

Señores

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES

E. S. D.

PROCESO: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO
RADICACIÓN: 2025023340-004-000
EXPEDIENTE: 2025-3300
DEMANDANTE: EDILSA SANCHEZ
DEMANDADOS: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A 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 mi calidad de apoderado general de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, identificada con NIT No. 860.027.404-1, de manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por Edilsa Sánchez en contra de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO 1: No me consta. Mi representada no tiene forma de verificar la situación de vulnerabilidad de la demandante ni la condición de su hijo, ya que estas afirmaciones corresponden a circunstancias personales que no están directamente relacionadas con la cobertura del seguro en cuestión. Además, el estado de vulnerabilidad de una persona es un concepto subjetivo que no se encuentra definido en los términos y condiciones de la póliza, ni constituye un criterio determinante para el reconocimiento de la indemnización.

FRENTE AL HECHO 2: No me consta. No hay prueba que acredite lo indicado por la parte demandante, es decir, no existe una evidencia sólida que demuestre que su único sustento económico para la congrua subsistencia era lo percibido por concepto de su trabajo como bacterióloga. La información aportada por la demandante sobre su situación económica es una

afirmación unilateral que no ha sido corroborada mediante documentos contables, bancarios o de otra índole que permitan verificar su veracidad.

FRENTE AL HECHO 3: No le consta a la aseguradora que represento lo descrito en el hecho por constituir circunstancias ajenas a **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.** hace referencia a incapacidades que se habrían concedido por parte de una entidad ajena a la aseguradora, por ende la demandante deberá probar su dicho a través de los medios conducentes, pertinentes y útiles.

FRENTE AL HECHO 4: No es cierto como se plantea el hecho. Si bien se observa en el expediente que La EPS Sanitas emitió un concepto no favorable de rehabilitación debe decirse que ahí se reseñó la tuberculosis respiratoria con graves secuelas pulmonares, y el diagnóstico de VIH que la paciente presenta desde 2006, que sea dicho desde ahora fue un antecedente médico que la señora Edilsa no informó a la aseguradora al momento de tomar el seguro.

FRENTE AL HECHO 5: No le consta a la aseguradora lo afirmado por la parte demandante, respecto a sus condiciones económicas, ni la venta del rodante ahí descrito, por lo tanto, la demandante deberá probar su dicho a través de los medios conducentes, pertinentes y útiles.

FRENTE AL HECHO 6: No le consta a la aseguradora lo relativo al pago de diversas obligaciones, sin embargo debe aceptarse que en lo que respecta al crédito con Chevy plan lo cierto es que se evidencia con las documentales aportadas con la demanda que dicho crédito se canceló totalmente en septiembre de 2024, eso quiere decir que el seguro cuya vigencia abarca 2023-2024 terminó justo cuando se saldó la última cuota de ese crédito, y en consecuencia para el momento en que se expidió el dictamen de invalidez en noviembre de 2024 ya no existía seguro porque había terminado por falta de interés asegurable.

FRENTE AL HECHO 7: No es cierto como se plantea el hecho si bien es cierto el hecho referente a que la señora Edilsa contaba con una póliza de vida deudor expedida por mi mandante, para la vigencia 2019-2020, 2020-2021, 2021-2022 y 2023-2024, lo cierto es que la vigencia 2024-2025 a la que alude la accionante es inexistente por dos razones, primero para la vigencia en cita no se pagó la prima del seguro, y segundo el seguro de vida deudor para ese momento no podía nacer a la vida jurídica, puesto que no había interés asegurable, en tanto no existía obligación financiera que pudiera vincularse al seguro de vida deudor, puesto que el crédito con Chevy Plan ya se había pagado en su totalidad en agosto de 2024, en consecuencia ante la falta de un elemento de la esencia del contrato el mismo es inexistente. Además no es cierto que el seguro ampare o deba hacerse efectivo en tanto el crédito fue pagado en su última cuota el 6 de septiembre de 2024, por lo que el seguro en su vigencia 2023-2024 terminó justo en esa misma fecha (6 de septiembre de 2024) y terminó porque al saldarse la deudora cesó el interés asegurable, en consecuencia el seguro también terminó. Finalmente las vigencias inmediatamente anteriores no están llamadas a operar de ninguna manera.

FRENTE AL HECHO 8: El hecho contiene varias afirmaciones a mi mandante no le consta lo relativo al estado económico y sustento de la demandante y su núcleo familiar, sin embargo es cierto que mi prohijada objetó la solicitud de pago que pretendió la demandante.

FRENTE AL HECHO 9: El hecho es cierto.

FRENTE AL HECHO 10: No es un hecho, son apreciaciones netamente subjetivas realizadas por parte de la accionante, pues trata de excusar su deber legal y contractual de declarar con sinceridad el real estado de salud al momento de solicitar el seguro, puesto que está acreditado que la demandante tenía diagnóstico de VIH desde 2006 que omitió declarar y así de todas maneras vició el consentimiento de mi procurada.

FRENTE AL HECHO 11: El hecho no es cierto, toda vez que se evidencia del formato de calificación de invalidez que el VIH si fue considerado como una deficiencia para el porcentaje final de la calificación, pero además la ley no impone que exista un nexo causal entre la enfermedad omitida y la causa del posterior siniestro, por lo tanto es claro que la demandante aun conociendo su diagnóstico de VIH no declaró con sinceridad el estado del riesgo y así vició el consentimiento de mi procurada.

FRENTE AL HECHO 12: No es un hecho es una consideración netamente subjetiva de la demandante quien aduce una supuesta afectación de sus derechos fundamentales cuando no es cierto, en este caso mi representada únicamente ha actuado de acuerdo con la normatividad que rige los seguros.

FRENTE AL HECHO 13: A mi mandante no le consta lo relativo a la expedición de la historia clínica y el contexto en el que se emitió puesto que no ostenta calidad de IPS y aquella tiene relación con entidades de salud ajenas a la aseguradora.

FRENTE AL HECHO 14: Corresponde a una serie de consideraciones subjetivas realizadas por la demandante quien trata de excusar el incumplimiento del deber legal que le asistía de declarar sinceramente el estado del riesgo. Sin embargo desde ya se destaca que el seguro para la vigencia 2023-2024 terminó el 6 de septiembre de 2024 justo cuando la demandante pagó la última cuota del crédito, es decir la cuota 84. En esa medida como se trata de un seguro de vida deudor el mismo terminó justo cuando cesó el intereses asegurable, puesto que este seguro no puede subsistir sin una obligación, el mismo es accesorio a aquella, (ii) el seguro para la vigencia 2024-2025 que adjunta la parte demandante es inexistente pues no existía riesgo asegurable y en consecuencia el contrato no nace a la vida jurídica por falta de uno de los elementos esenciales, además se destaca que no se pagó la prima de dicha vigencia (iii) en todo caso el seguro no presta cobertura material en tanto de acuerdo con el riesgo de ITP se estipuló que el mismo se configura cuando se

diagnostique una enfermedad en vigencia del seguro que conlleve a la declaración de invalidez, empero la invalidez se originó por el VIH que la señora Sánchez padecía desde el año 2006, es decir mucho antes del 2019, fecha en la cual la demandante solicitó el seguro, además (iv) el seguro no presta cobertura temporal de conformidad con el artículo 1073 del C.Co. porque el “sinistro se habría empezado a gestar con anterioridad al seguro, para el caso concreto desde el 2006 momento para el cual se diagnosticó la enfermedad que llevó a la declaratoria de invalidez, y finalmente (vi) el seguro está afectado de nulidad relativa en tanto la asegurada omitió declarar el diagnóstico de VIH que padecía desde el 2006, aspecto que innegablemente altera el riesgo asumido y que de haberlo conocido mi mandante no hubiese celebrado el contrato o lo hubiese hecho en condiciones mucho más onerosas.

II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

OPOSICIÓN A LA PRIMERA PRETENSIÓN: Me opongo a la primera pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que la objeción brindada a la asegurada no fue infundada y no será posible acceder al pago del seguro en tanto (i) el seguro para la vigencia 2023-2024 terminó el 6 de septiembre de 2024 justo cuando la demandante pagó la última cuota del crédito, es decir la cuota 84. En esa medida como se trata de un seguro de vida deudor el mismo terminó justo cuando cesó el interés asegurable, puesto que este seguro no puede subsistir sin una obligación, el mismo es accesorio a aquella, (ii) el seguro para la vigencia 2024-2025 que adjunta la parte demandante es inexistente pues no existía riesgo asegurable y en consecuencia el contrato no nace a la vida jurídica por falta de uno de los elementos esenciales, además se destaca que no se pagó la prima de dicha vigencia (iii) en todo caso el seguro no presta cobertura material en tanto de acuerdo con el riesgo de ITP se estipuló que el mismo se configura cuando se diagnostique una enfermedad en vigencia del seguro que conlleve a la declaración de invalidez, empero la invalidez se originó por el VIH que la señora Sánchez padecía desde el año 2006, es decir mucho antes del 2019, fecha en la cual la demandante solicitó el seguro, además (iv) el seguro no presta cobertura temporal de conformidad con el artículo 1073 del C.Co. porque el “sinistro se habría empezado a gestar con anterioridad al seguro, para el caso concreto desde el 2006 momento para el cual se diagnosticó la enfermedad que llevó a la declaratoria de invalidez, y finalmente (vi) el seguro está afectado de nulidad relativa en tanto la asegurada omitió declarar el diagnóstico de VIH que padecía desde el 2006, aspecto que innegablemente altera el riesgo asumido y que de haberlo conocido mi mandante no hubiese celebrado el contrato o lo hubiese hecho en condiciones mucho más onerosas.

