

Señores

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES

jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR
RADICACIÓN: 2025055566
EXPEDIENTE: 2025-7199
DEMANDANTES: OSCAR ARTURO REYES PATIÑO
DEMANDADOS: LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA Y OTRO

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mis calidades de representante legal de la firma **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**, sociedad comercial identificada con NIT 900.701.533-7 y apoderado general de **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C**, sociedad cooperativa de Seguros, identificada con NIT 830.008.686-1, domiciliada en la ciudad de Bogotá, tal y como se acredita con los certificados de existencia y representación que se anexan, en donde figura inscrito el poder general conferido a través de escritura pública No. 2779 otorgada el 2 de diciembre de 2021 en la Notaría 10 de Bogotá D.C. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal oportuno, procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** promovida por OSCAR ARTURO REYES PATIÑO y en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a la totalidad de las pretensiones formuladas en la demanda, de conformidad con las siguientes consideraciones de orden fáctico y jurídico:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL HECHO “UNO”: A mi representada no le consta toda vez que Cooperativa de Ahorro y Crédito para el Desarrollo Solidario de Colombia “COOMULDESA LTDA” es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se ajustó el contrato de mutuo. Por esta razón, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes

FRENTE AL HECHO “DOS”: Es cierto. Mediante dictamen emitido por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional del 11 de octubre de 2024, se valoró al señor Óscar Arturo Reyes Patiño con una disminución total de la capacidad laboral del 55.56%.

No obstante, vale resaltar que dicho porcentaje corresponde a una recalificación, toda vez que el asegurado ya contaba previamente con una pérdida de capacidad laboral del 45.56%, reconocida en un dictamen anterior, lo que demuestra que las patologías allí valoradas ya estaban presentes al momento de la suscripción de la declaración de asegurabilidad, ocurrida el 10 de agosto de 2022.

Por lo tanto, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración, que, el señor Oscar Arturo Reyes fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión como asegurado en el contrato de seguro. La anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que los antecedentes y enfermedades que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato eran relevantes y conllevaron a que el demandante fuera calificado con una pérdida de capacidad laboral de 45.56%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la existencia de sus antecedentes médicos como como el hipotiroidismo diagnosticado desde el 4 de septiembre de 2018, el trastorno depresivo mayor desde ese mismo año, la hipoacusia neurosensorial bilateral desde el 20 de febrero de 2020, el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado desde el 3 de febrero de 2022, la condromalacia rotuliana bilateral desde el 10 de junio de 2022 y la rinitis crónica desde el 6 de junio de 2022, todas anteriores a la declaración de asegurabilidad firmada el 10 de agosto de 2022, es decir, con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar las anotaciones de la historia clínica del actor que sirvieron de fundamento para dictaminar la pérdida de capacidad laboral, advirtiendo que desde una valoración que se afine en la sana crítica, estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

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

pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “CUARTO”: Teniendo en cuenta que el hecho cuenta con más de una circunstancia fáctica me permito contestar en el siguiente sentido:

No me consta el derecho de petición remitido a COOMULDESA en los términos mencionados por el actor, pues se trata de circunstancias ajenas y completamente desconocidas por LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., dado que no tiene relación alguna con la gestión interna ni con la respuesta de derechos de petición dirigidos al tomador COOMULDESA. En todo caso, y sin perjuicio de lo anterior, corresponderá a la parte actora acreditar suficientemente lo afirmado, mediante los medios de prueba que resulten útiles, pertinentes y conducentes, y dentro de las oportunidades procesales previstas para ello.

Respecto del trámite dado por esta parte a la solicitud presentada por el actor debe mencionarse que la misma fue debidamente objetada el 31 de marzo de 2025, con fundamento del análisis realizado sobre el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por Junta Médico Laboral de la Policía Nacional e historia clínica aportada, en las que se evidenció que el asegurado incurrió en reticencia al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el 10 de agosto de 2022, al no declarar de forma completa y veraz su estado de salud, puesto que registraba antecedentes médicos preexistentes, como el hipotiroidismo diagnosticado desde el 4 de septiembre de 2018, el trastorno depresivo mayor desde el mismo año, la hipoacusia neurosensorial bilateral desde el 20 de febrero de 2020, el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado desde el 3 de febrero de 2022, la condromalacia rotuliana bilateral desde el 10 de junio de 2022 y la rinitis crónica desde el 6 de junio de 2022, todos anteriores a la suscripción del seguro y determinantes para la valoración del riesgo, además de contar con una pérdida de capacidad laboral ya estructurada del 45.56%.

Claramente estas omisiones encajan dentro del supuesto previsto por el artículo 1058 del Código de Comercio, norma que faculta a esta parte para invocar la nulidad relativa del contrato de seguro, al haberse configurado el fenómeno jurídico de la reticencia, lo que impide la activación de la póliza invocada en este proceso.

FRENTE AL HECHO “CINCO”: No es cierto que la Póliza Vida Grupo Deudores N.º AA000070 preste mérito ejecutivo en los términos pretendidos por el actor. Si bien la solicitud que el actor afirma haber

remitido al tomador o beneficiario oneroso el 21 de noviembre de 2024, no le consta a mi representada, ni las circunstancias de su eventual radicación, recepción o contenido. Debe señalarse que con ocasión de una solicitud presentada por el tomador se procedió a dar respuesta el 05 de marzo de 2025 al Derecho de Petición, así como a objetarla. Esto con fundamento en la reticencia en la que incurrió el asegurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

Al respecto, dicha objeción se sustentó en que el señor Óscar Arturo Reyes Patiño omitió informar condiciones clínicas preexistentes, como el hipotiroidismo diagnosticado desde el 4 de septiembre de 2018, el trastorno depresivo mayor desde ese mismo año, la hipoacusia neurosensorial bilateral desde el 20 de febrero de 2020, el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado desde el 3 de febrero de 2022, la condromalacia rotuliana bilateral desde el 10 de junio de 2022 y la rinitis crónica desde el 6 de junio de 2022, todas anteriores a la declaración de asegurabilidad firmada el 10 de agosto de 2022, además, contaba con una pérdida de capacidad laboral para el momento del 45.56%. En consecuencia, al haberse ocultado información determinante para la valoración del riesgo, faculta a esta parte a invocar la nulidad del instrumento jurídico ante la reticencia del asegurado conforme al artículo 1058 del Código de Comercio. En tal sentido, **no es cierto** que la Póliza Vida Grupo Deudores N.º AA000070 preste mérito ejecutivo en los términos pretendidos por el actor, pues el contrato de seguros no puede equipararse a una obligación pura y simple, sino que se encuentra sometido a condiciones propias de su naturaleza técnica y contractual para su ejecución, como lo es la veracidad en la declaración del estado de riesgo y la ocurrencia real del siniestro, que como se evidencia en este caso, la afectación pretendida del contrato, no puede tener lugar ante la configuración de una reticencia que invalida el vínculo desde su origen, y en esa medida, no puede establecerse un límite temporal automático para su exigibilidad, como lo pretende el actor, en desconocimiento de las reglas que rigen la relación aseguraticia.

FRENTE AL HECHO “SEIS”: No es cierto. En tanto es evidente que existió respecta en los términos legales y oportunos. La solicitud de afectación del Seguro fue debidamente objetada por esta parte mediante comunicación del 05 y 31 de marzo de 2025, en la cual se indicó que no era procedente la afectación de la póliza, ante la reticencia comprobada del asegurado, quien omitió declarar condiciones clínicas preexistentes como el hipotiroidismo diagnosticado desde el 4 de septiembre de 2018, el trastorno depresivo mayor desde ese mismo año, la hipoacusia neurosensorial bilateral desde el 20 de febrero de 2020, el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado desde el 3 de febrero de 2022, la condromalacia rotuliana bilateral desde el 10 de junio de 2022, y la rinitis crónica desde el 6 de junio de 2022, todas ellas anteriores a la declaración de asegurabilidad firmada el 10 de agosto de 2022, además de contar con una

pérdida de capacidad laboral del 45.56% para ese momento, condición que tampoco fue informada.

En ese sentido, no es cierto que haya operado un silencio administrativo con efectos positivos, como lo pretende el actor, y menos aún puede aplicarse dicha figura en el contexto del contrato de seguros, el cual, por su naturaleza, no se rige por reglas de respuesta automática ni genera obligaciones por inacción, sino por el cumplimiento estricto de las condiciones contractuales y técnicas para la activación de la cobertura. No puede pretenderse, entonces, que la falta de respuesta inmediata configure una aceptación tácita del siniestro, máxime cuando esta parte emitió una objeción motivada dentro de los plazos establecidos por la Ley.

FRENTE AL HECHO “SIETE”: Es parcialmente cierto. Si bien el señor Óscar Arturo Reyes Patiño presentó derecho de petición el 3 de marzo de 2025 se allegó respuesta por esta parte el día 21 de marzo de 2025, es decir, dentro del mismo mes calendario. En todo caso, en dicha respuesta se procedió a reiterar objeción al evento pretendido, con fundamento en la reticencia comprobada del asegurado, quien al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el 10 de agosto de 2022, omitió informar patologías preexistentes y clínicamente relevantes como el hipotiroidismo diagnosticado desde el 4 de septiembre de 2018, el trastorno depresivo mayor con evolución desde ese mismo año, la hipoacusia neurosensorial bilateral registrada el 20 de febrero de 2020, el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado desde el 3 de febrero de 2022, la condromalacia rotuliana bilateral documentada el 10 de junio de 2022 y la rinitis crónica desde el 6 de junio de 2022, todas ellas anteriores al ingreso a la póliza, y además ya contaba con una pérdida de capacidad laboral del 45.56%, circunstancia que no fue informada, y que resulta determinante para la valoración del riesgo asegurado. Claramente estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Por tanto, la objeción fue oportuna, debidamente motivada demostrando por tanto que no hay lugar a la afectación de la póliza en los términos pretendidos por el actor.

FRENTE AL HECHO “OCTAVO”: No es cierto lo afirmado por la parte actora. La manifestación según la cual no incurrió en reticencia por haber seguido las instrucciones de un tercero y haberse limitado a firmar los documentos allegados por funcionarios de la entidad crediticia, lejos de desvirtuar la actuación de esta parte o demostrar la supuesta mala fe de la aseguradora, lo que en realidad evidencia es un

comportamiento negligente y descuidado por parte del asegurado, quien no puede pretender ahora sustraerse de las consecuencias jurídicas de haber suscrito, sin lectura ni comprensión, documentos que generan obligaciones directas y que inciden sobre su patrimonio.

Pues la prueba documental objetiva, es decir, el documento de declaración de asegurabilidad debidamente suscrito el 10 de agosto de 2022, denota la firma del hoy demandante acompañada de su huella, en señal de aceptación de dos cosas (i) la aceptación de la información suministrada respecto al estado de salud y (ii) la certificación de que recibió la información respecto al producto adquirido, esto es el seguro deudor: veamos:

Así mismo, manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza.
En constancia se firma en LEBRIJA a los 10 días del mes de Agosto del año 2022

FIRMA ASEGURADO _____

Autoriza Ingreso: Si ☐ No ☐

Nombre y firma de quien autoriza _____

Huella del Índice derecho del asegurado

DOCUMENTO: Declaración de asegurabilidad de 10 de agosto de 2022

TRANSCRIPCIÓN PARTE ESENCIAL: (...) *Así mismo manifiesto expresamente que durante el proceso de negociación me han sido informadas de manera anticipada las condiciones del contrato de seguro y que en virtud de tal entendimiento, acepto y decido tomar la póliza. (negritas y subrayados fuera del texto)*

En este sentido, no resulta válido afirmar que al señor Óscar Arturo Reyes Patiño no se le hubiera brindado información suficiente sobre la póliza, pues en la parte inferior de la declaración de asegurabilidad consta expresamente que, antes de su aceptación, fue debidamente informado sobre las condiciones del contrato. Así las cosas, esta parte reitera que no le es atribuible responsabilidad alguna frente a comportamientos negligentes o descuidados por parte del solicitante al momento de suscribir documentos contractuales, pues tales omisiones obedecen a su propio ámbito de actuación y voluntad, sin que ello pueda trasladarse como carga a la aseguradora.

