

Señores

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

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO
DEMANDANTE: DALIA SERRATO DE SANCHEZ
DEMANDADO: EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.
RADICADO: 2025027682
EXPEDIENTE: 2025-3867

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 calidad de representante legal de la sociedad **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**, identificada con NIT No. 900.701.533-7, quien obra como apoderado general de **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, identificada con NIT No. 830.008.686-1, según consta en los certificados de existencia y representación legal que se anexan, en donde figura inscrito el poder general conferido a la firma a través de la Escritura Pública No. 2779, otorgada el 02 de diciembre de 2021 en la Notaría Decima (10°) del Círculo de Bogotá. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal establecido, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por la señora **DALIA SERRATO DE SANCHEZ** en contra de mi procurada, anunciando desde ahora que me opongo a la totalidad de las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

I. SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,
Centro Empresarial Chipchape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
Bogotá - Cra 11A No.94A-23 Of. 201,
+57 3173795688 - 601-7616436

De manera preliminar se ha de manifestar ante la Delegatura que se reúnen los preceptos para proferir sentencia anticipada debido a que se encuentra acreditado el fenómeno extintivo de la prescripción, de conformidad con el artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, en la medida en que desde el momento en que el contrato de seguro finalizó (fallecimiento del señor **ALBERTO SANCHEZ YAGUE** el **28 de enero de 2024**), hasta la fecha de radicación de la demanda (**21 de febrero de 2025**). En tal virtud, ha finalizado el plazo para ejercer la acción de protección al consumidor al haber transcurrido más de un (1) año desde la terminación del contrato de seguro con la muerte del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE el 28 de enero de 2024, sin que se ejerciera la acción en contra de **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**

Es por esto, que respetuosamente solicito al Honorable Delegatura emitir sentencia anticipada en el presente caso, en consideración a los principios de economía procesal y legalidad, al advertirse que el contrato de seguro finalizó con la muerte, el 28 de enero de 2024 y teniendo en cuenta que a la fecha de presentación de esta acción el 21 de febrero de 2025, ya pasó más de un año, prescribiendo así el referido término para interponer la acción de protección al consumidor. Efectivamente, el término prescriptivo de un año ha corrido sin que el accionante ejerza las respectivas acciones, lo que significa, que se deberán desestimar en su totalidad las pretensiones de la demanda

Por ello, para mejor ilustración de la Delegatura, se identifican los siguientes hitos temporales:

- Fecha del hecho que da base a la acción: 28 de enero de 2024 (fallecimiento)
- Plazo máximo para ejercer la acción: 28 de enero de 2025
- Fecha de radicación de la demanda: 21 de febrero de 2025

Como se establece con los anteriores hitos temporales y la norma anteriormente descrita, se puede observar que a la radicación de la presente demanda ya había transcurrido el término de un año consagrado en el artículo 58 de la Ley 1480 de 2011. Finalmente, para colegir que en el caso de

marras efectivamente operó el fenómeno de la prescripción que motiva que se profiera sentencia anticipada en relación a mi prohijada.

En este sentido y de conformidad con las disposiciones de orden público contenidas en el artículo 278 del C.G. P.¹, comedidamente se solicita a la Delegatura proferir sentencia anticipada como quiera que se encuentra acreditada con suficiencia la prescripción de la acción de protección al consumidor del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, debido a que pasó más de un año desde la terminación del contrato hasta la presentación de la demanda.

En mérito de lo expuesto, solicito comedidamente a la Delegatura proferir sentencia anticipada por cuanto es evidente la prescripción de las acciones frente los hechos que se están ventilando en el presente litigio.

II. SOLICITUD PRELIMINAR-LITISCONSORTE NECESARIO

De forma preliminar, de conformidad con el artículo 61 del Código General del Proceso, se solicita al despacho comedidamente se vincule a COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO-COONFIE con NIT: 891100656, como litisconsorte necesario, para que se haga parte de este proceso como beneficiario oneroso de la Póliza de seguro Vida Deudor No. AA002613, y manifieste en el proceso, el valor de la deuda a la fecha como quiera que el contrato de seguro lo relaciona a tal efecto.

El artículo 61 del Código General de Proceso mediante el cual se regula la figura de litisconsorcio necesario en los siguientes términos:

¹ Artículo 278. Clases de providencias. (...)

En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:

1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.
2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.
3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, **la prescripción extintiva** y la carencia de legitimación en la causa. (Negrilla y subrayado propio).

*“ARTÍCULO 61. LITISCONSORCIO NECESARIO E INTEGRACIÓN DEL CONTRADICTORIO. Cuando el proceso verse sobre relaciones o actos jurídicos respecto de los cuales, por su naturaleza o por disposición legal, haya de resolverse de manera uniforme **y no sea posible decidir de mérito sin la comparecencia de las personas** que sean sujetos de tales relaciones o que intervinieron en dichos actos, la demanda deberá formularse por todas o dirigirse contra todas; si no se hiciera así, el juez, en el auto que admite la demanda, ordenará notificar y dar traslado de esta a quienes faltan para integrar el contradictorio, en la forma y con el término de comparecencia dispuestos para el demandado.”*

(Subrayado y negrilla por fuera del texto original)

De conformidad con la normatividad expresa se observa que el litisconsorcio necesario se dirige a los casos en que por virtud de una relación jurídica es necesario que el litigio se resuelva de manera uniforme para los sujetos que la componen, haciéndose obligatoria su comparecencia, pues es necesario conocer el estado del crédito del vehículo. Así entonces, véase que la característica principal de esta figura es que la sentencia debe incluir también a quien por los resultados del mismo sea beneficiado o afectado, es decir, en igual contenido para la pluralidad de sujetos que integran la relación jurídico procesal, y siendo aquella entidad parte del contrato de seguro en calidad de beneficiario es llamado a hacer parte de este litigio.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

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

oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Teniendo en cuenta que mi representada es persona jurídica distinta de la Cooperativa relacionada en este hecho, por lo que nada le consta de lo afirmado en este punto, esta entidad COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO-COONFIE tiene por NIT: 891100656 y la EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, es identificada con NIT No. 830.008.686-1, son entidades distintas, por lo que no es posible aceptar o no este hecho. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

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

Sin embargo, efectivamente el 12 de mayo de 2022 el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE solicitó aseguramiento, que fue formalizada a través de la Póliza de seguro Vida Deudor No. AA002613 con mi representada **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.** para amparar una obligación crediticia Pagaré No. 168879 con el COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO-COONFIE, para el efecto diligenció la declaración de asegurabilidad en la que la compañía consultó por su estado de salud, en la que el señor Sánchez omitió declarar de sus padecimientos de salud diabetes mellitus e hipertensión arterial, enfermedades que conocía con anterioridad, tal como se evidencia:

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:

1. AFECIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/>	6. CIRUGÍA <input type="checkbox"/>
2. AFECIONES CEREBROVASCULARES <input type="checkbox"/>	8. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/>
3. CANCER <input type="checkbox"/>	10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN <input type="checkbox"/>
4. DIABETES <input type="checkbox"/>	11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>
5. VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/>	12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS <input type="checkbox"/>
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/>	13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO <input type="checkbox"/>
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA <input type="checkbox"/>	14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS <input type="checkbox"/>

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.

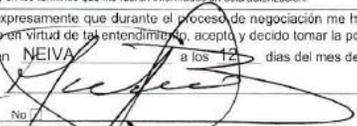
En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C., (En adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las pólizas de tratamiento de datos y otras consultas de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las bases de datos de información o bases de datos debidamente consultadas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral. 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento. 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas, a: a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales. 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento. 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos. 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas. 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento. 9. Que al responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Pto. 12, el teléfono es 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop. 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en NEIVA a los 12 días del mes de MAYO del año 2022

FIRMA ASEGURADO 

Autoriza ingreso: Sí No

Nombre y firma de quien autoriza 



Documento: Declaratoria de asegurabilidad de la Póliza de seguro Vida Deudor
No. AA002613 de 12 de mayo de 2022

Transcripción esencial:

*“Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que este se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:
Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones:*

1.AFECCIONES ARDIOVASCULARES	sin marca	8.CIRUGÍA	sin marca
2.AFECCIONES CEREBROVASCULARES	sin marca	9.ALCOHOLISMO	sin marca
3.CANCER	sin marca	10.TABAQUISMO/DROGADICCIÓN	sin marca
<u>4.DIABETES</u>	sin marca	<u>11.HIPERTENSIÓN ARTERIAL</u>	sin marca
5.VIH POSITIVO / SIDA	sin marca	12.ENFERMEDADES CONGENITAS	sin marca
6.INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	sin marca	13.ENFERMEDADES DEL COLAGENO	sin marca
7.EPOC-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	sin marca	14.ENFERMEDADES HEMATLOGICAS	sin marca

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE”

Lo que se traduce que, de ser conocidas por la aseguradora las enfermedades de HTA (Hipertensión arterial) y Diabetes Mellitus esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia comercial de omitir esa información. Por ello la póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

Pese a lo anterior, desde este momento la Delegatura deberá tener en consideración que la acción de protección al consumidor se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 58 de la ley 1480 de 2011, debido a que el fallecimiento del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE ocurre el 28 de enero de 2024 y la radicación de esta demanda se da hasta el 21 de febrero de 2025, con posterioridad al año concedido para tal fin, por ende la Delegatura no podrá imponer ninguna obligación a carga de la aseguradora, siendo esta la consecuencia desfavorable para quien pudiendo ejercer la acción no lo hizo en el plazo legal otorgado.

