

Señores

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES

jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO
RADICACIÓN: 2025054379
EXPEDIENTE: 2025-7142
DEMANDANTE: GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES
DEMANDADOS: ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado general de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, tal y como se acredita con el poder general conferido que se adjunta, sociedad anónima de carácter privado, entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES en contra de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO 1: Es parcialmente cierto y me explico. Es cierto que el señor Germán Ricardo Serrano Fuentes adquirió un seguro de vida individual con Allianz Seguros de Vida S.A. materializado en la póliza identificada Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0.

No obstante, es pertinente aclararle a la Honorable Delegatura que la Póliza adquirida cuenta con el objeto de amparar, entre otros riesgos, la INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, que ofrece cobertura cuando el asegurado presente alguno de los siguientes eventos: Para todos los efectos de este amparo, se entiende por incapacidad total y permanente la pérdida de capacidad laboral en un porcentaje igual o superior al 50% sufrida por el asegurado como resultado de una enfermedad o accidente, cuya causa no esté expresamente excluida en esta póliza, con persistencia no inferior a 120 días calendario continuos. No obstante, para el caso que se estudia, concurren tres exclusiones expresas previstas en el condicionado de

la póliza que impiden su afectación, a saber: (i) Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el Asegurado como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas antes de la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo, (ii) Prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía, actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear y epidemias; y iii) Lesiones o contusiones causadas por esfuerzos, lumbalgias, espasmos, hernias de cualquier clase, eventraciones u oclusiones intestinales.

Adicionalmente, se tiene que, la aseguradora en todo caso debe ser exonerada de cualquier obligación de pago, ya que el riesgo alegado existía antes de contratarse el seguro. En efecto, se demostrará en el proceso que desde el año 2012 el señor Serrano Fuentes había sido calificado con una disminución de la capacidad laboral superior al 42.57% por parte de la Junta Médica Laboral de la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares, es decir, más de una década antes de la contratación de la póliza (que ocurrió el 09 de diciembre de 2024). Por tanto, de acuerdo con el artículo 1073 del Código de Comercio, si el riesgo se había iniciado antes de que comenzara a correr la cobertura, la aseguradora no tiene responsabilidad alguna por su realización. En conclusión, las circunstancias de hecho que dan origen a la reclamación se encuentran expresamente excluidas de la cobertura, lo que impide que prospere cualquier pretensión indemnizatoria en contra de Allianz Seguros de Vida S.A.

Finalmente, se advierte que, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio, el cual consagra la nulidad del contrato de seguro cuando el tomador o asegurado omite declarar sinceramente el estado del riesgo al momento de la celebración del contrato. Lo indicado atendiendo a que se demostrará en el trámite procesal que el señor Germán Ricardo Serrano Fuentes omitió declarar padecimientos de salud preexistentes significativos (como discopatía degenerativa, condromalacia, hipoacusia, hipertensión y una previa disminución de capacidad laboral del 42.57%) al momento de solicitar la póliza. De allí que, de haber conocido esta información, mi representada se habría abstenido de contratar o lo habría hecho en condiciones más restrictivas u onerosas. Esta omisión impidió a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. evaluar con fidelidad el estado del riesgo, lo que constituye una clara hipótesis de reticencia, que afecta la validez misma del contrato de seguro

FRENTE AL HECHO 2: No es cierto. Si bien es cierto que al señor Germán Ricardo Serrano Fuentes le fue practicado un dictamen de pérdida de capacidad laboral por la Junta Médica Laboral de la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares- Ejército Nacional el día 20 de diciembre de 2024, notificada el 20 de febrero de 2025, no es cierto que ello obedezca a la práctica de exámenes de rutina.

En efecto, las afectaciones consignadas en el dictamen de pérdida de capacidad laboral evidencian un proceso médico evolutivo de carácter degenerativo, cuya ocurrencia es anterior a la contratación de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0, pues no resulta lógico ni médicamente

plausible pretender que las patologías de origen común, como la condromalacia femoropatelar bilateral y la hipertensión arterial esencial, así como las de origen profesional, como la discopatía degenerativa lumbar L3-L4 y L5-S1 asociada a retrolistesis L3-L4, la hipoacusia neurosensorial bilateral y las secuelas de leishmaniasis cutánea, se hayan desarrollado súbitamente entre la fecha de perfeccionamiento del contrato (27 de noviembre de 2024) y la fecha de notificación del dictamen (20 de febrero de 2025). Por el contrario, existe prueba en el expediente que demuestra que el asegurado presentaba antecedentes médicos desde el año 2012, año en que le fue reconocida una Disminución de la Capacidad Laboral del 42.57% mediante la Junta Médica No. 50798, lo cual confirma que las afecciones actuales son el resultado de un proceso progresivo, previo y prolongado en el tiempo. Así las cosas, la afirmación contenida en el hecho segundo, en cuanto a que el dictamen obedeció a un examen de rutina, carece de sustento, toda vez que dicho examen formó parte del proceso de retiro del servicio activo, motivado directamente por las afecciones de salud que venía presentando el asegurado desde varios años antes.

Así pues, para el caso que se estudia, concurren tres exclusiones expresas previstas en el condicionado de la póliza que impiden su afectación, a saber: (i) Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el Asegurado como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas antes de la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo, (ii) Prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía, actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear y epidemias; y (iii) Lesiones o contusiones causadas por esfuerzos, lumbalgias, espasmos, hernias de cualquier clase, eventraciones u oclusiones intestinales. En conclusión, las circunstancias de hecho que dan origen a la reclamación se encuentran expresamente excluidas de la cobertura, lo que impide que prospere cualquier pretensión indemnizatoria en contra de Allianz Seguros de Vida S.A.

FRENTE AL HECHO 3: No es cierto. En efecto, no es correcto afirmar que el apoderado del señor Germán Ricardo Serrano Fuentes haya presentado una reclamación formal válida en los términos exigidos por el artículo 1077 del Código de Comercio, norma que impone al reclamante la carga de acreditar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida como requisitos esenciales para que exista una reclamación en sentido técnico. No obstante, al revisar las pruebas que obran en el expediente, se advierte que el señor Serrano Fuentes no cumplió con dichos presupuestos, toda vez que no aportó prueba alguna que permita establecer que sufrió una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50% como consecuencia de enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el Asegurado como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas antes de la fecha de iniciación de la cobertura del amparo de INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE. A su vez, no aportó prueba alguna que permita establecer que sufrió una pérdida de capacidad laboral por circunstancias ajenas a la prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía, actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear y epidemias, o en su defecto que alguna de las lesiones que ocasionen la calificación emitida no guarden elación con Lesiones o contusiones

causadas por esfuerzos, lumbalgias, espasmos, hernias de cualquier clase, eventraciones u oclusiones intestinales, pues ciertamente en este caso se han materializado tres exclusiones pactadas en el condicionado aplicable al contrato de seguro. En consecuencia, no puede entenderse configurada una reclamación en los términos legales, ni menos aún que se haya trasladado válidamente la obligación a cargo de la aseguradora, pues no se demostró la realización del riesgo asegurado ni la cuantía exigible. Por tanto, el hecho alegado carece de sustento fáctico y jurídico.