En este punto, es pertinente indicar que la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, crea

obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar los términos y condiciones de sus contratos. De lo que se desprende, que la obligación de informarse con rigurosidad sobre los productos financieros que han adquirido o piensan adquirir, está en cabeza de los consumidores financieros.

Ahora bien, en la citada declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Oscar Arturo Reyes (adjunta), suscrita el 10 de agosto de 2022 para el otorgamiento del crédito, se le realizó la siguiente consulta: *“Con plena conciencia que la reticencia o la falsedad dejan sin efecto el seguro, así como que este se otorga a personas que gozan de un estado de salud normal doy respuesta de buena fe a los siguientes interrogantes:*

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

1. Afecciones cardiovasculares
2. Afecciones cerebrovasculares
3. Cáncer
4. Diabetes
5. VIH Positivo/SIDA
6. Insuficiencia Renal crónica
7. EPOC
8. Cirugía
9. Alcoholismo
10. Tabaquismo / drogadicción
11. Hipertensión Arterial
12. Enfermedades congénitas
13. Enfermedades del colágeno
14. Enfermedades hematológicas

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

A la anterior consulta, el señor OSCAR ARTURO REYES PATIÑO, no marcó ninguna de las enfermedades allí relacionadas, tampoco indico las afecciones que padecía en el espacio dispuesto para ello.

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

1. AFECIONES CARDIOVASCULARES	☐	8. CIRUGÍA	☐
2. AFECIONES CEREBROVASCULARES	☐	9. ALCOHOLISMO	☐
3. CANCER	☐	10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN	☐
4. DIABETES	☐	11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	☐
5. VIH POSITIVO / SIDA	☐	12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS	☐
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	☐	13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO	☐
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	☐	14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS	☐

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

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

DOCUMENTO: Declaración de asegurabilidad de 10 de agosto de 2022

FRENTE AL HECHO “NOVENO”: Es parcialmente cierto, en tanto que si bien ante la solicitud elevada por el actor se emitió una respuesta formal el 31 de marzo de 2025, en la cual se objetó el reconocimiento de la indemnización, no es cierto que el fundamento de dicha objeción se aleje de la realidad médica del caso, pues el eje central de la misma fue la reticencia en la que incurrió el asegurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, diligenciada el 10 de agosto de 2022, en la que omitió por completo la información relativa a su estado real de salud.

Para esa fecha, el señor Óscar Arturo Reyes Patiño ya contaba con antecedentes médicos clínicamente establecidos, entre ellos el hipotiroidismo diagnosticado desde el 4 de septiembre de 2018, el trastorno depresivo mayor con evolución desde ese mismo año, la hipoacusia neurosensorial bilateral desde el 20 de febrero de 2020, el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado registrado el 3 de febrero de 2022, la condromalacia rotuliana bilateral documentada el 10 de junio de 2022 y la rinitis crónica desde el 6 de junio de 2022, además de contar con una pérdida de capacidad laboral del 45.56%, condición preexistente al momento del ingreso a la póliza, que impedía a esta parte realizar una evaluación real y completa del riesgo.

En ese sentido, la objeción presentada no fue arbitraria ni desligada del expediente clínico, sino que se sustentó en el incumplimiento del deber de información que recae sobre el asegurado, y que conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, faculta a esta parte a invocar la nulidad relativa del contrato de seguro por haber sido estructurado sobre un consentimiento viciado. Además, debe precisarse que no es

relevante para el análisis de la reticencia si los diagnósticos omitidos por el asegurado fueron valorados por la Junta Médico Laboral en la calificación inicial del 45.56% o en la posterior recalificación de 2024 que alcanzó el 55.56%, pues el objeto del litigio no es determinar el peso específico de cada patología en la PCL, sino establecer si el asegurado ocultó información médica preexistente al momento de suscribir el seguro, situación que se encuentra plenamente acreditada y que basta por sí sola para invalidar el contrato conforme a la normativa aplicable.

FRENTE AL HECHO “DECIMO”: No es cierto lo afirmado por la parte actora, pues dicho planteamiento denota una confusión o un desconocimiento del fundamento sustancial de la objeción formulada por esta aseguradora, ya que nada tiene que ver la reticencia con el hecho de haber tenido en cuenta todas las patologías que fundamentaron el dictamen de pérdida de capacidad laboral del 11 de octubre de 2024 sino en establecer si al momento de la suscripción de la declaración de asegurabilidad del 10 de agosto de 2022, el señor Óscar Arturo Reyes Patiño declaró de manera completa, veraz y leal su estado de salud, lo cual no ocurrió.

Para esa fecha, el asegurado ya contaba con antecedentes clínicos plenamente establecidos, como el hipotiroidismo diagnosticado desde el 4 de septiembre de 2018, el trastorno depresivo mayor desde ese mismo año, la hipoacusia neurosensorial bilateral desde el 20 de febrero de 2020, el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado desde el 3 de febrero de 2022, la condromalacia rotuliana bilateral desde el 10 de junio de 2022 y la rinitis crónica desde el 6 de junio de 2022, y además presentaba una pérdida de capacidad laboral del 45.56% ya estructurada antes de su vinculación al seguro, todo lo cual fue omitido en su totalidad en la declaración de asegurabilidad suscrita por el actor.

En este sentido, lo que fundamenta con la objeción no es qué diagnósticos se usaron para construir una PCL posterior, sino el hecho de que esta parte nunca tuvo la posibilidad de valorar correctamente el estado del riesgo asegurado, porque el asegurado ocultó información relevante en el momento mismo de celebrar el contrato, viciando su consentimiento y generando una nulidad relativa del contrato conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, en tanto el vínculo no se estructuró válidamente, pues de haber conocido dichas circunstancias médicas, esta parte habría optado por no contratar o por imponer condiciones más onerosas, razón por la cual no puede pretenderse hoy afectar una cobertura bajo un contrato nulo desde su origen.

FRENTE AL HECHO “ONCE”: NO ES UN HECHO, es una apreciación subjetiva del apoderado de la

parte demandante respecto de la supuesta “Realidad Fáctica”, Además, nuevamente se evidencia una confusión sobre el objeto del presente debate, ya que la objeción formulada por esta aseguradora no se sustenta en influir o desconocer la valoración médica realizada por la Junta Médico Laboral, sino en el hecho claro de que, al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el 10 de agosto de 2022, el señor Óscar Arturo Reyes Patiño omitió declarar múltiples afecciones clínicas preexistentes, que eran de conocimiento suyo y estaban en control médico activo. Para esa fecha ya contaba con diagnósticos como el hipotiroidismo (desde el 4 de septiembre de 2018), el trastorno depresivo mayor (desde 2018), la hipoacusia neurosensorial bilateral (desde el 20 de febrero de 2020), el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado (desde el 3 de febrero de 2022), la condromalacia rotuliana bilateral (desde el 10 de junio de 2022) y la rinitis crónica (desde el 6 de junio de 2022), además de contar con una pérdida de capacidad laboral del 45.56% ya estructurada, que posteriormente fue recalificada en un 55.56%. Lo que se reprocha aquí no es si el actor tenía o no injerencia en la decisión del cuerpo colegiado, sino que faltó a su deber de veracidad y lealtad al momento de ingresar al seguro, impidiendo que esta parte pudiera valorar adecuadamente el riesgo. En consecuencia, se configura la reticencia sancionada en el artículo 1058 del Código de Comercio, que da lugar a la nulidad relativa del contrato, pues el consentimiento fue otorgado sin conocimiento pleno de las condiciones reales del asegurado. Por tanto, no hay lugar a la afectación de la cobertura en los términos pretendidos por el actor.

FRENTE AL HECHO “DOCE”: No es cierto, con base en las pruebas obrantes en el proceso es la reticencia en la que incurrió el asegurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el 10 de agosto de 2022, y ello no depende del tiempo transcurrido entre el desembolso del crédito y la calificación posterior de la Junta Médico Laboral, sino de si el asegurado informó o no su verdadero estado de salud al momento de celebrar el contrato de seguro.

Tal como se ha detallado, el señor Óscar Arturo Reyes Patiño omitió por completo declarar múltiples patologías preexistentes, clínicamente diagnosticadas antes del ingreso a la póliza, tales como el hipotiroidismo desde el 4 de septiembre de 2018, el trastorno depresivo mayor desde ese mismo año, la hipoacusia desde el 20 de febrero de 2020, el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado desde el 3 de febrero de 2022, la condromalacia rotuliana desde el 10 de junio de 2022 y la rinitis crónica desde el 6 de junio de 2022, además de contar con una pérdida de capacidad laboral del 45.56%, situación que no fue informada en el momento de la contratación.

Por tanto, no se trata de alegar buena o mala fe de forma abstracta, sino de verificar si el asegurado

cumplió con su deber de declarar sinceramente el estado del riesgo, y en este caso se acreditó que no lo hizo, lo que configura una reticencia relevante conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, viciando el consentimiento y generando la nulidad relativa del contrato de seguro. En consecuencia, no hay lugar a la activación de la cobertura invocada por la parte actora.

FRENTE AL HECHO “TRECE”: No es cierto lo afirmado por la parte actora. Si bien es un hecho que al señor Óscar Arturo Reyes Patiño le fue reconocida una pérdida de capacidad laboral del 55.56% con base en la sumatoria de dictámenes emitidos en 2017 y 2024, ello no implica que se cumplan los presupuestos para hacer efectiva la Póliza Vida Grupo Deudores N.º AA000070, por cuanto se encuentra acreditada la reticencia del asegurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el 10 de agosto de 2022, en la cual omitió informar múltiples condiciones clínicas preexistentes y relevantes.

Como ya se ha expuesto, el actor no declaró diagnósticos anteriores al ingreso al seguro como el hipotiroidismo diagnosticado desde el 4 de septiembre de 2018, el trastorno depresivo mayor desde ese mismo año, la hipoacusia neurosensorial bilateral desde el 20 de febrero de 2020, el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado desde el 3 de febrero de 2022, la condromalacia rotuliana bilateral desde el 10 de junio de 2022 y la rinitis crónica desde el 6 de junio de 2022, pese a encontrarse bajo control médico permanente, lo que impidió a esta parte conocer y valorar el verdadero estado del riesgo asegurado.

En consecuencia, no se configura el cumplimiento válido de los requisitos para activar la cobertura, pues el contrato fue celebrado sin la debida información sobre el riesgo, lo que da lugar a su nulidad relativa conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, motivo por el cual no hay lugar a la afectación de la póliza ni al reconocimiento de suma alguna en los términos pretendidos por el actor.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES.

Me opongo a la totalidad de las pretensiones incoadas por la parte demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de La Equidad Seguros de Vida O.C. Lo anterior, debido a que el aseguramiento del señor Oscar Arturo Reyes debe ser declarado nulo, conforme a lo previsto en el artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia en la que incurrió al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, omitiendo información relevante sobre su estado de salud, lo cual vicia el consentimiento otorgado por la aseguradora y exonera de toda obligación indemnizatoria.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN “UNO”: ME OPONGO, por cuanto el asegurado Óscar Arturo Reyes Patiño incurrió en reticencia al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el día 10 de agosto de 2022, omitiendo por completo la mención de patologías preexistentes que ya se encontraban diagnosticadas y en control médico activo, como el hipotiroidismo (04/09/2018), el trastorno depresivo mayor (desde 2018), la hipoacusia neurosensorial bilateral (20/02/2020), el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado (03/02/2022), la condromalacia rotuliana bilateral (10/06/2022) y la rinitis crónica (06/06/2022), además de contar con una pérdida de capacidad laboral del 45.56% al momento de ingreso a la póliza. Dicha omisión impidió a esta parte valorar correctamente el estado del riesgo y estructurar válidamente el consentimiento contractual, lo que configura una reticencia relevante conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, y da lugar a la nulidad relativa del contrato de seguro, razón por la cual no hay lugar a la afectación de la póliza ni al reconocimiento del amparo pretendido.

Adicionalmente, esta parte rechaza que pueda predicarse mérito ejecutivo alguno del contrato de seguro en los términos invocados por el actor, toda vez que, (i) no estamos en el trámite de un proceso ejecutivo (ii) la solicitud que se alude no se realizó directamente a mi representada y (iii) el contrato de seguro no constituye una obligación pura y simple, sino que está sujeto al cumplimiento de condiciones técnicas y contractuales específicas, entre ellas, la declaración veraz del estado de riesgo, que como se indicó no fue objeto de cumplimiento por el actor.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN “DOS”: En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, no debe cancelar ningún rubro por concepto de saldos restantes a los hoy demandantes. Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante.

- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de la póliza de seguro expedida por mi representada, como quiera que el señor Óscar Arturo Reyes Patiño fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de tales como el hipotiroidismo (desde el 4 de septiembre de 2018), el trastorno depresivo mayor (desde 2018), la hipoacusia neurosensorial bilateral (desde el 20 de febrero de

2020), el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado (desde el 3 de febrero de 2022), la condromalacia rotuliana bilateral (desde el 10 de junio de 2022) y la rinitis crónica (desde el 6 de junio de 2022), además de contar con una pérdida de capacidad laboral ya estructurada del 45.56%, todo lo cual fue completamente omitido en el formulario suscrito por el asegurado que padecía el señor Óscar Arturo Reyes Patiño con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor Óscar Arturo Reyes Patiño para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN TRES: En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión por cuanto es claro la solicitud de indemnización fue objetada por mi representada con fundamento en el artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración de la reticencia, es decir que existiendo motivos sólidos para efectuar dicha objeción aunado al hecho irrefutable de la nulidad por reticencia es indiscutible que la solicitud de indemnización efectuada por el demandante no da lugar a ninguna consecuencia jurídica adversa para la compañía de seguros ni mucho menos la afectación de la

III. OBJECCIÓN AL ACÁPITE DENOMINA “CUANTIA”

La parte demandante ha estimado un valor total de \$ \$101.762.607, discriminándola en el siguiente orden:

- \$99.162.607 correspondiente al saldo de la obligación de la obligación financiera
- \$2.600.000 correspondiente a 2 SMMLV por la representación jurídica de su apoderado.

Frente a la primera partida, esta parte se opone expresamente al reconocimiento de dicha suma, por cuanto, como ha sido ampliamente expuesto, resulta innegable la reticencia en la que incurrió el señor Óscar Arturo Reyes Patiño al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad. Es decir, no puede obviarse que el señor Óscar Arturo Reyes Patiño fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al inicio de vigencia del contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el asegurado conocía sus

enfermedades y antecedentes de su estado de salud, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para Equidad Seguros de Vida O.C.. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la enfermedad como el hipotiroidismo diagnosticado desde el 4 de septiembre de 2018, el trastorno depresivo mayor con antecedentes desde ese mismo año, la hipoacusia neurosensorial bilateral identificada el 20 de febrero de 2020, el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado registrado el 3 de febrero de 2022, la condromalacia rotuliana bilateral documentada el 10 de junio de 2022 y la rinitis crónica reportada el 6 de junio de 2022, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en el contrato. En este sentido, basta con evidenciar la Historia Clínica del señor Óscar Arturo Reyes Patiño, para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Todos ellos, diagnósticos anteriores al ingreso a la póliza y determinantes desde el punto de vista técnico para la valoración del riesgo, de modo que esta parte no tuvo la oportunidad real de conocer las condiciones reales del asegurado y, en consecuencia, se encuentra plenamente facultada para invocar la nulidad relativa del contrato de seguro conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, pues de haber tenido conocimiento de tales circunstancias, su decisión razonable habría sido abstenerse de contratar o pactar condiciones más onerosas, razón por la cual no hay lugar a la afectación de la póliza en los términos indicados por el actor.

Respecto de la segunda partida incluida en la estimación, esto es, \$2.600.000 por concepto de honorarios de representación judicial, debe señalarse que la póliza Vida Grupo Deudores N.º AA000070 no contempla, bajo ningún supuesto, el reconocimiento de sumas por este concepto, pues su cobertura se limita exclusivamente a los eventos de fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado, eventos que, como se ha demostrado, no generan obligación indemnizatoria a cargo de esta parte por haberse configurado la reticencia del asegurado en la etapa precontractual, por tanto, pretender el pago de sumas ajenas a los amparos contratados resulta totalmente improcedente y se encuentra por completo fuera del marco de cobertura contractual, sin que exista fundamento legal ni técnico que sustente una condena en ese sentido.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO O DE FONDO

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

En el presente caso, el señor Óscar Arturo Reyes Patiño suscribió la declaración de asegurabilidad el 10 de agosto de 2022, con el propósito de ingresar como asegurado a la póliza Vida Grupo Deudores N.º AA000070, documento cuyo objeto esencial es permitir a la aseguradora conocer de manera cierta y veraz el estado del riesgo que asume contractualmente. En tal sentido, la declaración contenía un conjunto de preguntas expresas sobre condiciones de salud específicas, así como un campo abierto para reportar cualquier otra afección no incluida en el listado. No obstante, el asegurado, en una conducta reticente, dejó en blanco tanto las casillas del cuestionario como el espacio adicional, omitiendo toda referencia a patologías preexistentes y clínicamente relevantes. De esta manera, faltó a su deber de lealtad y veracidad, pues según consta en su historia clínica, para la fecha de suscripción ya presentaba diagnósticos como hipotiroidismo, trastorno depresivo mayor, hipoacusia neurosensorial bilateral, síndrome del túnel del carpo, condromalacia rotuliana y rinitis crónica. Estas mismas afecciones fueron valoradas por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional, que mediante dictamen del 11 de octubre de 2024 concluyó una pérdida de capacidad laboral del 45.56%, la cual, sumada a una calificación previa del 10%, arrojó un total de 55.56%. Tal situación pone en evidencia que, al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, el señor Reyes Patiño omitió información relevante sobre su estado de salud, configurándose una clara reticencia, entendida como el silencio o inexactitud sobre circunstancias que inciden en la apreciación del riesgo por parte del asegurador, habilitando por tanto a esta parte, a invocar la nulidad relativa del contrato en los términos previstos en el artículo 1058 del Código de Comercio.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras y, en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga

a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia”¹.

En el presente caso, resultaría jurídicamente inviable atribuir a mi representada la asunción del riesgo cuando fue el propio asegurado quien, con pleno conocimiento de sus condiciones de salud, omitió declararlas en la etapa precontractual, incumpliendo así su deber de información.

Es preciso señalar que la reticencia no solo ha sido ampliamente desarrollada por la doctrina, sino que también ha sido objeto de consolidación jurisprudencial, estableciendo con claridad los efectos de la omisión en la formación del contrato de seguro. En este sentido, tanto la normativa vigente como la interpretación judicial han reafirmado que el incumplimiento de la obligación de declarar con veracidad el estado del riesgo vicia la contratación del seguro y exime a la aseguradora de su obligación indemnizatoria.

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 el Aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

¹ 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.

y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.

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

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la Aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas.

En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora y de esta manera, la Aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

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

Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de

*reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro** o la modificación de las condiciones por parte de la Aseguradora". (Subrayado fuera del texto original)*

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio."² (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

*"Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes**"*

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: **Edgardo Villamil Portilla**, Rad: 05001-3103-001- 2003-00400-01.

para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse. Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”³(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desfauero 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.”⁴ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

³ 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

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

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

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

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 dicientes 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 de los contratos de seguros, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que el Aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que los contratos de seguros se celebren con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no el Aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo expuesto lo anterior, corresponde aplicar la teoría de la reticencia al caso concreto. En este sentido, el señor Óscar Arturo Reyes Patiño se encontraba amparada bajo la póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores AA000070 emitida por La Equidad Seguros de Vida O.C. Como parte del proceso de aseguramiento, el asegurado firmó la declaración de asegurabilidad, instrumento compuesto por preguntas claras y específicas, cuyo objetivo es permitir a la aseguradora conocer con veracidad el estado de salud del solicitante y, en consecuencia, valorar adecuadamente el riesgo objeto de cobertura.

Como se detalla en la imagen que se cita a continuación, la declaración de asegurabilidad diligenciada para la suscripción de la póliza incluye un conjunto de preguntas expresamente orientadas a establecer el estado de salud del potencial asegurado, con el fin de determinar las condiciones físicas y médicas con las que ingresaba al seguro del ramo de vida. En particular, se listan una serie de afecciones específicas frente a las cuales debía marcarse con una "X" en caso de haberlas padecido. Adicionalmente, el formulario dispuso un espacio abierto destinado a que el solicitante declarara cualquier otra condición médica o patología no contemplada expresamente en las preguntas previas, con el propósito de permitir a la

aseguradora contar con una visión integral, completa y veraz del riesgo a suscribir. Sin embargo, tanto las casillas del cuestionario como el campo abierto fueron dejados en blanco por el asegurado, sin registrar observación ni advertencia alguna sobre su estado de salud.

SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Vida Grupo ☐ Grupo Deudores ☐ Protección Familiar ☐
Grupo Aportes ☐ Grupo Directivos ☐ Plan A ☐ B ☐ C ☐

TOMADOR COOMULDESA LTDA **C.C./NIT** 890,203,225-1

DIRECCIÓN CI 13 10 60 **CIUDAD** LEBRIJA **TELÉFONO** 6567222

ASEGURADO PRINCIPAL Oscar Arturo Reyes Patiño **CEDULA** 13.538.979 **ESTADO CIVIL** Casado

PESO (KG) 74 **ESTATURA (Mts)** 1.71 **¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE?** SI **Ocupación** Empleado e **CARGO** Subordinado **Independiente** **Agricultor**

FECHA DE NACIMIENTO 10/01/1982 **CORREO ELECTRÓNICO** **VALOR ASEGURADO \$** 110.000.000=

ESCRIBA EL NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS DE ESTE SEGURO Y SU RESPECTIVO PORCENTAJE					
NOMBRE Y APELLIDO	Documento (C.C.-C.E.-T.I.-R.C.)	DOCUMENTO	10	EDAD	%

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

1. AFECIONES CARDIOVASCULARES ☐	8. CIRUGIA ☐
2. AFECIONES CEREBROVASCULARES ☐	9. ALCOHOLISMO ☐
3. CANCER ☐	10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN ☐
4. DIABETES ☐	11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ☐
5. VIH POSITIVO / SIDA ☐	12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS ☐
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA ☐	13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO ☐
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA ☐	14. ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS ☐

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

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

Documento: Declaración de asegurabilidad de 10 de agosto de 2022

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

“

Tal manifestación resulta totalmente contraria a la realidad médica del señor Óscar Arturo Reyes Patiño, pues para el momento en que suscribió la declaración de asegurabilidad, el 10 de agosto de 2022, ya padecía varias afecciones relevantes desde el punto de vista clínico y aseguraticio, tal como se constata en su historia clínica. Entre los diagnósticos preexistentes se encuentran:

1. Hipotiroidismo diagnosticado y trastorno depresivo mayor diagnosticados el 4 de septiembre de 2018.

 POLICIA NACIONAL		DIRECCIÓN DE SANIDAD HISTORIA CLÍNICA		FECHA DE IMPRESIÓN 05 Noviembre 2024 Folio No. 66 de 408	
IDENTIFICACION					
Nro. HC 13538979	TP. IDENTIFICA CEDULA CIUD.	Nro. IDENTIFICA 13538979	NOMBRES Y APELLIDOS OSCAR ARTURO REYES PATIÑO	SEXO MASCULINO	FECHA NAC 1982/01/10
EDAD ACTUAL 42 Años 9 Meses 26 Dias					
EVENTO 48					
FECHA CONSULTA 2018/09/04 11:44:19a.m. No. HC FISICA 13538979 PF 00	TIPO CONSULTA --	ORIGEN CONSULTA INDEFINIDO	AMBITO URGENCIAS	CIUDAD BUCARAMANGA(SANTANDER)	ESP ESPCO CLINICA DESAN
EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2018/09/04 11:44:19a.m.					
INFORMACION DEL MEDICO					
TIPO IDENTIFICACION CEDULA CIUD.	Nro. IDENTIFICACION 63547519	NOMBRES Y APELLIDOS INA YADITH RANGEL GUALDRON	ESPECIALIDAD MEDICINA GENERAL	SUBESPECIALIDAD MEDICINA GENERAL	
ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA					
Diagnostico: Hipertiroidismo con compromiso neuropsiquiatrico : Burch-Wartofsky Scale 20 baja probabilidad crisis trioxicosis Trastorno depresivo mayor Hemorroides externa					
Farmacologicos: inicio manejo 17.7.18: metimazole 5 mg cada 8hrs,propranolol40 mg cada 8 hrs. venlafaxina 75 mg dia, clonazepam 2-2-4, olanzapina 5 mg dia. Subjetivo: estreñimiento , dolor anal sensacion masa.refeire llanot, intranquilidad , ideas estructurada suicidio, enuresis, irritabilidad. pendiente realizar gammagrafia tiroides. hace 5 dia consulto a psiquiatria (Augusto Daza) e inicio manejo 23.7.18: ekg: normal. 14.7.18: pas, calcio, potasio, sodios, vih, ch, ast, alt,glicemia, colesterol, trigliceridos, creatinina, bun : normales. Tsh 0.025 27.8.18: tsh 0.0042,13 l 5.46					

Documento: Historia clínica de Óscar Arturo Reyes Patiño de 4 de septiembre de 2018.