FRENTE AL HECHO CUARTO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos, pues se relata el accionar de otra entidad. En todo caso se trata de afirmaciones subjetivas carente de soporte probatorio, pues, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

En todo caso, no es un requisito por parte de la compañía que esta deba solicitar la historia clínica o verificarla por el contrario esta obligación, respecto de informar su estado de salud le compete y es obligación del asegurado, por lo que el omitir sus enfermedades lo ubica en la consecuencia del artículo 1058 del C.Co. pues, de haber sido conocidas por la aseguradora las enfermedades de HTA (Hipertensión arterial) y Diabetes Mellitus esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia comercial de omitir esa información. Por ello la póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO QUINTO: No es cierto. Mi representada no pasó por alto ningún yerro, pues es claro que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE diligenció el formato tal como lo constata su firma plasmada en la declaratoria de asegurabilidad y con ello, de forma consciente, decidió omitir informar en dicho documento sus patologías o enfermedades, tal como se demuestra a

continuación:

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.
Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:

1. AFECIONES CEREBROVASCULARES	<input type="checkbox"/>	8. CIRUGÍA	<input type="checkbox"/>
2. AFECIONES CEREBROVASCULARES	<input type="checkbox"/>	9. ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/>
3. CÁNCER	<input type="checkbox"/>	10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN	<input type="checkbox"/>
4. DIABETES	<input type="checkbox"/>	11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>
5. VIH POSITIVO / SIDA	<input type="checkbox"/>	12. ENFERMEDADES CONGENITAS	<input type="checkbox"/>
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	<input type="checkbox"/>	13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO	<input type="checkbox"/>
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	<input type="checkbox"/>	14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS	<input type="checkbox"/>

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.
En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales S.C., y/o La Equidad Seguros de Vida S.C. (En adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, sus ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La obtención de valores técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las guías de tratamiento de datos y otras comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las bases de datos debidamente consultadas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aun en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento; 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas; a. a) Los oportunos necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelanta gestiones para efectos de Casseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estadísticas estadísticas actuales; 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento; 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos; 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1377 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento; 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales S.C., y/o La Equidad Seguros de Vida S.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 98-07 floor 12 al teléfono 5922829 y su página web es www.laequidadseguros.coop; 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de haber sido informado, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firmó en NEIVA a los 12 días del mes de MAYO del año 2022

FIRMA ASEGURADO 

Autorizo Ingresar Si No

Nombre y firma de quien autoriza 

Documento: Declaratoria de asegurabilidad de la Póliza de seguro Vida Deudor
No. AA002613 de 12 de mayo de 2022

Transcripción esencial:

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

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

1. AFECIONES
ARDIOVASCULARES

sin
marca

8. CIRUGÍA

sin
marca

2.AFECCIONES CEREBROVASCULARES	sin marca	9.ALCOHOLISMO	sin marca
3.CANCER	sin marca	10.TABAQUISMO/DROGADICCIÓN	sin marca
4.DIABETES	sin marca	11.HIPERTENSIÓN ARTERIAL	sin marca
5.VIH POSITIVO / SIDA	sin marca	12.ENFERMEDADES CONGENITAS	sin marca
6.INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	sin marca	13.ENFERMEDADES DEL COLAGENO	sin marca
7.EPOC-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	sin marca	14.ENFERMEDADES HEMATLOGICAS	sin marca

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE”

De acuerdo con lo anterior, se constata que efectivamente el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE conoció del seguro en todas sus condiciones, pues su firma lo constata. Ahora, aun cuando la parte demandante pretende justificar que la ausencia de marca en las enfermedades padecidas por el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, se dio por un error involuntario al omitir marcar sus enfermedades, esto no lo excusa de su deber como consumidor financiero de leer e informarse los documentos, máxime cuando se ha expuesto en el hecho primero que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE era frecuente consumidor financiero, por lo que de demostrarse ello, se

convierte en consumidor financiero calificado, dada su experiencia en dichos trámites puede tener mayor conocimiento de los productos financieros y sus aseguramientos. Además, este formulario fue presentado de forma física al señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, el cual pudo ser leído adecuadamente, pues está redactado de forma sencilla y clara, con lenguaje apropiado para cualquier persona, aún así para el momento no refirió ninguna enfermedad, lo que implicase una omisión de su real estado de salud.

Adicionalmente debe decirse que lo manifestado en el hecho es meramente una afirmación subjetiva de la parte Demandante que no se encuentra soportada bajo ninguna prueba o elemento de juicio suficiente. En cambio, el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE plasmó su firma en la solicitud del seguro de Vida Grupo Deudores, en señal de aceptación del contenido del documento y los efectos de faltar a la verdad en el mismo según los términos del Artículo 1058 del Código de Comercio. Ahora, no puede pretender la parte demandante que la aseguradora tenía la obligación de practicar exámenes o solicitar la historia clínica al asegurado con anterioridad, cuando el mismo tribunal constitucional, reconoció en múltiples oportunidades expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional determinó **que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos porque es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar**, y además indicó que no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad al perfeccionamiento del contrato de seguro, para alegar la nulidad de los mismos, con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio.

Sin perjuicio de lo expuesto, la acción de protección al consumidor se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 58 de la ley 1480 de 2011, debido a que el fallecimiento del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE ocurre el 28 de enero de 2024 y la radicación de esta demanda se da hasta el 21 de febrero de 2025, con posterioridad al año concedido para tal fin, por ende la Delegatura no podrá imponer ninguna obligación a carga de la aseguradora, siendo esta la consecuencia desfavorable para quien pudiendo ejercer la acción no lo hizo en el plazo legal

otorgado.

FRENTE AL HECHO SEXTO: No es cierto como se encuentra relatado por la parte actora. Si bien es cierto que mi mandante no solicitó la historia clínica del señor Sánchez Yague, **no es cierto** que la aseguradora tenga la obligación de practicar exámenes o solicitar la historia clínica al asegurado con anterioridad a la toma del seguro. Por el contrario, la Corte Constitucional ha sido clara en indicar que **es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos porque es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar**, y además indicó que no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad al perfeccionamiento del contrato de seguro, para alegar la nulidad de los mismos, con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio, por lo tanto, no es un requisito para mi mandante como lo pretende hacer ver el apoderado de la parte actora.

Aunado a lo anterior, debe advertirse que sin perjuicio de la edad del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, la compañía aseguradora no estaba a obligada a solicitar la historia clínica del potencial asegurado con el fin de verificar si padecía de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, pues basta con consultar dichas enfermedades directamente al asegurado. En ese sentido, resulta claro que es el asegurado quien DEBE informar sus condiciones de salud, y al no hacerlo el asegurado fue reticente al omitir sus enfermedades, por lo que se configuró la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Sin perjuicio de lo expuesto, la delegatura debe tener en cuenta que, la acción de protección al consumidor se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 58 de la ley 1480 de 2011, debido a que el fallecimiento del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE ocurre el 28 de enero de 2024 y la radicación de esta demanda se presentó hasta el 21 de febrero de 2025, con posterioridad al año concedido para tal fin, siendo una consecuencia desfavorable para quien pudiendo ejercer la acción no lo hizo en el plazo legal otorgado.

FRENTE AL HECHO SÉPTIMO: Teniendo en cuenta que el presente hecho contiene varias manifestaciones, procedo a referirme así:

- Es cierto de acuerdo con la historia clínica del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, que el señor Sánchez falleció el 28 de enero de 2024 debido a un paro cardio respiratorio consecencial de un Accidente cerebro vascular isquémico en curso (formación de un coagulo en una arteria).
- No es cierto que el fallecimiento del señor Sánchez no sea consecuencia de sus antecedentes médicos relacionados con la diabetes mellitus e hipertensión arterial, pues de acuerdo con la historia clínica es claro que el accidente cerebro vascular derivó en un diagnóstico definitivo al egreso de *oclusión y estenosis de arteria carótida*. Este diagnóstico definitivo trata del bloqueo de la arteria carótida y de un estrechamiento de la misma, la cual tiene como causa o factor de riesgo el padecer de HTA y Diabetes Mellitus. Lo anterior, tal como se evidencia de la Historia clínica:

<p>greso: 1741555 Fecha de Impresión: domingo, 28 de enero de 2024 1:33 p. m. Página 2/34</p> <p>entificación: 17699216 Nombres: ALBERTO Apellidos: SANCHEZ YAGUE</p> <p>NAMNESIS</p> <p>otivo de Consulta: Paciente ingresa remitido de clínica emcosalud con impresión diagnóstica de ACV isquémico por neurología.</p> <p>Enfermedad Actual: Medicina interna Hora de valoración: 20:30 pm</p> <p>Enfermedad actual: Paciente masculino de 69 años, quien hacia las 18:40 horas presenta episodio presenciado de pérdida del tono postural y del estado de conciencia; siatonea; posterior a estómulo; con recuperación espontánea al minuto evidenciando a posteriormente flasia, paresis facial derecha y hemiplejía derecha motivo por el cual consulta a clínica Emcosalud donde toman glucometria reportada como normal, y TC de cráneo simple y angioTC cerebral y de vasos del cuello simple y contrastado descartando lesiones hemorrágicas y evidenciando signo de la cuerda izquierda con trombo intraluminal en ACM izquierda porción M1. Por ausencia de atepiase en la institución deciden remitir a nuestra institución para realización de trombolisis intravenosa y trombectomía mecánica. Ingresa en compañía de médico. El caso fue presentado por neurólogo (Dr. Zabaleta) quien activó código ACV.</p> <p>Antecedentes: Patológicos: HTA, obesidad Quirúrgicos: reemplazo de rodilla izquierda Farmacológicos: amiodipiro 10 mg cada día, metoprolol 50 mg cada día Alérgicos: Niega Tóxicos: extabaquismo pesado y exalcoholismo</p> <p>Revisión por sistema: No hay datos de fiebre, síntomas respiratorios ni gastrointestinales previos.</p>	<p>Fecha Ingreso: 28/01/2024 8:47:20 p. m. Fecha Egreso: 28/01/2024 12:24:15 p. m.</p> <p>Servicio Ingreso: ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS ADULTOS Servicio Egreso: CUIDADO INTENSIVO ADULTO</p> <p>Causa del Ingreso: Enfermedad general adulta Tipo Documento: CC Numero: 17699216</p> <p>Apellidos: SANCHEZ YAGUE Edad: 69 Años 09 Meses 25 Días (205571954)</p> <p>Nombres: ALBERTO Sexo: MASCULINO</p> <p>Dirección: CRA 33 20 A 41 - BUGANVILLE - NEIVA Tipo Paciente: OTRO</p> <p>Teléfono: 317818323 - 3186197277 Tipo Afiliado: NO APLICA</p> <p>Entidad Responsable: UNION TEMPORAL TOLIMULA Establecimiento: CASADO</p> <p>Profesión: NO APLICA REGISTRAR Grupo Ético: NINGUNO DE LOS ANTERIORES</p> <p>Fecha Nacimiento: 30/03/1954 12:00:00 a. m. Seguridad Social: UNION TEMPORAL TOLIMULA</p> <p>DIAGNOSTICO DEFINITIVO</p> <p>Código CIE10: I652</p> <p>Diagnóstico: OCLUSION Y ESTENOSIS DE ARTERIA CAROTIDA</p> <p>CONDICIONES DEL PACIENTE A LA FINALIZACION</p> <p>28/01/2024 12:28:53 p. m. UCI NEUROCRITICA.CAMA 108 ALBERTO SANCHEZ. NOTA RETROSPECTIVA 11 AM</p> <p>PACIENTE MASCULINO DE 69 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE AREA DE ISQUEMIA EN TERRITORIO DE ACM IZQUIERDA. SO NEUROVASCULAR ISQUEMICO CARDIOEMBOLICO ACM IZQUIERDA TROMBOLISIS FARMACOLOGICA CON ALTEPLASE 240/12004 POSTOX DE TROMBECTOMIA + TROMBECTOMIA MECANICA DE RESCATE 25/01/2024 OCLUSION TROMBOTICA DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA IZQUIERDA FIBRILACION AURICULAR DE NOVO ?</p> <p>IRTA OBSERVADO GRADO I</p> <p>REEMPLAZO DE RODILLA IZQUIERDA ESTYBAGISMO PRESADO Y TALLONOLISMO</p> <p>CHOCUE SEPTICO</p> <p>PACIENTE EN CONDICIONES MUY CRITICAS - COMPROMISO MULTIORGANO. SIN RESERVA</p> <p>-SOPORTE VENTILATORIO MECANICO POR TUBO CROTRRAQUEAL. MODO VENTILATORIO ASISTIDO CONTROLADO CONTROL VOLUMEN</p> <p>-ALTO REQUERIMIENTO DE SOPORTE PRESOR NGRADRENALINA-VASOPRESINA. AZUL DE METILENO</p> <p>-COMPROMISO DE FUNCION RENAL ALAURICO EN SEGUIMIENTO POR NEFROLOGIA</p> <p>-GLUCOMETRIAS OSCILANTES</p> <p>OBJETIVO PACIENTE EN CONDICION MUY CRITICA. CON SOPORTE VENTILATORIO INUSIVO. BAJO SEDACIONALGIA CON FENTANYL+ MEDAZOLAM SIN SOPORTE INOTROPICO. CON SOPORTE VASOPRESOR CON NORADRENALINA. VASOPRESINA. AZUL DE METILENO. CON SOPORTE DE SIRS CON FRIALDAD GENERALIZADA. EL CUAL PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO POR LO CUAL SE INICIA MANIOBRAS DE RESUSITACION CARDIORESPIRATORIA SIGUIENDO GUIAS DE MANEJO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA Y LAHIA. EL PROCEDIMIENTO SE REALIZO DURANTE 30 MINUTOS EN MODO DE ASISTENCIA EN MANEJO CON BIPAPRA AMPOLLA Y CADA 5 MINUTOS. PACIENTE POSTERIOR A ESTE TIEMPO NO RESPONDE A LAS MANIOBRAS EL PACIENTE FALLECE. SE INFORMA FAMILIARES HIJO. SE ORDINA BAJAR A LAS ANIMADORAS DEL PACIENTE FALLECE. SE INFORMA FAMILIARES HIJO. SE ORDINA BAJAR A LAS ANIMADORAS DEL PACIENTE FALLECE. SE INFORMA FAMILIARES HIJO.</p> <p>Fecha Muerte: 28/01/2024 19:15:00 a. m.</p> <p>Profesional: OSCAR DIOBEN VERGARA ZEZA MEDICINA INTERNA</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Documento: Historia Clínica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo del 24 de enero de 2024 al 28 de enero de 2024

- No es cierto se convierta en un pretexto para no hacer efectiva la póliza. En este punto, de igual forma 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, tal como la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, aclaró al exponer que las (...) **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, (...). 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).

FRENTE AL HECHO OCTAVO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Teniendo en cuenta que mi representada es persona jurídica distinta de la Cooperativa relacionada en este hecho, por lo que nada le consta de lo afirmado en este punto, esta entidad COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO-COONFIE tiene por NIT: 891100656 y la

EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, es identificada con NIT No. 830.008.686-1, son entidades distintas, por lo que no es posible aceptar o no este hecho. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NOVENO: Este hecho se responde de la siguiente manera:

- Efectivamente el 5 de abril de 2024 mi representada objetó por reticencia del asegurado una petición realizada por la cooperativa, la cual está basada en que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguros, omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que el asegurado negó en el momento de su solicitud, fueron la causa en mayor medida de su muerte. Ello, porque si mi representada hubiera conocido de la HTA (hipertensión arterial) y Diabetes Mellitus, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en estos. Por ende, emerge con claridad que se cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.
- No es cierto que el señor que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE no haya diligenciado el formato, pues este sí lo diligenció tal como lo constata su firma plasmada en la declaratoria de asegurabilidad y con ello, de forma consciente, decidió omitir informar en dicho documento sus patologías o enfermedades, tal como se demuestra a continuación:

* Si es póliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la deuda.

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

Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:

1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES	<input type="checkbox"/>	8. CIRUGÍA	<input type="checkbox"/>
2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES	<input type="checkbox"/>	9. ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/>
3. CÁNCER	<input type="checkbox"/>	10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN	<input type="checkbox"/>
4. DIABETES	<input type="checkbox"/>	11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>
5. VIH POSITIVO / SIDA	<input type="checkbox"/>	12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS	<input type="checkbox"/>
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	<input type="checkbox"/>	13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO	<input type="checkbox"/>
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	<input type="checkbox"/>	14. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS	<input type="checkbox"/>

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aun después de mi fallecimiento.

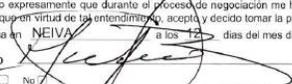
En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros De Vida O.C. (En Adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que he sido informado que durante el etapa precontractual y contractual, La Equidad puede acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito y continuarlos. 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Verificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La realización de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las bases de datos de información o bases de datos debidamente consultadas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aun en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento; 3. Que los datos podrán ser compartidos, transmitidos, entregados, transferidos o divulgados para las finalidades mencionadas; a. a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades jurídicas con las cuales La Equidad adelanta gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes; la selección de riesgos; y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales; 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento; 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente; En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos; 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niñas, niños y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1317 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento; 9. Que al responsable del tratamiento de la información en La Equidad Seguros Generales O.C., y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, al teléfono 59 292920 y su página web es www.laequidadseguros.coop; 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de la entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en NEIVA a los 12 días del mes de MAYO del año 2022

FIRMA ASEGURADO 

Autoriza Ingreso: Si No

Nombre y firma de quien autoriza 

Documento: Declaratoria de asegurabilidad de la Póliza de seguro Vida Deudor
No. AA002613 de 12 de mayo de 2022

Transcripción esencial:

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

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

1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES	<input type="checkbox"/> sin <input checked="" type="checkbox"/> marca	8. CIRUGÍA	<input type="checkbox"/> sin <input checked="" type="checkbox"/> marca
2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES	<input type="checkbox"/> sin <input checked="" type="checkbox"/> marca	9. ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/> sin <input checked="" type="checkbox"/> marca

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,
Centro Empresarial Chipchape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
Bogotá - Cra 11A No.94A-23 Of. 201,
+57 3173795688 - 601-7616436

3.CANCER

4.DIABETES

5.VIH POSITIVO / SIDA

6.INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA

7.EPOC-ENFERMEDAD
PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA

sin marca	10.TABAQUISMO/DROGADICCIÓN	sin marca
sin marca	<u>11.HIPERTENSIÓN ARTERIAL</u>	sin marca
sin marca	12.ENFERMEDADES CONGENITAS	sin marca
sin marca	13.ENFERMEDADES DEL COLAGENO	sin marca
sin marca	14.ENFERMEDADES HEMATLOGICAS	sin marca

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE”

Adicionalmente debe decirse que lo manifestado en el hecho es meramente una afirmación subjetiva de la parte Demandante que no se encuentra soportada bajo ninguna prueba o elemento de juicio suficiente. En cambio, el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE plasmó su firma en la solicitud del seguro de Vida Grupo Deudores, en señal de aceptación del contenido del documento y los efectos de faltar a la verdad en el mismo según los términos del Artículo 1058 del Código de Comercio. Ahora, no puede pretender la parte demandante que la aseguradora tenía la obligación de practicar exámenes o solicitar la historia clínica al asegurado con anterioridad, cuando el mismo tribunal constitucional, reconoció en múltiples oportunidades expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus

padecimientos porque es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar, y además indicó que no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad al perfeccionamiento del contrato de seguro, para alegar la nulidad de los mismos, con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO: Teniendo en cuenta que, este hecho contiene varias premisas, las cuales se contestan de la siguiente forma:

- No es cierto como se encuentra relatado. Mi representada no recibió derecho de petición, pues ninguno estuvo dirigido a LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA sino a la Cooperativa COONFIE y en consecuencia, no ostentan los presupuestos del artículo 94 del C.G.P. para interrumpir el término, por lo que no es cierto que se hayan enviado “*sendos derechos de petición*”. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.
- No es cierto lo referido frente a la ausencia de nexo causal, debe decirse que la Corte Constitucional ha determinado que no es necesario que exista un nexo para que se dé la reticencia, pues basta con que se haya omitido el estado real del riesgo asegurado. La parte demandante busca hacer caer en error a la delegatura sobre el actuar de mi representada, pues en este tipo de casos no se trata de un pretexto para no hacer efectiva la póliza. Sobre el particular, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, aclaró al exponer que:

“(…) 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, (...). 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).