FRENTE AL HECHO 4: No es cierto. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el Demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos elevados contra ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. Lo anterior, toda vez que se demostrará en el curso del proceso que para este caso, concurren tres exclusiones expresas previstas en el condicionado de la póliza que impiden su afectación, a saber: **(i)** Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el Asegurado como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas antes de la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo, **(ii)** Prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía, actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear y epidemias; y **(iii)** Lesiones o contusiones causadas por esfuerzos, lumbalgias, espasmos, hernias de cualquier clase, eventraciones u oclusiones intestinales. Adicionalmente, **(iv)** Se presenta una ausencia de cobertura temporal conforme lo dispuesto en el artículo 1073 del Código de Comercio y en todo caso, **(v)** se ha materializado la nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia, dado que el actor omitió declarar condiciones de salud preexistentes al momento de perfeccionar el contrato, afectando sustancialmente la valoración del riesgo asegurado. En ese orden, no existe sustento fáctico ni jurídico que permita declarar la prosperidad de las pretensiones de la demanda.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 1: ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. para hacer efectiva la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0, tomada por Germán Ricardo Serrano Fuentes. Lo anterior, puesto que, al revisar las pruebas que obran en el expediente, se advierte que el señor Serrano Fuentes no aportó prueba alguna que permita establecer que sufrió una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50% como consecuencia de enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas antes de la

fecha de iniciación de la cobertura del amparo de INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE. A su vez, no aportó prueba alguna que permita establecer que sufrió una pérdida de capacidad laboral por circunstancias ajenas a la prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía, actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear y epidemias, o en su defecto que alguna de las lesiones que ocasionen la calificación emitida no guarden relación con Lesiones o contusiones causadas por esfuerzos, lumbalgias, espasmos, hernias de cualquier clase, eventraciones u oclusiones intestinales, pues ciertamente en este caso se han materializado tres exclusiones pactadas en el condicionado aplicable al contrato de seguro. En el presente caso, las afectaciones que fundamentan el dictamen de pérdida de capacidad laboral, como la discopatía degenerativa lumbar, la condromalacia femoropatelar bilateral, la hipoacusia neurosensorial bilateral, entre otras, obedecen a un proceso médico degenerativo y progresivo, el cual se remonta a mucho antes de la celebración del contrato de seguro, tal como lo evidencia el antecedente contenido en la Junta Médica No. 50798 del año 2012. Por lo tanto, no existe obligación alguna a cargo de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. de reconocer el pago solicitado, toda vez que no se ha acreditado válidamente la realización del riesgo asegurado.

En todo caso, se presenta una ausencia de cobertura temporal conforme lo dispuesto en el artículo 1073 del Código de Comercio y adicionalmente, se ha materializado la nulidad del aseguramiento como consecuencia de la reticencia

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN 2: ME OPONGO a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la primera pretensión, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

Frente al momento en el que se empiezan a causarse los intereses moratorios, la Corte Suprema de Justicia ha establecido en distintas oportunidades que estos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

“Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo”¹

Lo anterior, deja claro que la pretensión del demandante en este caso no tiene vocación de

¹ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

prosperidad, puesto que los intereses moratorios podrían empezar a causarse solo hasta que el fallo judicial brinde certeza sobre la obligación. Toda vez que antes de proferirse el fallo, no existe certeza sobre la obligación de indemnizar.

FRENTE A LAS PRETENSIONES 3 Y 4: ME OPONGO a las pretensiones elevadas, por sustracción de materia, en tanto que resultan consecencial a la primera pretensión, y al ser improcedente, estas también deben ser desestimadas frente a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. En su lugar, solicito condena en costas y agencias en derecho para la parte demandante.

I. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

No se emitirá pronunciamiento alguno en este sentido, atendiendo a que la parte demandante no está solicitando el reconocimiento de una indemnización, compensación o al pago de frutos, y en todo caso no se dan los presupuestos del artículo 206 del C.G.P.

II. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. FALTA DE COBERTURA MATERIAL AL ESTAR ANTE RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA SEGURO DE VIDA ACTUALL NO. 023536653 / 0.

El señor Germán Ricardo Serrano Fuentes pretende afectar la cobertura de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0, solicitando la indemnización derivada del presunto riesgo de INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, con fundamento en el dictamen de Junta Médica Laboral No. 226317, expedido el 20 de diciembre de 2024 por la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia – Ejército Nacional. Sin embargo, en el presente asunto concurren tres exclusiones expresas previstas en el condicionado de la póliza que impiden su afectación, a saber: (i) Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el Asegurado como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas antes de la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo, (ii) Prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía, actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear y epidemias; y (iii) Lesiones o contusiones causadas por esfuerzos, lumbalgias, espasmos, hernias de cualquier clase, eventraciones u oclusiones intestinales. Así, las circunstancias de hecho que dan origen a la reclamación se encuentran expresamente excluidas de la cobertura, lo que impide que prospere cualquier pretensión indemnizatoria en contra de Allianz Seguros de Vida S.A.

En materia de seguros, el asegurador según el artículo 1056 del Código de Comercio, podrá a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan

o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio el cual reza:

ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. *Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.*

En tal sentido, la Corte Suprema de Justicia, se refirió a las exclusiones de la siguiente manera:

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

*<<y que por lo tanto, en este campo rige el principio según el cual la responsabilidad asumida en términos generales como finalidad del contrato no puede verse restringida sino por obra de cláusulas claras y expresas, “...El Art. 1056 del C de Com , en principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, otorga al asegurador facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado..”, agregando que es en virtud de este amplísimo principio “que el asegurador puede delimitar a su talante el riesgo que asume, sea circunscribiéndolo por circunstancias de modo, tiempo y lugar, que de no cumplirse impiden que se configure el siniestro; ora precisando ciertas circunstancias causales o ciertos efectos que, suponiendo realizado el hecho delimitado como amparo, **quedan sin embargo excluidos de la protección que se promete por el contrato.** Son estas las llamadas exclusiones, algunas previstas expresamente en la ley...” (Cas. Civ. de 7 de octubre de 1985, sin publicar), exclusiones que por su propia índole, limitativa de los riesgos asumidos por el asegurador, requieren ser interpretadas con severidad en una concienzuda tarea que se oriente, de una parte, a establecer su justificación técnica, y de la otra a precisar el alcance de dichos riesgos conforme a reglas de carácter legal o convencional, **luego no le es permitido al intérprete “...so pena de sustituir indebidamente a los contratantes, interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no se han convenido, ni para excluir los realmente convenidos; ni tampoco hacer interpretaciones de tales cláusulas***

que conlleven a resultados extensivos de amparo de riesgos a otros casos que no sólo se encuentren expresamente excluidos sino que por su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida.....” (Cas Civ. de 23 de mayo de 1988, sin publicar) (Este pasaje fue reiterado, entre otras, en CSJ SC4574-2015 rad. n°. 11001-31-03-023-2007-00600-02)>>². (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Bajo esa misma interpretativa, la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia de diciembre 13 de 2019, indicó que las exclusiones de tipo convencional estipuladas en los contratos de seguro no comprometen la responsabilidad del asegurador, en virtud de la facultad prevista en el artículo 1056 del Código de Comercio:

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

Esas cláusulas son válidas, inicialmente, en tanto se sustentan en el principio de la libre autonomía de las partes, cuyos límites son el orden público y las buenas costumbres; de ahí que el artículo 1056 consagre la posibilidad del asegurador de, «a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado»³ (Subrayado y negrilla en el texto original)

De igual forma, la jurisprudencia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

*“(...) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual **se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado**”.*

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera

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

³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia. Expediente 2008-00193-01. Diciembre 13 de 2019.

en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato asegurativo. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados)⁴⁴. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. De forma que, en el caso de la ocurrencia de riesgos excluidos, no nace a la vida jurídica la obligación indemnizatoria del asegurador y en ese orden de ideas, no hay lugar a que su responsabilidad se vea comprometida.

En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0, en sus condiciones generales, contempla expresamente las exclusiones aplicables al presente caso, particularmente: (i) Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el Asegurado como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas antes de la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo, (ii) Prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía, actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear y epidemias; y (iii) Lesiones o contusiones causadas por esfuerzos, lumbalgias, espasmos, hernias de cualquier clase, eventraciones u oclusiones intestinales, como se mira a continuación:

- i. La relativa a enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el Asegurado como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas antes de la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo**

2. Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el Asegurado como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas antes de la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo.

⁴⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00.