OPOSICIÓN A LA SEGUNDA PRETENSIÓN: Me opongo a la segunda pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, en tanto al margen de las defensas efectuadas, y aunque no constituya un requisito legal ni contractual, en todo caso el VIH si fue catalogado como una deficiencia en la calificación efectuada por Colpensiones, es decir

que si se consideró en la ponderación y posterior aplicación de la fórmula para la calificación de la invalidez. Aunado a ello, el seguro no podrá afectarse en tanto (i) el seguro para la vigencia 2023-2024 terminó el 6 de septiembre de 2024 justo cuando la demandante pagó la última cuota del crédito, es decir la cuota 84. En esa medida como se trata de un seguro de vida deudor el mismo terminó justo cuando cesó el intereses asegurable, puesto que este seguro no puede subsistir sin una obligación, el mismo es accesorio a aquella, (ii) el seguro para la vigencia 2024-2025 que adjunta la parte demandante es inexistente pues no existía riesgo asegurable y en consecuencia el contrato no nace a la vida jurídica por falta de uno de los elementos esenciales, además se destaca que no se pagó la prima de dicha vigencia (iii) en todo caso el seguro no presta cobertura material en tanto de acuerdo con el riesgo de ITP se estipuló que el mismo se configura cuando se diagnostique una enfermedad en vigencia del seguro que conlleve a la declaración de invalidez, empero la invalidez se originó por el VIH que la señora Sánchez padecía desde el año 2006, es decir mucho antes del 2019, fecha en la cual la demandante solicitó el seguro, además (iv) el seguro no presta cobertura temporal de conformidad con el artículo 1073 del C.Co. porque el “siniestro se habría empezado a gestar con anterioridad al seguro, para el caso concreto desde el 2006 momento para el cual se diagnosticó la enfermedad que llevó a la declaratoria de invalidez, y finalmente (v) el seguro está afectado de nulidad relativa en tanto la asegurada omitió declarar el diagnóstico de VIH que padecía desde el 2006, aspecto que innegablemente altera el riesgo asumido y que de haberlo conocido mi mandante no hubiese celebrado el contrato o lo hubiese hecho en condiciones mucho más onerosas.

OPOSICIÓN A LA TERCERA PRETENSIÓN: Me opongo a la tercera pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a la compañía en tanto (i) el seguro para la vigencia 2023-2024 terminó el 6 de septiembre de 2024 justo cuando la demandante pagó la última cuota del crédito, es decir la cuota 84. En esa medida como se trata de un seguro de vida deudor el mismo terminó justo cuando cesó el intereses asegurable, puesto que este seguro no puede subsistir sin una obligación, el mismo es accesorio a aquella, (ii) el seguro para la vigencia 2024-2025 que adjunta la parte demandante es inexistente pues no existía riesgo asegurable y en consecuencia el contrato no nace a la vida jurídica por falta de uno de los elementos esenciales, además se destaca que no se pagó la prima de dicha vigencia (iii) en todo caso el seguro no presta cobertura material en tanto de acuerdo con el riesgo de ITP se estipuló que el mismo se configura cuando se diagnostique una enfermedad en vigencia del seguro que conlleve a la declaración de invalidez, empero la invalidez se originó por el VIH que la señora Sánchez padecía desde el año 2006, es decir mucho antes del 2019, fecha en la cual la demandante solicitó el seguro, además (iv) el seguro no presta cobertura temporal de conformidad con el artículo 1073 del C.Co. porque el “siniestro se habría empezado a gestar con anterioridad al seguro, para el caso concreto desde el 2006 momento para el cual se diagnosticó la enfermedad que llevó a la declaratoria de invalidez, y finalmente (v) el seguro está afectado de nulidad relativa en tanto la asegurada omitió declarar el diagnóstico de VIH que padecía desde el 2006, aspecto

que innegablemente altera el riesgo asumido y que de haberlo conocido mi mandante no hubiese celebrado el contrato o lo hubiese hecho en condiciones mucho más onerosas.

OPOSICIÓN A LA CUARTA: Me opongo a la cuarta pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que mi representada en ninguna medida a contrariado los derechos de los consumidores, en efecto únicamente cumple con la normatividad vigente, y en este caso se reitera que no puede ni podrá accederse a las pretensiones de la demanda, en tanto el seguro de vida deudor ya había terminado en agosto de 2024 cuando la asegurada pagó la última cuota a Chevy Plan, mientras que el dictamen que declaró la invalidez de la señora Sánchez se expidió en noviembre de 2024, es decir cuando el crédito al que se vinculaba el seguro deudor ya había terminado y por ende la misma suerte siguió el seguro de vida deudor.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Sin perjuicio de que en este caso no se encuentra un juramento estimatorio en la Demanda, resulta indispensable tomar en consideración que en el presente caso se presentan las siguientes razones para que sea improcedente afectar la póliza de seguro:

En primer lugar, no puede perderse de vista que el seguro de vida es del tipo deudores, es decir ligado a una obligación financiera con Chevy Plan, sin embargo las 84 cuotas pactadas para el pago del crédito se saldaron con anterioridad al momento en que se declaró la invalidez de la señora Edilsa Sánchez Moreno, por lo tanto el interés asegurable desapareció y el seguro por su naturaleza accesoria terminó justo cuando se saldó la obligación, en consecuencia no hay lugar a efectuar pago alguno. Ahora bien, si se pensara en afectar el seguro cuya vigencia comprende el año 2024-2025 de todos modos dicho seguro es inexistente porque siendo un seguro de vida deudor el interés asegurable lo constituye la declaración de invalidez del asegurado y consecuentemente está ligado con el recaudo del dinero por parte del beneficiario oneroso, es decir, en este caso de Chevy Plan quien le concedió un crédito a la señora Sánchez, sin embargo como para el mes de diciembre de 2024 ese interés asegurable no existía porque ya no había obligación entre Chevyplan y Edilsa Sanchez, lo cierto es que el seguro de vida deudor carecía de uno de sus elementos esenciales y en consecuencia se torna inexistente sin posibilidad alguna de afectar un negocio que no podía nacer a la vida jurídica.

En segundo lugar, sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de mi representada y únicamente en el remoto e hipotético evento en el que el (la) Honorable Juez considere que sí se debe hacer efectiva la póliza materia de litigio. De todos modos, deberá tomar en consideración que no se ha acreditado el valor pretendido, en cuanto no existe prueba del valor del saldo insoluto de la obligación a la que se entendería ligado un seguro de vida deudor, y en consecuencia no hay prueba del valor cuyo pago se solicita.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. EL SEGURO DE VIDA DEUDOR INSTRUMENTALIZADO EN LA PÓLIZA 022969397 /0, Duración: del 05/12/2023 hasta el 04/12/2024 TERMINÓ CON LA DESAPARICIÓN DEL INTERESES ASEGURABLE- EL CRÉDITO SE EXTINGUIÓ AL PAGAR LA ÚLTIMA CUOTA , ANTES DE LA DECLARATORIA DE INVALIDEZ.

Debe decirse que este seguro es de vida grupo deudor, es decir que se encuentra vinculado a una obligación financiera que en este caso corresponde al crédito de vehículo otorgado por Chevy Plan y pactado a 84 cuotas, sin embargo debe precisarse que conforme a las pruebas de la demanda, dicho crédito fue saldado con el pago de su última cuota el 6 de septiembre de 2024, por lo tanto el seguro también terminó en esa fecha porque ahí cesó el interés asegurable, pues se reitera el beneficiario oneroso ya había recaudado el total de la obligación concedida a la señora Edilsa Sánchez, así las cosas para el 25 de noviembre de 2024 momento en que se expidió el dictamen que declaró la invalidez ya había cesado el interés asegurable, en consecuencia el seguro terminó junto con el pago del crédito al cual se encontraba asociado, de tal manera que es imposible acceder a pago alguno.

Al respecto valga memorar que la Corte suprema de justicia ha dicho al respecto que

*“Así, para tener probada la excepción de «inexistencia de la obligación por haber desaparecido el interés asegurable en la póliza de seguro», concluyó que «no le asiste obligación legal a [la Aseguradora] para proceder a reconocer la indemnización/solicitud en favor de [el Demandante] **por cuanto había operado la cancelación del contrato de seguro, según lo comunicado con el tomador, asegurado y beneficiario, circunstancia que obedeció porque al terminar de pagar en su totalidad los cánones del contrato de leasing que se encontraban en cabeza de la demandante y a favor del Banco (...), el interés asegurable que existía sobre el vehículo (...) desapareció y por ende, ante la falta de dicho interés, el contrato de seguro se extinguió, pues el objeto del mismo era salvaguardar el patrimonio por la realización de un eventual suceso que afecte a los intereses económicos del asegurado y beneficiario de la póliza».**”*

(...)

*“En ese sentido, **al terminarse «el contrato de leasing terminaría la póliza de seguro conexas» pues, este se canceló el «15 de junio de 2022» por lo que «siguiendo la suerte**”*

de lo principal», el «el contrato de seguro que respalda el negocio también fue terminado, cosa de la cual la demandante estaba enterada, como se tiene en cuenta en el interrogatorio de parte, cuando la representante legal de [la sociedad demandante] manifestó que ingresó al contrato en forma voluntaria y comprendía las consecuencias que tendrían tanto el cumplimiento como el incumplimiento de sus obligaciones, más aún cuando manifestó conocer de las fechas establecidas en el convenio de pago».”

