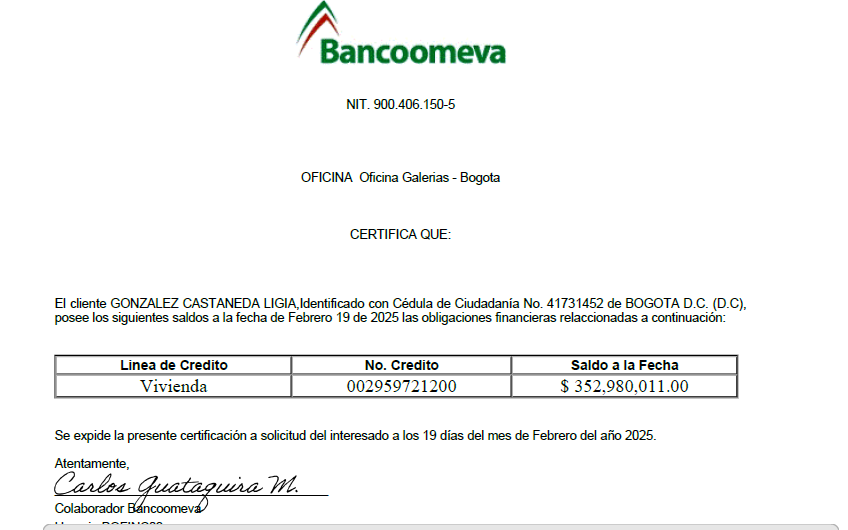
**EN CUANTO A LAS PRETENSIONES:**

Nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones, por cuanto carecen de sustento jurídico y fáctico que hagan viable su prosperidad y hasta tanto se acrediten dentro del proceso los elementos necesarios para realizar afectación al contrato de seguro Vida grupo No. AA007625, Certificado No. AA0123908, Orden 7978.

Además, no se logra acreditar de forma fehaciente elementos que permitan desvirtuar la objeción alegada por la Equidad Seguros de Vida O.C., la cual es seria y fundada, por las razones expuestas en ella y reiteradas en la presente contestación.

En el mismo sentido, tampoco existe prueba que permita señalar que la aquí demandante se encuentra facultada para exigir el pago de indemnización a cargo del ya mencionado contrato de seguro, pues como se explicará y se probará, aquel únicamente podrá ser afectado en la medida en que se acredite la realización del riesgo y que no medie ninguna de las causales de exclusión **previamente acordadas,** así como que el pago de la póliza vida grupo, en caso de condena se realizara a la entidad esto es a LA COOPERATIVA MEDICA DEL VALLE Y DE PROFESIONALES DE COMLOMBIA COOMEVA – BANCOOMEVA.

Según certificado emitido por BANCOOMEVA, de fecha 19 de febrero de 2025 la señora LIGIA GONZALEZ (q.e.p.d) adeuda la suma de $352.980.011.



**EXCEPCIONES DE MÉRITO O PERENTORIAS FRENTE A LA DEMANDA**

Manifiesto al señor delegado que coadyuvo con las excepciones propuestas por la demandada BANCOOMEVA, que aparezcan probadas durante el proceso y adiciono las siguientes oponiéndome a la prosperidad de las pretensiones con las siguientes razones de hecho y de derecho:

1. **FALTA DE LEGTIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA**

Dentro del proceso se establece que la demandante pretende el reconocimiento de una indemnización derivada de un contrato de vida grupo.

La legitimación en la causa hace referencia a la relación procesal que puede existir entre el demandante y el demandado; así pues, aquella otorga la facultad a los sujetos procesales de realizar una intervención a lo largo del proceso, lo que permite el ejercicio de derecho de defensa y contradicción.

Ahora bien, es viable afirmar que la legitimación en la causa es un presupuesto propio de la acción para perseguir la declaratoria de un derecho, esto, teniendo en cuenta que en el momento en el que quien demanda o quien ha sido demandado no es el titular de la facultad o no está llamado a responder, deberán ser rechazadas las pretensiones de la demanda.

Según el doctrinante Chiovenda:

*“la legitimatio ad causam consiste en la identidad de la persona del actor con la persona a la cual la ley concede la acción (legitimación activa) y la identidad de la persona del demandado con la persona contra la cual es concedida la acción (legitimación pasiva)”[[1]](#footnote-1)*

En ese orden de ideas, es la ley la que otorga la legitimidad para quien pretenda perseguir la declaratoria de un derecho. Es decir, aquella permite que una persona formule algún tipo de pretensión – activa – o que por el contrario, las ataque – pasiva; así pues quienes se encuentren legitimados en la causa dentro de un proceso que pretende la declaratoria de un derecho, tienen una vinculación directa con la pretensión.[[2]](#footnote-2) La falta de legitimación en la causa impide que el fallador decida un proceso de acuerdo con los intereses del demandante, toda vez que aquella paraliza la demostración de un daño endilgado al demandado.

Visto lo anterior, será viable manifestar al despacho que la aquí demandante no está facultada legalmente para solicitar la indemnización y/o el pago derivado del contrato de seguro, pues no funge como tomador.

1. **INEXISTENCIA DE RIESGO INCIERTO Y FUTURO QUE PUDIERA SER OBJETO DE ASEGURAMIENTO.**

El artículo 1045 del código de comercio señala de manera taxativa los elementos que le son inherentes y de obligatoria existencia para que pueda nacer el contrato de seguro a la vida jurídica, así pues, se han señalado como elementos esenciales del contrato de seguro, **el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador.** Ha precisado el mentado artículo, que la ausencia de cualquiera de éstos **impedirá** que el contrato de seguro genere efectos.