Entonces, 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.

- No es cierto que la causa del fallecimiento no tenga relación con la Diabetes Mellitus e hipertensión arterial. Pues, de acuerdo con la historia clínica del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, este falleció el 28 de enero de 2024 debido a un paro cardio respiratorio consecencial de un Accidente cerebro vascular isquémico en curso (formación de un coagulo en una arteria). El cual derivó en un diagnóstico definitivo al egreso de *oclusión y estenosis de arteria carótida*. Este diagnóstico definitivo implica la existencia de un bloqueo de la arteria carótida y de un estrechamiento de la misma, la cual tiene como factor de riesgo el padecer de HTA y Diabetes Mellitus. Lo anterior, tal como se evidencia de la Historia clínica:

ingreso: 1741555	Fecha de Impresión: domingo, 28 de enero de 2024 1:33 p. m.	Página 2/34
identificación: 17699216	Nombres: ALBERTO	Apellidos: SANCHEZ YAGUE

NAMNESIS

otivo de Consulta: Paciente ingresa remitido de clínica emcosalud con impresión diagnóstica de ACV isquémico por neurología.

Enfermedad Actual: Medicina interna
Hora de valoración: 20:30 pm

Enfermedad actual:
Paciente masculino de 69 años, quien hacia las 18.40 horas presenta episodio presenciado de pérdida del tono postural y del estado de conciencia, sialorrea, posterior a estornudo, con recuperación espontánea al minuto evidenciando a posteriormente afasia, paresia facial derecha y hemiplejía derecha motivo por el cual consulta a clínica Emcosalud donde toman glucometria reportada como normal, y TC de cráneo simple y angioTC cerebral y de vasos del cuello simple y contrastado descartando lesiones hemorrágicas y evidenciando signo de la cuerda izquierda con trombo intraluminal en ACM izquierda porción M1. Por ausencia de alteplase en la institución deciden remitir a nuestra institución para realización de trombolisis intravenosa y trombectomía mecánica. Ingresó en compañía de médico. El caso fue presentado por neurólogo (Dr. Zabaleta) quien activó código ACV.

Antecedentes:
Patológicos: HTA, obesidad
Quirúrgicos: reemplazo de rodilla izquierda
Farmacológicos: amlodipino 10 mg cada día, metoprolol 50 mg cada día
Alérgicos: Niega
Tóxicos: extabaquismo pesado y exalcoholismo

Revisión por sistema: No hay datos de fiebre, síntomas respiratorios ni gastrointestinales previos.

Fecha Ingreso: 24/01/2024 8:47:20 p. m.	Fecha Egreso: 28/01/2024 12:24:18 p. m.
Servicio Ingreso: ATENCION INICIAL DE URGENCIAS ADULTOS	Servicio Egreso: CUIDADO INTENSIVO ADULTO
Causa del Ingreso: Enfermedad general adulta	Tipo Documento: CC Numero: 17699216
Apellidos: SANCHEZ YAGUE	Edad: 69 Años 09 Meses 25 Dias (30/03/1954)
Nombres: ALBERTO	Sexo: MASCULINO
Dirección: CRA 33 20 A 41 - BUGANVILES - NEIVA	Tipo Paciente: OTRO
Telefono: 3175183023 - 3186197277	Tipo Afiliado: NO APLICA
Entidad Responsable: UNION TEMPORAL TOLIHUILA	Estado Civil: CASADO
Profesión: NO APLICA REGISTRAR	Grupo Etnico: NINGUNO DE LOS ANTERIORES
Fecha Nacimiento: 30/03/1954 12:00:00 a. m.	Seguridad Social: UNION TEMPORAL TOLIHUILA
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	
Codigo CIE10 I652	
Diagnostico OCLUSION Y ESTENOSIS DE ARTERIA CAROTIDA	
CONDICIONES DEL PACIENTE A LA FINALIZACION	
28/01/2024 12:25:53 p. m. UCI NEUROCRITICA,CAMA 105 ALBERTO SANCHEZ. NOTA RETROSPECTIVA 11 AM	
PACIENTE MASCULINO DE 69 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS: AREA DE ISQUEMIA EN TERRITORIO DE ACM IZQUIERDA SO NEUROVASCULAR ISQUEMICO CARDIOEMBOLICO ACM IZQUIERDA TROMBOLISIS FARMACOLOGICA CON ALTEPLASE 24/01/2024 POSTOX DE TROMBECTOMIA + TROMBELECTOMIA MECANICA DE RESCATE 26/01/2024 OCLUSION TROMBOTICA DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA IZQUIERDA FIBRILACION AURICULAR DE NOVO ? HTA OBESIDAD GRADO I REEMPLAZO DE RODILLA IZQUIERDA EXTABAGUISMO PESADO Y EXALCOHOLISMO CHOCQUE SEPTICO	
PACIENTE EN CONDICIONES MUY CRITICAS. COMPROMISO MULTIORGANICO. - SIN SEDACION - SOPORTE VENTILATORIO MECANICO POR TUBO CROTRAQUEAL, MODO VENTILATORIO ASISTIDO CONTROLADO, CONTROL VOLUMEN. - ALTO REQUERIMIENTO DE SOPORTE PRESOR NORADRENALINA-VASOPRESINA- AZUL DE METILENO. - COMPROMISO DE FUNCION RENAL ANURICO EN SEGUIMIENTO POR NEFROLOGIA. - GLUCOMETRIAS OSCILANTES	
OBJETIVO PACIENTE EN CONDICION MUY CRITICA, CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO, BAJO SEDOANALGESIA CON FENTANILO+ MIDAZOLAM, SIN SOPORTE INOTROPICO, CON SOPORTE VASOPRESOR CON NOREPINEFRINA, VASOPRESINA, AZUL DE METILENO, CON SIGNOS DE SIRS CON FRIGLIDAD GENERALIZADA. EL CUAL PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO POR LO CUAL SE INICIA MANIOBRAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR SEGUN GUIAS DE MANEJO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA Y LAHIA, EL PROCEDIMIENTO SE REALIZO DURANTE 20 MINUTOS EN MODO DE ASISTOLIA EN MANEJO CON EPINEFRINA AMPOLLA 1 CADA 3 MINUTOS, PACIENTE POSTERIOR A ESTE TIEMPO NO RESPONDE A LAS AMNIOBRAS EL PACIENTE FALLECE. SE INFORMA A FAMILIARES HIJO, SE ORDENA BAJAR A LA MORGUE SE REALIZA CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN # 24019820478749	
Fecha Muerte: 28/01/2024 10:15:00 a. m.	
Profesional: OSCAR DIDIER VERGARA ZEA	MEDICINA INTERNA

Documento: Historia Clínica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano
Perdomo del 24 de enero de 2024 al 28 de enero de 2024

Por lo expuesto, es claro que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE falleció como consecuencia de sus factores de riesgo **NO INFORMADOS** a la aseguradora. Recordando 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, tal como la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997.

FRENTE AL HECHO ONCE: Teniendo en cuenta que este hecho contiene varias premisas, procedo a referirme así:

- Es cierto que existió acción de tutela instaurada por la hoy demandante la cual fue resuelta como improcedente al existir otros medios de defensa ante el juez ordinario y no estar demostrado un perjuicio irremediable.
- No es cierto que la objeción a la reclamación se haya dado por una supuesta conducta inapropiada del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE. La parte actora pretende hacer caer en error a la Delegatura, pues existe material probatorio y como se demostrará en el curso del proceso, el asegurado tenía pleno conocimiento de sus padecimientos y fue reticente al diligenciar la declaratoria de asegurabilidad, lo que se traduce en un caso claro del artículo 1058 del C.Co.

FRENTE AL HECHO DOCE: Es cierto únicamente que existe proceso judicial instaurado por la Cooperativa COONFIE, por lo demás, no es cierto, pues se trata de una consideración apreciativa y subjetiva de la parte demandante. Que nada puede aceptar o negar mi representada pues se trata del sentir de la parte activa. Desde este momento el despacho debe tener en cuenta que existe pleito pendiente, entre la Cooperativa COONFIE y mi representada por los mismos hechos que suscitan este proceso.

FRENTE AL HECHO TRECE: Es cierto únicamente que existe proceso judicial instaurado por la Cooperativa COONFIE, por lo demás, no es cierto, pues se trata de una consideración apreciativa y subjetiva de la parte demandante. Que nada puede aceptar o negar mi representada pues se trata del sentir de la parte activa.

FRENTE AL HECHO CATORCE: Es cierto que existe pleito pendiente entre la Cooperativa COONFIE y mi representada por los mismos hechos que suscitan este proceso, pues tienen la

misma causa y objeto. Lo que quiere significar que debe ser devuelta esta acción al extremo actor, como quiera que las resultas de aquel le son extensivas a ella. Además, el Juez que admitió la demanda con posterioridad al primero, no está jurídicamente habilitado para proferir un fallo de fondo que solucione la controversia.

FRENTE AL HECHO QUINCE: Se trata de apreciaciones subjetivas relacionadas con otro proceso judicial instaurado por la Cooperativa COONFIE, frente a ello, solo es cierto que existe pleito pendiente entre la Cooperativa COONFIE y mi representada por los mismos hechos que suscitan este proceso, pues tienen la misma causa y objeto. Lo que quiere significar que debe ser devuelta esta acción al extremo actor, como quiera que las resultas de aquel le son extensivas a ella. Además, el Juez que admitió la demanda con posterioridad al primero, no está jurídicamente habilitado para proferir un fallo de fondo que solucione la controversia.

Pese a lo anterior, desde este momento la Delegatura deberá tener en consideración que la acción de protección al consumidor se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 58 de la ley 1480 de 2011, debido a que el fallecimiento del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE ocurre el 28 de enero de 2024 y la radicación de esta demanda se da hasta el 21 de febrero de 2025, con posterioridad al año concedido para tal fin, por ende la Delegatura no podrá imponer ninguna obligación a carga de la aseguradora, siendo esta la consecuencia desfavorable para quien pudiendo ejercer la acción no lo hizo en el plazo legal otorgado.