Como se observa el interés asegurable como elemento esencial subsiste mientras subsista la obligación financiera que dio lugar a su nacimiento, pues en este caso la señora Edilsa tomó un crédito de vehículo con el beneficiario oneroso Chevy Plan, que se pagaría a 84 cuotas y fue en ese contexto que se expidió el seguro, es decir con el objeto de que al configurarse alguno de los riesgos se pagara el saldo insoluto de la obligación, por ende si el crédito ya se había saldado el seguro terminó en esa misma fecha.

Es de suma importancia señalar que la señora Edilsa Sánchez Moreno, finalizó el pago de la cuota establecida en el contrato con Chevy plan el día 6 de septiembre de 2024. En consecuencia, ello conllevó la terminación del seguro correspondiente a la vigencia 2023-2024, en virtud de la pérdida o cesación del interés asegurable, dado que el crédito al que se vinculaba dicha póliza ya había sido completamente saldado antes de la declaratoria de la PCL (Pérdida de Capacidad Laboral), que vale recordar se expidió en noviembre de 2024.

UNIVICUS#	\$\$\$ 014	\$U	9424_201	912_201	913_734	\$U	\$U	\$U	\$U	\$U	\$U	\$U	\$U	\$U	\$U	1.000000000	110.016295872
02/05/2024	\$538,514	\$0	\$452,381	\$72,381	\$13,752	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	1.000000000	71.376295872
02/06/2024	\$524,733	\$0	\$452,381	\$60,800	\$11,552	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	1.000000000	72.376295872
26/07/2024	\$1,052,504	\$0	\$904,762	\$121,600	\$23,104	\$0	\$0	\$0	\$2,973	\$65	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	2.000000000	74.376295872

☎ 376 91 20 Bogotá	☎ 018000 910 747 Línea gratuita nacional	📍 Carrera 7 # 75 - 26 Bogotá - Colombia	📄 Código Postal 110221	Nit. 830.001.133-7	www.chevyplan.com.co
-----------------------	---	--	---------------------------	--------------------	----------------------

Compañía vigilada por la Superintendencia de Sociedades. MTV-F-013 V 2.0 (09/2024)


ChevyPlan®

Fecha Movimiento	Valor	Distribución Pagos												N° Cuotas Pagas	Total Cuotas Pagas*	
		Inscripción	Neto	Administración¹	IVA Ins./Admón.	Seguro vida	Seguro Garantía	Otros Seguros	Interés Mora	IVA Mora	RGM²	Costas	IVA Honorarios			Iva de Honorarios
06/09/2024	\$5,075,000	\$0	\$4,353,581	\$585,121	\$111,173	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$24,770	\$0	\$0	\$0	9.623704128	84.000000000
TOTALES	\$44,891,334	\$0	\$38,000,000	\$5,579,193	\$1,060,023	\$117,572	\$0	\$0	\$30,491	\$734	\$76,800	\$0	\$21,988	\$4,178	84.000000000	84.000000000

Para consultar todo lo relacionado con tu Plan, emisión de certificados y realizar el pago de tu cuota, ingresa a la página web www.chevyplan.com.co/zona_clientes o descarga nuestra APP ChevyPlan disponible en App Store y Play Store y síguenos en nuestras redes sociales.

El contrato de seguro tiene como fundamento la existencia de un interés asegurable, el cual en este caso estaba directamente relacionado con la vigencia del crédito. Una vez que la demandante finalizó el pago total del crédito el 6 de septiembre de 2024, se configuró la extinción de dicho interés, lo que generó, de manera automática, la terminación de la cobertura del seguro conforme a las condiciones pactadas en la póliza y la propia naturaleza de este seguro de vida deudor.

Dado que al momento de la declaratoria del estado de invalidez esto es noviembre de 2024 el crédito ya se encontraba completamente cancelado, no existía ninguna obligación pendiente que justificara la continuidad del seguro. Por lo tanto, el negocio asegurativo terminó y en esta vía no resulta procedente la reclamación de cobertura con posterioridad a la extinción del interés asegurable, pues, conforme a la naturaleza del contrato de seguro, la vigencia de la póliza estaba sujeta a la existencia del crédito como objeto de protección. Por estas razones, sostenemos que la terminación del seguro se produjo en estricto cumplimiento de las disposiciones contractuales y normativas aplicables, sin que exista fundamento para la exigencia de cobertura una vez extinguido el interés asegurable.

En conclusión, la cobertura del seguro estaba estrictamente condicionada a la existencia del crédito, de modo que su pago total dio lugar a la terminación del contrato por desaparición del interés asegurable. Allianz actuó conforme a lo estipulado en la póliza y dentro del marco normativo vigente, aplicando correctamente la terminación del seguro una vez extinguido el riesgo asegurado. Permitir que se extienda una cobertura sin la existencia del interés asegurable implicaría desconocer los principios fundamentales del contrato de seguro y generar una obligación inexistente para la aseguradora. Por lo tanto, la pretensión de la demandante carece de fundamento legal, ya que al momento en que se configuró la PCL, la póliza ya no se encontraba vigente ni en condiciones de ser exigida.

2. INEXISTENCIA DEL SEGURO INSTRUMENTALIZADO EN LA PÓLIZA 022969397 / 0 del 05/12/2024 hasta el 04/12/2025., PUESTO QUE PARA DICHO MOMENTO NO EXISTÍA INTERÉS ASEGURABLE- NO EXISTÍA CRÉDITO AL QUE PUDIERA ACCEDER EL SEGURO DE VIDA DEUDOR, ADEMÁS LA PRIMA DE DICHA VIGENCIA NO SE PAGÓ

El seguro de la vigencia 2024-2025 reseñada por la demandante es inexistente primero por falta de interés asegurable en tanto no existía un crédito al que pudiera acceder el seguro de vida deudor y segundo tampoco se pagó la prima de dicha vigencia, así las cosas dicho seguro es inexistente y dicha consecuencia se fundamenta en uno de los principios esenciales del contrato de seguro: la necesidad de que exista un interés asegurable como objeto de cobertura. Sin embargo, en este caso el crédito entre la señora Edilsa y Chevy Plan se encontraba cancelado desde agosto de 2024 mientras que la invalidez se declaró en noviembre de 2024, por ende no existía interés alguno para que naciera el seguro, aunado al hecho de que no se pagó la prima para dicha vigencia.

Tratándose del interés asegurable debe decirse que el mismo constituye un elemento de la esencia del negocio asegurativo de acuerdo con el Art. 1045 del C. Co., incluso su ausencia implica la inexistencia del contrato, de ahí que siendo este un elemento indispensable del contrato de seguro se requiere que el mismo se conserve desde el ajuste del contrato hasta

la fecha en que el asegurador se haya comprometido a asumir el riesgo, es decir durante la vigencia del contrato de seguro.

Como se dijo previamente, el Art. 1045 del C. Co., estructuró el marco legal respecto de los elementos esenciales del contrato de seguro y dispone que, a falta de alguno de estos, no producirá efecto el seguro. Su tenor literal reza de la siguiente manera:

“(...) ARTÍCULO 1045. Son elementos esenciales del contrato de seguro: 1) El interés asegurable; 2) El riesgo asegurable; 3) La prima o precio del seguro, y 4) La obligación condicional del asegurador. En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno.” (énfasis añadido)

A su vez el artículo 1086 del C.Co dispone que *“El interés deberá existir en todo momento, desde la fecha en que el asegurador asuma el riesgo. La desaparición del interés llevará consigo la cesación o extinción del seguro (...)” (énfasis añadido)*. Lo aquí expuesto genera la obligación de conservar el interés asegurable para poder predicar la vigencia del seguro, de lo contrario la desaparición de dicho elemento comporta la terminación del contrato.

Para ubicar una definición clara sobre el interés asegurable, se tiene que la H. Corte Suprema de Justicia lo ha hecho en el siguiente sentido:

“(...) 3.2.1.1. El interés asegurable es la relación de índole económica que une a una persona consigo misma, o con otro sujeto, o con un bien, o con un derecho específico, que eventualmente puede resultar afectado por variedad de riesgos, todos ellos susceptibles de ser amparados en un contrato de seguro.

3.2.1.2. Tan esencial es este componente del contrato de seguro que sin él se extingue, strictu sensu, la convención conforme se infiere del precepto 1086 del C. de Co., según el cual «El interés deberá existir en todo momento, desde la fecha en que el asegurador asuma el riesgo. La desaparición del interés llevará consigo la cesación o extinción del seguro, sin perjuicio de lo dispuesto en los artículos 1070, 1109 y 1111», aunque para predicar la terminación del convenio el interés debe desaparecer completamente, pues, si subsiste parte de éste, el contrato mantiene su vigencia, al menos en lo concerniente con ese parcial interés. Incluso, en clara muestra de la importancia del interés asegurable, la

doctrina foránea ha estimado que la existencia de dicho elemento «... es esencial para legitimar el contrato e impedir que degenere en una apuesta, y porque en el seguro de daños, es la medida de la indemnización¹» (énfasis añadido)

A su vez como ya se vio el interés asegurable es un elemento esencial del contrato de seguro, por lo tanto si dicho elemento no existe debe darse aplicación al segundo inciso del artículo 898 del C. Co. Que establece “Será inexistente el negocio jurídico cuando se haya celebrado sin las solemnidades sustanciales que la ley exija para su formación, en razón del acto **o contrato y cuando falte alguno de sus elementos esenciales.**”

En este orden de ideas, el interés asegurable claramente en este tipo de seguros debe entenderse en el marco en el cual se expide un seguro de vida deudor, es decir que en estos casos la idea de aquel es que de estructurarse el siniestro sea el asegurador quien pague al beneficiario oneroso el saldo del crédito que le fue concedido al asegurado, empero como para la fecha 5 de diciembre de 2024 fecha a la que se refiere la vigencia que alega la demandante, el crédito con Chevy Plan ya se había saldado (el 6 de septiembre de 2024) lo cierto es que no existía interés asegurable que pudiera pensar si quiera en afirmar la existencia de dicho seguro para tal vigencia, aunado al hecho de que no se pagó la prima para esa vigencia, por lo tanto falta de interés asegurable y la falta de pago de la prima como elementos esenciales del seguro conlleva a afirmar que el contrato es inexistente.

3. FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LAS PÓLIZAS COMOQUIERA QUE DE CONFORMIDAD CON LA DELIMITACIÓN POSITIVA DEL RIESGO NO SE CONFIGURA LOS SUPUESTOS DE HECHO DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

La falta de cobertura material de las pólizas se configura cuando no se cumplen las condiciones esenciales para que el seguro pueda operar y generar una obligación indemnizatoria por parte de la aseguradora. El contrato de seguro es un acuerdo basado en la transferencia del riesgo, en el cual la aseguradora asume la responsabilidad de indemnizar un daño o cumplir con una prestación pactada si y solo si ocurre un evento incierto y aleatorio dentro del período de vigencia de la póliza. En este sentido, la cobertura de un seguro se encuentra delimitada por tres elementos fundamentales: la vigencia del contrato, la existencia del riesgo asegurable y el cumplimiento de las condiciones contractuales. Así las cosas, no puede perderse de vista que se pactó que el amparo

¹ CORTE SUPREMA DE JUSTUCIA, Sentencia de 21 de marzo de 2003. MP. Julio César Valencia Copete. Expediente 6642.

de incapacidad opera siempre y cuando en vigencia del seguro se diagnostique una enfermedad que lleve a la declaratoria de invalidez, sin embargo, en este caso la enfermedad de VIH fue diagnosticada desde 2006 por lo tanto no se cumple con la forma en que se definió el amparo.

La falta de cobertura material de las pólizas vigentes se configura cuando no se cumplen las condiciones esenciales para que el seguro pueda operar y generar una obligación indemnizatoria por parte de la aseguradora. El contrato de seguro es un acuerdo basado en la transferencia del riesgo, en el cual la aseguradora asume la responsabilidad de indemnizar un daño o cumplir con una prestación pactada si y solo si ocurre un evento incierto y aleatorio dentro del período de vigencia de la póliza. En este sentido, la cobertura de un seguro se encuentra delimitada por tres elementos fundamentales: la vigencia del contrato, la existencia del riesgo asegurable y el cumplimiento de las condiciones contractuales.

En este punto es importante que su Despacho tenga en cuenta que en materia de seguros, el asegurador según el Artículo 1056 del C. Co. 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)>>”². (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Bajo este panorama debe decirse que la falta de cobertura material de las pólizas vigencia 2023-2024 y 2024-2025 se fundamenta en la exclusión expresa contemplada en el condicionado general de la póliza, el cual establece que Allianz únicamente se compromete a indemnizar el valor asegurado pactado cuando, dentro de la vigencia de la póliza, al asegurado le haya sido diagnosticada una enfermedad, sufra lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le generen una incapacidad total y permanente (PCL). Esta disposición contractual es clara y determinante al señalar que el diagnóstico de la enfermedad debe haberse producido dentro del período de cobertura para que se active la obligación indemnizatoria de la aseguradora. En otras palabras, el contrato de seguro no tiene efecto retroactivo y no cubre enfermedades preexistentes que hayan sido diagnosticadas antes del inicio de la póliza.

² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia 4527 -2020. Noviembre 23 de 2020

2. AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

ALLIANZ SE COMPROMETE A INDEMNIZAR EL VALOR ASEGURADO PACTADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA PARA EL PRESENTE AMPARO, CUANDO, DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA, AL ASEGURADO LE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA UNA ENFERMEDAD, SUFRA LESIONES ORGÁNICAS O ALTERACIONES FUNCIONALES QUE LE ORIGINEN UNA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

En el presente caso, se tiene plena certeza de que la señora Edilsa Sánchez Moreno fue diagnosticada con VIH en el año 2006, es decir, diecisiete años antes de la entrada en vigencia de las pólizas 2023-2024 y 2024-2025. Este hecho es incontrovertible y demuestra que la patología que condujo a la declaratoria de PCL no puede considerarse cubierta bajo los términos del contrato, ya que su existencia precede la relación aseguradora. En consecuencia, no puede generarse derecho alguno a indemnización por parte de Allianz, pues la enfermedad no surgió ni se manifestó dentro del período de vigencia del seguro, sino que es anterior a este y, por lo tanto, queda excluida del amparo ofrecido por la póliza.

Permitir que se otorgue una cobertura por una condición preexistente sería contrario no solo a los términos expresamente pactados en el contrato de seguro, sino también a la naturaleza misma de este. El seguro es un contrato de carácter aleatorio, en el que la aseguradora asume un riesgo futuro e incierto a cambio de una prima. No obstante, si el evento asegurado ya ha ocurrido o es preexistente al contrato, desaparece la incertidumbre y, en consecuencia, no hay un riesgo asegurable. Así lo reconoce el artículo 1045 del Código de Comercio de Colombia, que establece que el seguro solo cubre "riesgos lícitos que puedan ser objeto de apreciación económica y que no hayan ocurrido ni sean inminentes en el momento de la celebración del contrato". En este caso, la enfermedad que condujo a la PCL ya existía desde el año 2006, por lo que no podía ser objeto de aseguramiento bajo las pólizas en discusión.

Por lo tanto, la solicitud presentada por la demandante carece de fundamento, pues no se cumple el requisito esencial de temporalidad del diagnóstico dentro de la vigencia de la póliza, lo que excluye cualquier tipo de indemnización por parte de Allianz. La aseguradora ha actuado conforme a derecho al negar la cobertura, dado que el contrato de seguro no puede ser utilizado para amparar eventos que ya se habían materializado con anterioridad a su celebración. En este sentido, la aplicación estricta de la cláusula contractual impide que se genere un derecho indemnizatorio sobre una enfermedad diagnosticada en 2006, asegurando así la correcta interpretación y ejecución del contrato de seguro conforme a la ley, la equidad y los principios que lo rigen.

4. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DE LAS POLIZAS COMOQUIERA QUE EL RIESGO SE EMPEZÓ A ESTRUCTURAR ANTES DE LA VIGENCIA DE LOS SEGUROS- APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 1073 DEL C.CO.

En el presente caso no podrá imputarse responsabilidad alguna al demandado, toda vez que el siniestro inició antes de la entrada en vigencia de la Póliza de Seguro de Vida para la vigencia 2023-2024 y aun al margen de discusión de la póliza 2024-2025 (que ya se ha dicho es inexistente). En este sentido, no se puede pasar por alto que el artículo 1073 del C.Co expresamente indica que si el siniestro se inicia antes y continúa después de que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable. En efecto, el siniestro inicio con el diagnóstico VIH de la señora Edilsa Sánchez, en el año 2006. Por tal motivo, dado que dicha circunstancia fue que dio inicio a la configuración del siniestro, realizándose antes que la póliza en mención entrara en vigencia, es decir, antes del 2019 es claro que debe aplicarse el artículo 1073 del C.Co., y exonerar de toda responsabilidad a Allianz Seguros de Vida S.A. Frente a lo anterior, el Consejo de Estado ha sido enfático en establecer que el derecho a la indemnización solo surge cuando el riesgo se realiza dentro del periodo amparado por la póliza, pues si éste no se materializa dentro del término de vigencia no podrá ser cubierto por la respectiva póliza:

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

Al respecto, se observa que el artículo 1047 del Código de Comercio establece cuales son los requisitos que debe contener la póliza, entre los cuales se encuentran (i) la determinación de la fecha en que se extiende la misma y (ii) la vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras. Obsérvese como el legislador consideró necesario determinar el límite temporal de cobertura de las pólizas de seguro, pues la responsabilidad de la Aseguradora estará delimitada estrictamente por las fechas de cobertura. Se concluye entonces que, al haberse determinado un ámbito temporal de cobertura,

³ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección tercera, subsección B, sentencia del diecinueve (19) de junio de dos mil trece (2013) Consejero Ponente Danilo Rojas Betancourth, radicado: 25000- 23-26-000-2000-02019- 01(25472)

puntualmente el de ocurrencia, para que pueda predicarse el amparo, es necesario que tanto el hecho, como las causas que dan origen al mismo, ocurran dentro de la vigencia de la póliza.