Documento: Condicionado de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 /
0

Establece: *“Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el Asegurado como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas antes de la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo.”*

Al respecto, en gracia de discusión de que la Honorable Judicatura le dé validez a la calificación de PCL, de conformidad con el dictamen de Junta Médica Laboral No. 226317, expedido por la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia – Ejército Nacional el 20 de diciembre de 2024, el señor Germán Ricardo Serrano Fuentes presenta una serie de patologías de origen físico-degenerativo como (discopatía lumbar L3-L4 y L5-S1, retrolistesis L3-L4, condromalacia patelofemoral bilateral, hipertensión arterial esencial. Todas estas condiciones son enfermedades de evolución crónica, progresiva, y propias del desgaste corporal, de vieja data, es decir, que se manifestaron mucho antes de la solicitud de aseguramiento y por consiguiente de la fecha de iniciación de cobertura de la póliza. Es así que, la evolución clínica consignada en los antecedentes médicos da cuenta de un proceso degenerativo lento, relacionado con factores de sobreuso físico y exposición prolongada a condiciones de riesgo laboral, particularmente durante su servicio en las Fuerzas Militares.

En este contexto, las condiciones de salud invocadas por el actor se subsumen claramente en la exclusión referida, al tratarse de enfermedades físicas y funcionales de curso degenerativo, de vieja data, es decir, que se manifestaron mucho antes de la solicitud de aseguramiento y por consiguiente de la fecha de iniciación de cobertura de la póliza, motivo por el cual no se configura cobertura material alguna y, en consecuencia, no puede nacer obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

ii. la concerniente a eventos ocurridos durante la prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía, actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear y epidemias

9. Prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía, actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear y epidemias.

Documento: Condicionado de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 /
0

Establece: *“Prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía, actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear y epidemias”*

En efecto, de los documentos allegados al expediente, en especial el dictamen de Junta Médica Laboral No. 226317, expedido el 20 de diciembre de 2024 por la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia – Ejército Nacional, acreditan de manera fehaciente que el señor Germán Ricardo Serrano Fuentes se encontraba vinculado activamente al Ejército Nacional al momento de la evaluación médica que dio origen a la presente reclamación.

En dicha valoración, se diagnosticaron patologías de naturaleza crónica y degenerativa, entre las cuales se destacan discopatía degenerativa lumbar L3-L4 y L5-S1 asociada a retrolistesis L3-L4, condromalacia femoropatelar bilateral, hipoacusia neurosensorial bilateral e hipertensión arterial esencial, las cuales afectan la columna vertebral, las articulaciones de las rodillas, la audición y la función cardiovascular, respectivamente, y que si bien, el dictamen no señala de manera expresa el origen causal específico de cada patología, resulta razonable, en atención al tipo de enfermedades diagnosticadas y al contexto funcional propio de las actividades militares, inferir que tales condiciones son compatibles con un proceso de desgaste físico progresivo, exposición continua a sobrecarga mecánica, actividad física exigente y exposición a ruidos de alta intensidad, factores característicos del servicio activo en las Fuerzas Armadas.

Asimismo, resulta relevante destacar que el procedimiento médico que originó la expedición del dictamen de Junta Médica Laboral No. 226317 fue adelantado en el marco del trámite administrativo de retiro del servicio activo, motivado específicamente por el deterioro progresivo de la capacidad laboral del asegurado, derivado de las patologías de naturaleza degenerativa adquiridas durante el ejercicio de sus funciones militares ordinarias, pues no obra en el expediente prueba que permita concluir que dicho retiro obedeciera al cumplimiento de la edad máxima de permanencia en el servicio o al cumplimiento de otros requisitos previstos en los regímenes especiales de carrera militar; por el contrario, las evidencias obrantes acreditan que la desvinculación del servicio respondió directamente a las afectaciones de salud diagnosticadas.

Así es lógico inferir que las patologías tienen origen en la actividad propia del servicio militar, que reafirma la configuración de la exclusión prevista en el condicionado de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0, pues se itera, se trata más bien de un proceso de desgaste físico continuado, propio de las labores desempeñadas por el asegurado dentro de la estructura organizativa de las Fuerzas Militares, circunstancia que encuadra de manera plena en la exclusión prevista en el condicionado, cuya finalidad es, precisamente, delimitar el ámbito de responsabilidad de la aseguradora, excluyendo aquellos riesgos inherentes al servicio militar activo, cuya cobertura se encuentra reservada a los sistemas de seguridad social propios del régimen especial de sanidad de las Fuerzas Militares, y no al contrato de seguro suscrito de manera voluntaria y privada.

En este contexto, los hechos alegados por el actor, y las circunstancias en las que surgieron las patologías objeto de reclamación, se encuentran expresamente excluidos de la cobertura de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0, razón por la cual no procede la activación del

amparo solicitado ni puede imponerse obligación alguna de indemnización a cargo de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

iii. La concerniente a lesiones o contusiones causadas por esfuerzos, lumbalgias, espasmos, hernias de cualquier clase, eventraciones u oclusiones intestinales

11. Lesiones o contusiones causadas por esfuerzos, lumbalgias, espasmos, hernias de cualquier clase, eventraciones u oclusiones intestinales.

Documento: Condicionado de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0

Establece: *“Lesiones o contusiones causadas por esfuerzos, lumbalgias, espasmos, hernias de cualquier clase, eventraciones u oclusiones intestinales”*

Así pues, en gracia de discusión de que la Honorable Judicatura le dé validez a la calificación de PCL, de conformidad con el dictamen de Junta Médica Laboral No. 226317, expedido por la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia – Ejército Nacional el 20 de diciembre de 2024, el señor Germán Ricardo Serrano Fuentes presenta una serie de patologías de origen físico-degenerativo como (discopatía lumbar L3-L4 y L5-S1, retrolistesis L3-L4, condromalacia patelofemoral bilateral, hipertensión arterial esencial. Todas estas condiciones son enfermedades de evolución crónica, progresiva, y propias del desgaste corporal, de vieja data, que dan cuenta de los padecimientos de la espalda. Es así que, la evolución clínica consignada en los antecedentes médicos da cuenta de un proceso degenerativo lento, relacionado con factores de sobreuso físico y exposición prolongada a condiciones de riesgo laboral, particularmente durante su servicio en las Fuerzas Militares.

En este contexto, las condiciones de salud invocadas por el actor se subsumen claramente en la exclusión referida, al tratarse de enfermedades físicas y funcionales de curso degenerativo, de vieja data, ligadas a padecimientos en la zona de la espalda y como consecuencia de sobreesfuerzos en el desarrollo de las labores ligadas al servicio realizado por el demandante a las Fuerzas Militares y que en todo caso, se manifestaron mucho antes de la solicitud de aseguramiento y por consiguiente de la fecha de iniciación de cobertura de la póliza, motivo por el cual no se configura cobertura material alguna y, en consecuencia, no puede nacer obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

Así las cosas, al haberse acreditado plenamente en el expediente la configuración de las dos exclusiones previstas en el condicionado de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0, por una parte, las referidas Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el

Asegurado como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas antes de la fecha de iniciación de la cobertura del presente amparo, la concerniente a eventos ocurridos por la Prestación del servicio militar, naval, aéreo o de policía, actos de guerra (declarada o no), guerra civil, invasión, fisión nuclear y epidemias; y ciertamente las Lesiones o contusiones causadas por esfuerzos, lumbalgias, espasmos, hernias de cualquier clase, eventraciones u oclusiones intestinales que tienen como origen el desarrollo de las labores que el demandante realizó al de servicio de las fuerzas militares, resulta claro que en el presente asunto no se configura cobertura material alguna. Las patologías alegadas como fundamento de la reclamación impiden la activación del amparo y excluyen cualquier obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

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

2. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL DEL HECHO INICIADO ANTES DEL TÉRMINO DEL SEGURO CONFORME AL ART. 1073 DEL C.CO