IV. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a la totalidad de las pretensiones incoadas por la parte demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que la acción de protección al consumidor se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 58 de la ley 1480 de 2011. Adicionalmente, el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE debe ser declarado nulo, en los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la

reticencia en la que incurrió en el momento de contratar el seguro.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO, en tanto, el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguros, omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que el asegurado negó en el momento de su solicitud, fueron la causa en mayor medida de su muerte. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la HTA (hipertensión arterial) y Diabetes Mellitus, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en estos. Por ende, emerge con claridad que se cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

Adicionalmente, la acción de protección al consumidor se encuentra prescrita, debido a que el fallecimiento del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE ocurre el 28 de enero de 2024, acaeciendo la terminación del contrato de seguro en dicha fecha al ser ese el interés asegurado y, teniendo en cuenta que la compañía recibió solicitud de indemnización el 12 de febrero de 2024, fecha en la cual se reinició nuevamente el conteo del término bienal de que trata la norma; desde esta última fecha hasta el momento en que fue iniciado este proceso, esto es, el **21 de febrero de 2025** pasó más de 1 año, prescribiendo el referido término para interponer la acción de protección al consumidor. Entonces, efectivamente, el término prescriptivo corrió sin que la parte accionante ejerciera la respectiva acción, lo que significa, que se deberán desestimar en su totalidad las pretensiones de la demanda.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO a esta pretensión, como quiera que es consecencial a la anterior, la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo conocido con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Entones, el contrato está viciado de nulidad y le es aplicable el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo que significa que

no podrá nacer la obligación indemnizatoria, pero sobre todo condicional de mi representada.

Adicionalmente, la acción de protección al consumidor se encuentra prescrita, al haber transcurrido más del término anual del artículo 58 de la ley 1480 de 2011, sin que la parte demandante ejerciese acción en contra de mi mandante, pues cuando finalmente lo hizo, el 21 de febrero de 2025, ya el término había fenecido. Lo anterior se traduce en que no es posible hablar de condonación de un crédito.

V. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

En este acápite me permito oponerme de manera respetuosa a lo predicado en el juramento estimatorio, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso por las siguientes razones:

En primer lugar, no puede obviarse que ha operado la prescripción de la acción de protección al consumidor en los términos del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011. Teniendo en cuenta que, desde la terminación del contrato el **28 de enero de 2024** (con el fallecimiento del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE), la parte actora contaba con un año para impetrar esta acción, es decir hasta el 28 de enero de 2025, fecha en la que operó la prescripción, pues el término finalizó sin que se hubiese ejercido esta acción habida cuenta que esta demanda fue radicada hasta el **25 de febrero de 2025** cuando ya se encontraba prescrita la acción.

Adicionalmente, el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la HTA (hipertensión arterial) y Diabetes Mellitus, se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho

más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del día de su fallecimiento para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

VI. EXCEPCIONES DE MÉRITO O DE FONDO

1. PRESCRIPCIÓN EXTINTIVA DE LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011

Sin perjuicio de las excepciones que se formularán en lo sucesivo, solicito respetuosamente a la delegatura declare que se configuró la prescripción de la acción de protección al consumidor toda vez que, desde el momento en que terminó el contrato de seguro por desaparición del interés asegurable, esto es, el día **28 de enero de 2024**, hasta la fecha en que se presentó la demanda el **21 de febrero de 2025**, transcurrió más de un (1) año operando así la prescripción de la acción de protección al consumidor.

La Ley 1480 de 2011, específicamente en su artículo 58, fijó el procedimiento que debe seguir esta Superintendencia, cuando en cumplimiento de sus facultades jurisdiccionales, deba tramitar y resolver una Acción de Protección al Consumidor. En el numeral tercero del nombrado artículo 58, el legislador consagró que los consumidores 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:

(...)

*3.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)

Esta Superintendencia Financiera de Colombia en sentencia proferida el 17 de febrero de 2021, refirió con claridad que en los eventos en que el riesgo asegurado sea la muerte, el cómputo del término de prescripción de las acciones de protección al consumidor, deberá empezar a contar desde la fecha del deceso del asegurado. Así mismo, indicó que, acreditados los presupuestos para declarar la prescripción de la acción, resulta improcedente analizar de fondo las pretensiones propuestas. Se extrae:

“Así las cosas, téngase en cuenta que el artículo 1054 del Código de Comercio reconoce como riesgo asegurable la muerte, y en este orden, dada la ocurrencia del siniestro el riesgo asegurable en este caso deja de existir y ante la ausencia de dicho elemento esencial el contrato de seguro se presenta la extinción del mismo

(...) conforme al registro de defunción obrante en el plenario se encuentra que la fecha del fallecimiento del señor Hurtado ocurrió el 23 de diciembre de 2017, en este sentido al tomar como fecha de partida para contar el término prescriptivo la terminación del contrato de seguro, es decir, el fallecimiento del señor Antonio José Hurtado Salazar al dejar de existir el riesgo asegurable se llega a la inexorable conclusión de que el término máximo que le asistía a la parte activa para reclamar el pago del amparo por los hechos base de la reclamación a través del ejercicio de la acción de protección al consumidor , no podía superar, en principio, el 23 de diciembre de 2017, ante la ausencia del riesgo asegurable que conlleva a la terminación del contrato, momento a partir del cual se cuenta con un (1) año para interponer la acción de protección al consumidor.

Esta circunstancia no se modificará por la interrupción de la prescripción prevista en el artículo 94 del Código General del Proceso, comoquiera que esta norma prevé la interrupción del término por una sola vez con el requerimiento que hace el acreedor al deudor, para este caso el que hace el demandante a la aseguradora para el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, requerimiento que en este asunto se presentó el día 19 de enero de 2018, por lo que contando un año nuevamente desde dicho momento, tenía el demandante hasta el 19 de enero de 2019”

En este sentido, el Estatuto del Consumidor previó que la acción de protección al consumidor tratándose de controversias meramente contractuales prescribe en el término de un año contado a partir de la terminación del contrato. Sobre este particular, termina el contrato con la ausencia del interés asegurable al darse la muerte del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE el **28 de enero de 2024**, pues era este el interés asegurado. Tal como se constata con el registro civil de defunción:


 ORGANIZACIÓN ELECTORAL
 REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN Indicativo Serial **11025733**

Datos de la oficina de registro											
Clase de oficina:	Registraduría	Notaria	<input checked="" type="checkbox"/>	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código	K	4	W	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía											
COLOMBIA - HUILA - NEIVA NOTARIA 2 NEIVA * * * * *											
Datos del inscrito											
Apellidos y nombres completos											
SANCHEZ YAGUE ALBERTO * * * * *											
Documento de identificación (Clase y número)											
CC No. 17699216 * * * * *						Sexo (en Letras)					
						MASCULINO * * * * *					
Datos de la defunción											
Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía											
COLOMBIA - HUILA - NEIVA * * * * *											
Fecha de la defunción											
Año	2	0	2	4	Mes	E	N	E	Día	2	8
						Hora		Número de certificado de defunción			
						10:15		24019820478749 * * * * *			
Presunción de muerte											

Documento: Registro civil de defunción del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE de fecha 28 de enero de 2024

A partir del 28 de enero de 2024, la parte accionante contaba con un año para ejercer la acción de protección del consumidor, sin embargo, no lo hizo, pues fue hasta el 21 de febrero de 2025 que radicó la presente demanda, tal como se muestra a continuación:



Documento: Constancia de radicación demanda de fecha 21 de febrero de 2025

En consecuencia, el caso bajo estudio se enmarca en este supuesto, por lo que resulta necesario precisar que el cómputo del plazo indicado debe contabilizarse desde la muerte de la asegurada. Inclusive, no puede pasarse por alto que el artículo 1045 del C.Co establece expresamente que “*en defecto de cualquiera de los elementos esenciales, el contrato de seguro no producirá efecto alguno*”. Lo que quiere decir, que al desaparecer el riesgo asegurable como consecuencia de la muerte del asegurado, el contrato de seguro termina por falta de riesgo asegurable y es desde ahí, que inicia el cómputo del término prescriptivo de que trata el artículo 58 de la Ley 1480 de 2011.

Así las cosas, desde la terminación del contrato el **28 de enero de 2024**, la parte actora contaba con un año para impetrar esta acción, es decir hasta el 28 de enero de 2025, sin que en dicho lapso se impetrara acción en contra de mi representada por lo que operó la prescripción, pues la presente demanda fue radicada hasta el **21 de febrero de 2025** cuando ya se encontraba prescrita la acción.

Es de mencionar que si bien existió una reclamación está se presentó fue ante la cooperativa COONFIE, y, en estricto sentido no se interrumpió el término porque de acuerdo con el artículo 94 del CGP, el requerimiento escrito debe ser realizado al acreedor directamente por el acreedor y no hay reclamaciones directas de la parte demandante a la aseguradora. En ese sentido, no hubo interrupción alguna que tener en cuenta.

En conclusión, no existe duda alguna que ha operado la prescripción de la acción de protección al consumidor en los términos del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011. Por cuanto, es claro que el término prescriptivo feneció con creces, al haber transcurrido más de un año desde la terminación del contrato hasta la fecha en que se presentó la demanda, e incluso prescribió, al haber transcurrido más de un año desde la primera solicitud de indemnización a la fecha en que se presentó la demanda.

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción.

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

Es fundamental que desde ahora la Delegatura tome en consideración que el asegurado, el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, tales como HTA (hipertensión arterial) y Diabetes Mellitus, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron al desenlace fatal, que, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el contrato, 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, 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” .² (Subrayado 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, 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. 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

² 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.

informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por el Aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que la 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 contrato 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 el contrato 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 asegurado 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 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.”³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001- 2003-00400-01.

⁴(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, 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,

⁴ 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

*exigir el cumplimiento de la póliza.*⁵ (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 Código de Comercio. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

*Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contrato 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*

⁵ 4 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.