Ahora bien, para ampliar la presente ilustración, debemos atender a lo preceptuado en el artículo 1054 ibidem, que reza:

*Art. 1054. Definición de riesgo.*

***Denominase riesgo el suceso incierto*** *que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador.* ***Los hechos ciertos****, salvo la muerte, y los físicamente imposibles,* ***no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro****. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento. (Subraya y negrillas fuera de texto)*

De acuerdo con lo anterior, es viable afirmar que el **contrato de seguro tiene como finalidad amparar un riesgo que debe ser futuro e incierto**; y que, de materializarse, nacería la obligación para el ente asegurador. En ese orden de ideas, debe resultar claro que los hechos **ciertos** carecen de coberturas o de amparos.

Señor Juez, se tiene entonces que, jurídicamente hablando, no es posible celebrar un contrato de seguro sobre un hecho o una circunstancia que ya haya ocurrido, y sobre la cual exista certeza de su existencia.

Frente al riesgo, el Doctrinante Veiga Copo ha mencionado que:

*“****El riesgo constituye el elemento esencial del contrato de seguro y, como tal, debe ser individualizado y delimitado.*** *Riesgo es, en suma, aquella eventualidad que hace nacer una necesidad. A diferencia pues de otras relaciones contractuales en el que las partes hasta cierto punto, controlan autónomamente los elementos del contrato en el iter contractual, en el contrato de seguro,* ***el asegurador en realidad no es capaz de apreciar en su totalidad el contenido y la solicitud y ulteriormente de la propuesta del tomador.*** *Es decir, de todos los elementos y circunstancias que permiten realmente valorar la entidad e intensidad del riesgo, muchos de ellos están compuestos de datos referentes o bien a cosas, o bien a personas cuyo exacto conocimiento tanto presente como pasado* ***sólo puede ser o estar en condiciones de ser conocido por el asegurado****, pues en no pocas ocasiones pertenecerá a su esfera íntima personal. La concreción de esa buena fe jurídica entre las partes no sólo impregna el contrato sino también toda la legislación del contrato, siendo múltiples los artículos que bien directamente, bien de un modo indirecto alude a la misma a lo largo del articulado”.*

Para el caso en concreto, de acuerdo a la historia clínica la señora LIGIA GONZALEZ (q.e.p.d) se evidencian los siguientes antecedentes:

*…” FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTA*

*Fecha inicio: 2020/10/04. Antecedentes. Patológicos. (2020/10/04) hipertensión arterial. Diagnósticos:* ***2020/10/04 Hipertensión esencial primaria.***

*Fecha inicio: 2020/11/10. Enfermedad actual. Tromboembolismo pulmonar. Diagnósticos: 2020/11/10 embolia pulmonar sin mención de corazón pulmonar agudo.* ***2020/11/10 Hipertensión esencial primaria.***

*HOSPITAL PABLO TOBON URIBE*

*fecha: 25/09/2023.* ***Diagnósticos: Carcinoma urotelial metastásico. Antecedentes personales. Patológicos: Carcinoma urotelial papilar de alto grado in situ de vejiga T1G3 marzo de 2017…”***

Con los anteriores documentos se logró establecer que previo al desembolso del crédito y por ende a la inclusión al contrato de seguro – esto es, previo al 4 de octubre de 2022 – le había sido diagnosticada HIPERTENSION Y CARCINOMA UROTELIAL METASTICO y en las declaraciones de asegurabilidad suscritas por la señora LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA (q.e.p.d.), diligenciadas 01 de julio de 2022 y el 04 de octubre de 2022 para el otorgamiento del crédito, no las informo.

Y se le realizo la siguiente consulta:

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

*¿Goza usted de un buen estado de salud? Si X No*

*Por favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:*

*1. Afecciones cardiovasculares*

*2. Afecciones Cerebrovasculares*

*3.Cáncer*

*4. Diabetes*

*5. VIH positivo / SIDA*

*6. Insuficiencia renal crónica*

*7. EPOC*

*8. Afecciones renales*

*9. Alcoholismo*

*10. Tabaquismo/drogadicción*

*11. Hipertensión Arterial*

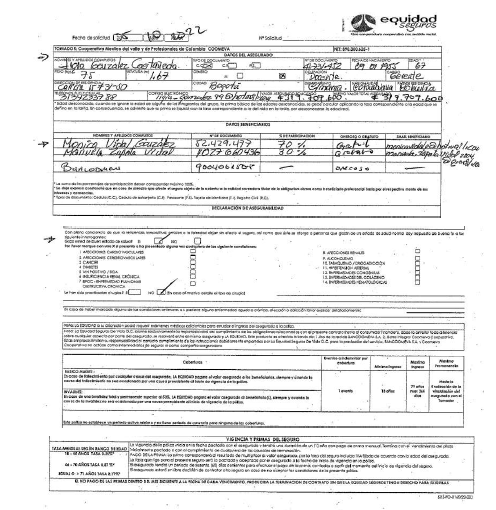
*12. Enfermedades congénitas*

*13. Enfermedades del colágeno*

*14. Enfermedades Hematológicas*

*En caso de haber marcado alguna de las condiciones anteriores o si padece alguna enfermedad aguda o crónica, afección o adicción favor explicar detalladamente:”*

A la anterior consulta, la señora LIGIA GONZALEZ CASTAÑEDA (q.e.p.d.), no marcó ninguna de las enfermedades allí relacionadas.