Es importante advertir a la Honorable Delegatura que, como ya se indicó, la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0 únicamente cubre casos de INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, cuando el asegurado presente alguno de los siguientes eventos: Lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una incapacidad total y permanente, siempre y cuando ésta persista por un término no inferior a 120 días calendario continuos. Para todos los efectos de este amparo, se entiende por incapacidad total y permanente la pérdida de capacidad laboral en un porcentaje igual o superior al 50% sufrida por el asegurado como resultado de una enfermedad o accidente, cuya causa no esté expresamente excluida en esta póliza, con persistencia no inferior a 120 días calendario continuos, reiterando que en este caso se materializan 3 exclusiones que excluyen cualquier obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. Ahora bien, incluso si hipotéticamente se llegara a considerar que la incapacidad del señor Germán Ricardo Serrano Fuentes pudiera activar el amparo, lo cual se rechaza, la aseguradora en todo caso debe ser exonerada de cualquier obligación de pago, ya que el riesgo alegado existía antes de contratarse el seguro. En efecto, se demostrará en el proceso que desde el año 2012 el señor Serrano Fuentes había sido calificado con una disminución de la capacidad laboral superior al 40% por parte de la Junta Médica Laboral de la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares, es decir, más de una década antes de la contratación de la póliza (que ocurrió el 27 de noviembre de 2024). Por tanto, de acuerdo con el artículo 1073 del Código de Comercio, si el riesgo se había iniciado antes de que comenzara a correr la cobertura, la aseguradora no tiene responsabilidad alguna por su realización, lo cual refuerza que no procede el reconocimiento de ninguna suma por parte de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

En consecuencia, conforme a lo dispuesto en el artículo 1073 del Código de Comercio, el

asegurador no será responsable por el siniestro, toda vez que este se habría iniciado con anterioridad a que los riesgos comenzaran a correr por cuenta de la compañía.

ARTÍCULO 1073. <RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR SEGÚN EL INICIO DEL SINIESTRO>. Si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consume la pérdida o deterioro de la cosa asegurada, el asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

Al respecto el actor procesal pretende la activación de la cobertura de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0, con fundamento en el estado de incapacidad permanente parcial otorgado mediante el dictamen de Junta Médica Laboral No. 226317, expedido el 20 de diciembre de 2024 por la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia – Ejército Nacional, y notificado el 20 de febrero de 2025. A partir de dicha calificación, el demandante busca hacer efectiva la cobertura correspondiente al amparo por INCAPACIDAD, INUTILIZACIÓN O DESMEMBRACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE, sin tener en cuenta que este riesgo, conforme al condicionado del contrato, exige como presupuesto esencial que el asegurado presente alguno de los siguientes eventos: Lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le originen una incapacidad total y permanente, siempre y cuando ésta persista por un término no inferior a 120 días calendario continuos. Para todos los efectos de este amparo, se entiende por incapacidad total y permanente la pérdida de capacidad laboral en un porcentaje igual o superior al 50% sufrida por el asegurado como resultado de una enfermedad o accidente, cuya causa no esté expresamente excluida en esta póliza, con persistencia no inferior a 120 días calendario continuos, reiterando que en este caso se materializan 3 exclusiones que excluyen cualquier obligación indemnizatoria a cargo de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

En este sentido, es necesario recordar que, para que exista un riesgo asegurable, debe tratarse de un suceso incierto, cuya ocurrencia no se haya consolidado al momento de contratar. No obstante, en el presente caso, se evidencia todo lo contrario: el actor ya presentaba, con anterioridad al 27 de noviembre de 2024, fecha en la que se suscribió el contrato de seguro, afecciones médicas de origen común y profesional, tales como discopatía degenerativa lumbar, gonalgia bilateral, artrosis facetaria, hipoacusia neurosensorial, hipertensión arterial y secuelas de leishmaniasis cutánea, todas de carácter crónico, progresivo y preexistente, que en ningún caso pueden ser catalogadas como accidentes en los términos definidos por el contrato.

En consecuencia, lo que se pretende hacer pasar como siniestro cubierto no es un hecho accidental ni un evento aleatorio, sino una situación clínica consolidada con anterioridad a la vigencia del contrato. Por tanto, no se configura el riesgo asegurado, y en los términos del artículo 1073 del Código de Comercio, al tratarse de un siniestro iniciado antes de que los riesgos comenzaran a correr por cuenta de la aseguradora, no puede atribuirse responsabilidad alguna a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

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

*“Previo a abordar la problemática anunciada, conviene dejar sentado que: Si, por definición, el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño (siniestro) previsto en el contrato, va de suyo que, en el marco de la autonomía de la voluntad y de las normas legales imperativas y relativamente imperativas, las partes deberán acordar la determinación del riesgo cubierto. En efecto, el interés asegurado no es factible hallarlo asegurado bajo cualquier circunstancia o causa, **sin límites temporales**, o en cualquier lugar que se halle o ubique. Por el contrario, se hace necesario delimitar el riesgo causal, **temporal** y espacialmente⁵.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

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

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

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

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

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

Sin embargo, se itera, las patologías diagnosticadas en el dictamen de Junta Médica Laboral No. 226317 evidencian que, para el momento de la contratación de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0 (suscrita el 27 de noviembre de 2024), el señor Germán Ricardo Serrano Fuentes ya presentaba afectaciones de salud crónicas y degenerativas, tales como:

- Discopatía degenerativa L3-L4 y L5-S1 asociada a retrolistesis L3-L4, valorada en consulta de ortopedia teniendo en cuenta resonancia magnética de columna lumbosacra, que deja como secuela lumbalgia crónica.
- Condromalacia grado I patelar y femorotibial bilateral, valorada mediante resonancia magnética de rodillas, que deja como secuela gonalgia bilateral.
- Exposición crónica al ruido, evidenciada a través de audiometría tonal seriada, que deja como secuela hipoacusia neurosensorial bilateral de 26 decibeles.
- Antecedente de leishmaniasis cutánea, documentado mediante reporte SIVIGILA, que deja como secuela una cicatriz en rodilla izquierda, con leve defecto estético, pero sin limitación funcional.
- Hipertensión arterial esencial, en tratamiento farmacológico desde febrero de 2024, controlada clínicamente, sin afección a órgano blanco, y sin nexo causal con el servicio activo militar, de acuerdo con los conceptos médicos integrales.

Estas patologías, de naturaleza progresiva y degenerativa, se encontraban presentes antes del perfeccionamiento del contrato de seguro suscrito el 27 de noviembre de 2024, por lo cual resultan ajenas al riesgo amparado en la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0. Al respecto es claro que el condicionado general aplicable establece que, Enfermedades, lesiones, defectos físicos o limitaciones sufridas por el Asegurado como consecuencia de accidentes ocurridos o enfermedades diagnosticadas o manifiestas antes de la fecha de iniciación de la cobertura del amparo de incapacidad, inutilización o desmembración por enfermedad o accidente.

Sin embargo, esta característica no se verifica en el presente caso, puesto que como se insiste las patologías ya relacionadas son enfermedades que han evolucionado progresivamente como consecuencia de la actividad militar desempeñada por el asegurado. La evaluación médica fue realizada con ocasión de su retiro del servicio, proceso que ya se encontraba predispuesto a ocurrir atendiendo a las condiciones clínicas preexistentes del asegurado, situación que evidencia la falta de aleatoriedad del supuesto siniestro, pues no se trata de un riesgo incierto, sino de un hecho cierto y consolidado.

En este sentido no se puede pretender que la valoración que condujo a la determinación de la disminución de capacidad laboral y que proviene de condiciones de salud que se han desarrollado a lo largo de la prestación del servicio militar se encajen en un marco posterior a la contratación del seguro, máxime si en el expediente no existe prueba de que en vigencia de la póliza haya ocurrido

un evento intempestivo con potencial suficiente para dejar al asegurado en un estado de incapacidad permanente o total, conllevando a la innegable conclusión que el supuesto riesgo que se pretende hacer efectivo a través del presente litigio ya se encontraba acaecido al momento de la contratación de la póliza, lo cual impide la activación del amparo contratado conforme a los términos del condicionado y del artículo 1054 del Código de Comercio.