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

“32. Dada la naturaleza de la obligación que contrae el asegurador, resultade la mayor importancia la determinación del momento exacto a partir del cual aquel asume el riesgo que le es trasladado y así mismo, la hora y el día hasta los cuales va tal asunción, puesto que únicamente estará obligado a ejecutar la prestación a su cargo cuando el riesgo se realice dentro de ese lapso, es decir si el siniestro se presenta dentro de esos límites temporales. Al respecto, el artículo 1073 del C. de Co., relativo a la responsabilidad del asegurador, establece que “Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consuma la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro 33. De acuerdo con lo anterior, el legislador sólo concede el derecho a la indemnización a cargo del asegurador, cuando el riesgo se realiza o inicia su realización dentro del periodo amparado por la respectiva póliza. Como lo sostuvo la Sala, “Debe tenerse en cuenta que lo que se exige en el régimen de los contratos de seguros, en cuanto a su vigencia y cobertura, es que el riesgo efectivamente se materialice durante el periodo de vigencia de la póliza, puesto que una cosa es el surgimiento del derecho a obtener la indemnización y otra cosa es el derecho a recibir su pago, el que sí se concreta una vez se hace la reclamación en la forma establecida por la ley”⁴ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

⁴ Consejo de Estado. Sección tercera. Sentencia 25000-23-26-000-2000-02019-01(25472). Consejera Ponente: Danilo Rojas Betancourth

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

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

“ARTÍCULO 1073. RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR SEGÚN EL INICIO DEL SINIESTRO. Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consume la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.”
(subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

“Previo a abordar la problemática anunciada, conviene dejar sentado que: Si, por definición, el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño (siniestro) previsto en el contrato, va de suyo que, en el marco de la autonomía de la voluntad y de las normas legales imperativas y relativamente imperativas, las partes deberán acordarla determinación del riesgo cubierto. En efecto, el interés asegurado no es factible hallarlo asegurado bajo cualquier circunstancia o causa, sin límites temporales, o en cualquier lugar que se halle o ubique. Por el contrario, se hace necesario delimitar el riesgo causal, temporal y espacialmente.”⁵ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

⁵ Corte Suprema de Justicia. SC3893 de 2020. Radicación 2015-00826. M.P. Luis Alonso Rico Puerta

“Por lo dicho, tradicionalmente estos seguros amparan el riesgo de detrimento patrimonial del asegurado, originado en un “hecho externo”, dañoso, indudablemente. Acontecido durante la vigencia de la póliza (seguro basado en la ocurrencia)”⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto)

De acuerdo con lo anterior, es pertinente concluir que dado que la Póliza expedida por mi representada, tuvo término de vigencia desde diciembre del 2019 hasta el diciembre de 2024, es claro que el contrato no presta cobertura temporal porque el siniestro inició antes de que los riesgos corrieran por cuenta del asegurador.

Es decir, teniendo en cuenta el diagnosticada de VIH en el año 2006, inició antes de entrar en vigencia la póliza Vida, y por ende no habría lugar a la afectación de la misma puesto que evidentemente el siniestro inició antes de la entrada en vigencia de Póliza de Seguro de Vida No. 022969397. Por todo lo dicho, finalmente, no resulta factible afectar la Póliza de Seguro expedida por Allianz Seguros de Vida S.A., dado que siguiendo los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, mi procurada no estaría llamada a responder por el siniestro que se originó con el VIH de la señora Edilsa Sánchez Moreno, el cual, perduro en el tiempo. De esa manera, dado que el origen del daño proviene antes de diciembre de 2019, es claro que el contrato de seguro no presta cobertura temporal y por ende, no puede e ser afectado. Razón por la que resultaría inadmisibles que se le atribuya cualquier tipo de responsabilidad a la Compañía Aseguradora, por tratarse de un hecho que se origina previo a la fecha de inicio de vigencia de la póliza en mención.

5. SUBSIDIARIAMENTE NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DE LA ASEGURADA.

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que la Asegurada, la señora Edilsa Sánchez Moreno, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento del 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, tal como el diagnóstico positivo de VIH que la señora Edilsa padece desde el año 2006, es decir mucho antes de tomar el seguro de vida deudor, y que de hecho, de haber sido conocido dicho padecimiento por mi representada, esto es 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 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,

⁶ Corte Suprema de Justicia. SC5217 de 2019. Radicación 2008-00102. M.P. Luis Alonso Rico Puerta

en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras, y, en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**”⁷. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

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

“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las

⁷ 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.

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 dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.

*Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado,** las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro** o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora”.* (Subrayado fuera del texto original)

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la

conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”⁸(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.”⁹(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01.

⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

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.”¹⁰(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador,** puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no*

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001-22-14-000-2019-00181-01.

*es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para la fecha 4 de diciembre de 2019 época en la cual la Asegurada solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora Edilsa Sanchez Moreno las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que la señora Edilsa Sánchez Moreno conocía de sus padecimientos de salud con mucha anterioridad al mes de diciembre de 2019, negó la existencia de su enfermedad a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas de la señora Edilsa Sanchez Moreno y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

7. Declaración de asegurabilidad del Asegurado			
MÉDICO (Este cuestionario deberá ser contestado totalmente). ¿Padece o ha padecido de alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? :			
a. ¿Convulsiones, Derrame cerebral, Isquemia o Trombosis, Epilepsia, Parkinson, Alzheimer, Esclerosis múltiple, Síncopes, Vértigo, u otras enfermedades del sistema nervioso?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	l. ¿Enfermedades de los huesos y de las articulaciones: Lumbalgia, Ciática, Artritis, Artritis, Reumatismo, Angulosis, Trauma craneo encefálico o de columna o fractura no consolidada?
b. ¿Ansiedad, Ataque de nervios, Depresión u otro trastorno mental?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	j. ¿Sordera, Ceguera, Cataratas, Glaucoma, Queratocono?
c. ¿Erisema, Bronquitis crónica (EPOC), Fibrosis pulmonar, Hipertensión pulmonar, Asma, Tuberculosis?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	k. ¿Paraplejía, Hemiplejía, Parálisis, Amputaciones o incapacidades no mencionadas en este cuestionario?
d. ¿Hipertensión arterial, Enfermedad cardíaca, Enfermedad Coronaria, Valvulopatía, Arritmias?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	l. ¿Ha consumido durante los últimos 5 años estimulantes o estupefacientes?
e. ¿Digestivas: Úlceras, Pólipos, Quistes, Divertículos, Hernias, Gastritis, Dispepsia, Reflujo Gastroesofágico, Enfermedad del colon, Cirrosis hepáticas, Pancreatitis?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	m. ¿Le han realizado exámenes para diagnosticar otras enfermedades o antecedentes diferentes a los anteriormente mencionados?
f. ¿Renales y/o genitourinarias, Próstata, testículos, útero, ovarios, trompas de falopio, senos, enfermedades venéreas?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	n. ¿Ha sido operado u hospitalizado o piensa hacerse una operación próximamente?
g. ¿Tumores, cualquier tipo de Cáncer, Anemia, Leucemia, Melanoma múltiple, Lupus, Hepatitis, SIDA - VIH, Trombosis venosa o cualquier otra enfermedad de la sangre o inmuno - infecciosa?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	o. (MUJERES) ¿Está embarazada actualmente? En caso afirmativo, adjuntar copia de controles prenatales completos. ¿Cuántos meses? _____
h. ¿Diabetes, Enfermedades de la tiroides, Dislipidemia, Gota o alguna enfermedad Endocrina o Glandular?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>	p. (MUJERES) ¿Ha tenido complicaciones en embarazos anteriores?

Declaración de asegurabilidad que data del 4 de diciembre de 2019

Visto lo anterior, la aseguradora indagó la señora Edilsa Sánchez Moreno sobre su condición de salud y como se vio se preguntó **si padece o ha padecido** de las citadas condiciones, incluso en el literal g se le indagó expresamente sobre el diagnóstico de SIDA-VIH, frente a dicho interrogante la asegurada manifestó a todas y cada una de ellas que NO, de tal manera que, está claro que faltó a la verdad al suscribir la declaración de asegurabilidad, pues en la misma demanda, en el hecho 10, la parte accionante confiesa que padecía VIH desde el año 2006, con ello es evidente que un diagnóstico de dicha magnitud tiene la virtualidad de generar las consecuencias previstas en el artículo 1058 del código de comercio.

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora Edilsa Sánchez Moreno respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad, incluso aquella que específicamente indagó sobre el VIH-SIDA. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido

a que la entonces Asegurada padecía o había sido diagnosticada con VIH desde el año 2006, aspecto que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocido en el momento oportuno por esta última, esto es, 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.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable despacho tenga en cuenta que la señora Edilsa Sánchez Moreno no informó a mi representada que padecía de problemas en la salud y que eran de su conocimiento con anterioridad a la suscripción del seguro, a pesar de que la señora Sánchez Moreno tenía sendos padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre de 2019, fecha en la cual suscribió la declaración de asegurabilidad y que definitivamente aunque no sea un requisito de ley para declarar la nulidad, si tiene relación o incidencia en la declaratoria de invalidez de la accionante, así las cosas veremos cómo los diagnósticos que se tuvieron en cuenta para emitir el dictamen de pérdida de capacidad laboral eran anteriores a la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad:

En el formulario de calificación de la pérdida de capacidad laboral expedido por Colpensiones, para efectuar el cálculo del porcentaje de final de calificación, se consideró la enfermedad con DX B24X enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana VIH, tal como se aprecia a continuación:

"Paciente con diagnóstico de VIH desde marzo del 2006 por prueba confirmatoria. Diagnóstico calificado: B24X- Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana VIH." (Subrayado y negrillas fuera del texto).