Énfasis: *Diagnósticos: Hipertiroidismo con compromiso neuropsiquiatrico Burch-Wartofsky Scale 20 baja probabilidad crisis trioxicosis Trastorno depresivo mayor”*

Como se advierte del análisis de la historia clínica, los diagnósticos de hipotiroidismo y trastorno depresivo mayor fueron formulados al señor Óscar Arturo Reyes Patiño desde el 4 de septiembre de 2018, es decir, casi cuatro años antes de la fecha en que suscribió la declaración de asegurabilidad, el 10 de agosto de 2022. Se trata de afecciones crónicas, de manejo farmacológico continuo y con seguimiento clínico constante, razón por la cual no resulta creíble ni jurídicamente válido sostener que el asegurado no conocía su existencia. Por el contrario, al omitir por completo su mención en el formulario que precisamente buscaba identificar su estado de salud, incurrió en una conducta claramente reticente, en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, norma según la cual el contrato de seguro es nulo si el asegurado guarda silencio o declara de manera inexacta hechos que, conocidos por el asegurador, habrían impedido celebrar el contrato o lo habrían hecho en condiciones más onerosas.

2. Hipoacusia neurosensorial bilateral diagnosticada desde 24 de febrero de 2020.

EVENTO 146						
FECHA CONSULTA 2020/02/24 10:25:01a.m. No. HC FISICA 13538979 PF 00	TIPO CONSULTA --	ORIGEN CONSULTA INDEFINIDO	AMBITO AMBULATORIO	CIUDAD BUCARAMANGA(SANTANDER)	ESP ESPRI BUCARAMANGA	
EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2020/02/24 10:25:01a.m.						
INFORMACION DEL MEDICO						
TIPO IDENTIFICACION CEDULA CIUD.	Nro. IDENTIFICACION 65767869	NOMBRES Y APELLIDOS MARTHA YANETH TORRES MOLINA		ESPECIALIDAD MEDICINA GENERAL	SUBESPECIALIDAD MEDICINA GENERAL	
ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA						
DOS COSAS*						
ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL						
PACIENTE QUIEN REFIERE OTALGIA IZQUIERDA HACE +-15 DIAS D ETIPO INTERMITENTE NIEGA SECRECION. REFIERE SENSACION DE HIPOACUSIA ESTABA TRABAJANDO EN REDIOCOMUNICACIONES +-2 AQOS.						

DIAGNOSTICOS					
PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	H820	OTALGIA	CONFIRMADO NUEVO	--	--
NO	H919	HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA	CONFIRMADO NUEVO	--	--

Conductas - Ord. de Servicio

Documento: Historia clínica de Óscar Arturo Reyes Patiño de 24 de febrero de 2020.

Énfasis: Diagnósticos: "H919 HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA"

Como se advierte del análisis de la historia clínica, el diagnóstico de hipoacusia neurosensorial bilateral fue formulado al señor Óscar Arturo Reyes Patiño desde el 24 de febrero de 2020, es decir, más de dos años antes de la suscripción de la declaración de asegurabilidad, ocurrida el 10 de agosto de 2022. Se trata de una condición de orden sensorial que afecta directamente las capacidades físicas del asegurado y cuya presencia, por su sintomatología y tratamiento, no podía pasar inadvertida para quien la padece. Por tanto, la omisión total de su mención en el formulario de asegurabilidad, tanto en las casillas previstas como en el espacio abierto para observaciones, constituye una reticencia relevante a la luz del artículo 1058 del Código de Comercio, el cual sanciona con nulidad el contrato cuando el asegurado guarda silencio o declara de forma inexacta hechos esenciales para la apreciación del riesgo.

3. Síndrome del túnel del carpo bilateral moderado diagnosticado desde el 19 de enero de 2022.

EVENTO 221					
FECHA CONSULTA 2022/01/19 12:02:07p.m. No. HC FISICA 13538979 PF 00	TIPO CONSULTA --	ORIGEN CONSULTA INDEFINIDO	AMBITO AMBULATORIO	CIUDAD BUCARAMANGA(SANTANDER)	ESP ESPCO CLINICA DESAN
EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2022/01/19 12:02:07p.m.					
INFORMACION DEL MEDICO					
TIPO IDENTIFICACION CEDULA CIUD.	Nro. IDENTIFICACION 91249551	NOMBRES Y APELLIDOS JUAN CARLOS JEREZ NIÑO	ESPECIALIDAD MEDICINA INTERNA	SUBESPECIALIDAD MEDICINA INTERNA	
ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA					
REMITIDO POR CAUSA OSCURA PACIENTE HIPOTIROIDEO , EN TTO POR ENDOCRINOLOGIA RECIBE LT4 75 MCG . MANIFIESTA HALLARSE ANSIOSO, INSOMNIO NO, DEPOSICON NORMAL , MICCISN NORMAL, EDEMAS NMO, XEROSTOMIA. PARESTESIAS Y DOLOR EN ANTEBRAZO , ES DIGITADOR.					
ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL					
PAT : HIPOTIROIDISMO, ENFEMDQD DPERRESIVA					
DIAGNOSTICOS					
PRINCIPAL NO	Código G560	DESCRIPCION SINDROME DEL TUNEL CARPIANO	TIPO IMPRESION	EJE --	EST INF. NOSOCOMIAL --

Documento: Historia clínica de Óscar Arturo Reyes Patiño de 19 de febrero de 2022.

Énfasis: Diagnósticos: "G560 SINDROME DEL TÚNEL CARPIANO"

De acuerdo con la historia clínica, el diagnóstico de síndrome del túnel del carpo bilateral moderado fue formulado al señor Óscar Arturo Reyes Patiño desde el 19 de enero de 2022, es decir, aproximadamente siete meses antes de la suscripción de la declaración de asegurabilidad, ocurrida el 10 de agosto de 2022. Esta patología es de naturaleza neuromuscular y suele acompañarse de síntomas clínicos evidentes como dolor, adormecimiento y pérdida de fuerza en las manos, lo que demuestra que, para el momento de su vinculación a la póliza, el asegurado tenía conocimiento cierto de su existencia. Al no incluir esta información en el formulario de asegurabilidad, ni en las casillas destinadas a indicar afecciones ni en el espacio libre para observaciones, incurrió en una reticencia sustancial, que afecta la validez del consentimiento otorgado. Conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, la reticencia o inexactitud sobre circunstancias que influían en la apreciación del riesgo facultan al asegurador para invocar la nulidad relativa del contrato, por lo que no hay lugar a la activación de la póliza en este caso.

4. Condromalacia rotuliana bilateral diagnosticada el 10 de junio de 2022.

EVENTO 228					
FECHA CONSULTA 2022/06/10 03:27:28p.m. No. HC FISICA 13538979 PF 00	TIPO CONSULTA --	ORIGEN CONSULTA INDEFINIDO	AMBITO AMBULATORIO	CIUDAD BUCARAMANGA(SANTANDER)	ESP ESPCO CLINICA DESAN
EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2022/06/10 03:27:28p.m.					
INFORMACION DEL MEDICO					
TIPO IDENTIFICACION CEDULA CIUD.	Nro. IDENTIFICACION 13452985	NOMBRES Y APELLIDOS CESAR AUGUSTO ALZATE MONCADA	ESPECIALIDAD ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	SUBESPECIALIDAD ORTOPEDIA	
ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA					
PACTE MASC CON DOLOR Y EDEMA EN LA RODILLA DRHCA Y DOLOR EN LA REGION LUMBAR					
ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL					
CLINICA/ CON DOLOR EN LA REGION LUMBAR CON LASEGUE NEGATIVO CON BUENA MOVILIDAD PERO CON DOLOR MAS EN LA ARTICULACIONES SACROILIACAS MAS LA IZQ Y CON DOLOR Y CREPITOS EN LAS RODILLAS PATELOFEMORALES Y CON BUEN TONOMUSCULAR Y RODILLA ESTABLE SE DEJAN AINES Y SE PIDEN RX DE COLUMNA Y CONTROL					
ANAMNESIS REVISIÓN POR SISTEMAS					
Descripción	Pregunta Nombre	Respuesta	Observaciones		
GENERALES	GENERAL	--	NA		
ANAMNESIS					
Finalidad de la consulta		**NO APLICA			
Causa Externa		ENFERMEDAD GENERAL			
Programa		--			
DIAGNOSTICOS					
PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL
SI	M224	CONDROMALACIA DE LA ROTULA	CONFIRMADO NUEVO	--	--
NO	M461	SACROILITIS NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	CONFIRMADO NUEVO	--	--
Conductas - Interconsultas / Remisiones					

Documento: Historia clínica de Óscar Arturo Reyes Patiño de 10 de junio de 2022.

Énfasis: Diagnósticos: "M224 CONDROMALACIA DE LA ROTULA"

Según consta en la historia clínica, el señor Óscar Arturo Reyes Patiño fue diagnosticado con condromalacia rotuliana bilateral el 10 de junio de 2022, esto es, apenas dos meses antes de suscribir la declaración de asegurabilidad el 10 de agosto de 2022, afección que limita funcionalmente las rodillas, lo cual permite afirmar que su existencia era perfectamente conocida por el asegurado al momento de su vinculación al seguro, y que su omisión no puede entenderse como inadvertida o involuntaria. La ausencia total de referencia a esta afección en el formulario de asegurabilidad constituye una reticencia relevante, conforme al artículo 1058 del Código de Comercio, al haber sido ocultada una condición clínica que influía directamente en la apreciación del riesgo por parte del asegurador. En consecuencia, esta omisión vicia el consentimiento prestado y faculta a esta parte para invocar la nulidad del contrato de seguro, no habiendo lugar a la afectación de la póliza.