Sobre el particular, el artículo 1054 del Código de Comercio al referirse a la definición de riesgo, de manera explícita define que los hechos ciertos no constituyen riesgos, pues al tenor literal dispone

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

Así las cosas, si el riesgo ya era cierto al momento de la contratación, nos encontramos ante una ausencia de riesgo asegurable, pues, como se ha reiterado, en palabras de la Corte Suprema de Justicia, el riesgo en materia de seguros debe entenderse como:

*“El riesgo, elemento esencial del contrato de seguro, justamente es un **acontecimiento futuro e incierto temido por el acreedor, por el contratante o por el tomador**; llámese terremoto, incendio, inundación, enfermedad, inclusive la propia muerte (artículos 1054 y 1137 del Código de Comercio), etc.; esta última, entendida como “(...) **la incertidumbre del acontecimiento de una contingencia desfavorable**”. Todos esos fenómenos se aseguran, no para suprimir el hecho condicional, sino con el propósito de obtener una indemnización o compensación económica, ante la ocurrencia de la condición o del evento dañoso o del acontecimiento temido. Por tanto, **el riesgo, en general es un hecho condicionante, esto es, verdadera circunstancia futura e incierta, por la posibilidad de su ocurrencia al mediar la incertidumbre de que sobrevenga el hecho por obra del azar, del alea, afectando patrimonialmente a un sujeto de derecho, en forma concreta (seguro de daños), o en forma abstracta (seguro de personas).**”⁷ (Negrilla y subrayado fuera del texto original)*

Es claro entonces que, al no existir incertidumbre sobre el estado de salud del asegurado al momento de la celebración del contrato, ni concurrir un hecho futuro, accidental o condicionante, no

⁷ Sentencia de 15 de junio de 2016, SC7814-2016, Radicación No. 05001-31-03-010-2007-00072-01. M.P Luis Armando Tolosa Villabona.

se acredita la naturaleza aleatoria propia del contrato de seguro. Por el contrario, las patologías diagnosticadas en el dictamen de Junta Médica Laboral No. 226317, expedido el 20 de diciembre de 2024 por la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares de Colombia – Ejército Nacional, evidencian condiciones de salud crónicas, degenerativas y progresivas, preexistentes a la suscripción de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0, suscrita el 27 de noviembre de 2024, las cuales no pueden ser atribuidas a un accidente externo, súbito o imprevisto, sino que obedecen a procesos de desgaste físico acumulado propios de la actividad militar desempeñada por el asegurado.

Esta situación no solo desnaturaliza el contrato al romper con su esencia aleatoria, transformándolo en un negocio conmutativo, sino que además impide que pueda configurarse válidamente el siniestro asegurado, ya que, conforme al artículo 1073 del Código de Comercio, el asegurador no es responsable por siniestros iniciados con anterioridad al momento en que los riesgos empezaron a correr por su cuenta.

Así, siendo claro que el estado de salud del señor Germán Ricardo Serrano Fuentes no fue producto de un accidente cubierto por la póliza, sino de enfermedades degenerativas preexistentes, resulta forzoso concluir que el supuesto riesgo cuya cobertura se pretende hacer efectiva ya se encontraba consolidado al momento de la contratación, razón por la cual no puede surgir obligación alguna de indemnización a cargo de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.

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

Es menester poner de presente a la Honorable Delegatura que el asegurado, el señor Germán Ricardo Serrano Fuentes, incurrió en reticencia al momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, al omitir declarar de manera completa y sincera su estado de salud, tanto en lo que respecta a padecimientos presentes como pasados, los cuales resultaban relevantes para la correcta evaluación del riesgo por parte de la aseguradora. De haberse conocido oportunamente las patologías de carácter degenerativo que afectaban al asegurado, tales como la discopatía degenerativa lumbar, la condromalacia femoropatelar bilateral y la hipoacusia neurosensorial bilateral, las cuales posteriormente fueron determinantes en la pérdida de su capacidad laboral, la Compañía Aseguradora, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., se habría retraído de celebrar el contrato de seguro, o, en su defecto, habría pactado condiciones más restrictivas u onerosas en cuanto a la cobertura ofrecida. Por lo tanto, la omisión de información relevante por parte del asegurado afecta de manera sustancial la validez de la cobertura pretendida y constituye un motivo adicional para desestimar las pretensiones de la demanda.

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 este sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**”⁸. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

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

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

⁸ 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”¹⁰ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

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

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

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

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.”¹¹(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

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

¹¹ 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.

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

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

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

tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

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

Es decir, a pesar de que el señor German Ricardo Serrano conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 27 de noviembre de 2024, fecha de su declaración de asegurabilidad, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del asegurado y que se aportan al presente proceso junto con la contestación:

Declaración Salud del Asegurado

Recuerde que debe responder de forma sincera y veraz las preguntas que se realizan a continuación, éstas serán el fundamento que Allianz tendrá para asumir o no el riesgo de vida y los amparos adicionales a que se refiere su solicitud; por lo anterior, la omisión de la información relativa al riesgo o la inexactitud en las respuestas puede generar objeción en la reclamación y/o nulidad relativa del contrato.

Peso (kg) **89** Estatura (mts) **1.78**

1. ¿Padece, ha padecido o le han diagnosticado alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? En caso de respuesta afirmativa, seleccione

<input type="checkbox"/> Antecedente de contagio o infección por COVID-19	<input type="checkbox"/> Derrame, Isquemia o Trombosis Cerebral	<input type="checkbox"/> Infarto del Miocardio - Enfermedad Coronaria - Valvulopatías - Arritmias
<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea - Lupus	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal
<input type="checkbox"/> Artrosis - Reemplazos Articulares	<input type="checkbox"/> Embarazo en curso	<input type="checkbox"/> Lípidos Altos (Colesterol y/o Triglicéridos)
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Glándula Tiroides	<input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica
<input type="checkbox"/> Cataratas, Glaucoma, Queratocono	<input type="checkbox"/> Enfermedades de la Sangre - Trombosis venosa	<input type="checkbox"/> Pérdida o disminución de capacidad para realizar su trabajo o sus actividades cotidianas
<input type="checkbox"/> Ceguera, Sordera	<input type="checkbox"/> Enfisema - Bronquitis crónica (EPOC) - Fibrosis Pulmonar - Hipertensión Pulmonar	<input type="checkbox"/> SIDA y VIH Positivo - Hepatitis B o C - Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Cirrosis Hepática - Pancreatitis - Úlcera Péptica - Colitis Ulcerativa	<input type="checkbox"/> Epilepsia - Convulsiones - Parkinson - Alzheimer - Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Síncope - Vértigo
<input type="checkbox"/> Cirugía Bariátrica	<input type="checkbox"/> Gastritis - Dispepsia - Reflujo Gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Trasplante
<input type="checkbox"/> Consumo de cigarrillo - tabaco	<input type="checkbox"/> Gota - hiperuricemia	<input type="checkbox"/> Tratamiento para Alcoholismo o Drogadicción
<input type="checkbox"/> Cualquier Tipo de Cáncer (Tumores Malignos - Leucemia, Mieloma Múltiple)	<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial (HTA)	<input type="checkbox"/> Trauma Cráneo Encefálico o de columna
<input type="checkbox"/> Depresión, Ansiedad, ataque de nervios u otro trastorno mental	<input checked="" type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	

2. ¿Tiene o ha tenido enfermedades, hospitalizaciones, cirugías, tratamientos farmacológicos, cuadros clínicos, lesiones, eventos o circunstancias de salud diferentes a las enunciadas en el numeral 1? SI NO

NIT 880 027 404-1

3. ¿Tiene programada alguna intervención quirúrgica o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad?. En caso de respuesta afirmativa, por favor diligencia la siguiente información: SÍ NO

4. ¿A sus padres o hermanos(as) les han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades: Enfermedad cerebro vascular (Derrame Cerebral); Cualquier tipo de cáncer; Enfermedades Neurológicas; Enfermedad coronaria; Diabetes? SÍ NO

5. ¿Le fue aplicada la vacuna contra el COVID-19? SÍ NO

Esquema de vacunación completo Esquema de vacunación incompleto

“Documento: Declaración de asegurabilidad del 27 de noviembre de 2024.”