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	DEFICIENCIA(S) MOTIVO DE CALIFICACION/CONDICIONES DE SALUD									
B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION	COMÚN	DEFICIENCIA POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)									
J961	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA	COMÚN	DEFICIENCIA POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA, SECUELA DE TUBERCULOSIS RESPIRATORIA OXIGENODEPENDIENTE									
No.	Descripción	Clase funcional/Valor porcentual						Ajuste Total Deficiencia	Resultado	CAT	Dominancia	% Total Deficiencia (F.Belthazar, sin ponderar)
		No Tabla	Clase	CFPFU	CFM 1	CFM 2	CFM 3		Clase final y literal	%deficiencia		
1	DEFICIENCIA POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA SECUELA DE TUBERCULOSIS RESPIRATORIA OXIGENODEPENDIENTE	3.2	4	4	4				4B	65.00	0	NO
2	DEFICIENCIA POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	7.4	2	2	4				2C	60.00	0	NO
Total Deficiencia (sin ponderar): 65.00												

CFP: Clase Factor principal CFM: Clase Factor Modulador CFU: Clase Factor único
 Fórmula: Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1.CFB1) + (CFM2.CFB2) + (CFM3.CFB3)

Documento: Formulario de pérdida de capacidad laboral expedido por Colpensiones

A continuación se verá como dicha enfermedad que se relacionó en el formulario de calificación de Colpensiones era de pleno conocimiento de la señora Edilsa Sánchez por ser diagnosticada con anterioridad al año 2019 fecha para la cual se suscribió la declaración de asegurabilidad, veamos:

• **DIAGNÓSTICO DE VIH**

5.1 HISTORIA CLÍNICA
Paciente quien está en proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral, revisando historia clínica aportada presenta diagnóstico Virus de la inmunodeficiencia humana VIH desde 2006, estadio inicial C3 de la clasificación de la CDC-Atlanta 1993 y Estadio III de la clasificación de 2008, calificación de origen común asociado a prácticas sexuales con riesgo, según aporte CD4 311 cel/uL, carga viral detectable (28 copias/mL) supresión viral según CAC y CD4 en compromiso moderado en recuperación, se suspende profilaxis dado registro de CD4 >200 consecutivos e indefectibilidad. Presentó en 2023 Tuberculosis pulmonar pleuresia tuberculosa, 08/07/2023 transparencia pulmonar con infiltrados intersticiales y reticulares y difusos, espirometría 01/2024 VEF1 37%, TAC de tórax 02/2024 con atrapamiento de aire de lóbulos inferiores, cambios por enfisema pulmonar y mosaico de perfusión, pérdida de volumen de lóbulos superiores con infiltrados. Aporta concepto Neumología tratamiento finalizado de Tuberculosis quien determina Insuficiencia respiratoria crónica por secuelas de infección oportunista pulmonar, con alteración en la funcionalidad de paciente, manejo actual farmacológico inhalador y retroviral, terapias respiratorias, usuaria de oxígeno 24 horas.

Documento: Formulario de pérdida de capacidad laboral expedido por Colpensiones

Además, en el formulario de calificación es evidente que el diagnóstico de VIH estaba confirmado desde el año 2006 y que en efecto, aunque como ya se ha dicho, no es un requisito para la declaración de nulidad relativa, lo cierto es que tal diagnóstico sí fue considerado por el ente calificador para certificar el porcentaje final de la pérdida de capacidad laboral, tanto así que fue considerado una deficiencia catalogado en la tabla 7.4 y se le asignaron valores que posteriormente fueron usados en la fórmula de Balthazar que derivó en la calificación del 66,30%, veamos:

No.	Descripción	Clase funcional/Valor porcentual							Resultado	CAT	Dominancia	% Total Deficiencia (F.Balthazar, sin ponderar)
		No Tabla	Clase	CFPFU	CFM 1	CFM 2	CFM 3	Ajuste Total Deficiencia				
1	DEFICIENCIA POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA SECUELA DE TUBERCULOSIS RESPIRATORIA OXIGENODEPENDIENTE	3.2	4	4	4				4B	65.00	0	NO
2	DEFICIENCIA POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH]	7.4	2	2	4				2C	60.00	0	NO
%Total Deficiencia (sin ponderar): 86.00												
CFP: Clase Factor principal			CFM: Clase Factor Modulador				CFU: Clase Factor único					
Formula: Ajuste Total de Deficiencias por tabla: (CFM1-CFP) + (CFM2-CFP) + (CFM3-CFP)												
Formula de Balthazar: Obtiene el valor final de las deficiencias sin ponderar												
Combinación de valores:			A+ (100-A) *B			A: Deficiencia de mayor valor						
			100			B: Deficiencia de menor valor						
VALOR FINAL DE LA PRIMERA PARTE (TITULO PRIMERO)												
CALCULO FINAL DE LA DEFICIENCIA- PONDERADA:							% Total deficiencia(sin ponderar) X 0,5		43.00			

Documento: Formulario de pérdida de capacidad laboral expedido por Colpensiones

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) la señora Edilsa Sánchez Moreno ya contaba con un diagnóstico de: “Paciente con diagnóstico de VIH desde marzo del 2006 por prueba confirmatoria. Diagnóstico calificado: B24X- Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana VIH” con anterioridad al mes de diciembre de 2019, fecha en la que se perfeccionó el seguro para la obligación No. S. 22969397 , y (ii) que esta enfermedad y

antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado, máxime cuando el VIH debilita el sistema inmunitario de la persona que lo padece, de ahí que, incluso la tuberculosis respiratoria se cataloga como una “enfermedad oportunista” se presentan con más frecuencia o son más graves en las personas con inmunodeficiencia que entre las personas con un sistema inmunitario sano, por ende era tan relevante conocer del padecimiento de la asegurada con anterioridad a la suscripción del seguro, porque el mismo se expidió considerando un riesgo “normal” y no considerando el diagnóstico de la señora Sánchez, que en efecto incrementaban el riesgo que estaba siendo trasladado. Finalmente, aunque como se vio, el VIH fue una de las enfermedades que llevaron a la declaratoria de invalidez, es decir que sí existe una relación causal, este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

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

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el

dolo con el consentimiento del asegurador. *En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

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

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos resaltar que en virtud del condicionado que rige el seguro, la compañía estableció una cláusula causal para la declaratoria de nulidad relativa, es decir de manera libre decidió que la nulidad solo aplicaría si las causas que originaron el siniestro son coincidentes con la reticencia o inexactitud, excepto en los casos en que se oculte el padecimiento de entre otras afecciones de SIDA/VIH, veamos:

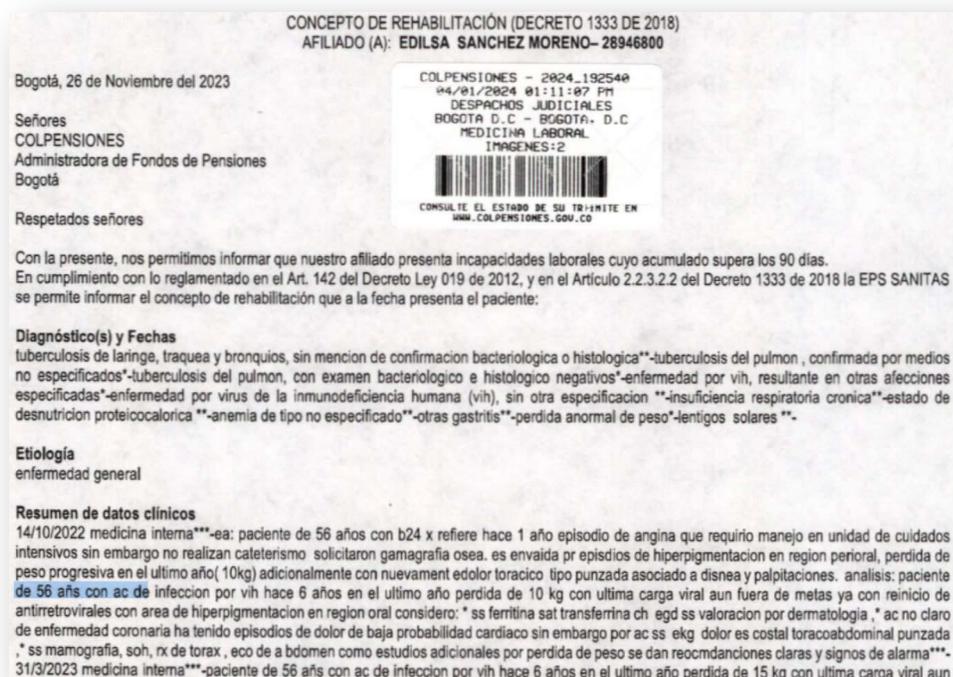
En caso de inexactitud o reticencia del tomador, Allianz sólo podrá aplicar las sanciones arriba contempladas, si las causas que originaron directa o indirectamente el siniestro son coincidentes con la reticencia o inexactitud en que ocurrió el tomador. Esta condición no tendrá aplicación cuando el tomador oculte el padecimiento de alguna de las siguientes enfermedades catastróficas: Cáncer, SIDA/VIH, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple, Apoplejía, Accidente Cerebrovascular y Enfermedades Mentales.

En ese sentido, se resalta que aunque la nulidad relativa del seguro es una consecuencia jurídica prevista expresamente en el artículo 1058 del C.Co., incluso la aseguradora decidió que para determinados eventos se requería una relación causal entre la reticencia y la causa del siniestro, empero de manera clara y fidedigna se estipuló que dicha excepción no es aplicable cuando se haya omitido la declaración de enfermedades como VIH/SIDA, así las cosas, ni la ley exige una relación de causalidad entre la enfermedad omitida y la causa del siniestro, en este caso la ITP, y tampoco las partes convinieron que fuera necesaria dicha causalidad, en consecuencia es

innegable que la señora Edilsa no declaró sinceramente el estado del riesgo y con elló el consentimiento de mi representada se vió alterado, en tanto creyó estar amparando a una persona en óptimo estado de salud cuando no era así.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que la señora Edilsa Sanchez Moreno no informó a mi procurada de la existencia de su enfermedad, de manera previa a la suscripción de la declaración de asegurabilidad. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de su aseguramiento en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con sendas patologías.