5. Rinitis crónica diagnosticada el 6 de junio de 2022.

EVENTO 227										
FECHA CONSULTA 2022/06/06 09:29:47a.m. No. HC FISICA 13538979 PF 00	TIPO CONSULTA --	ORIGEN CONSULTA INDEFINIDO	AMBITO AMBULATORIO	CIUDAD BUCARAMANGA(SANTANDER)	ESP ESPCO CLINICA DESAN					
EVOLUCIÓN 1 - CAMA Nro. ***** - FECHA EVOLUCIÓN 2022/06/06 09:29:47a.m.										
INFORMACION DEL MEDICO <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">TIPO IDENTIFICACION CEDULA CIUD.</td> <td style="width: 15%;">Nro. IDENTIFICACION 13542816</td> <td style="width: 20%;">NOMBRES Y APELLIDOS CARLOS AUGUSTO BOTIA GONZALEZ</td> <td style="width: 20%;">ESPECIALIDAD OTORRINOLARINGOLOGIA</td> <td style="width: 25%;">SUBESPECIALIDAD OTORRINOLARINGOLOGIA</td> </tr> </table>						TIPO IDENTIFICACION CEDULA CIUD.	Nro. IDENTIFICACION 13542816	NOMBRES Y APELLIDOS CARLOS AUGUSTO BOTIA GONZALEZ	ESPECIALIDAD OTORRINOLARINGOLOGIA	SUBESPECIALIDAD OTORRINOLARINGOLOGIA
TIPO IDENTIFICACION CEDULA CIUD.	Nro. IDENTIFICACION 13542816	NOMBRES Y APELLIDOS CARLOS AUGUSTO BOTIA GONZALEZ	ESPECIALIDAD OTORRINOLARINGOLOGIA	SUBESPECIALIDAD OTORRINOLARINGOLOGIA						
ANAMNESIS MOTIVO CONSULTA										
RINITIS.										
ANAMNESIS - ENFERMEDAD ACTUAL										
CUADRO CRONICO: OBSTRUCCION / CONGESTION NASAL INTERMITENTE. SINTOMAS DE ALERGIA NASAL ASOCIADO. REUBICADO ACTUALMENTE EN ARCHIVO (EXPOSICION AL POLVO Y HUMEDAD) NO TTO . ANTEC: PATOL: HIPOTIROIDISMO. FARM: LEVOTIROXINA. QX ORL: NEG. ALERG: NEG. RXS: HIPOACUSIA PROGRESIVA. EX FISICO : OD: CERUMEN PARCIALMENTE OBSTRUCTIVO. OI: NORMAL . LEVE DESV. SEPTAL IZQ. HIPERTROFIA DE CORNETES INF. MUCOSA NASAL CONGESTIVA. FARINGE SIN LESIONES. DX: 1. RINITIS CRONICA 2. CERUMEN DER. 3. HIPOACUSIA ? PLAN. 1. MICROLIMPIEZA OIDO DER. 2. PERFIL AUDIOLOGICO. 3. RX DE SPN. 4. IGE. 5. BECLOMETASONA SPRAY NASAL POR 2 MESES. 6. CONTROL ORL.										
ANAMNESIS REVISIÓN POR SISTEMAS										
Descripción	Pregunta Nombre	Respuesta	Observaciones							
GENERALES	GENERAL	No	--							
ANAMNESIS										
Finalidad de la consulta		**NO APLICA								
Causa Externa		ENFERMEDAD GENERAL								
Programa		--								
DIAGNOSTICOS										
PRINCIPAL	Código	DESCRIPCION	TIPO	EJE	EST INF. NOSOCOMIAL					
NO	J310	RINITIS CRONICA	CONFIRMADO NUEVO	--	--					
SI	H612	CERUMEN IMPACTADO	CONFIRMADO NUEVO	--	--					
NO	H919	HIPOACUSIA NO ESPECIFICADA	IMPRESION	--	--					
Conductas - Interconsultas / Remisiones										

Documento: Historia clínica de Óscar Arturo Reyes Patiño de 6 de junio de 2022.

Énfasis: Diagnósticos: "J310 RINITIS CRÓNICA"

Tal como se desprende de la historia clínica, el señor Óscar Arturo Reyes Patiño fue diagnosticado con rinitis crónica desde el 6 de junio de 2022, es decir, dos meses antes de suscribir la declaración de asegurabilidad el 10 de agosto de 2022. Esta afección respiratoria, constituye una condición clínica refleja que el asegurado tenía pleno conocimiento de su existencia y tratamiento para ese momento. La omisión absoluta de esta enfermedad en el formulario de asegurabilidad, tanto en las preguntas prediseñadas como en el espacio abierto para observaciones, configura una reticencia relevante conforme al artículo 1058 del

Código de Comercio, norma que establece que la inexactitud o el silencio sobre hechos esenciales para la apreciación del riesgo por parte del asegurador vician el consentimiento y generan la nulidad relativa del contrato.

Los anteriores diagnósticos como se itera no fueron informados en la declaración de asegurabilidad, y que constituyeron el fundamento para que la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional, mediante dictamen del 11 de octubre de 2024, le calificara al asegurado una pérdida de capacidad laboral del 45.56%, la cual, al sumarse a una calificación previa del año 2017 del 10%, arrojó un total del 55.56%. Es decir, el actor ya contaba para la fecha de suscripción con una pérdida de capacidad laboral previamente reconocida, objeto de recalificación posterior con miras a su retiro del servicio, por lo que no solo se acredita, con base en la historia clínica relacionada que el asegurado tenía pleno conocimiento de sus afecciones de salud, sino que estas constituían su pérdida de capacidad laboral, de modo que no podían ser desconocidas ni inadvertidas al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad.

VI. CONCLUSIONES.					
A. ANTECEDENTES-LESIONES-AFECCIONES-SECUELAS:					
A.1. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO TIPO DEPRESIVO Y TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, QUE DEJA COMO SECUELAS PSICOSIS RESIDUAL, ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO Y SÍNTOMAS COGNITIVOS					
A.2. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL CON PTA PROMEDIO OÍDO DERECHO 25 DB Y OÍDO IZQUIERDO 27.5 DB, PARA PTA PROMEDIO BILATERAL DE 26.25DB.					
A.3. PSORIASIS EN PLACA					
A.4. HIPOTIROIDISMO EN MANEJO FARMACOLÓGICO					
A.5. SÍNDROME DE TÚNEL DEL CARPO BILATERAL MODERADO, QUE NO GENERA ALTERACIÓN MOTORA, SENSITIVA O TRÓFICA					
A.6. CONDROMALACIA ROTULIANA BILATERAL, SIN SIGNOS MENISCALES NI LIGAMENTARIOS, CON RODILLAS ESTABLES, NO SECUELAS EN EL MOMENTO					
A.7. ANTECEDENTE DE RINITIS CRÓNICA, CONTROLADA CON MANEJO FARMACOLÓGICO.					
A.8. AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN OJO DERECHO 20/40 Y OJO IZQUIERDO 20/50, QUE 20/20 AMBOS OJOS. DX: ASTIGMATISMO Y PRESBICIA.					
A.9. ANTECEDENTE DE FRACTURA DE CUARTO HUESO METACARPIANO MANO IZQUIERDA, CONSOLIDADA, SIN SECUELAS VALORABLES.					
B. CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES O AFECCIONES Y CALIFICACIÓN DE CAPACIDAD PARA EL SERVICIO.					
INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL - NO APTO. POR JML ANTERIOR Y ACTUAL, REUBICACION LABORAL: NO Labores.					
C. EVALUACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL.					
PRESENTA UNA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD LABORAL DE:					
DCL Actual:	CUARENTA Y CINCO	PUNTO	CINCUENTA Y SEIS	POR CIENTO	45.56%
DCL Total:	CINCUENTA Y CINCO	PUNTO	CINCUENTA Y SEIS	POR CIENTO	55.56%

Documento: Dictamen perdida de capacidad laboral – Junta Medico Laboral Policía Nacional de 11 de octubre de 2024

Énfasis: “A.1. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO TIPO DEPRESIVO Y TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD, QUE DEJA COMO SECUELAS PSICOSIS

RESIDUAL, ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO Y SÍNTOMAS COGNITIVOS A.2. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL CON PTA PROMEDIO OÍDO DERECHO 25 DB Y OÍDO IZQUIERDO 27.5 DB, PARA PTA PROMEDIO BILATERAL DE 26.25DB. A.3. PSORIASIS EN PLACA A.4. HIPOTIROIDISMO EN MANEJO FARMACOLÓGICO A.5. SÍNDROME DE TÚNEL DEL CARPO BILATERAL MODERADO, QUE NO GENERA ALTERACIÓN MOTORA, SENSITIVA O TRÓFICA A.6. CONDOMALACIA ROTULIANA BILATERAL, SIN SIGNOS MENISCALES NI LIGAMENTARIOS, CON RODILLAS ESTABLES, NO SECUELAS EN EL MOMENTO A.7. ANTECEDENTE DE RINITIS CRÓNICA, CONTROLADA CON MANEJO FARMACOLÓGICO. A.8. AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN OJO DERECHO 20/40 Y OJO IZQUIERDO 20/50, QUE 20/20 AMBOS OJOS. ASTIGMATISMO Y PRESBICIA. .9. ANTECEDENTE DE FRACTURA DE CUARTO HUESO METACARPIANO MANO IZQUIERDA, CONSOLIDAD, SIN SECUELAS VALORABLES.”

Así las cosas, resulta evidente que los diagnósticos previamente descritos corresponden a afecciones clínicas relevantes y persistentes que ya eran padecidas por el señor Óscar Arturo Reyes Patiño antes del 10 de agosto de 2022, fecha en la que suscribió la declaración de asegurabilidad con el fin de ingresar como asegurado a la póliza Vida Grupo Deudores N.º AA000070. En consecuencia, dadas sus implicaciones médicas y su incidencia directa en la valoración técnica del riesgo asegurado, procede declarar la nulidad relativa del contrato de seguro, conforme a lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, toda vez que el vínculo contractual se celebró bajo una reticencia clara y jurídicamente relevante, al haber omitido el asegurado información determinante que esta Compañía requería conocer al momento de decidir si celebraba o no el contrato, o en qué condiciones debía hacerlo.

En virtud de lo anterior, se solicita al Despacho tener por acreditado que: (i) el señor Óscar Arturo Reyes Patiño ya contaba con diagnósticos clínicos consolidados y vigentes con anterioridad al mes de agosto de 2022; y (ii) dichas patologías constituían circunstancias determinantes para esta aseguradora, en tanto su gravedad y continuidad alteraban sustancialmente el riesgo trasladado, lo cual justifica plenamente la configuración de la reticencia sancionable

Esta conclusión, además, se ve reforzada por lo previsto en la Cláusula Sexta de las Condiciones Generales de la Póliza, en la que expresamente se dispone que la omisión de información relevante sobre el estado de salud del asegurado da lugar a la nulidad del contrato.

6. DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

El tomador y los asegurados individualmente considerados están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, según el cuestionario que le sea propuesto por La Equidad. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Equidad, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero La Equidad solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato representen respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado de riesgo.

Las sanciones anteriormente descritas no se aplican si La Equidad, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre los que versan los vicios de la declaración, o si ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

Documento: Condicionado Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores AA000070

Énfasis: *"El tomador y los asegurados individualmente considerados están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, según el cuestionario que le sea propuesto por La Equidad. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por La Equidad, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato."*

Ahora bien, respecto de la declaración el estado del riesgo, tal cual como se ha señalado anteriormente, es un aspecto sumamente importante y relevante para la compañía aseguradora, tanto así que la jurisprudencia se refiere a la misma en los siguientes términos:

“(…) la declaración del estado del riesgo es un aspecto de cardinal importancia en esta clase de negociaciones, en tanto permite al asegurador conocer las particularidades del hecho futuro e incierto cuya cobertura va a asumir y valorar la conveniencia de contratar o no las eventuales condiciones especiales.

Esa “carga de información” implica para el tomador o asegurado el deber de exteriorizar de manera veraz y oportuna, en franco acatamiento del axioma de la buena fe, además especialísima, la realidad del riesgo que se pretende amparar, toda vez que cuando guarda silencio respecto de los datos importantes para la expresión del consentimiento de la aseguradora, se desconoce la evocada primicia que “obliga a las partes a comportarse con honestidad y lealtad desde la celebración hasta que termine la vigencia del mismo, porque de ello depende la eficacia y el cumplimiento de las cláusulas en él previstas” (Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC5327-2018, reiterada en STC1410-2021) (...)”⁵ (negrillas y subrayado propio)

Así las cosas y de conformidad con lo determinado en diferentes providencias, la manifestación del estado del riesgo es una carga de información que le compete única y exclusivamente al asegurado, el cual debe manifestar de manera veraz y oportuna la realidad del riesgo que se pretende amparar. Llevando lo aquí dicho al caso en concreto, es más que claro que el señor Óscar Arturo Reyes Patiño, tenía la obligación de manifestar de manera cierta y veraz cuales eran sus padecimientos de salud pasados y/o presentes, al momento de solicitar la asegurabilidad con mi procurada, situación que evidentemente no ocurrió, por cuanto ha quedado claro que el actor, omitió informar de ello a Equidad Seguros de Vida O.C

Resulta valido en esta instancia traer a conocimiento lo descrito en la declaración de asegurabilidad donde de manera textual se insertó lo siguiente:

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

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

1. Afecciones cardiovasculares

⁵ Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, sentencia No. 013, del 19 de marzo del 2024, MS. Sandra Cecilia Rodríguez Eslava.