Aparte citado: “¿Padece, ha padecido o le han diagnosticado alguna(s) de las siguientes enfermedades, circunstancias o eventos? En caso de respuesta afirmativa, seleccione... _X_ Ninguna de las anteriores.

(...)

¿Tiene o ha tenido enfermedades, hospitalizaciones, cirugías, tratamientos farmacológicos, cuadros clínicos, lesiones, eventos o circunstancias de salud diferentes a las enunciadas en el numeral 1... _X_ NO?

(...)

¿Tiene programada alguna intervención quirúrgica o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad? En caso de respuesta afirmativa, por favor diligencia la siguiente información: ... _X_ NO”

Compromiso de Sinceridad y Veracidad de las Declaraciones

De conformidad con lo estipulado en el artículo 1058 del Código de Comercio, hago constar que las respuestas que he dado a las preguntas contenidas en el cuestionario precedente, son sinceras y veraces y pueden servir de fundamento a Allianz Seguros de Vida S.A., para tomar la decisión de asumir o no los riesgos de seguro de vida a que se refiere mi solicitud. En consecuencia de lo anterior, cualquier reticencia o inexactitud en que el suscrito solicitante haya incurrido viciara de nulidad relativa el contrato de seguro y Allianz podrá alegarla por acción o excepción, quedando facultada para abstenerse de pagar la indemnización que se reclame. Declaro que mi ocupación está permitida por la Ley y no ejerzo actividades ilícitas.

ACEPTO QUE ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. NO ASUME RESPONSABILIDAD ALGUNA SINO MEDIANTE LA EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA.

“Documento: Declaración de asegurabilidad del 27 de noviembre de 2024.”

Aparte citado: “De conformidad con lo estipulado en el artículo 1058 del Código de Comercio, hago constar que las respuestas que he dado a las preguntas contenidas en el cuestionario precedente, son sinceras y veraces y pueden servir de fundamento a Allianz Seguros de Vida S.A., para tomar la decisión de asumir o no los riesgos de seguro de vida a que se refiere mi solicitud. En consecuencia de lo anterior, cualquier reticencia o inexactitud en que el suscrito solicitante haya incurrido viciara de nulidad relativa el contrato de seguro y Allianz podrá alegarla por acción o excepción, quedando facultada para abstenerse de pagar la indemnización que se reclame...”

Es así que, para la época en la cual el asegurado Germán Ricardo Serrano Fuentes, solicitó su aseguramiento, ya padecía de diversas afecciones de salud que no fueron oportunamente

reveladas a la Compañía Aseguradora. Es decir, resulta absolutamente ilógico pretender que las afecciones actualmente alegadas, unas de carácter profesional, como la discopatía degenerativa lumbar L3-L4 y L5-S1 asociada a retrolistesis L3-L4, la hipoacusia neurosensorial bilateral y las secuelas de leishmaniasis cutánea, y otras de origen común, como la condromalacia femoropatelar bilateral y la hipertensión arterial esencial, se hayan originado o diagnosticado de manera previa a la vigencia de la póliza.

Por el contrario, para establecer válidamente un estado de incapacidad laboral, resulta indispensable realizar un recuento y análisis integral del historial médico del asegurado, el cual, en este caso, evidencias antecedentes significativos. En efecto, dentro del mismo dictamen de Junta Médica Laboral No. 226317, se deja constancia de la existencia de una Junta Médica No. 50798 de fecha 18 de abril de 2012, en la que ya se le reconoció al señor Germán Ricardo Serrano Fuentes una Disminución de la Capacidad Laboral (DCL) del 42.57%, lo que acredita que el asegurado padecía condiciones de salud limitantes desde más de una década antes de la contratación de la póliza.

III. ANTECEDENTES:

A. Al paciente le fue efectuado examen sicofísico general para la presente diligencia, la cual se verifica de acuerdo con el concepto y la intervención personal del especialista.

- Se le practicó Junta Médica Laboral SI X NO

JUNTA MEDICA No. 50798 DE FECHA 18 DE ABRIL DE 2012 CON DCL (42.57%)

- Tribunal Médico SI NO X

Documento: ACTA DE JUNTA MÉDICA LABORAL No. 226317 REGISTRADA EN LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJÉRCITO

Además de las deficiencias que en su momento le dieron tan alta PCL del 42.57% también, se verá como cada una de las enfermedades que se relacionan en el acta de junta médico laboral emitida por la Dirección de Sanidad, eran de pleno conocimiento del señor Serrano por ser diagnosticadas con anterioridad al 027 de noviembre de 2024, fecha en la que se perfeccionó la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0, veamos:

- La gonalgia bilateral y lumbalgia súbita presentan signos y síntomas desde hacía aproximadamente un año, es decir, desde al menos diciembre de 2023.
- La hipertensión arterial esencial fue diagnosticada y se encontraba en tratamiento desde febrero de 2024.
- La discopatía degenerativa L3-L4 y artrosis facetaria L5-S1 bilateral fue documentada desde el 7 de febrero de 2024 mediante resonancia magnética.

- La lesión cutánea por leishmaniasis data del 10 de abril de 2006, según reporte del sistema SIVIGILA.

Así entonces, vemos cómo algunos diagnósticos se tuvieron en cuenta para emitir el dictamen de pérdida de capacidad laboral eran anteriores a la fecha de perfeccionamiento de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0. Esta circunstancia demuestra que las patologías actualmente invocadas como fundamento del reclamo son preexistentes, de evolución progresiva y prolongada, y no atribuibles a un accidente súbito y aislado ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, configurándose así un claro incumplimiento de las condiciones materiales requeridas para activar la cobertura contratada.

Así las cosas, el señor Germán Ricardo Serrano Fuentes incurrió en reticencia al momento de perfeccionar su aseguramiento, pues omitió declarar de manera completa y sincera las condiciones de salud preexistentes que padecía, ocultando información determinante para la correcta apreciación del riesgo por parte de ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. Como se ha desarrollado en líneas anteriores, dentro de las patologías omitidas se encuentran la hipertensión, discopatía degenerativa lumbar L3-L4 y L5-S1 asociada a retrolistesis L3-L4, la condromalacia femoropatelar bilateral y la hipoacusia neurosensorial bilateral, todas ellas de naturaleza crónica y degenerativa, y cuya existencia resulta incompatible con la concepción de un riesgo nuevo, incierto y aleatorio que caracteriza la relación aseguraticia.

De haberse conocido tales condiciones médicas al momento de la contratación de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0, la aseguradora, en ejercicio de su libertad contractual y de su derecho a valorar adecuadamente el riesgo propuesto, se habría retraído de celebrar el contrato o, en su defecto, habría condicionado la aceptación del riesgo a términos más estrictos o con primas más onerosas, en aras de mantener el equilibrio contractual. Esta afirmación encuentra respaldo no solo en la lógica propia del negocio aseguraticio, sino también en la evidencia concreta obrante en el proceso, ya que el dictamen de PCL revela antecedentes de disminución de la capacidad laboral desde el año 2012, cuando, a través de la Junta Médica No. 50798, le fue reconocida una Disminución de la Capacidad Laboral del 42.57%, circunstancia que demuestra la existencia de afectaciones graves y prolongadas anteriores a la contratación del seguro.