*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.***

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 seguros, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que el Aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguros 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 el Aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. La póliza contrada se formalizó el 12 de mayo de 2022. Previo a ello, se le formuló un cuestionario de asegurabilidad (declaración de asegurabilidad) con preguntas redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE decidió no marcar sus enfermedades incurriendo en un comportamiento falto a la verdad, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas constituían una premisa importante en su aseguramiento.

Es decir, a pesar de que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 12 de mayo de 2022, fecha en la que diligenció la declaratoria de asegurabilidad y allí negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora, aún a sabiendas que padecía de una HTA y una diabetes mellitus, enfermedades de semejante envergadura, que debieron haber sido declaradas ante la compañía de seguros. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas omisivas y falsas del asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

* Si es poliza de Vida Deudores el beneficiario será el tomador hasta por el saldo de la douda.
 Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que éste se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguiente interrogantes:
Favor marque con una X si presenta o ha presentado alguna vez cualquiera de las siguiente condiciones:

1. AFECIONES CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/>	8. CIRUGIA <input type="checkbox"/>
2. AFECIONES CEREBROVASCULARES <input type="checkbox"/>	9. ALCOHOLISMO <input type="checkbox"/>
3. CANCER <input type="checkbox"/>	10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN <input type="checkbox"/>
4. DIABETES <input type="checkbox"/>	11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>
5. VIH POSITIVO / SIDA <input type="checkbox"/>	12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS <input type="checkbox"/>
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <input type="checkbox"/>	13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO <input type="checkbox"/>
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OSTRUCTIVA CRÓNICA <input type="checkbox"/>	14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS <input type="checkbox"/>

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA, AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE:

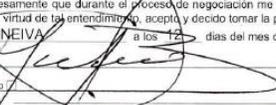
Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital o persona que me haya atendido a suministrar a La Equidad Seguros de Vida copia de la historia clínica. Esta autorización se hace extensiva aún después de mi fallecimiento.
 En caso del seguro de Protección Familiar esta declaración se extiende al grupo familiar relacionado en la solicitud (cónyuge e hijos). Los padres deben diligenciar cada uno por separado esta declaración.

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En cumplimiento a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y sus normas reglamentarias, para efectos de acceder a la prestación de servicios por parte de La Equidad Seguros Generales D.C. y/o La Equidad Seguros de Vida O.C. (En adelante La Equidad), declaro que he suministrado datos personales para la finalidad y tratamiento descritos en la presente autorización. Así mismo, autorizo y declaro que durante la etapa precontractual y contractual, La Equidad podrá acceder a otras bases de datos para obtener información no suministrada en el presente documento, para los fines y tratamiento descrito a continuación: 1. Que mis datos personales serán tratados por La Equidad, para las siguientes finalidades: a) El trámite de vinculación como consumidor financiero; b) Todas las actividades referentes al proceso de negociación contractual, su ejecución, cumplimiento y en general, la gestión integral del seguro contratado; c) Identificación del estado del riesgo en cualquier tiempo; d) El control y la prevención del fraude; e) La liquidación y pago de siniestros; f) La elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, verificación, actualización de datos y análisis de tendencias del mercado; g) Envío de información de actualización en las políticas de tratamiento de datos y ofertas comerciales de seguros de La Equidad; h) Consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reporte de información a las bases de datos de información o bases de datos debidamente consultadas referentes al comportamiento crediticio, financiero y comercial; i) Cuando aplique, para controlar el cumplimiento de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral; 2. Que, para efectos del cumplimiento de las finalidades indicadas en el numeral anterior, el tratamiento podrá realizarse aún en el caso de que no se llegare a formalizar una relación contractual con La Equidad, o que ella ya hubiere terminado y conforme al término de vigencia del tratamiento; 3. Que los datos podrán ser compartidos, transferidos, entregados, transcritos o divulgados para las finalidades mencionadas; e. a) Los operadores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivadas de los contratos de seguro celebrados con La Equidad, tales como, pero no limitados a: ajustadores, call centers, investigadores, compañías de asistencia, abogados externos, gestores de cartera, entre otros; b) Los intermediarios de seguros que intervengan en el proceso de celebración, ejecución y terminación del contrato de seguro; c) Las entidades judiciales con las cuales La Equidad adelante gestiones para efectos de Coaseguro o Reaseguro; d) A las personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes, la selección de riesgos, y control de requisitos para acceder al Sistema General de Seguridad Social Integral y la selección de riesgos, así como la elaboración de estudios estadísticos actuariales; 4. Que, para las finalidades indicadas en esta autorización, La Equidad podrá consultar las bases de datos a que hace referencia el literal d) del numeral 3 de este documento; 5. Que son facultativas las respuestas a las preguntas que me han hecho o me hagan sobre mis datos personales sensibles, de conformidad con la definición legal vigente. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 6. Que autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, si la información suministrada es relativa a la salud y a los datos biométricos; 7. Que son facultativas las respuestas a las preguntas sobre datos de niños, niñas y adolescentes. En consecuencia, no he sido obligado a responderlas; 8. Que como titular de la información, me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012 y el decreto 1337 de 2013. En especial, me asiste el derecho a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que hayan sido objeto de tratamiento; 9. Que el responsable del tratamiento de la información es La Equidad Seguros Generales D.C. y/o La Equidad Seguros de Vida O.C., cuya dirección es carrera 9 A No. 99-07 Piso 12, al teléfono 5922929 y su página web es www.laequidadseguros.coop; 10. Que con la suscripción del presente documento, autorizo el tratamiento de los datos personales, por las personas, para las finalidades y en los términos que me fueron informados en esta autorización.

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.

En constancia se firma en NEIVA a los 12 días del mes de MAYO del año 2022

FIRMA ASEGURADO 

Autoriza Ingreso Sí No

Nombre y firma de quien autoriza  

**Documento: Declaratoria de asegurabilidad de la Póliza de seguro Vida Deudor
 No. AA002613 de 12 de mayo de 2022**

Transcripción esencial:

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

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

1. AFECIONES

ARDIOVASCULARES

sin
marca

8. CIRUGÍA

sin
marca

2.AFECCIONES CEREBROVASCULARES	sin marca	9.ALCOHOLISMO	sin marca
3.CANCER	sin marca	10.TABAQUISMO/DROGADICCIÓN	sin marca
4.DIABETES	sin marca	11.HIPERTENSIÓN ARTERIAL	sin marca
5.VIH POSITIVO / SIDA	sin marca	12.ENFERMEDADES CONGENITAS	sin marca
6.INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	sin marca	13.ENFERMEDADES DEL COLAGENO	sin marca
7.EPOC-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	sin marca	14.ENFERMEDADES HEMATLOGICAS	sin marca

EN CASO DE HABER MARCADO ALGUNA DE LAS CONDICIONES ANTERIORES O SI PADECE ALGUNA ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA AFECCIÓN O ADICCIÓN FAVOR EXPLICAR DETALLADAMENTE”

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE decidió no marcar sus enfermedades, ello quiere decir que respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. 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 el asegurado ha padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren

retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, los hubiera inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que la Delegatura tenga en cuenta que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE con pleno conocimiento sobre sus padecimientos, respondió negativamente todas las preguntas que cuestionaban la existencia de enfermedades preexistentes, lo que constituye una clara falta a la verdad, pues como se probará en el curso del proceso, el señor padecía como HTA (hipertensión arterial) y Diabetes Mellitus, lo que representa antecedentes sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. Por ello, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, todos estos padecimientos fueron iniciados previo a la solicitud de asegurabilidad.

- **HTA (HIPERTENSIÓN ARTERIAL)**

Tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. Como se aprecia en el fragmento que se presenta a continuación, el señor **ALBERTO SANCHEZ YAGUE** desde el año 2017 padecía de Hipertensión Arterial, es decir tal antecedente patológico se encontraba presente hacía más de 5 años previo a la suscripción del seguro del 2022, a saber:

	CLINICA EMCOSALUD	Página 15 de 26
Paciente: CC 17699216 SANCHEZ YAGUE ALBERTO	Edad: 69 a 11 m 1 d	Id. Historia: 5068959
Prof.: GUTIERREZ YAÑEZ KAROLLAY DAHIANNA - RM: 1075237648	Fecha: 08/08/2017 03:00:00p.m.	Fecha Impresion: 1/3/2024
Sexo: Masculino		
Especialidad:		
TRIAGE - TRIAGE		
ESTADO DE CONCIENCIA - ALERTA		
TENSION ARTERIAL - 180/110		
FRECUENCIA RESPIRATORIA - 18		
FRECUENCIA CARDIACA - 70		
TEMPERATURA - 36.8		
PRIORIDAD MEDICO - III		
HALLAZGOS - FIEBRE ESCALOFRIO		
IMPRESION DIAGNOSTICA 1 - SX FEBRIL?		
CONDUCTA - MEDICINA GENERAL		
Prof.: GUARNIZO VILARREVA JOHANA ALEJANDRA - RM: 3204085269	Fecha: 08/08/2017 03:43:00p.m.	
Especialidad: MEDICINA GENERAL		
EVOLUCION. - EVOLUCION		
SUBJETIVO - MC: FIEBRE Y MALESTAR		
EA: PACIENTE CON CUADRO CLINICO QUE INICIA EL DIA DE AYER CON MALESTAR GENERAL ACOMPAÑADA DE PICOS FEBRILES DESDE EL DIA DE AYER NO CUANTIFICADOS CON ODINODINIA, POR LO QUE CONSULTA, TOLERA LA VIA ORAL, DIURESIS +, NIEGA FIEBRE U OTROS SINTOMAS		
RVS: CONSTIPACION		
ANTECEDENTES PERSONALES: PATOLOGICOS: DM TIPO 2 - HTA - ARTROSIS, ALERGICOS: NIEGA, TOXICOS: NIEGA, QX: PTERIGION, FAMILIARES: NIEGA FARMACO: ABANDONO TRATAMIENTO MEDICO		

Documento: Historia Clínica sobre la consulta del 8 de agosto de 2017 de la CLINICA EMCOSALUD

Transcripción esencial: “ANTECEDENTES PERSONALES: PATOLOGICOS: DM TIPO 2-HTA”