Así mismo, se evidencia que no fueron mencionadas la patología que padecía la señora LIGIA (q.e.p.d) correspondientes a HIPERTENSION Y CANCER, lo que nos indica entonces que a pesar de contar con uno diagnóstico de su pleno conocimiento, omitió informar a mi representada pese a que se le puso de presente la relación de enfermedades; es decir, no existía riesgo incierto y futuro, que pudiera ser objeto de aseguramiento.

Entonces tenemos que, pese a que a la señora LIGIA GONZALEZ (q.e.p.d) en el certificado de solicitud de ingreso a la póliza se le preguntó sobre la existencia o no de diagnósticos expresamente señalados, en español, letra clara y sobre todo legible, y ésta manifestó que se encontraba en óptimas condiciones de salud, pese a que su realidad demostraba lo contrario pues ya padecía una enfermedad CANCER E HIPERTENSION, motivo por el cual no es viable predicar que existió el amparo de un riesgo incierto y por lo tanto el contrato de seguro **no pudo producir efectos en la vida jurídica,** tal como lo reseñan los textos normativos antes citados; **pues nos encontramos ante una ausencia de uno de los elementos esenciales del contrato de seguros.**

Señor delegado téngase en cuenta que EL CANCER es una **enfermedad por la que algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras partes del cuerpo** y compromete de manera importante las funciones normales de la persona.

1. **AUSENCIA DE COBERTURA POR EXCLUSIONES EXPRESAS**

El contrato de seguro es, de acuerdo con la legislación colombiana a través del Código de Comercio, artículo 1036:

“*es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva.”*

Podría decirse entonces, que el contrato de seguro no es otra cosa que un negocio jurídico, a través del cual una entidad – asegurador – se obliga a cambio de una prestación pecuniaria denominada prima, **dentro de unos límites pactados** y ante la ocurrencia de un acontecimiento **incierto** cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al asegurado por los daños ocasionados como consecuencia de la consumación del riesgo amparado.

Al respecto, la Corte en sentencia de casación del 16 de Noviembre de 2005 bajo el radicado No. 09539 – 01 especificó que:

*“Según el artículo 3 de la Ley 389 de 1997 el contrato de seguro es hoy en día de carácter consensual; así, modificando el artículo 1036 del C. de Co. Dispuso que “el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva”. Esta reforma fue trascendental porque vino a solucionar numerosos conflictos que se suscitaron cuando se requería la solemnidad de la póliza para su perfeccionamiento (…) Esa misma ley modificó el artículo 1046 del C. de Co. y a partir del carácter consensual de dicho vínculo estableció, sin embargo, un régimen probatorio especial para demostrar su existencia, consistente en que “el contrato de seguro se probará por escrito o por confesión””.*

En ese orden de ideas, también es viable afirmar que, en el contrato de seguro, media la voluntad de las partes, una de asumir un riesgo y la otra de trasladar el riesgo. Este negocio jurídico, generalmente se presenta en masa, motivo por el cual es necesario que su desarrollo se presente de manera estandarizada en la ejecución y operación. Frente a la contratación en masa, la Corte Suprema de Justicia, señaló:

*“Para que un acto jurídico productivo de obligaciones constituya contrato, es suficiente que dos o más personas concurran a su formación y poco importa que, al hacerlo, una de ellas se limite a aceptar las condiciones impuestas por la otra; aun así, aquélla ha contribuido a la celebración del contrato, puesto que voluntariamente lo ha aceptado, habiendo podido no hacerlo”*

Ahora bien, no se puede dejar de lado que el legislador facultó a las aseguradoras para que establecieran cláusulas contractuales, que permiten por ejemplo que aquellas **delimiten** los riesgos que asumen, a través de exclusiones; así el artículo 1056 del Código de Comercio, señala:

**“*ASUNCIÓN DE RIESGOS.****Con 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.”*

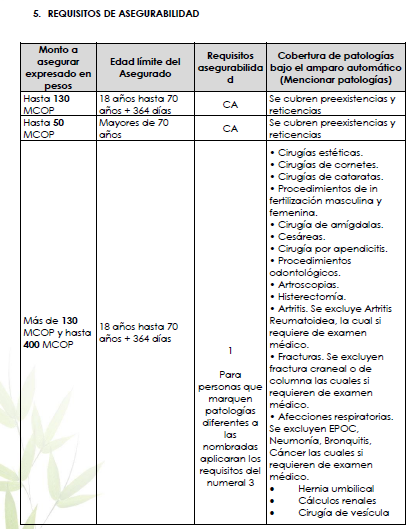
De acuerdo con lo anteriormente mencionado, es viable afirmar que en tanto el contrato de seguro es aleatorio, ha sido deseo de la ley que se deba procurar un **equilibrio entre el riesgo que asume el asegurador y la contraprestación a cargo del tomador – asegurado**.

Esta es la razón por la cual artículo 1044 del Código de Comercio, establece la facultad del ente asegurador de oponer al beneficiario del contrato de seguro, las excepciones que le hubiera propuesto al asegurado o al tomador. De igual forma, el artículo 1056 de la ya referida norma, otorga la facultad al asegurador, de asumir todos o solo alguno de los riesgos, o delimitar el riesgo que asume. En ese orden de ideas, si el asegurado o tomador, incurre en algún tipo de exclusión de las previamente pactadas, dicha exclusión del amparo es oponible tanto al tomador, al asegurado e incluso al beneficiario.