2. Afecciones cerebrovasculares
3. Cáncer
4. Diabetes
5. VIH Positivo/SIDA
6. Insuficiencia Renal crónica
7. EPOC
8. Cirugía
9. Alcoholismo
10. Tabaquismo / drogadicción
11. Hipertensión Arterial
12. Enfermedades congénitas
13. Enfermedades del colágeno
14. Enfermedades hematológicas

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

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

1. AFECCIONES CARDIOVASCULARES	☐	8. CIRUGÍA	☐
2. AFECCIONES CEREBROVASCULARES	☐	9. ALCOHOLISMO	☐
3. CANCER	☐	10. TABAQUISMO / DROGADICCIÓN	☐
4. DIABETES	☐	11. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	☐
5. VIH POSITIVO / SIDA	☐	12. ENFERMEDADES CONGÉNITAS	☐
6. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	☐	13. ENFERMEDADES DEL COLÁGENO	☐
7. EPOC - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	☐	14. ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS	☐

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

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

DOCUEMENTO: Declaración de asegurabilidad de 10 de agosto de 2022

A la anterior consulta, el señor OSCAR ARTURO REYES PATIÑO, no marcó ninguna de las enfermedades allí relacionadas, tampoco indico las afecciones que padecía en el espacio dispuesto para ello.

De las circunstancias clínicas y documentales que obran en el expediente, se evidencia de manera clara e inequívoca que, al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad el 10 de agosto de 2022, el señor Óscar Arturo Reyes Patiño omitió conscientemente informar su verdadero estado de salud, a pesar de estar ya diagnosticado con hipotiroidismo y trastorno depresivo mayor desde el 4 de septiembre de 2018, hipoacusia neurosensorial bilateral desde el 24 de febrero de 2020, síndrome del túnel del carpo bilateral moderado desde el 19 de enero de 2022, condromalacia rotuliana bilateral desde el 10 de junio de 2022 y rinitis crónica desde el 6 de junio de 2022. Todas estas condiciones estaban activas, en seguimiento clínico, y eran plenamente conocidas por el asegurado al momento de diligenciar el formulario de ingreso a la póliza Vida Grupo Deudores N.º AA000070. No solo omitió marcar las casillas expresamente dispuestas para declarar enfermedades, sino que además dejó en blanco el espacio abierto destinado a reportar cualquier otra condición médica, presentándose implícitamente como una persona sana. Esta conducta omisiva se agrava si se tiene en cuenta que, para ese mismo momento, el actor ya contaba con una pérdida de capacidad laboral del 45.56%, reconocida por la Junta Médico Laboral en dictamen previo, lo cual confirma que su estado de salud era objetivamente comprometido y conocido por él.

En tal sentido, queda plenamente acreditado que el asegurado faltó a la verdad al omitir patologías clínicas relevantes, permitiendo así que el contrato se estructurara sobre una imagen distorsionada de su estado de salud, lo cual constituye una reticencia sancionable conforme al artículo 1058 del Código de Comercio. Esta omisión impidió a la aseguradora valorar adecuadamente el riesgo, privándola de elementos determinantes que, de haber sido conocidos, habrían llevado a no celebrar el contrato o hacerlo bajo condiciones más estrictas. Por tanto, la nulidad del contrato no solo es jurídicamente procedente, sino que resulta razonable y proporcionada frente a la afectación del principio de buena fe y la indebida estructuración del consentimiento por esta parte. En consecuencia, el aseguramiento del señor Óscar Arturo Reyes Patiño debe ser declarado nulo, al haber ocultado información esencial en la etapa precontractual, previa al inicio de la vigencia de la póliza.

Por esas razones, solicito respetuosamente se declare probada esta excepción.

2. FALTA DE COBERTURA TEMPORAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 1073 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

El actor pretende afectar la Póliza Vida Grupo Deudores N.º AA000070, por cuanto, a su juicio, el evento de invalidez se consolidó con la calificación del 55.56% de pérdida de capacidad laboral notificada el 11 de octubre de 2024, esto es, en fecha posterior a su ingreso a la póliza. No obstante, dicha afirmación desconoce por completo su historia médica y condición clínica previa, pues si bien la póliza contempla el riesgo de invalidez como la pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, determinada conforme al Manual Único de Calificación de Invalidez, debe advertirse que esta calificación del 55.56% no corresponde a un proceso nuevo, sino a una recalificación basada en un dictamen anterior, ya que el asegurado contaba con una pérdida de capacidad laboral del 45.56% emitida por la Junta Médico Laboral en fecha anterior a su vinculación al seguro. Esta circunstancia pone en evidencia que el siniestro ya se encontraba en curso y estructurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, y que la nueva calificación únicamente acumuló un 10% adicional previamente reconocido, sin configurar un evento nuevo o sobreviniente. En consecuencia, no puede pretenderse que se afecte una póliza por un riesgo ya iniciado con antelación a su cobertura, pues ello impide que se configure una exposición válida al riesgo por parte de la aseguradora, dando lugar a una falta de cobertura temporal, excluyente de toda responsabilidad por parte de esta compañía desde el inicio del contrato

Frente a lo anterior, el Consejo de Estado ha sido enfático en establecer que el derecho a la indemnización solo surge cuando el riesgo se realiza dentro del periodo amparado por la póliza, pues si éste no se materializa dentro del término de vigencia no podrá ser cubierto por la respectiva póliza:

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

⁶ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección tercera, subsección B, sentencia del diecinueve (19) de junio de dos mil trece (2013) Consejero Ponente Danilo Rojas Betancourth, radicado: 25000- 23-26-000-2000-02019-01(25472).

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

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

“32. Dada la naturaleza de la obligación que contrae el asegurador, resultade la mayor importancia la determinación del momento exacto a partir del cual aquel asume el riesgo que le es trasladado y así mismo, la hora y el día hasta los cuales va tal asunción, puesto que únicamente estará obligado a ejecutar la prestación a su cargo cuando el riesgo se realice dentro de este lapso, es decir si el siniestro se presenta dentro de esos límites temporales. Al respecto el artículo 1073 del C. de Co., relativo a la responsabilidad del asegurador, establece que “si el siniestro, iniciado antes y continuado después de vencido el término del seguro, consume la pérdida o deterioro de la cosa asegurada y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro”⁷⁷.

De acuerdo con lo anterior, el legislador solo concede el derecho a la indemnización a cargo del asegurador, cuando el riesgo se realiza o inicia su realización dentro del periodo amparado por la respectiva póliza. Como lo sostuvo la sala, *“debe tenerse en cuenta que lo que se exige en el régimen de los contratos de seguros, en cuanto a su vigente y cobertura, **es que el riesgo efectivamente se***

⁷⁷ Consejo de Estado. Sección tercera. Sentencia 25000-23-26-000-2000-02019-01(25472). Consejo Ponente: Danilo Rojas Betancourth
CSER

materialice durante el periodo de vigencia de la póliza, puesto que una cosa es el surgimiento del derecho a obtener la indemnización y otra cosa es el derecho a recibir su pago, el que si se concreta una vez se hace la reclamación en la forma establecida por la Ley” ⁸(subrayado y negrita fuera de texto).

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

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

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

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

Pero si se inicia antes y continúa después que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta del asegurador, éste no será responsable por el siniestro.” (subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

⁸ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, auto del 31 de marzo de 2005, expediente 25689, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.
CSER

*“Previo a abordar la problemática anunciada, conviene dejar sentado que: Si, por definición, el riesgo es la posibilidad de realización de un evento susceptible de producir un daño (siniestro) previsto en el contrato, va de suyo que, en el marco de la autonomía de la voluntad y de las normas legales imperativas y relativamente imperativas, las partes deberán acordarla determinación del riesgo cubierto. En efecto, el interés asegurado no es factible hallarlo asegurado bajo cualquier circunstancia o causa, **sin límites temporales**, o en cualquier lugar que se halle o ubique. Por el contrario, se hace necesario delimitar el riesgo causal, **temporal y espacialmente**.”⁹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

*“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)”¹⁰ (Subrayado y negrilla fuera del texto)*

De acuerdo con lo anterior, es pertinente concluir que dado que la Póliza expedida por mi representada, tuvo término de vigencia desde la inclusión del seguro, es claro que el contrato no presta cobertura temporal porque el siniestro inició antes de que los riesgos corrieran por cuenta del asegurador. Es decir, teniendo en cuenta que el principio del daño, esto es, hipotiroidismo y trastorno depresivo mayor desde el 4 de septiembre de 2018, hipoacusia neurosensorial bilateral desde el 24 de febrero de 2020, síndrome del túnel del carpo bilateral moderado desde el 19 de enero de 2022, condromalacia rotuliana bilateral desde el 10 de junio de 2022 y rinitis crónica desde el 6 de junio de 2022, **diagnosticados de manera previa**, inició antes de entrar en vigencia la Seguro Vida Grupo Deudor, y por ende no habría lugar a la afectación de la misma puesto que evidentemente el siniestro inició antes de la entrada en vigencia de Póliza de Seguro Grupo Vida Deudor AA000070.

En este sentido, resulta claro que en el presente asunto no se cumple con la nota de incertidumbre que

⁹ Corte Suprema de Justicia. SC3893 de 2020. Radicación 2015-00826. M.P. Luis Alonso Rico Puerto.

¹⁰ Corte Suprema de Justicia. SC5217 de 2019. Radicación 2008-00102. M.P. Luis Alonso Rico Puerto.

caracteriza el riesgo asegurable, pues mal puede pretenderse que es incierta o imprevisible una situación médica como la pérdida de capacidad laboral del señor Óscar Arturo Reyes Patiño cuando, para el momento de ingreso a la póliza, ya contaba con una calificación del 45.56% debidamente reconocida por Junta Médico Laboral y sostenida clínicamente a lo largo del tiempo, siendo posteriormente recalificada en 2024 hasta completar el 55.56%. En consecuencia, lo que se presentó no fue un evento nuevo o imprevisto, sino la evolución de una condición preexistente, conocida y continuada, lo cual excluye por completo el carácter aleatorio del contrato de seguro, requisito esencial de su validez, y demuestra que el siniestro inició con anterioridad y en curso desde antes de la suscripción. 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.

Por todo lo expuesto, no resulta jurídicamente procedente afectar la Póliza Vida Grupo Deudores N.º AA000070 expedida por Equidad Seguros de Vida O.C., toda vez que, conforme a lo previsto en el artículo 1073 del Código de Comercio, esta parte no se encuentra llamada a responder por un siniestro cuyo origen es anterior al inicio de la cobertura. En efecto, está plenamente acreditado que el señor Óscar Arturo Reyes Patiño presentaba condiciones clínicas previas y conocidas al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad, como el hipotiroidismo y el trastorno depresivo mayor diagnosticados desde el 4 de septiembre de 2018, la hipoacusia neurosensorial bilateral desde el 24 de febrero de 2020, el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado desde el 19 de enero de 2022, la condromalacia rotuliana bilateral desde el 10 de junio de 2022, y la rinitis crónica desde el 6 de junio de 2022, todas ellas determinantes en la calificación de pérdida de capacidad laboral del 45.56%, reconocida antes de su vinculación a la póliza. En consecuencia, al haberse estructurado el riesgo con antelación al 10 de agosto de 2022, fecha de suscripción del seguro, no se satisface el requisito de aleatoriedad ni se configura un hecho posterior amparable, lo cual excluye toda posibilidad de cobertura temporal y, por tanto, impide que se derive responsabilidad alguna para esta aseguradora frente al siniestro alegado.

3. FALTA DE COBERTURA MATERIAL FRENTE A LOS GASTOS DE “REPRESENTACIÓN JURIDICA”

En el presente caso, la parte actora pretende el reconocimiento de una suma adicional correspondiente a los honorarios de representación jurídica de su apoderado, lo cual desconoce por completo los límites

materiales del contrato de seguro celebrado. La Póliza Vida Grupo Deudores N.º AA000070 únicamente ampara los riesgos de muerte e invalidez por cualquier causa del asegurado, según lo pactado en sus condiciones generales. No obstante, en ningún momento contempla como amparado el reconocimiento de gastos de representación jurídica, honorarios de apoderado o cualquier tipo de prestación derivada de gestiones judiciales o extrajudiciales, como las que ahora se reclaman. En consecuencia, al no encontrarse dentro del objeto material del contrato, no puede trasladarse a esta parte responsabilidad alguna por dicho concepto, lo que configura una evidente falta de cobertura material frente a este evento específico, que no hace parte del riesgo asegurado ni corresponde a una obligación asumida contractualmente por la aseguradora.