En resumen, el aseguramiento de la señora Edilsa Sanchez Moreno debe declararse nulo, debido a que ella ocultó su enfermedad y antecedentes de VIH durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió. Además no es de recibo el argumento de que el VIH estuviese controlado y la señora Edilsa fuese asintomática, pues como se conoce dicho diagnostico no tiene cura, además que se evidencia de la historia clínica que fue recopilada en el concepto de rehabilitación que obra en el expediente, existe una nota del 14 de octubre de 2022 en donde se indica “paciente de 56 años con ac de infección por vih hace 6 años en el último año perdida de 10 kg con ultima carga viral aun fuera de metas ya con reinicio de antirretrovirales” tal como se muestra:



Es decir, el diagnóstico de VIH existe y fue conocido por la señora Sánchez desde el año 2006, es decir muchos años antes de suscribir la solicitud del seguro en 2019, aunado a ello de acuerdo con la historia clínica en 2022 la carga viral estaba fuera de metas, lo que descarta la afirmación de la demandante de que fuera asintomática, aun así, lo realmente relevante es que conociendo del diagnóstico la asegurada no lo declaró a la compañía y de esa manera vició su consentimiento, pues pensó estar asegurando a una persona en óptimas condiciones de salud cuando no lo era y que esa enfermedad resultaba tan relevante que incluso por ser una afección relacionada con el sistema inmunológico torna al paciente más propenso a otras enfermedades como la tuberculosis. En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora Edilsa Sánchez Moreno debe declararse nulo, debido a que negó todas sus patologías y antecedentes previos durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del seguro, especialmente el VIH, más aun, cuando su patologías le fueron preguntado expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió y aun así lo negó, por ende es evidente que de haber declarado sinceramente el estado del riesgo la consecuencia comercial que hubiera adoptado mi mandante hubiese sido diferente, o hubiese pactado condiciones más onerosas o no hubiese celebrado el contrato.

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

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

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

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

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

aplicación a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del C.Co. Al respecto, el artículo 1158 del Código de Comercio indica lo siguiente:

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

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 uberrima bona fidei, la razón de esto es que, en el contrato de seguros 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 él 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 jurídico¹¹.*

¹¹ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales¹². 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 otra sentencia expuso:

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud,** no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.”¹³(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para

constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

¹² Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹³ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez. 14 Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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 Gutiérrez¹⁴, 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...¹⁴(subrayado fuera del texto original).

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

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

¹⁴ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

con ésta 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 a 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”

Asimismo, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en la Sentencia del 26 de Octubre de 2016 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Carmen Sofía Orozco contra el Banco Caja Social expediente 2016-0367 (la firma convalida el contenido del documento):

*A la luz de las normas y el precedente judicial citado aunado al análisis del acervo probatorio se tiene que **la omisión de la información sobre el estado de salud tiene gran injerencia en el contrato de seguro cuyo cumplimiento persigue**, y es que se aseveró por la actora que su esposo había informado a la entidad aseguradora las enfermedades que padecía, **por el contrario de la solicitud denominada certificado individual, se extrae que el demandante suscribió el documento sin reparo alguno en su contenido, por lo que avaló con su firma las manifestaciones allí contenidas**, esto es, que su estado de salud era bueno, pese que las historias clínicas allegadas al plenario desmentían tal afirmación.*

Se tiene que el demandante diligencia la declaración de asegurabilidad con el fin de ser incluido en la póliza de vida grupo deudores, luego al momento de adquirir el crédito fue indagado sobre su estado de salud, y manifestó gozar de un buen estado de salud, sobre el particular, debe señalarse que previo a suscribirse el contrato de seguro, el tomador está en la obligación de declarar los hechos y circunstancias que rodean su estado del riesgo con el fin de que se pueda dar a conocer su extensión y otorgar un consentimiento que no se encuentre errado: con motivo de la declaración en cita se le permite a la aseguradora valorar oportunamente la conveniencia del riesgo para asumirlo o abstenerse de hacerlo de acuerdo con los presupuestos técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia en virtud de la libertad contractual, así las cosas en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias jurídicas

que identifican el riesgo moral y subjetivo y el físico objetivo que inciden en el juicio del asegurador de tal manera que si se omiten o no corresponden a la realidad el contrato estaría sujeto a la ascensión legal de nulidad”
(Subrayado y negrita fuera de texto)

Por lo anterior, no es admisible que los operadores judiciales y el extremo activo pretendan que, por cada contrato de seguro se realice un examen médico, pues es impensable y poco práctico, debido a que el funcionamiento de los contratos de seguro se perfecciona por prácticas distintas.

Lo anterior en virtud a que, si fuera obligación de las aseguradoras la realización de estos exámenes médicos, se omitiría la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad y no tendría fundamento alguno el artículo 1058 del Código de Comercio, que prevé la reticencia como causal relativa del contrato de seguro cuando el asegurado/tomador no declara el verdadero estado del riesgo, en otras palabras, dejaría de ser una obligación contractual para la parte asegurada declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, situación inviable para el presente negocio jurídico, pues la piedra angular de este tipo contractual es la UBERRIMA BUENA FE “BONA FIDES.

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

7. 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) la asegurada no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)

4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro¹⁵. (negrilla y subrayas fuera del texto)”.

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez 17 , expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

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

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender, que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado. Es más, la Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997, que es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

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

Ahora, si bien se tiene conocimiento de pronunciamientos constitucionales frente a la carga de la prueba de la mala fe, debe entenderse que en estos se está cometiendo un yerro, en la medida que la buena fe es exigible del asegurado en el momento precontractual de la declaración del estado del riesgo, y no cuando la aseguradora se encuentra demostrando la reticencia del contrato de seguro.

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de éste último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

8. ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que el despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

“ARTÍCULO 1059. <RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA>.
Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”.

En conclusión, dado que la señora Edilsa Sanchez Moreno fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A** tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

9. PRESCRIPCIÓN Y/O CADUCIDAD: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011

La Ley 1480 de 2011, específicamente en su artículo 58, fijó el procedimiento que debe seguir ésta Superintendencia, cuando en cumplimiento de sus facultades jurisdiccionales, deba tramitar y resolver una Acción de Protección al Consumidor Financiero. En el numeral tercero del nombrado artículo 58, el legislador consagró que los consumidores financieros tendrán un año contado a partir de la terminación de la relación contractual, para interponer la referida acción so pena que opere el fenómeno de la caducidad y/o prescripción. El tenor literal de la norma nombrada señala lo siguiente:

“ARTÍCULO 58. PROCEDIMIENTO. Los procesos que versen sobre violación a los derechos de los consumidores establecidos en normas generales o especiales en todos los sectores de la economía, a excepción de la responsabilidad por producto defectuoso y de las acciones de grupo o las populares, se tramitarán por el procedimiento verbal sumario, con observancia de las siguientes reglas especiales:

(...)

*Las demandas para efectividad de garantía, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a la expiración de la garantía y **las controversias netamente contractuales, a más tardar dentro del año siguiente a la terminación del contrato**. En los demás casos, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a que el consumidor tenga conocimiento de los hechos que motivaron la reclamación. En cualquier caso deberá aportarse prueba de que la reclamación fue efectuada durante la vigencia de la garantía.”*
(Subrayado fuera del texto original)

En el caso concreto, en el evento en el que el Despacho encuentre probado que la Acción de Protección al consumidor financiero se interpuso con posterioridad al año siguiente a la terminación del contrato, indefectiblemente deberá darle aplicación al artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, decretando así la prescripción y/o caducidad de la acción, y en este sentido, deberá desestimar la totalidad de las pretensiones de la Accionante.

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

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que

se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...), al paso que la

*extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.*¹⁶ (Subrayado fuera del texto original)

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C.Co.

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

11. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS

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.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador (arts. 1056 y 1127 del C. de Co.), se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo- causa (responsabilidad civil) sino a la relación riesgo-efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte, conforme al desarrollo jurisprudencial del Derecho de Daños. Respecto a la delimitación el riesgo la Corte Suprema de Justicia ha indicado lo siguiente:

“En efecto, no en vano los artículos 1056²¹ y 1120²² del Código de Comercio, permiten al asegurador, con las restricciones legales, escoger los riesgos que a su arbitrio tenga a bien en amparar y estipular las exclusiones expresas de riesgos inherentes a dicha actividad.”

¹⁶ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

Por lo demás, debe la empresa de seguros tener presentes que, en la delimitación del riesgo, no debe vaciar de contenido ese que asume pues tal postura conllevaría a un remedo de amparo sin traslación efectiva de riesgos, sucesos que originan pérdidas y, en suma, desembolsos económicos”.²³ (énfasis añadido)

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia mediante sentencia del 13 de diciembre 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”²⁵(Subrayado y negrilla fuera del texto del texto original).