Para el caso en comento, se tiene que la asegurada fue incluida en una **póliza vida grupo,** que amparaba los riesgos de muerte, invalidez, para la inclusión a dicho contrato de seguro, se le solicitó la suscripción de un certificado de ingreso, o solicitud de seguro o declaración de asegurabilidad, en la que se establecían de forma clara, las condiciones del contrato de seguro, y sobre todo, se le preguntaba al potencial asegurado si previo a la suscripción de dicho documento había sido diagnosticado de alguna de las enfermedades allí señaladas; sin embargo, la señora LIGIA GONZALEZ (q.e.p.d) suscribió el documento sin realizar salvedad alguna frente a su padecimiento de **CANCER E HIPERTENSION.** incumpliendo así los requisitos de asegurabilidad.

En el contrato de seguro vida grupo, previamente se habían pactado unas condiciones particulares y unas condiciones generales que debían cumplirse a cabalidad para que el seguro pudiera hacerse efectivo en el momento en que ocurriera el siniestro.

De acuerdo con las documentales que se aportan, es claro que dentro de las condiciones indica que habría lugar a amparo o cobertura siempre que el asegurado cumpliera, entre otras cosas, los requisitos de asegurabilidad:



Tabla

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

Texto

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

Texto, Carta

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

Tabla

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

Imagen que contiene interior, tabla, foto, ave

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

Texto

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

En ese orden de ideas, al mediar una exclusión expresa del contrato de seguro, en la póliza, en el slip, no existe obligación alguna a cargo de mi representada de amparar la muerte de la madre de la demandante, por lo cual solicito se declare fundada la presente exceptiva.

1. **BUENA FE CONTRACTUAL DE LA EQUIDAD SEGUROS VIDA O.C. AL MOMENTO DE EXPEDIR EL SEGURO DE VIDA DEUDOR**

El artículo 871 del Código de Comercio, señala como principio general de todos los actos mercantiles, **la buena fé,** de quienes intervienen en su perfeccionamiento, por lo que los acuerdos de voluntades se rigen, fuera de lo pactado expresamente en ellos, por lo que corresponda a la naturaleza de estos.

Ahora bien, aun cuando el artículo 1036 del código de comercio no lo menciona taxativamente, la jurisprudencia y la doctrina ha coincidido en mencionar que el contrato de seguro, además es un ***contrato especial de ubérrima buena fe,*** por tanto, ambas partes en las afirmaciones relacionadas con el riesgo y las condiciones del contrato se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1058 del C.Co., el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, puesto 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.**

El asegurador también debe cumplir con el principio de buena fe evitando cláusulas que sean lesivas al asegurado, cumpliendo con la prestación asegurada a la ocurrencia del siniestro **y comprometiéndose a declarar la inexactitud al momento en que la conozca** y no esperar a la ocurrencia del siniestro para alegarla como una excepción al pago de la indemnización.

De acuerdo con lo que ya se ha mencionado en anteriores exceptivas, el contrato de seguro – póliza vida grupo, por medio de la cual se otorgaron amparos a la señora LIGIA GONZALEZ (q.e.p.d), contaba con unas condiciones previamente **pactadas y aceptadas entre mi representada y el tomador,** por lo que se asumió el riesgo, sin embargo, este riesgo estaba enmarcado dentro de unos límites, que la asegurada no cumplió.

Frente a lo anterior, ha mencionado la Corte Suprema de Justicia:

*“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.”*

En ese orden de ideas, se precisa que en el caso objeto de análisis, se tiene que la póliza denominada Vida Grupo, requería para su celebración indicar todas y cada una de las patologías que le hubiesen sido **diagnosticadas con anterioridad a la suscripción** de la póliza, dicha obligación no se cumplió por parte de la asegurada.

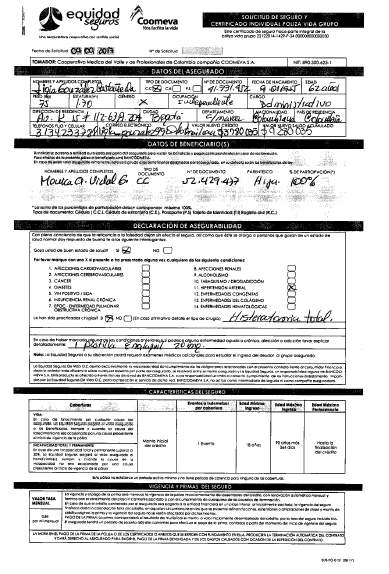
A su vez, la Corte Constitucional ha sido clara en especificar que el tomador tiene una carga precontractual, que exige que exponga unos hechos y circunstancias ajustados a su condición real, con el fin **de lograr el equilibrio en el contrato de seguro**. [[3]](#footnote-3) La falta de honestidad del tomador en este caso de la asegurada sobre los aspectos que son de su **pleno conocimiento riñe con la buena fe exigida** y genera como consecuencia inexorable la nulidad relativa del contrato.[[4]](#footnote-4)

Con todo, es claro que en el presente caso es predicable o da lugar a la prosperidad de la presente exceptiva, pues demostrado que mi representada obró con sujeción al principio de la buena fe.

1. **OMISION DE INFORMACION POR PARTE DE LIGIA GONZALEZ (Q.E.P.D) AL MOMENTO DE DILIGENCIAR LA DECLARACION DE ASEGURABILIDAD QUE PARCIALMENTE SI REALIZO EN DECLARACION DE ASEGURABILIDAD DE FECHA 9 DE SEPTIEMBRE DE 2017.**

En concordancia con la anterior excepción propuesta y debido a la solicitud de préstamo de la señora LIGIA GONZALEZ (Q.E.P.D) a BANCOOMEVA de fecha 9 de septiembre de 2017 ante BANCOOMEVA, en esta declaración ella al menos informo la HIPERTENSION, enfermedad que no informo en las declaraciones de fechas 4 octubre de 2022 y 1 julio de 2022.