En materia de seguros, el asegurador según el artículo 1056 del C.Co., podrá a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo cual, 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. Así pues, 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.

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 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) ¹¹”. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el presente caso, el actor, al estructurar la cuantía del proceso, discriminó dos conceptos: el primero, correspondiente al valor del saldo insoluto de la obligación financiera y el segundo, relativo al reconocimiento de los gastos de representación de su apoderado u honorarios profesionales. Frente a ello, es necesario precisar que la Póliza Vida Grupo Deudores N.º AA000070 únicamente ampara los riesgos de muerte por cualquier causa e invalidez del asegurado, según los términos expresos del contrato. No obstante, no se extiende a cubrir costos asociados a representación jurídica, honorarios de abogado ni ningún otro gasto derivado de la gestión procesal o defensa técnica del asegurado o sus beneficiarios, tal como erradamente lo pretende el actor. En consecuencia, afectar la póliza con fundamento en un rubro no previsto dentro del objeto asegurado desborda por completo su cobertura material, y desconoce que las obligaciones de la aseguradora solo nacen frente a riesgos específicos, determinados y debidamente pactados. Por tanto, no hay lugar a reconocimiento alguno en relación con ese concepto, el cual resulta extracontractual y ajeno a las condiciones aseguradas.

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

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

11 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.

CSER

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

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

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es más, en una reciente providencia, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

*“Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, **deberá atenderse a***

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

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

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

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.”

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

en dar a conocer¹⁴. (Subrayado 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.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)¹⁵*

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁶, en donde estableció lo siguiente:

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

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 Guerrero Pérez.

¹⁶ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

sanciones a que su infracción dé lugar».

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

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

(...)

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

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

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, **sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no**

existe...¹⁷ (subrayado fuera del texto original).

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

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

¹⁷ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia: Dupre Editores Ltda., 2010. P. 164.

*calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.*** (Subrayado fuera del texto original)

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

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

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 a su Despacho 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 arrojar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro". (negrilla y subrayas fuera del texto)".¹⁸

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 Gutiérrez¹⁹, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

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

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el

¹⁸ 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.

¹⁹ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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 Código de Comercio, ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

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

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

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

6. LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O. CTIENE 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 relación con la reticencia, resulta fundamental que el Despacho tenga en cuenta que, en el presente caso, procede la aplicación del artículo 1059 del Código de Comercio. Esta disposición establece de manera clara que, cuando el contrato de seguro sea declarado nulo con ocasión de una reticencia del asegurado, la aseguradora se encuentra facultada para retener las primas pagadas a título de pena, sin que haya lugar a reembolso alguno. Al respecto la norma, en su tenor literal, dispone:

“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 el presente caso, resulta evidente que el señor Óscar Arturo Reyes Patiño, al momento de suscribir la declaración de asegurable el 10 de agosto de 2022, incurrió en un comportamiento reticente al omitir

información relevante sobre su estado de salud, pues no solo dejó en blanco las casillas correspondientes al cuestionario médico, sino que también omitió declarar en el espacio libre otras condiciones clínicas que ya eran conocidas para ese momento y que eran objeto de seguimiento médico permanente, como el hipotiroidismo diagnosticado desde el 4 de septiembre de 2018, el trastorno depresivo mayor con antecedentes desde el mismo año, la hipoacusia neurosensorial bilateral identificada el 20 de febrero de 2020, el síndrome del túnel del carpo bilateral moderado registrado el 3 de febrero de 2022, la condromalacia rotuliana bilateral documentada el 10 de junio de 2022 y la rinitis crónica reportada el 6 de junio de 2022, todos ellos diagnósticos que fueron posteriormente valorados por la Junta Médico Laboral de la Policía Nacional en el dictamen del 11 de octubre de 2024, el cual concluyó una pérdida de capacidad laboral del 45.56%, que se suma a una calificación previa del 10%, para un total del 55.56%, lo que demuestra que, para la fecha de ingreso a la póliza, ya existía un cuadro clínico consolidado y determinante que no podía ser desconocido ni omitido por el asegurado sin faltar a su deber de lealtad contractual.

En esa medida y habiéndose acreditado la reticencia conforme a lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, resulta procedente dar aplicación a lo establecido en el artículo 1059 ibídem, el cual faculta al asegurador a retener la totalidad de la prima a título de pena. Esta disposición responde no solo a la lógica de preservar el equilibrio contractual roto por la conducta del asegurado, sino también al carácter sancionatorio frente al incumplimiento del deber de veracidad en la declaración del estado del riesgo.

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 del contrato, indefectiblemente deberá darle aplicación al artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, decretando así la prescripción y/o caducidad de la acción, y en este sentido, deberá desestimar la totalidad de las pretensiones de la Accionante.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la **ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...))**, al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que,*

*expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.*²⁰ (Subrayado fuera del texto original)

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

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

9. GENERICA E INNOMINADAS Y OTRAS

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

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

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS.

1. EL ÚNICO BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES LA COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO PARA EL DESARROLLO SOLIDARIO DE COLOMBIA COOMULDESA LTDA

En este punto, resulta necesario destacar al Despacho que, en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios a título oneroso del seguro son las entidades financieras que actúan como tomadoras del seguro, en tanto su patrimonio es el que se encuentra expuesto al riesgo de incumplimiento derivado del fallecimiento del deudor. Dicho de otra forma, la finalidad del seguro de vida grupo deudores no es la protección directa del asegurado, sino la garantía del pago de la

²⁰ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Becerra Simancas. Edificio 94^a

obligación financiera a favor de la cooperativa de ahorro COOMULDESA Ltda., quien resulta ser el único titular del interés asegurable y beneficiario legítimo del contrato.

En efecto, conforme la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. AA000070 asociada al crédito No. 28-00038915-5 se identificó expresamente como beneficiario oneroso único a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO PARA EL DESARROLLO SOLIDARIO DE COLOMBIA COOMULDESA LTDA en un 100%. De este modo, en el presente caso, la Aseguradora únicamente tiene obligaciones contractuales frente a dicha entidad financiera, que en su doble calidad de tomadora y beneficiaria onerosa es la única legitimada para reclamar la cobertura derivada del seguro. En consecuencia, el señor Oscar Arturo Reyes, no ostenta legitimación para reclamar directamente la afectación de la póliza, pues no tienen la calidad de beneficiario oneroso en los términos contractuales. Pretender lo contrario implicaría desnaturalizar la estructura propia del seguro de grupo vida deudores, que se celebra para proteger un interés patrimonial concreto que es el crédito otorgado por la entidad financiera ante la muerte por cualquier cosa o la invalidez del asegurado, siempre y cuando concurren los requisitos de cobertura, que en el presente caso no sucede ante la reticencia en que incurrió el asegurado al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

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

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

entregados en mutuo.²¹ (...)

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

(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.²²
(...)

Así las cosas, queda demostrado que el seguro de vida grupo deudores es una modalidad especialmente diseñada para proteger el interés del acreedor, quien funge como tomador y beneficiario del contrato. En virtud de este esquema, la aseguradora, a cambio del pago de una prima, asume el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y en caso de configurarse el siniestro, la obligación de pago se dirige única y exclusivamente a la entidad financiera, hasta por el monto de la deuda garantizada. Es decir, la protección que ofrece este tipo de póliza recae sobre la operación crediticia, no sobre el patrimonio personal del asegurado.

En el caso concreto, el actor figura como asegurado de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. AA000070 asociada al crédito No. 28-00038915-5, cuyo beneficiario oneroso COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO PARA EL DESARROLLO SOLIDARIO DE COLOMBIA COOMULDESA LTDA, conforme consta se avizora a continuación:

²¹ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014.

²² Corte Constitucional, Sentencia T-251/17
CSER

Boquilla – Cra 11A No.94A-23 Of. 201
Edificio 94^a
+57 3173795688
Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212
Centro Empresarial Chipichape
+57 315 577 6200 - 602-6594075

SEGURO
VIDA GRUPO DEUDORES

PÓLIZA
AA000070

FACTURA
AA054424

NIT 830008686

equidad seguros

INFORMACIÓN GENERAL		PRODUCTO VIDA GRUPO DEUDORES		ORDEN 132308	
DOCUMENTO	Modificación	FORMA DE PAGO	Contado	TELEFONO	6076852865
CERTIFICADO	AA053456	DIRECCIÓN	CR. 9 # 11-77 PISO 2	USUARIO	LCUEVAS
AGENCIA	SAN GIL				
FECHA DE EXPEDICIÓN		VIGENCIA DE LA POLIZA		FECHA DE IMPRESIÓN	
19	12	2024	DESDE	DD 04	MM 10
DD	MM	AAAA	HASTA	DD 04	MM 11
				AAAA	2024
				HORA	00:00
				HORA	00:00
				DD	06
				MM	2025
				AAAA	

DATOS GENERALES

TOMADOR	COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO PARA EL DESARROLLO SOLIDARIO DE COLOMBIA COOMULDESA LTDA	NIT/CC	890203225
DIRECCIÓN	CALLE 16 N° 13 - 33	TEL/MOVL	6077275493
ASEGURADO	Oscar Arturo Reyes Patiño	NIT/CC	13538979
DIRECCIÓN	León	TEL/MOVL	6077275493
BENEFICIARIO	COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO PARA EL DESARROLLO SOLIDARIO DE COLOMBIA COOMULDESA LTDA	NIT/CC	890203225
DIRECCIÓN	CALLE 16 N° 13 - 33	TEL/MOVL	6077275493

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Documento: Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. AA000070

Énfasis: "BENEFICIARIO: COOPERATIVA DE AHORRO Y CREDITO PARA EL DESARROLLO SOLIDARIO DE COLOMBIA COOMULDESA LTDA"

En aplicación de la naturaleza jurídica de este tipo de póliza, el único legitimado para reclamar el pago de la suma asegurada es la entidad cooperativa de ahorro en su doble calidad de tomador y beneficiario oneroso.

Por todo lo anterior, es imperioso que el Despacho tome en consideración que, ante una eventual e improbable condena en contra de mi procurada, el beneficiario de la indemnización únicamente puede ser el acreedor de la obligación financiera que estaba vinculada con el seguro de vida deudor. En la medida que así fue pactado, lo que en estricto sentido permite concluir, que el Demandante no se encuentra facultado para recibir ningún valor por concepto de indemnización.

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

2. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO.

Subsidiariamente a las excepciones principales, y sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de esta contestación, ni que ello implique aceptación alguna de responsabilidad por parte de mi representada, en el evento en que el Honorable Despacho considere que sí existe obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora, deberá advertirse que dicho reconocimiento, en todo caso, deberá ceñirse estrictamente al saldo insoluto de la obligación financiera, en tanto único concepto amparado bajo la póliza, y no al valor

total originalmente desembolsado por la entidad crediticia que corresponderá a un valor superior. Cualquier afectación que exceda ese límite desconocería el alcance del contrato y la naturaleza indemnizatoria del seguro.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el saldo insoluto de la obligación. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

“(...) ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074 (...).”

La norma antes expuesta es completamente clara al explicar que la responsabilidad del asegurador va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De este modo, la Corte Suprema de Justicia ha interpretado el precitado artículo en los mismos términos al explicar:

“(...) Al respecto es necesario destacar que, como lo ha puntualizado esta Corporación, el valor de la prestación a cargo de la aseguradora, en lo que tiene que ver con los seguros contra daños, se encuentra delimitado, tanto por el valor asegurado, como por las previsiones contenidas en el artículo 1089 del Código de Comercio, conforme al cual, dentro de los límites indicados en el artículo 1079 la indemnización no excederá, en ningún caso, del valor real del interés asegurado en el momento del siniestro, ni del monto efectivo del perjuicio patrimonial sufrido por el asegurado o el beneficiario, regla que, además de sus significativas consecuencias jurídicas, envuelve un notable principio moral: evitar que el asegurado tenga interés en la realización del siniestro, derivado del afán de enriquecerse indebidamente, a costa de la aseguradora, por causa de su realización (...)”²³.