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. De forma que, en el caso de la ocurrencia de riesgos excluidos, no nace a la vida jurídica la obligación indemnizatoria del asegurador y en ese orden de ideas, no hay lugar a que su responsabilidad se vea comprometida. Así las cosas, según la jurisprudencia previamente expuesta, se evidencia como se exhorta a los jueces para tener en cuenta en sus providencias las exclusiones contenidas en los Contratos de Seguro. Razón por la cual, es necesario señalar que la póliza Seguro de Vida No. 022969397 en sus condiciones generales y particulares señala una serie de exclusiones que de llegar a configurarse sin duda implicará la exoneración de mi prohijada:

**A CONTINUACIÓN SE DESCRIBEN LAS EXCLUSIONES
ENUMERADAS EN LA TABLA ANTERIOR.**

**NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO CUANDO LA
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O**

ACCIDENTE, O LA ENFERMEDAD GRAVE, SEA A CONSECUENCIA DE, O ESTE EN CONEXIÓN CON:

1. ACCIDENTES OCURRIDOS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIACIÓN DE LA COBERTURA DEL PRESENTE AMPARO.
2. ACTOS DE GUERRA, INVASIÓN, ACTOS DEL ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL O CUALQUIERA DE LOS SUCESOS QUE DETERMINE LA PROCLAMACIÓN O MANTENIMIENTO DE LA LEY MARCIAL, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, ASONADA, SEDICIÓN, REBELIÓN O ACTOS MALINTENCIONADOS.
3. ACTIVIDADES TERRORISTAS ATÓMICAS, BIOLÓGICAS O QUÍMICAS.
4. TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, MAREJADAS Y EN GENERAL POR CUALQUIER CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA ASÍ COMO LAS CONSECUENCIAS DE LA MODIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LOS ÁTOMOS O POR RAYOS IONIZADOS, DE CUALQUIER CLASE.
5. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA), TAL COMO FUE RECONOCIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, CON PRUEBA CONFIRMATORIA, MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA, CON RESULTADO POSITIVO, O CUALQUIER SÍNDROME O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE QUE TENGA, QUE SEA DIAGNOSTICADO POR UN MÉDICO LEGALMENTE FACULTADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DERIVADA DE DICHOS SÍNDROMES.
6. LA ANGIOPLASTIA Y/O CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN INTRAARTERIAL, DIFERENTE DE LAS ARTERIAS CORONARIAS Y CIRUGÍA POR TORACOTOMÍA MÍNIMA.
7. LA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, EL CÁNCER DE PIEL (A MENOS QUE SE TRATE DE MELANOMAS MALIGNOS O CARCINOMA BASO CELULAR, CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS) Y EL CÁNCER DE CÉRVIX IN SITU (CUELLO DE LA MATRIZ), O CUALQUIER TIPO DE TUMOR QUE SEA DESCRITO EN TÉRMINOS HISTOLÓGICOS COMO IN SITU, O AQUELLOS QUE PRESENTEN CAMBIOS MALIGNOS EN SU FASE INICIAL.

DENOMÍNESE ASÍ MISMO, CÁNCER IN SITU, AQUEL DONDE NO SE HA ESTRUCTURADO UN TUMOR PROPIAMENTE DICHO, PERO HAY PRESENCIA DE CÉLULAS MALIGNAS QUE NO HAN INVADIDO OTROS ÓRGANOS.

8. *LESIONES CAUSADAS POR EL ASEGURADO, CONTRA SU PROPIA INTEGRIDAD FÍSICA, AUN CUANDO SE COMETAN EN ESTADO DE ENAJENACIÓN MENTAL.*

9. *ADICCIÓN AL ALCOHOL O A DROGAS QUE NO HAYAN SIDO PRESCRITAS POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER LA PROFESIÓN.*

10. ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA O QUE EXISTA UN HISTORIAL PREVIO RELACIONADO CON ELLA, O SE HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR LA MISMA, ANTES DE LA INICIACIÓN DE LA VIGENCIA DEL PRESENTE AMPARO.

11. *ENFERMEDADES, ANOMALÍAS O MALFORMACIONES CONGÉNITAS.*

12. *CUALQUIER ENFERMEDAD QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESAMENTE ENUNCIADA DENTRO DE LA COBERTURA DEL AMPARO.*

13. *PARA INFARTO AL MIOCARDIO, SE EXCLUYEN:*

- *INFARTO DEL MIOCARDIO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST CON SOLAMENTE ELEVACIÓN DE TROPONINA I ó T.*
- *ANGINA DE PECHO ESTABLE O INESTABLE.*
- *INFARTO DE MIOCARDIO SILENTE.*

14. *PARA EL ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR, SE EXCLUYEN:*

- *ACCIDENTES ISQUÉMICOS TRANSITORIOS (AIT)*
- *LESIONES TRAUMÁTICAS DEL CEREBRO*
- *SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS SECUNDARIOS A MIGRAÑA*
- *INFARTOS LACUNARES SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO.*

15. *ALLIANZ NO OTORGARÁ COBERTURA NI SERÁ*

RESPONSABLE DE PAGAR NINGÚN SINIESTRO U

OTORGAR NINGÚN BENEFICIO EN LA MEDIDA EN QUE (I)

EL OTORGAMIENTO DE LA COBERTURA, (II) EL PAGO DE

LA RECLAMACIÓN O (III) EL OTORGAMIENTO DE TAL

BENEFICIO EXPONGAN A LA COMPAÑÍA A CUALQUIER

SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN CONTEMPLADA

EN LAS RESOLUCIONES, LEYES, DIRECTIVAS,

REGLAMENTOS, DECISIONES O CUALQUIER NORMA DE

LAS NACIONES UNIDAS, LA UNIÓN EUROPEA, EL REINO

UNIDO DE GRAN BRETAÑA E IRLANDA DEL NORTE, LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA O CUALQUIER OTRA LEY NACIONAL O REGULACIÓN APLICABLE.

Es fundamental resaltar que la **exclusión número 10** establecida en el condicionado general de la póliza hace un énfasis expreso en la **no cobertura de enfermedades preexistentes**, es decir, aquellas patologías que fueron diagnosticadas con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o al inicio de su vigencia. Esta disposición es de suma importancia, ya que busca **preservar la naturaleza aleatoria del contrato de seguro**, evitando que se convierta en un mecanismo de indemnización de eventos ciertos y previsibles.

En el caso concreto, se puede evidenciar que la enfermedad que dio origen a la reclamación —el **VIH diagnosticado en 2006**— encaja dentro de esta exclusión. Dado que la patología fue identificada **mucho antes** de la vigencia de la póliza, resulta claro que la cobertura no puede activarse, ya que **la enfermedad preexistía al contrato** y, por lo tanto, no constituye un riesgo asegurable dentro del período cubierto. La aplicación de esta exclusión responde a la necesidad de garantizar el equilibrio contractual, evitando que el asegurado traslade a la aseguradora una contingencia que ya se había materializado antes del contrato.

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 del Allianz Seguros de vida S.A., 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 Allianz Seguros de vida S.A. 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.

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

12. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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 C.Co).

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

13. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

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

14. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha del fallecimiento.

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

IV. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Declaración de asegurabilidad de la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor firmada por la señora EDILSA SANCHEZ MORENO.
- 1.2. Condicionado aplicable a la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor
- 1.3. Condicionado aplicable del Seguro.
- 1.4. El reclamo se atendió oportunamente y de acuerdo con concepto médico.
- 1.5. Solicitud de reconsideración a manera de queja.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **EDILSA SANCHEZ MORENO**, 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. El señor Forero podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.
- 2.2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al Representante Legal de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A** en su calidad de demandado, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El Representante Legal podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

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

4. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del Código General del Proceso, se sirva ordenar **A LA ACCIONANTE**, señora EDILSA SANCHEZ para que exhiba la Historia Clínica, correspondiente al periodo comprendido entre el año 2006 y el año 2024, en la Audiencia respectiva.

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

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO NACIONAL**, exhibir en la

oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la historia clínica de la señora EDILSA SANCHEZ Baquero entre el año 2006 y el año 2024.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora EDILSA SANCHEZ sufrió en años anteriores, que le hicieron merecedor de una calificación mayor al 50% de Pérdida de Capacidad Laboral y que no fueron oportunamente señaladas al momento de suscribir su certificado individual de seguro; además de probar el momento en que aquel fue pensionado por estado de invalidez. La **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO NACIONAL** puede ser notificada a través del correo electrónico disan.juridica@buzonejercito.mil.co.

5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la historia clínica de la señora entre el año 2006 y el año 2024.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora EDILSA SANCHEZ sufrió en años anteriores, que le hicieron merecedor de una calificación mayor al 50% de Pérdida de Capacidad Laboral y que no fueron oportunamente señaladas al momento de suscribir su certificado individual de seguro; además de probar el momento en que aquel fue pensionado por estado de invalidez. El **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL** puede ser notificada a través del correo electrónico usuarios@mindefensa.gov.co.

1. PRUEBA MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE OFICIOS

1.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO NACIONAL**, para que entregue a su despacho, los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la historia clínica de la señora EDILSA SANCHEZ entre el año 2006 y el año 2024.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora EDILSA SANCHEZ sufrió en años anteriores, que le hicieron merecedor de una calificación mayor al 50% de Pérdida de Capacidad Laboral y que no fueron oportunamente señaladas al momento de suscribir su certificado individual de seguro; además de probar el momento en que aquel fue pensionado por estado de invalidez. La **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO NACIONAL** puede ser notificada a través del correo electrónico disan.juridica@buzonejercito.mil.co.

1.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie al **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL**, para que entregue a su despacho, los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la historia clínica del señor Abel Otálora Niño entre el año 2010 y el año 2023.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora EDILSA SANCHEZ sufrió en años anteriores, que le hicieron merecedor de una calificación mayor al 50% de Pérdida de Capacidad Laboral y que no fueron oportunamente señaladas al momento de suscribir su certificado individual de seguro; además de probar el momento en que aquel fue pensionado por estado de invalidez. El **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL** puede ser notificada a través del correo electrónico usuarios@mindefensa.gov.co.

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

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: **(i)** que de haber conocido **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, las patologías de la señora **EDILSA SANCHEZ MORENO** se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar la señora **EDILSA SANCHEZ MORENO** era absolutamente indispensable para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. **(ii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el Asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito*

respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días". Comendidamente se le solicita al despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurado. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de 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.

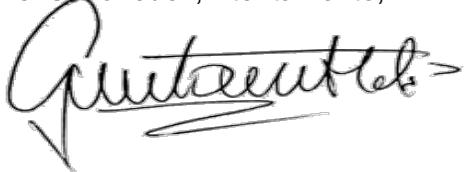
V. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder conferido al suscrito.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**

VI. NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Carrera 69 No. 4-48, Oficina 502 de la ciudad de Bogotá, o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co
- El Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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