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que, con anterioridad al año 2021, el señor **ALBERTO SANCHEZ YAGUE** tenía antecedentes de Hipertensión Arterial, de modo que no es factible que para el momento de solicitar su aseguramiento el 12 de mayo de 2022 no conociera de su padecimiento de salud. Así las cosas, es evidente que, en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de mayo de 2022, ya padecía de Hipertensión Arterial, pues había sido diagnosticada al menos 5 años atrás. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio

del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de la hipertensión arterial con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

• **DIABETES MELLITUS**

Tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento Como se aprecia en el fragmento que se presenta a continuación, el señor **ALBERTO SANCHEZ** desde el año 2017 padecía de Diabetes Mellitus, es decir tal antecedente patológico se encontraba presente hacía más de 5 años previo a la suscripción del seguro del 2022, a saber:

	CLINICA EMCOSALUD	Página 15 de 26
Paciente: CC 17699216 SANCHEZ YAGUE ALBERTO	Edad: 69 a 11 m 1 d	Id. Historia: 5068959
		Fecha Impresión: 1/3/2024
		Sexo: Masculino
Prof.: GUTIERREZ YAÑEZ KAROLLAY DAHIANNA - RM: 1075237548	Fecha: 08/08/2017 03:00:00p.m.	
Especialidad:		
TRIAGE - TRIAGE		
ESTADO DE CONCIENCIA - ALERTA		
TENSION ARTERIAL - 180/110		
FRECUENCIA RESPIRATORIA - 18		
FRECUENCIA CARDIACA - 70		
TEMPERATURA - 36.8		
PRIORIDAD MEDICO - III		
HALLAZGOS - FIEBRE ESCALOFRIO		
IMPRESION DIAGNOSTICA 1 - SX FEBRIL?		
CONDUCTA - MEDICINA GENERAL		
Prof.: GUARNIZO VILAPARUEVA JOHANA ALEJANDRA - RM: 3204085269	Fecha: 08/08/2017 03:43:00p.m.	
Especialidad: MEDICINA GENERAL		
EVOLUCION. - EVOLUCION		
SUBJETIVO - MC: FIEBRE Y MALESTAR		
EA: PACIENTE CON CUADRO CLINICO QUE INICIA EL DIA DE AYER CON MALESTAR GENERAL ACOMPAÑADA DE PICOS FEBRILES DESDE EL DIA DE AYER NO CUANTIFICADOS CON ODINODINIA, POR LO QUE CONSULTA, TOLERA LA VIA ORAL, DIURESIS +, NIEGA FIEBRE U OTROS SINTOMAS		
RVS: CONSTIPACION		
ANTECEDENTES PERSONALES: PATOLOGICOS: DM TIPO 2 - HTA - ARTROSIS, ALERGICOS: NIEGA, TOXICOS: NIEGA, QX: PTERIGION, FAMILIARES: NIEGA FARMACO: ABANDONO TRATAMIENTO MEDICO		

Documento: Historia Clínica sobre la consulta del 8 de agosto de 2017 de la CLINICA

EMCOSALUD

Transcripción esencial: “ANTECEDENTES PERSONALES: PATOLOGICOS: DM TIPO 2-HTA”

La cual es confirmada en atención médica del 11 y 12 de febrero de 2019, en la que se describe DIABETES MELLITUS como diagnostico de egreso, tal como se avizora de la historia clínica, así:

Día Ing: 11/2/19 6:44 a.m.	Tp Adm: HOSPITALIZACION	Triaje: Hospitalización	Día Sal: 12/2/19 7:30 p.m.
Dx Ingreso: T888 - OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE			
Departamento Atención:			
Municipio Atención:			
Estado Salida: VIVO			
Dx Egreso: E119 - DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN			
Información de Egreso			
Causa Salida: ALTA		Tipo Egreso: DEFINITIVO	
Dx Muerte:			
Dx Relaciona2:			
Fecha Orden Egreso: 12/2/19 7:29 p.m.		Fecha Orden Egreso Adm: 12/2/19 7:30 p.m.	
CONTROL DE MEDICAMENTOS - CONTROL DE MEDICAMENTOS			
MEDICAMENTO 1 - CLORURO DE SODIO X 500 ML + 2 GR DE CEFAZOLINA PPS(-)			
DOSIS - VIA (1) - PROFILACTICOS			

Documento: Historia Clínica sobre la consulta del 11 y 12 de febrero de 2019 de la CLINICA EMCOSALUD

Transcripción esencial: “Dx egreso: E119-DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE, SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN”

A partir de estos documentos se demuestra fehacientemente que, con anterioridad al año 2022, el señor **ALBERTO SANCHEZ YAGUE** tenía antecedentes de Diabetes Mellitus. De modo que no es factible que para el momento de solicitar su aseguramiento el 12 de mayo de 2022 no conociera de su padecimiento de salud. Máxime, cuando hay un tratamiento médico asignado para el efecto.

Así las cosas, es evidente que en el momento de solicitar su aseguramiento en el mes de mayo de 2022, ya padecía de Diabetes Mellitus, pues había sido diagnosticado al menos 5 años atrás, por lo que el señor **ALBERTO SANCHEZ YAGUE** debió haberla declarado de manera previa a la formalización del seguro. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de este antecedente constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo

1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior debido a que, si mi procurada hubiera conocido de la existencia de la diabetes mellitus con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar el misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

En consonancia con lo referido, la Delegatura deberá advertir entonces que, con la historia clínica y con los oficios solicitados a las entidades, que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE contaba con antecedentes médicos de antaño conocidas, ya que, este paciente sufría de varias enfermedades prolongadas en el tiempo. Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor **ALBERTO SANCHEZ YAGUE**, es de gran importancia abordar lo señalado en su historia clínica, pues en esta se indica que al menos desde el mes de agosto de 2017 contaba con antecedentes de Diabetes Mellitus y de Hipertensión Arterial. Diagnósticos de suma importancia para ser comunicados a la aseguradora, tan relevantes que su diagnóstico DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL influyó en gran porcentaje al resultado final desafortunado, la muerte del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, tal como se aprecia en la historia clínica de los días previos a su fallecimiento, en el cual se consigna que entre sus diagnósticos por Historia clínica de antecedentes se conoce de su padecimiento de Hipertensión Arterial, así:

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO NIT: 891180268-0		
REPORTE DE EPICRISIS		
Ingreso: 1741058	Fecha de Emisión: domingo, 28 de enero de 2024 1:33 p. m.	Página: 1/34
Identificación: 17609216	Nombres: ALBERTO	Apellidos: SANCHEZ YAGUE
DATOS BASICOS		
Fecha ingreso: 24/01/2024 9:47:20 p. m.	Fecha Egreso: 25/01/2024 12:24:18 p. m.	
Servicio Ingreso: ATENCION INICIAL DE URGENCIAS ADULTOS	Servicio Egreso: CUIDADO INTENSIVO ADULTO	
Causa del Ingreso: Enfermedad genética adulta	Tipo Documento: CC Número: 17899216	
Apellidos: SANCHEZ YAGUE	Edad: 69 Años 09 Meses 25 Dias (30/03/1954)	
Nombres: ALBERTO	Sexo: MASCULINO	
Dirección: CRA 33 20 A 41 - BUGANVILLE - NEIVA	Tipo Paciente: OTRO	
Teléfono: 3175160303 - 3150197277	Tipo Afiliado: NO APLICA	
Entidad Responsable: UNION TEMPORAL TOLUHUILA	Estado Civil: CASADO	
Profesión: NO APLICA REGISTRAR	Grupo Emérico: NINGUNO DE LOS ANTERIORES	
Fecha Nacimiento: 30/03/1954 12:00:00 a. m.	Seguridad Social: UNION TEMPORAL TOLUHUILA	
DIAGNOSTICO DEFINITIVO		
Código CIE10: I62		
Diagnóstico: OCLUSION Y ESTENOSIS DE ARTERIA CAROTIDA		
SOLUCIONES DEL PACIENTE A LA FINALIZACION		
28/01/2024 12:25:53 p. m. UCI NEUROCRITICA CAMA 106 ALBERTO SANCHEZ. NOTA RETROSPECTIVA 11 AM		
<p>PACIENTE MASCULINO DE 69 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO: AREA DE ISQUEMIA EN TERRITORIO DE ACM IZQUIERDA. SE NEURORRADIOLÓGICAMENTE CARDIOEMBÓLICO ACM IZQUIERDA TROMBOLISIS FARMACOLÓGICA CON ALTEPLAS 24/01/2024. POSTOY DE TROMBECTOMIA + TRICAMILECTOMIA MECANICA DE RESCATE 25/01/2024. OCLUSION TROMBOTICA DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA IZQUIERDA. FIBRILACION AURICULAR DE NOVO ?</p> <p>HTA.</p> <p>OBESIDAD GRADO I</p> <p>REEMPLAZO DE RODILLA IZQUIERDA</p> <p>EXTABACUISMO PESADO Y EXALCOHOLISMO</p> <p>CHOCQUE SEPTICO</p> <p>PACIENTE EN CONDICIONES MUY CRITICAS. COMPROMISO MULTIORGANICO.</p> <p>-SIN SEDACION</p> <p>-SOPORTE VENTILATORIO MECANICO POR TUBO OROTRAGUEAL. MODO VENTILATORIO ASISTIDO CONTROLADO. CONTROL VOLUMEN</p> <p>-ALTO REQUERIMIENTO DE SOPORTE PRESOR NORADRENALINA, VASOPRESINA, AZUL DE METILENO</p> <p>-COMPROMISO DE FUNCION RENAL ANURICO EN SEGUIMIENTO POR NEFROLOGIA</p> <p>-GLUCOMETRIAS OSCILANTES</p> <p>OBJETIVO PACIENTE EN CONDICION MUY CRITICA, CON SOPORTE VENTILATORIO INVASIVO, BAJO SEDACION CON FENTANIL-0.5MG/2ML SIN SOPORTE INTRORTRICO, CON SOPORTE VASOPRESOR CON NOREPINEFRINA, VASOPRESINA, AZUL DE METILENO. CON SIGNOS DE SIRS CON FRIALIDAD GENERALIZADA. EL CUAL PRESENTA PARO CARDIORESPIRATORIO POR LO CUAL SE INICIA MANIOBRAS DE RESANACION CARDIOPULMONAR DESDE LA QUIRUFANIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NEIVA Y LAHA. EL PROCEDIMIENTO SE REALIZO DURANTE 20 MINUTOS EN MODO DE ASISTIDA EN MANEJO CON EPINEFRINA AMPOLLA 1 CADA 2 MINUTOS. PACIENTE POSTERIOR A ESTE TIEMPO NO RESPONDE A LAS AMONORAS EL PACIENTE FALLOSO. SE INFORMA A FAMILIARES HIJO, SE ORDENA BAJAR A LA MORGUE SE REALIZA CERTIFICADO DE DEFUNCION # 24010820478749</p> <p>Fecha Muerte: 28/01/2024 10:18:00 a. m.</p> <p>Profesional: OSCAR DIDIER VERGARA ZEA. MEDICINA INTERNA</p>		