En Virtud de lo anterior, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio, el cual consagra la nulidad del contrato de seguro cuando el tomador o asegurado omite declarar sinceramente el estado del riesgo al momento de la celebración del contrato. La póliza suscrita a favor del señor Germán Ricardo Serrano Fuentes debe ser declarada nula, por cuanto en la etapa precontractual omitió manifestar antecedentes y patologías relevantes para la adecuada valoración del riesgo por parte de la aseguradora. Entre las afecciones ocultadas se encuentran la discopatía degenerativa lumbar, la artrosis facetaria L5-S1 bilateral, la gonalgia bilateral, la hipertensión arterial esencial, y otras no mencionadas expresamente en el dictamen de 2024, pero

que sí fueron reconocidas en el dictamen emitido en el año 2012, en el que le fue atribuida una Disminución de la Capacidad Laboral del 42.57%, documento que no fue aportado con la demanda. Esta omisión impidió a ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. evaluar con fidelidad el estado del riesgo, lo que constituye una clara hipótesis de reticencia, que afecta la validez misma del contrato de seguro.

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expone 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 estos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que estas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

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

El citado artículo demuestra que es facultad de las aseguradoras la realización de exámenes médicos a sus clientes para verificar que la información otorgada por los mismos en la declaración de asegurabilidad es veraz, pues esta carga precontractual a cargo del tomador tiene estrecha

relación con el principio de la uberrima bona fidei. La razón de esto es que en el contrato de seguro la compañía aseguradora no puede asumir los riesgos sin conocer el grado de peligrosidad que estos encierran y la única fuente de conocimiento del estado del riesgo que el asegurador tiene es precisamente, la información que otorga el tomador, ya que se presupone que él tiene contacto directo con el mismo.

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

Por su parte, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

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

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, **obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida.** Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico¹². Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que solo el 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*

¹² 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.”

implique la violación de derechos fundamentales¹³. 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 conocer¹⁴”. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso:

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud**, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.”¹⁵* (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

¹³ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹⁴ 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.

¹⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerro Pérez. Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

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

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

(...)

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

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

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectuar 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...**”¹⁶(subrayado fuera del texto original).*

¹⁶ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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

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

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en Sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Arturo Díaz Murillo expediente 2016- 0318 en relación con

la realización de exámenes médicos por parte de las aseguradoras manifestó lo que a continuación se transcribe:

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

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

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

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

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

Al respecto, la 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 seguro¹⁷. (negrilla y subrayas fuera del texto)”.

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

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

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

¹⁷ 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.

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

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad de los contratos de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido

conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

6. ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO.

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

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

En conclusión, dado que el señor Germán Ricardo Serrano Fuentes incurrió en reticencia al momento del perfeccionamiento de su seguro, al omitir declarar sinceramente su estado de salud y, en consecuencia, alterar sustancialmente la apreciación del riesgo asegurado, resulta claro que ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. tiene pleno derecho, conforme a lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, de retener la totalidad de la prima pagada a título de pena, sin que exista lugar a la devolución de valores a favor del asegurado.

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

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

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

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

(...)

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

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

8. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

El Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

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

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

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de

personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Por otro lado, en lo atinente a los seguros de responsabilidad, para evaluar la prescripción derivada del contrato de seguro es necesario analizar el artículo 1131 del Código de Comercio que establece:

“ARTÍCULO 1131. OCURRENCIA DEL SINIESTRO. En el seguro de responsabilidad se entenderá ocurrido el siniestro en el momento en que acaezca el hecho externo imputable al asegurado, fecha a partir de la cual correrá la prescripción respecto de la víctima. Frente al asegurado ello ocurrirá desde cuando la víctima le formula la petición judicial o extrajudicial.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor al término consagrado en el artículo 1081 del C. Co., no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora.

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

9. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del CGP solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Accionante (1081 C. Co).

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

III. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Declaración de asegurabilidad firmada por el señor Germán Ricardo Serrano.
- 1.2. Copia de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0.
- 1.3. Condicionado aplicable a la Póliza Seguro de Vida ActuAll.
- 1.4. Objeción emitida por Allianz Seguros de Vida S.A.

- 1.5. Fragmento de historia clínica del señor Germán Ricardo Serrano expedida por la Dirección General de Sanidad Militar – Ministerio de Defensa Nacional Comando General de las fuerzas militares.
- 1.6. Copia del derecho de petición con destino a la Junta médica laboral - Fuerzas militares de Colombia - Dirección de Sanidad Militar, a fin de obtener copia de la historia clínica del señor Germán Ricardo Serrano, la copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral previos a 2024 y la Copia de la constancia de radicación con la que el demandante inició el trámite de solicitud de calificación. Lo anterior incluyendo su constancia de envío.
- 1.7. Copia del derecho de petición con destino a la Dirección de Sanidad – Policía Nacional de Colombia, a fin de obtener copia de la historia clínica del señor Germán Ricardo Serrano, la copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral previos a 2024 y la Copia de la constancia de radicación con la que el demandante inició el trámite de solicitud de calificación. Lo anterior incluyendo su constancia de envío.
- 1.8. Copia del derecho de petición con destino al Ministerio de Defensa Nacional de Colombia, a fin de obtener copia de la historia clínica del señor Germán Ricardo Serrano, la copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral previos a 2024 y la Copia de la constancia de radicación con la que el demandante inició el trámite de solicitud de calificación. Lo anterior incluyendo su constancia de envío.
- 1.9. Copia del derecho de petición con destino al Hospital Militar Central, a fin de obtener copia de la historia clínica del señor Germán Ricardo Serrano, la copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral previos a 2024 y la Copia de la constancia de radicación con la que el demandante inició el trámite de solicitud de calificación. Lo anterior incluyendo su constancia de envío.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor Forero podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los

amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **JUAN CARLOS A. BETANCOURT**, médico tarifador adscrito a la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia clínica, explique técnicamente como varía el riesgo con el candidato a ser asegurado en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho desde la óptica de un profesional en salud, cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías clínicas de la parte Demandante, así como de la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el Asegurado, de cara al contrato de seguro comentado en este litigio. El testigo podrá ser citado a través del correo electrónico icabrmd5@gmail.com y al telefono 3213533459.

- 4.2. Solicito se sirva citar a la doctora **DAISY CAROLINA LOPEZ ROMERO**, 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 hecho y derecho sobre la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, 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, tratativas preliminares, vigencia, coberturas, entre otros, del Contrato de Seguro objeto del presente litigio. La testigo podrá ser citada en el correo electrónico: lopezromerodc@hotmail.com

- 4.3. Solicito se sirva citar al representante legal de **WECARE CONSULTORES DE SEGUROS LTDA**, por ser quien se encargó de colocar el contrato de seguro objeto del presente litigio. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones en que se concretó el aseguramiento y en especial sobre el acompañamiento que se brindó a la asegurada durante todo el proceso.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las, condiciones, tratativas preliminares, explicaciones, protocolos y actuaciones, relacionadas con el ofrecimiento y colocación del Contrato de Seguro objeto del presente litigio. El testigo podrá ser citado en el correo electrónico: wecare@allia2.com.co

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 al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **AL ACCIONANTE GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** quien resulta autorizado para acceder a la historia clínica para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica completa del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** desde el año 2000 al 2025.
- Copia de todos los dictámenes de Pérdida de Capacidad Laboral que le fueron realizados con anterioridad al año 2024. Lo anterior, incluye todas las actas de juntas médicas de las fuerzas militares que le hayan sido practicadas durante su carrera en aquellas instituciones y también en el momento de su retiro.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro Póliza Seguro de Vida ActuAll No. 023536653 / 0 así como la medicación que para ello le era suministrada; y así mostrar la reticencia con que el asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de los mismos.

En igual sentido, el propósito de la exhibición de estos documentos en probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente. El accionante puede ser notificado a través de los canales informados en su

libelo de demanda.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **DIRECCIÓN DE SANIDAD FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL - JUNTA MÉDICA LABORAL** exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** y que motivó la emisión del Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 226317 del 20 de diciembre de 2024.
- Historia clínica del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** y que motivó la emisión del Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 50798 del 18 de abril de 2012.
- Copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral previos a 2024 emitidos al señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES**.
- Copia de la constancia de radicación con la que el demandante inició el trámite de solicitud de calificación y/o informe y certifique cuando inicio dicho trámite el señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES**.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada Junta, comoquiera que la misma emitió el dictamen de pérdida de capacidad laboral que obra en el plenario, el cual hace referencia a múltiples consultas y antecedentes clínicos extraídos de la historia clínica del demandante, por lo que es claro que la Junta cuenta con la información médica del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES**.