DECLARACION DEL 9 SEPTIEMBRE DE 2017:



Texto

El contenido generado por IA puede ser incorrecto.

En la declaración de asegurabilidad la señora LIGIA GONZALEZ (Q.E.P.D), de fecha 4 octubre de 2022 que dio origen al préstamo en la suma de $315.856.971, que es el origen de este litigio, ella no declaro de manera sincera sus enfermedades, en cambio en la declaración de fecha 9 de septiembre de 2017, por lo menos informo la HIPERTENSION, aunque tampoco informo el cáncer.

Entonces señor delegado es claro que para el diligenciamiento de las posteriores declaraciones la señora LIGIA GONZALEZ (Q.E.P.D) INCUMPLIO CON LA CARGA CONTRACTUAL, INCUMPLIO CON EL REQUISITO DE ASEGURABILIDAD POR NO HABER INDICADA TODAS Y CADA UNA DE SUS PATOLOGIAS que le correspondía a ella al ingreso de la póliza pues solo era ella la que de sobremanera las conocía y prefirió guardar silencio de la información.

1. **NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA DE LA INFORMACIÓN Y/O INEXACTITUD DEL ESTADO DEL RIESGO DEL ASEGURADO.**

El artículo 1036 del Código de Comercio, establece que el contrato de seguro es considerado de carácter consensual, lo que sugiere sin lugar a dudas que para su perfeccionamiento se requiere únicamente el acuerdo de voluntades de las partes. Por su parte, el artículo 871 del ya referido código, determina como principio general de todos los contratos, la buena fe, de quienes intervienen en el perfeccionamiento del mismo.

La obligación de atender al principio de buena fe se debe manifestar en todos los contratos como ya se dijo, sin embargo, adquiere mayor importancia en el contrato de seguro, esto, teniendo en cuenta el artículo 1058 del Código de Comercio, el cual reza:

*“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro (…) Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (…) Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160 (…) Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.”*

De acuerdo con ello, es claro que existe una consagración legal que recae sobre el tomador para el caso en concreto la asegurada del contrato de seguro, quien debe **manifestar sin mayores reservas, falsedades u ocultamientos**, las condiciones reales y actuales para el momento de la suscripción del seguro y en lo sucesivo de este, la posible ocurrencia del riesgo que se está asegurando. Es decir, aquel debe manifestar el estado real del asegurado o tomador, con el fin de que la entidad aseguradora determine condiciones más onerosas en la celebración del contrato, o se abstenga de la celebración de este.

Como corolario de lo anterior, “es claro que la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de **su pleno conocimiento** y que de saberlas la aseguradora, incidirían en relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la buena fe exigida”[[5]](#footnote-5) y acarrea las sanciones de ley.

Al respecto, la Sala en SC el 1 Junio de 2007, radicado 2004 – 00179 – 01, precisó que:

*“Del referido texto legal [artículo 1058 del Código de Comercio] se puede deducir lo siguiente: (…) 4.1. Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que* ***opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo,*** *de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas (…) 4.2.* ***No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad,*** *incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el* ***desequilibrio económico*** *en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (…) 4.3.* ***Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar******contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa,*** *con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro.”*

El artículo 1158 del Código de Comercio, por su parte, expone 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”.*

En ese orden de ideas, ilógico sería asumir que, dada la actividad aseguradora y la capacidad de la misma, se le deba exigir el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar el estado real del riesgo que está asumiendo, pues se reitera **es en cabeza del tomador que está la obligación de declarar sinceramente el estado de su riesgo**, además, **porque solo él conoce en realidad sus propias condiciones y dolencias.**

La Corte Suprema de Justicia, en SC 6 jul. 2007, rad. 1999-00359-01, al diferenciar dos fases en lo que toca al estado del riesgo, señaló que la primera corresponde a la:

*“(…) formación del contrato, durante la cual el tomador tiene “la obligación” -preferiblemente carga, según concepto precisado en sentencia de 30 de septiembre de 2004, exp. 7142- de declarar sinceramente la situación en que se encuentra el riesgo que se pretende amparar (art. 1058 C. de Co.),* ***pues sólo una declaración franca, límpida y completa, le permite al asegurador expresar su asentimiento y, lo que también es medular, cuantificar la prima o precio del seguro****; por eso su infracción, en línea de principio, provoca la nulidad relativa del contrato, en un todo de acuerdo con lo explicitado por la propia ley y la reiterada jurisprudencia de esta Sala (…) En torno a esta última, ha puntualizado la Corte que la carga de información que tiene el tomador -in potentia- en relación con el estado del riesgo, no se agota en un solo momento,* ***pues “esta carga informativa es considerada como una prototípica ‘carga de duración’”****,* **motivo por el cual, “los hechos o circunstancias -relevantes- sobrevinientes a la declaración del estado del riesgo,..., deben ser comunicados sin demora o dilación.”** *Ese “deber de información a su cargo -agregó la Sala-... en rigor comprende, a su turno, el deber de* ***aclaración -o actualización-*** *de la misma, pues de muy poco sirve informar durante la floración del período precontractual, preludio del contrato, unos hechos que en breve cambian o se alteran radicalmente, sin que éste se haya aún agotado, lo que se traduce en que su divulgación se tornaría oportuna y conducente, lo que corrobora la pertinencia del prenotado deber jurídico -o carga-.” (cas. civ. de 2 de agosto de 2001; exp.: 6146).”* ***(Negrillas fuera de texto)***