Documento: Historia Clínica del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo del 24 de enero de 2024 al 28 de enero de 2024

Transcripción esencial: “PACIENTE MASCULINO DE 69 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS: (...) HTA”

En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C. Co, como resultado de la reticencia con la que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE suscribió su declaración de asegurabilidad. En consecuencia, ruego a la Delegatura tener por cierto el hecho según el cual (i) el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE ya contaba con una serie de diagnósticos de HTA (hipertensión arterial) y Diabetes Mellitus, conocidos y presentes con anterioridad a la suscripción del seguro, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado, tanto es así que varias de ellas se relacionan en el cuestionario de asegurabilidad y el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE aún conocido, las omitió, por lo que no fueron declaradas antes

de solicitar su aseguramiento. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro 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 (C-232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

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

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en

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

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual, lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando. En otras palabras, se entrará a demostrar que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, padecía y conocía de la existencia de sus enfermedades de HTA (hipertensión arterial) y Diabetes Mellitus. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario, varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente. Se reitera, de haber sido comunicadas a la aseguradora esta se hubiere retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

En conclusión, el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que el asegurado negó contribuyeron como causa en mayor medida al resultado de su muerte. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de HTA (hipertensión arterial) y Diabetes Mellitus, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

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

3. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE EL 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”.

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. Es más, en una reciente providencia, 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 jurídico⁶.

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 fundamentales⁷. 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 conocer⁸”. (Subrayado fuera del texto original)

⁶ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio 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.”

⁷ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁸ Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

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.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)⁹

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 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 Gutiérrez¹⁰, 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

⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez.

¹⁰ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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)

Ahora bien, 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..."¹¹ (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 contrato 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

¹¹ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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 el contrato, 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 fuera del texto original)

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 al perfeccionamiento del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad de los mismos, con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de uberrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

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

Resulta fundamental confirmarle a su Delegatura que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

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

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

citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro". (negrilla y subrayas fuera del texto)".¹²

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 Gutiérrez¹³, 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»." (Subrayas fuera del texto original).*

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

¹² 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.

¹³ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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 contrato 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 bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con

ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio". (Subrayado 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 este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrarlos, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dichos contrato sean declarados nulos por el juez competente.

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

5. EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DE EL CONTRATO DE SEGURO.

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que, la Delegatura 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 el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro, esto es, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, pues 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 **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA OC** tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

6. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

1. 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 la Delegatura 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.

2. 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 la Delegatura 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.

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

3. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES LA COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO-COONFIE.

En este punto es preciso resaltarle a la Delegatura que en el ámbito de aplicación de la póliza de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior,

dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, ostenta la naturaleza de asegurado en la póliza. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

(...) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.¹⁴ (...)

Como se observa, la póliza de seguro de vida grupo deudores están estructuradas bajo la finalidad de proteger las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que el único beneficiario de cualquier tipo de indemnización únicamente puede ser la entidad bancaria que otorgó el crédito. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio

¹⁴ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.¹⁵ (...)

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro.

Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro Póliza de seguro Vida Deudor No. AA002613, se asocia la obligación crediticia Pagaré No. 168879 con la COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO-COONFIE, tal como se identifica a continuación:

DATOS GENERALES	
TOMADOR	COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO COONFIE LTDA
DIRECCIÓN	CALLE 10 N. 6-68 EMAIL recepcion@misf
ASEGURADO	SANCHEZ YAGUE ALBERTO
DIRECCIÓN	EMAIL
BENEFICIARIO	COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO COONFIE LTDA
DIRECCIÓN	CALLE 10 N. 6-68 EMAIL recepcion@misfa
DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	

Documento: Póliza de seguro Vida Deudor No. AA002613

En conclusión, la Delegatura debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es la COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO-COONFIE, dado que así se

¹⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y, por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mí representada. Situación que debe ser tenida en consideración, por lo que consecuentemente, la Delegatura no tendrá otra salida que ante una eventual condena en contra de mí procurada, reconocer que la indemnización únicamente puede ser recibida por la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en la póliza de seguro.

VII. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Declaratoria de asegurabilidad Póliza de seguro Vida Deudor No. AA002613
- 1.2. Póliza de seguro Vida Deudor No. AA002613
- 1.3. Clausulado general Seguro Vida Deudor
- 1.4. Comunicación de la objeción del 5 de abril de 2024
- 1.5. Respuesta a la petición por parte de la aseguradora de fecha 2 de septiembre de 2024
- 1.6. Historia clínica parcial de CLINICA EMCOSALUD
- 1.7. Historia clínica parcial de HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO
- 1.8. Derecho de petición dirigido a CLINICA EMCOSALUD y su constancia de radicación
- 1.9. Derecho de petición dirigido al HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO y su constancia de radicación
- 1.10. Derecho de petición dirigido al FOMAG y su constancia de radicación

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte la señora **DALIA SERRATO DE SANCHEZ**, 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.

La señora **DALIA SERRATO DE SANCHEZ** podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la póliza de seguro.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a la Doctora **NUBIA PATRICIA VERDUGO MARTIN**, Coordinadora del área de seguros de Vida de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar a la Delegatura cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso,

de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

La testigo podrá ser ubicada en el correo electrónico nubia.verdugo@laequidadseguros.coop

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

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., de los Contratos de Seguro objetos del presente litigio. La Doctora AGUDELO podrá ser citada en la Calle 13 No. 10 -22, apartamento 402 de la ciudad de Bogotá o en el correo electrónico mcamilagudelo@gmail.com

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1.** Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito a la Delegatura que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar

A LA ACCIONANTE para que exhiba la Historia Clínica del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE desde 2010 hasta 2024, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que el asegurado 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 entonces asegurado declaró en su estado de asegurabilidad. Los documentos se encuentran en poder de la accionante ya que aquellos corresponden a las atenciones médicas que recibió su cónyuge y dada la cercanía, se encuentran en su poder.

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **CLINICA EMCOSALUD** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2024. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE entre los años referidos. Lo anterior se puede constatar con el fragmento de la historia clínica que se aportó al expediente.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **CLINICA EMCOSALUD** puede ser notificada en archivoclin@gmail.com y Notificaciones Judiciales emcosalud@emcosalud.com

- 5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene al **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, para que exhiba copia íntegra de la Historia Clínica del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, correspondiente al periodo que va desde el año

2010 hasta el año 2024. Estos documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, entre los años referidos. Lo anterior se puede constatar con lo mencionado por el extremo actor en el hecho primero.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, sufrió en años anteriores y que ya conocía al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. El **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** puede ser notificada en notjudicial@fiduprevisora.com.co.

- 5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor **ALBERTO SANCHEZ YAGUE** correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2024. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, en razón a que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor **ALBERTO SANCHEZ YAGUE**. Lo anterior se puede constatar con el fragmento de la historia clínica que se aportó al expediente.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor **ALBERTO SANCHEZ YAGUE** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. **EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO** puede ser notificado a través del correo electrónico notificacion.judicial@huhmp.gov.co

6. OFICIOS.

6.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **CLINICA EMCOSALUD** para que remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2024. Lo anterior se puede constatar con la historia clínica aportada al proceso.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que pese a la solicitud realizada a la entidad vía del Derecho de Petición en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso, ya que son documentos sometidos a reserva y no se cuenta con el parentesco para remitir la información.

El propósito de la remisión de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **CLINICA EMCOSALUD** puede ser notificada en archivoclin@gmail.com y Notificaciones Judiciales emcosalud@emcosalud.com

6.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie al **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, para que remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2024. Estos documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, entre los años referidos. Lo anterior se puede constatar con lo mencionado por el extremo actor en el hecho primero.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no ha sido posible obtener esta

información por vía del Derecho de Petición en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso, dado que son documentos sometidos a reserva.

El propósito de la remisión de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor ALBERTO SANCHEZ YAGUE, sufrió en años anteriores y que ya conocía al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. El **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** puede ser notificada en notjudicial@fiduprevisora.com.co.

- 6.3.** De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie al **HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO**, para que remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor **ALBERTO SANCHEZ YAGUE** correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2024. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, en razón a que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor **ALBERTO SANCHEZ YAGUE** Lo anterior se puede constatar con el fragmento de la historia clínica que se aportó al expediente.

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

El propósito de la remisión de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor **ALBERTO SANCHEZ YAGUE** sufrió en años anteriores y al

momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO puede ser notificado a través del correo electrónico notificacion.judicial@huhmp.gov.co

7. DICTAMEN PERICIAL

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

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el Asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguros 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 los mismos.

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

previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días". Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso.

Término que deberá iniciar una vez sea decretado, ya que 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.**

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito a la Delegatura, proceder de conformidad.

VIII. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de existencia y representación legal de G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S., expedido por la Cámara de comercio de Cali.
3. Certificado de existencia y representación legal de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., expedido por la Cámara de comercio y la Superintendencia Financiera.

IX. NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Mi representada EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. recibirá notificaciones en notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop

Al suscrito en la Carrera 11A No.94A-23 Of. 201 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Atentamente,


GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No 19.395.114
T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.