La **DIRECCIÓN DE SANIDAD FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA EJÉRCITO NACIONAL - JUNTA MÉDICA LABORAL** puede ser notificada en Carrera 46 No. 20B -99 PUENTE ARANDA - EDIFICIO - COPER, y al correo electrónico: disaneje@ejercito.mil.co - disanateus@buzonejercito.mil.co y disan.juridica@buzonejercito.mil.co

5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **Dirección de Sanidad – Policía Nacional de Colombia**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica de atención del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** desde el año 2000 a la actualidad.
- Copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral previos a 2024 emitidos al señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES**.
- Copia de la constancia de radicación con la que el demandante inició el trámite de solicitud de calificación y/o informe y certifique cuando inicio dicho trámite el señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES**.

La Historia Clínica y la documentación solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES**.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, el propósito de la exhibición de estos documentos en probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

La **Dirección de Sanidad – Policía Nacional de Colombia** puede ser notificada en la carrera 59 No. 26-21 CAN de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos disan.griss-crf@policia.gov.co y disan.asjur-judicial@policia.gov.co

5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **Ministerio de Defensa Nacional de Colombia**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia de las actas de las Juntas Médico Laborales del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** identificado con cédula de ciudadanía No. 74302722. Lo anterior, incluye todas las actas de juntas médicas de las fuerzas militares y/o de policía que le hayan sido practicadas durante su carrera en aquellas instituciones y también en el momento de su retiro.

La documentación solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES**

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, el propósito de la exhibición de estos documentos en probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

El **Ministerio de Defensa Nacional de Colombia** puede ser notificado en la carrera 54 No. 26-25 CAN, de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos atencionalciudadano@cgfm.mil.co y procesosordinarios@mindefensa.gov.co

- 5.5. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **Hospital Militar Central**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** identificado con cédula de ciudadanía No. 74302722. correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2025.

La documentación solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES**

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y

antecedentes que **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

El **Hospital Militar Central** puede ser notificado en la Transversal 3C No. 49-02 de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos atencionalusuario@homil.gov.co y judicialeshmc@homil.gov.co

6. OFICIOS

6.1. Comendidamente ruego se oficie a la **Dirección de Sanidad Fuerzas Militares de Colombia Ejército Nacional**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES**, y que motivó la emisión del Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 226317 del 20 de diciembre de 2024.
- Historia clínica del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** y que motivó la emisión del Dictamen de Determinación de Origen y/o Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional No. 50798 del 18 de abril de 2012.
- Copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral previos a 2004 emitidos a favor del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES**.
- Copia de la constancia de radicación con la que el demandante inició el trámite de solicitud de calificación y/o informe y certifique cuando inicio dicho trámite el señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES**

El objeto de esta prueba es evidenciar las patologías y antecedentes que **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, esta prueba tiene por objeto probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada

entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

La **Dirección de Sanidad Fuerzas Militares de Colombia Ejército Nacional** puede ser notificada en Carrera 46 No. 20B -99 PUENTE ARANDA - EDIFICIO - COPER, y al correo electrónico: disaneje@ejercito.mil.co.

6.2. Comedidamente ruego se oficie a la **Dirección de Sanidad – Policía Nacional de Colombia**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica de atención del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** desde el año 2000 a la actualidad.
- Copia de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral previos a 2024 emitidos al señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES**.
- Copia de la constancia de radicación con la que el demandante inició el trámite de solicitud de calificación y/o informe y certifique cuando inicio dicho trámite el señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES**.

El objeto de esta prueba es evidenciar las patologías y antecedentes que **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, esta prueba tiene por objeto probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

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

La **Dirección de Sanidad – Policía Nacional de Colombia** puede ser notificada en la carrera 59 No. 26-21 CAN de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos disan.griss-crf@policia.gov.co y disan.asjur-judicial@policia.gov.co

6.3. Comedidamente ruego se oficie al **Ministerio de Defensa Nacional de Colombia**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia de las actas de las Juntas Médico Laborales del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** identificado con cédula de ciudadanía No. 74302722. Lo anterior, incluye todas las actas de juntas médicas de las fuerzas militares y/o de policía que le hayan sido practicadas durante su carrera en aquellas instituciones y también en el momento de su retiro.

El objeto de esta prueba es evidenciar las patologías y antecedentes que **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, esta prueba tiene por objeto probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

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

El **Ministerio de Defensa Nacional de Colombia** puede ser notificado en la carrera 54 No. 26-25 CAN, de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos atencionalciudadano@cqfm.mil.co y procesosordinarios@mindefensa.gov.co

- 6.4. Comedidamente ruego se oficie al **Hospital Militar Central**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, exhibir en la oportunidad procesal pertinente copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** identificado con cédula de ciudadanía No. 74302722. correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2025.

El objeto de esta prueba es evidenciar las patologías y antecedentes que **GERMÁN RICARDO SERRANO FUENTES** sufrió en años anteriores y al momento de perfeccionar su de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

En igual sentido, esta prueba tiene por objeto probar que para el caso concreto nos encontramos ante un hecho cierto que por disposición legal no puede considerarse como un riesgo y mucho menos constituye un supuesto factico susceptible de aseguramiento.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información

por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El **Hospital Militar Central** puede ser notificado en la Transversal 3C No. 49-02 de la ciudad de Bogotá D.C. y a los correos electrónicos atencionalusuario@homil.gov.co y judicialeshmc@homil.gov.co

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

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para compañías de seguros de personas, cuya finalidad será acreditar tres aspectos esenciales para la solución del litigio: (i) Que el asegurado había sido diagnosticado con anterioridad al año 2024 con múltiples patologías relevantes, tales como discopatía degenerativa lumbar, artrosis facetaria, gonalgia bilateral, hipoacusia neurosensorial e hipertensión arterial esencial, las cuales no fueron informadas al momento de perfeccionar el contrato de seguro; (ii) Que, de haber conocido ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A. tales antecedentes médicos, se habría retraído de otorgar el amparo contratado, o al menos habría condicionado la aceptación del riesgo a términos más onerosos o restrictivos, dadas las implicaciones actuariales y técnicas que tales enfermedades representan en la evaluación del riesgo asegurable. En este sentido, el dictamen pericial demostrará cómo los antecedentes clínicos omitidos por el asegurado eran determinantes para la correcta valoración del riesgo desde una perspectiva médica, técnica y actuarial, siendo indispensables para que la compañía pudiera tomar una decisión informada en relación con la aceptación o no del aseguramiento. (iii) Finalmente, se acreditará que dichas patologías tienen un alto impacto en la siniestralidad y en la probabilidad de ocurrencia de un evento indemnizable, razón por la cual su ocultamiento afectó gravemente la validez del consentimiento contractual y configura plenamente el supuesto de reticencia previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio.

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

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: “*Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días*”. Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de

Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas, la Junta médica laboral - Fuerzas militares de Colombia - Dirección de Sanidad Militar, la Dirección de Sanidad – Policía Nacional de Colombia, el Ministerio de Defensa Nacional de Colombia y el Hospital Militar Central, aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurado. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de la entidad que calificó la pérdida de capacidad laboral pues son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

V. ANEXOS

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

VI. NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Carrera 11A # 94A - 23 Oficina 201 en la ciudad de Bogotá D.C. o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co
- Mi procurada, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 13A No. 29 – 24, en Bogotá. Correo electrónico: notificacionesjudiciales@allianz.co
- El Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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