En ese orden de ideas, y contrario a lo manifestado o pretendido por la actora, la señora **LIGIA GONZALEZ (q.e.p.),** aún a sabiendas de que mi representada daba por sentado que su salud era óptima y que no se le había detectado algún padecimiento, prefirió callar sobre sus **dolencias de alto riesgo, sin siquiera realizar las gestiones pertinentes para poner en conocimiento de mi representada su estado de salud**; **lo que a la luz de la normatividad vigente, constituye claramente una reticencia; motivo por el cual LA EQUIDAD SEGUROS VIDA O.C., no está obligada al pago de la indemnización solicitada.**

Ha mencionado la Corte Suprema de Justicia, que:

*“La excepción de nulidad por reticencia prospera si se demuestra que «el asegurador de haber conocido la realidad sobre el estado del riesgo asegurado se hubiera sustraído de la celebración del contrato, o lo hubiera hecho en unas condiciones más onerosas»[[6]](#footnote-6)*

A su vez, ha reiterado que:

“No es suficiente, para los anteriores fines, con diligenciar el cuestionario que se formule, puesto que la **«*carga informativa, como manifestación concreta del principio a la buena fe contractual, se extiende durante todo el periodo precontractual, en el que la entidad aseguradora debe decidir si asegura o no el riesgo objeto del seguro*»**”

Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «*al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud*», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «*candidato a tomador*» asume las consecuencias «*adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma*».[[7]](#footnote-7)

Esta flagrante omisión, acarrea **inexistencia** del riesgo, comoquiera que por esta circunstancia se produce la **nulidad** del contrato por ausencia de uno de los elementos del contrato de seguro; el riesgo asegurable, según lo establecido en los artículos 1045 y 1054 del código de comercio y así lo puso de manifiesto LA EQUIDAD SEGUROS VIDA O.C., al momento de responderle la reclamación por este concepto.

Esa es la razón para que **LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO SE PRODUZCA CUANDO EL TOMADOR MIENTE, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE EL SINIESTRO NO ACONTEZCA COMO CONSECUENCIA DE LOS HECHOS SIGNIFICATIVOS**, negados u ocultados por quien tomó el seguro y de las razones que lo motivaron a comportarse sin fidelidad a la verdad; es decir, la falta de honestidad del tomador sobre los aspectos que son de su **pleno conocimiento** riñen con la buena fe exigida y genera como consecuencia inexorable la nulidad relativa del contrato.[[8]](#footnote-8)

Así pues, la excepción propuesta es viable teniendo en cuenta que mi representada de haber conocido la realidad del estado del riesgo de la señora LIGIA GONZALEZ (q.e.p.d) se hubiera sustraído de la celebración del contrato, **o la hubiera hecho en unas condiciones más onerosas** o tal como se estableció en las condiciones de la póliza se le hubiera realizados los siguientes y posiblemente se había enviado a que le hicieran exámenes médicos:

**5. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD**

**1:** Declaración de Asegurabilidad: Si en la declaración el asegurado reconoce que tiene una buena condición en su salud y responde negativamente a las preguntas será asegurado de manera automática; **si responde afirmativamente a alguna de las preguntas, Equidad se reserva el derecho de solicitar exámenes**. En caso de siniestro Equidad puede rechazarlo por pre existencia si esta no fue declarada y era conocida por el asegurado.

**2: Examen médico y examen parcial de orina.**

**3: Examen médico, Perfil lipídico, Electrocardiograma, Parcial de orina, Creatinina, Cuadro hemático, Glicemia, VIH y electrocardiograma de esfuerzo.**

**5.1. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ADICIONALES**

**Para Valores Asegurados desde $130’000.001= hasta $400’000.000= y cualquier edad, que declare afirmativamente alguna de las siguientes patologías, se requieren los siguientes exámenes:**

**5.1.1. Contesta Sí en Afecciones Cardiovasculares: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina.**

**5.1.2. Contesta Sí en Hipertensión Arterial: Se solicita examen médico, química sanguínea, EKG.**

**5.1.3. Contesta Sí en Afecciones Cerebro vasculares: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina.**

**5.1.4. Contesta Sí en Cáncer: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina. Historia clínica, evolución y pronóstico diligenciado por médico tratante.**

**5.1.5. Contesta Sí en Diabetes: Se solicita examen médico, química sanguínea, EKG.**

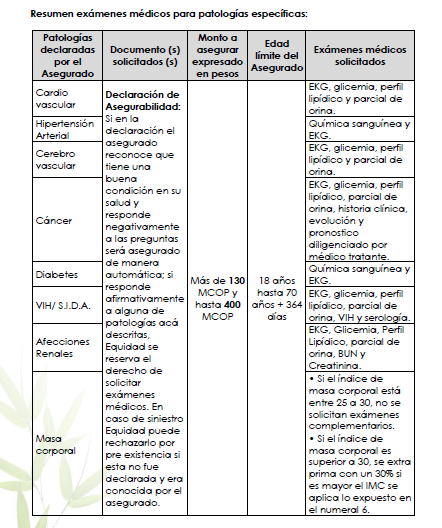
**5.1.6. Contesta Sí en VIH / S.I.D.A: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina, VIH, serología**