En atención a lo expuesto, debe tenerse presente que las condiciones estipuladas en Seguro Vida Grupo Deudores, emitida por La Equidad Seguros de Vida O.C., establecen con claridad un límite máximo de

²³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 14 de diciembre de 2001. MR. Jorge Antonio Castillo Rugeles. EXP 5952.

indemnización, el cual no puede ser superado bajo ninguna circunstancia, incluso en el eventual e hipotético escenario de que se profiera una sentencia desfavorable para mi representada. Este límite contractual obedece al principio de autonomía de la voluntad privada y refleja el equilibrio técnico y económico que rige la asunción del riesgo asegurado, de modo que cualquier condena que exceda dicho umbral contravendría los términos del contrato y la normativa que regula el seguro de responsabilidad civil.

1.AMPARO BÁSICO

La Equidad se obliga a pagar el saldo de la deuda a favor del tomador amparado en caso de fallecimiento del asegurado deudor por cualquier causa, diferentes a las excluidas en la presente póliza.

Documento: Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. AA000070

Siendo así y solo en gracia de discusión, en el remoto evento de que llegare a declararse algún tipo de responsabilidad indemnizatoria en cabeza de La Equidad Seguros de Vida O.C., es claro que dicha eventual condena no podría en ningún caso superar el saldo insoluto de la obligación pactado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores, pues ello implicaría desbordar los límites contractuales acordados entre las partes y desconocer el equilibrio que rige toda relación aseguraticia.

Por lo anterior, respetuosamente solicito al Honorable Despacho considerar que, en el caso bajo análisis, La Equidad Seguros de Vida O.C., no puede ser condenada por un monto mayor o diferente al saldo insoluto de la obligación crediticia, de acuerdo con su clausulado, y en todo caso, el valor eventual de condena será en estricto sentido al beneficiario a título oneroso que figura en la póliza. Es de suma importancia que el Honorable Juzgador tenga en cuenta los límites y valores asegurados contenidos en dicha póliza en el remoto e improbable evento de una condena contra mi representada.

3. SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO EN LA QUE SE IDENTIFICA LA PÓLIZA, EL CLAUSULADO Y LOS AMPAROS

Es preciso señalar que de acuerdo con lo contemplado en el artículo 1044 del Código de Comercio La Equidad Seguros De Vida Organismo Cooperativo, podrá proponer a los beneficiarios, la excepciones que

pueda alegar en contra del tomador y el asegurado cuando son personas distintas. Por tanto, en caso de un fallo en contra este deberá ajustarse de acuerdo con las condiciones pactadas dentro del contrato de seguro y dicha condena no podrá exceder los parámetros acordados por los contratantes.

Por lo tanto, en caso de que prosperen las pretensiones de la Demandante contra mi representada La Equidad Seguros de Vida O.C, deberá estar de acuerdo con el contrato de seguro denominado Póliza Vida Deudores: No. AA000070 y su condicionado técnico en el cual se encuentran contenidas las disposiciones particulares de la póliza y las condiciones generales de la misma.

Por lo expuesto, solicito comedidamente al despacho declarar la prosperidad de la presente excepción.

a. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En virtud de lo establecido en el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Accionante (1081 C.Co).

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

4. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1.** Declaración de asegurabilidad del 10 de agosto de 2022
- 1.2.** Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. AA000070
- 1.3.** Clausulado general Seguro Vida Deudor
- 1.4.** Historia Clínica parcial
- 1.5.** Objeción.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte del señor **OSCAR ARTURO REYES** 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 **OSCAR ARTURO REYES** podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de La Equidad Seguros de Vida O.C., para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza de Seguro.

4. TESTIMONIALES

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

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar a la Delegatura cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor **OSCAR ARTURO REYES**, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

- 4.2.** Solicito se sirva citar a la doctora **DAISY CAROLINA LOPEZ ROMERO** identificada con cedula de ciudadanía No. 1085324490, 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 Vida Grupo Deudores No. AA000070. 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, etc., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio.

La Doctora podrá ser citado en la Cra 11 A No. 94A – 23 oficina 201, en la ciudad de Bogotá D.C. o al correo electrónico lopezromerodc@hotmail.com

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1.** Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar al señor OSCAR ARTURO REYES para que exhiba la Historia Clínica de la desde el año 2000 a la actualidad, en la audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el asegurado sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que la entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Los documentos se encuentran en poder del señor OSCAR ARTURO REYES en su eventual condición de demandante.

- 5.2.** Amparado en el artículo 265 del Código General del Proceso con el fin de ejercer adecuadamente el derecho de defensa dentro del presente proceso judicial, esta parte solicitó,

mediante derecho de petición radicado el 18 de junio de 2025, a la entidad **DIRECCIÓN DE SANIDAD FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA POLICIA NACIONAL** la remisión de la historia clínica completa del señor **OSCAR ARTURO REYES** correspondiente a las, la cual fue señalada por mi representada como documento relevante en la objeción por reticencia. No obstante, al momento de esta actuación no se ha recibido respuesta, por lo cual, respetuosamente solicitamos que, se ordene a **DIRECCIÓN DE SANIDAD FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA POLICIA NACIONAL** la exhibición de dicho documento clínico, en el marco del presente trámite judicial.

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 **OSCAR ARTURO REYES**. Lo anterior a fin de fundamentar en forma debida como lo requiere el artículo 266 del Código General del Proceso.

Dicha solicitud tiene como finalidad contar con un elemento probatorio que permita corroborar las condiciones de salud del asegurado con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, en tanto la existencia de enfermedades no declaradas constituye el fundamento central de la excepción de nulidad relativa por reticencia invocada por esta parte.

Puede ser oficiado a la dirección electrónica disan.asjur-tutelas@policia.gov.co

- 5.3.** Amparado en el artículo 265 del Código General del Proceso con el fin de ejercer adecuadamente el derecho de defensa dentro del presente proceso judicial, esta parte solicitó, mediante derecho de petición radicado el 18 de junio de 2025, a la entidad **JUNTA MEDICA LABORAL DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA POLICIA NACIONAL** la remisión de los dictámenes de pérdida de capacidad laboral del señor **OSCAR ARTURO REYES** los cual fue señalada por mi representada como documento relevante en la objeción por reticencia. No obstante, al momento de esta actuación no se ha recibido respuesta, por lo cual, respetuosamente solicitamos que, se ordene a **JUNTA MEDICA LABORAL DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA POLICIA NACIONAL** la exhibición de dicho documento clínico, en el marco del presente trámite judicial.

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 **OSCAR ARTURO REYES**. Lo anterior a fin de fundamentar en forma debida como lo requiere el artículo 266 del Código General del Proceso.

Dicha solicitud tiene como finalidad contar con un elemento probatorio que permita corroborar las condiciones de salud del asegurado con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, en tanto la existencia de enfermedades no declaradas constituye el fundamento central de la excepción de nulidad relativa por reticencia invocada por esta parte.

Puede ser oficiado a la dirección electrónica disan.asjur-tutelas@policia.gov.co

- 5.4. Amparado en el artículo 265 del Código General del Proceso con el fin de ejercer adecuadamente el derecho de defensa dentro del presente proceso judicial, esta parte solicitó, mediante derecho de petición radicado el 18 de junio de 2025, a la entidad **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL** la remisión de la historia clínica completa del señor **OSCAR ARTURO REYES** correspondiente a las atenciones médicas prestadas entre el año 2000 a la actualidad, la cual fue señalada por mi representada como documento relevante en la objeción por reticencia. No obstante, al momento de esta actuación no se ha recibido respuesta, por lo cual, respetuosamente solicitamos que, se ordene al **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL** la exhibición de dicho documento clínico, en el marco del presente trámite judicial.

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 **OSCAR ARTURO REYES**. Lo anterior a fin de fundamentar en forma debida como lo requiere el artículo 266 del Código General del Proceso.

Dicha solicitud tiene como finalidad contar con un elemento probatorio que permita corroborar las condiciones de salud del asegurado con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, en tanto la existencia de enfermedades no declaradas constituye el fundamento central de la

excepción de nulidad relativa por reticencia invocada por esta parte.

Puede ser oficiado a la dirección electrónica procesosordinarios@mindefensa.gov.co

6. OFICIOS.

Solicito al Despacho que, al tenor de los artículos 78 numeral 10 y 173 y 266 del Código General del Proceso, se oficie a las siguientes entidades de salud a efectos de que remitan la información que a continuación se indica:

6.1. DIRECCIÓN DE SANIDAD FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA POLICIA NACIONAL

Para que remita el historial de atención médica del señor **OSCAR ARTURO REYES** correspondiente a las atenciones prestadas entre los años 2000 a la actualidad.

Se deja constancia de que esta parte elevó solicitud formal de entrega de dicha información médica mediante derecho de petición radicado el 18 de junio de 2025, sin que a la fecha se haya recibido respuesta alguna. En virtud de lo anterior, y dado que se trata de información contenida en el historial clínico de la asegurada, cuya obtención directa por esta parte no ha sido posible, se requiere la práctica de prueba por oficio como medio idóneo para acceder a dicha evidencia, indispensable para el ejercicio del derecho de defensa.

Esta prueba tiene como finalidad corroborar las condiciones de salud preexistentes del asegurado al momento de la celebración del contrato de seguro, en tanto dichas circunstancias médicas no fueron informadas en la declaración de asegurabilidad, hecho que constituye el fundamento de la excepción de nulidad relativa por reticencia invocada por esta parte.

Puede ser oficiado a la dirección electrónica disan.asjur-tutelas@policia.gov.co

6.2. JUNTA MEDICA LABORAL DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA POLICIA NACIONAL

Para que remita los dictámenes de pérdida de capacidad laboral del señor **OSCAR ARTURO**

REYES, emitido en primera oportunidad el año 2017 y de manera posterior su recalificación el 11 de octubre de 2024, además, de remitir la historia clínica completa que sirvió de base para emitir los dictámenes periciales en ambas oportunidades.

Se deja constancia de que esta parte elevó solicitud formal de entrega de dicha información médica mediante derecho de petición radicado el 18 de junio de 2025, sin que a la fecha se haya recibido respuesta alguna. En virtud de lo anterior, y dado que se trata de información contenida en el historial clínico de la asegurada, cuya obtención directa por esta parte no ha sido posible, se requiere la práctica de prueba por oficio como medio idóneo para acceder a dicha evidencia, indispensable para el ejercicio del derecho de defensa.

Esta prueba tiene como finalidad corroborar las condiciones de salud preexistentes del asegurado al momento de la celebración del contrato de seguro, en tanto dichas circunstancias médicas no fueron informadas en la declaración de asegurabilidad, hecho que constituye el fundamento de la excepción de nulidad relativa por reticencia invocada por esta parte.

Puede ser oficiado a la dirección electrónica disan.asjur-tutelas@policia.gov.co

6.3. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Para que remita el historial de atención médica del señor **OSCAR ARTURO REYES** correspondiente a las atenciones prestadas entre los años 2000 a la actualidad.

Se deja constancia de que esta parte elevó solicitud formal de entrega de dicha información médica mediante derecho de petición radicado el 18 de junio de 2025, sin que a la fecha se haya recibido respuesta alguna. En virtud de lo anterior, y dado que se trata de información contenida en el historial clínico de la asegurada, cuya obtención directa por esta parte no ha sido posible, se requiere la práctica de prueba por oficio como medio idóneo para acceder a dicha evidencia, indispensable para el ejercicio del derecho de defensa.

Esta prueba tiene como finalidad corroborar las condiciones de salud preexistentes del asegurado al momento de la celebración del contrato de seguro, en tanto dichas circunstancias médicas no fueron informadas en la declaración de asegurabilidad, hecho que constituye el fundamento de la

excepción de nulidad relativa por reticencia invocada por esta parte.

Puede ser oficiado a la dirección electrónica procesosordinarios@mindefensa.gov.co

7. DICTAMEN PERICIAL

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

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad la asegurada. 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 la aseguradora, la hubieren retraído de celebrar el contrato de seguro y/o inducido a estipular condiciones más onerosas en los mismos.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita al Despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Dicho término deberá iniciar una vez sean aportadas las historias clínicas, ya que no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de pues estos son de su

exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito al Despacho, proceder de conformidad.

5. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**
3. Copia de escritura pública que confiere poder.
4. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia de **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**

6. NOTIFICACIONES.

Mi procurada, **EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.**, recibirá notificaciones en la Carrera 9 A # 99 -07, Torre 3, Piso 14, en Bogotá, correo electrónico: notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop

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

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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