**5.1.7. Contesta Sí en Afecciones Renales: Se solicita examen médico, EKG, Glicemia, Perfil Lipídico, parcial de orina, BUN y Creatinina.**

**5.1.8. Índice de masa corporal:**

* **• Si el índice de masa corporal está entre 25 a 30, no se solicitan exámenes complementarios.**
* **El índice de masa corporal se calcula de la siguiente forma:**
* **FORMULA INDICE DE MASA CORPORAL: IMC = PESO / TALLA 2**
* **Ejemplo: 80 kilos, Estatura 1.65 Entonces IMC = 80 / (1.65) 2 = 29.3**

**\*Para cualquier otra enfermedad diferente a las detalladas anteriormente, se requiere estudio y aprobación previa de la aseguradora.**



De acuerdo a las condiciones anteriores es claro que si la señora LIGIA GONZALEZ (q.ep.d) hubiera informado que padecía de CANCER en la declaración de asegurabilidad mi representada LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C, le hubiera enviado hacer exámenes, tales como los estipulados en las condiciones particulares de la póliza vida grupo AA007625, y en el SLIP:

**5.1.2. Contesta Sí en Hipertensión Arterial: Se solicita examen médico, química sanguínea, EKG.**

**5.1.4. Contesta Sí en Cáncer: Se solicita examen médico, EKG, glicemia, perfil lipídico, parcial de orina. Historia clínica, evolución y pronóstico diligenciado por médico tratante.**

Pero como ella omitió dicha información, mi representada LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. le dio el ingreso a la póliza creyendo que su estado de salud era OPTIMO, no siendo esta la realidad.

1. **INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE AFECTACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.**

El contrato de seguro denominado PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO, No. AA007625, certificado No. AA123908, orden 7978, en la cual se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y los valores asegurados, teniendo en cuenta la deuda adquirida por la señora LIGIA GONZALEZ (q.e.p.d) vale la pena recordar que el mencionado contrato se encuentra regido por el condicionado general contenido en la forma con N° 21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D00I.

Ahora bien, el anterior contrato de seguro se regía por las condiciones generales contenidas en la forma con N° 21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D00I., en donde se pueden detallar las exclusiones, amparos básicos, amparos adicionales (si hubiesen sido contratados), entre otros.

En ese orden de ideas, es claro que no le asiste derecho a la demandante para reclamar el pago del valor asegurado a través de la PÓLIZA DE SEGURO contrato de seguro denominado PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO, No. AA007625, certificado No. AA123908, orden 7978, **pues no se cumplieron con los requisitos de asegurabilidad;** y en todo caso el suceso no se encontraba amparado.

1. **SUJECIÓN AL CONTRATO DE SEGURO CELEBRADO**

Subsidiariamente y en caso de que prosperen las pretensiones de la demanda, tal relación deberá resolverse dentro de los parámetros establecidos en el contrato de seguro denominado PÓLIZA DE SEGURO El contrato de seguro denominado PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO, No. AA007625, certificado No. AA123908, orden 7978, en la cuales se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y por las condiciones generales contenidas en la forma N° 21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D00I.,

Es de resaltar que la cobertura del seguro de Vida Grupo está sujeta al cumplimiento de condiciones legales, entre las que cabe destacar las siguientes:

* El siniestro así ocurrido debe estar previsto dentro de las coberturas pactadas por las partes, contenidas en los documentos contractuales.
* *Es necesario analizar que no se presente ninguna causal de exclusión, es decir, ningún hecho que excluya la responsabilidad de la aseguradora, de acuerdo con los amparos y exclusiones que se pactaron en el momento de suscribir el contrato de seguro.*
* Es de especial importancia verificar si los perjuicios a que eventualmente estaría condenado el asegurado están cubiertos o no en la póliza contratada.

1. **LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO PARA CADA AMPARO.**

Con el fin de otorgarle validez jurídica a la prosperidad de la presente excepción, valdrá la pena traer a colación el artículo 1790 del Código de Comercio, el cual reza:

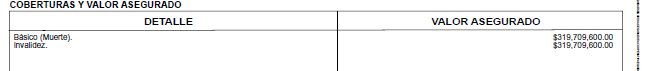
*“el asegurador no estará obligado a responder sino hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074.”*

En ese orden de ideas, solicito Señor juez, que en el hipotético caso en el que se le otorgue razón a las pretensiones de los demandantes, se tenga presente el límite del valor asegurado establecido en el contrato de seguro No. AA007625, certificado No. AA123908, orden 7978, el cual fue debidamente pactado, de manera libre y concertada entre las partes, esto, en ejercicio del principio de la autonomía de la voluntad privada; teniendo en cuenta el saldo de la deuda de la señora LIGIA GONZALEZ (q.e.p.d)

Así pues, el **límite del valor asegurado** corresponde a **al saldo insoluto de la obligación que ha sido certificado por la entidad tomadora, esto es:**

De acuerdo a soportes contables y certificado de reclamación presentados, por BANCOOMENA desembolsó, así:

* el 10 de octubre de 2022 por valor de $319.709.600 y un saldo reclamado por $315.856.971.



De acuerdo con lo anterior, la responsabilidad de indemnización por parte de mi representada no podrá exceder el valor - límite anteriormente señalado.

1. **EXCEPCION GENÉRICA O INNOMINADA, INCLUYENDO LA PRESCRIPCION DE LAS ACCIONES QUE DERIVAN DEL CONTRATO DE SEGURO**

Solicito respetuosamente al Señor Juez, que de conformidad con lo establecido en el artículo 282 del C.G.P. declare probada cualquier otra excepción que se establezca en el transcurso del proceso, incluyendo la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, previo a la acreditación de la misma, conforme a las pruebas que se logren recaudar a lo largo del proceso.

**PRUEBAS SOLICITADAS**

Comedidamente solicito al señor Juez, ordenar la práctica y tener como prueba las siguientes:

**Interrogatorio de Parte:** Comedidamente solicito al Señor Juez, que ordene la práctica de esta prueba respecto de la demandante, para lo cual solicito se fije fecha y hora con el fin de que absuelvan el cuestionario que verbalmente o en sobre cerrado presentaré a la diligencia.

**Documentales aportados:**

1. Certificado saldo de la deuda a fecha 19 febrero 2025
2. Póliza No. No. AA007625, certificado No. AA123908, orden 7978,por medio del cual se realizó la inclusión de la señora LIGIA GONZALEZ (q.e.p.d)
3. Póliza Matriz No. AA007625, certificado No. AA117676, orden 1 correspondiente a la póliza matriz, y en la que se encuentran las condiciones particulares del contrato.
4. Copia de las condiciones generales contenidas en la forma N° 21/05/2021-1429-NT-P-34-0000000000002030 21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D00I - 11/05/2021-1501-NT-P-34-0000000000002001 11/05/2021-1501-P-34-0000000000002001-D00I - 21/05/2021-1429-P-34-0000000000002030-D00I

**DOCUMENTOS DE SUSCRIPCION:**

1. SLIP
2. Condiciones Técnicas Renovación 2022 - 2023 Hip 7625 – 7626
3. Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora LIGIA GONZALEZ (q.e.p.d)
4. declaración a computador firmada fecha 4 octubre 2022 (2 FOLIOS)
5. Declaración 9 septiembre 2017 donde si declaro la hipertensión

**DOCUMENTOS DE RECLAMO RADICADOS EN LA EQUIDAD VIDA O.C.**

1. Documentos de reclamo: registro civil de defunción, copia cédula, certificación de saldos dos: 1) $98.397.408 y 2) $315.856.971, declaraciones de asegurabilidad dos: 1) de fecha 1 julio de 2022 y 2) de fecha diligenciado 5 octubre de 2022 – firmado 4 octubre 2022.
2. Orden promesa compraventa

**DOCUMENTOS DE RECLAMO Y RECONSIDERACIÓN:**

1. Carta de reclamo
2. Reconsideración 22 nov 2024 (405 folios)

**DOCUMENTOS DE RESPUESTAS= OBJECIONES Y/O RATIFICACIONES:**

1. Objeción de fecha 5 JUNIO DE 2024
2. Ratificación objeción de fecha 4 octubre 2024
3. Respuesta derecha de petición de fecha 27 dic 2024 (4 folios)

**HISTORIAS CLINICAS**

1. Historia clínica de la señora LIGIA GONZALEZ (q.e.p.d)371 folios
2. Historia Clinica CON DIAGNOSTICO DE CA VEJIGA PAG 135 (297 folios)

**INFORME DE ATLANTIS:**

1. Informe Atlantis (14 folios)
2. Informe Atlantis complementario (10 folios)

**SOPORTE DE PAGO DE PRIMAS:**

1. Zip: pagos primas Excel

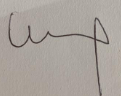
**ANEXOS**

1. Documentos enunciados en el acápite de pruebas documentales.
2. Poder otorgado mediante escritura pública N°702 de la Notaria 10 del círculo de Bogotá

**NOTIFICACIONES:**

1. La Equidad Seguros Vida O.C. recibe notificaciones en la Carrera 9 A N° 99-07 Piso 12 de la ciudad de Bogotá, D.C. correo electrónico notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop
2. La suscrita apoderada en la Carrera 9 A N° 99-07 Piso 15 de la ciudad de Bogotá, D.C. [claudia.lastra@laequidadseguros.coop](mailto:claudia.lastra@laequidadseguros.coop)

Del señor Delegado,



**CLAUDIA JIMENA LASTRA FERNANDEZ**

C.C 28.554.926 de Ibagué T.P. N° 173.792 del C.S. de la J.

SGC- 10874Elaboro: clastra

1. Instituciones de Derecho Procesal Civil, I, 185 [↑](#footnote-ref-1)
2. Consejo de Estado, Sala Plena de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, auto de unificación de jurisprudencia, 25 de septiembre de 2013, exp. 20.420 [↑](#footnote-ref-2)
3. Sentencia C – 232 de 1997, sala plena de la Corte Constitucional. [↑](#footnote-ref-3)
4. Corte Suprema de Justicia. SC. 04 de Marzo de 2016. Rad. 05001 – 31 – 03 – 003 – 2008 – 0034 – 04. [↑](#footnote-ref-4)
5. Corte Suprema de Justicia. SC2803 – 2016. Radicación No. 05001 – 31 – 03 – 003 – 2008 – 00034 – 01 de fecha 04 de Marzo de 2016. [↑](#footnote-ref-5)
6. CSJ SC 19 dic. 2005, rad. 1997-5665-01. [↑](#footnote-ref-6)
7. Corte Suprema de Justicia. SC 2803 - 2016 [↑](#footnote-ref-7)
8. Corte Suprema de Justicia. SC. 04 de Marzo de 2016. Rad. 05001 – 31 – 03 – 003 – 2008 – 0034 – 04. [↑](#footnote-ref-8)