**Señores**

**JUZGADO SETENTA CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTA.**

**E.S.D**

Ref.

Proceso : Responsabilidad Civil Contractual.

Demandante : LUIS FERNANDO MEDINA MARINO Y Otros.

Demandado : La Equidad Seguros de Vida O.C.

Radicado : 110014003053-2023-00402-00

**ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

**HEILYN BAUTISTA BARRERA**, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía No1.143.350.727 de C/gena, domiciliada y vecina de la ciudad de Bogotá, abogada en ejercicio y portadora de la tarjeta profesional No.279.003 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en nombre y representación de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., representada legalmente por el señor NESTOR RAUL HERNANDEZ OSPINA identificado con la cédula de ciudadanía No. 94.311.640, tal y como consta en el certificado de existencia y representación expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, aseguradora constituida mediante Escritura Pública No. 2948 del 24 de junio de 1970 ante la Notaria 10 del Círculo de Bogotá, identificada con el Nit.860.028.415-5 y con domicilio principal en la ciudad de Bogotá D.C., de conformidad con el poder general que me fuere conferido el 29 de diciembre de 2021 mediante escritura pública No. 3041 de la Notaria 10 del Círculo de Bogotá, respetuosamente me permito presentar la CONTESTACIÓN A LA DEMANDA presentada por los LUIS FERNANDO MEDINA MARINO Y Otros, dentro del término legal establecido, manifestando lo siguiente:

1. **A LAS PRETENSIONES**

Nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones por los siguientes motivos:

1. Las acciones derivadas del contrato de seguros se encuentran prescritas de conformidad con lo establecido en artículo 1081 del código de comercio, por lo cual las pretensiones de la demanda no deben ser reconocidas.
2. Dentro del caso se configuró la reticencia de que trata el artículo 1058 del Código De Comercio, como quiera que, el señor VÍCTOR HUGO MEDINA ÁVILA no declaro su verdadero estado de salud al momento de la suscribir la declaración de asegurabilidad por lo siguiente:

De acuerdo con la autorización firmada por el señor Victor Hugo Medina Avila (q.e.p.d.) se ubicó la historia clínica de la entidad COMPENSAR SALUD, con fecha de atención del 09 de febrero del 2018 en donde indica lo siguiente:

“*Análisis y plan: Diabetes mellitus, HTA, obesidad, fue dado de alta de la consulta de endocrinología y enviado a programa AEI, es adherente a dieta, escaso ejercicio y agua. HB glicosilada 6.5% en metas y basal 124 en metas hace un mes……Relación de diagnósticos: I10X. Hipertension esencial (primaria). E119. Diabetes mellitus no insulinodependiente sin mención de complicación*”.

En la solicitud de Seguro – Declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Victor Hugo Medina Avila (q.e.p.d.), diligenciada el 10 de julio del 2019 para el otorgamiento del crédito, se le realizo la siguiente consulta:

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

*Yo, el abajo firmante declaro que:*

*En la fecha me encuentro en perfecto estado de salud SI X NO\_\_\_*

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

1. *Afecciones cardiovasculares*
2. *Hipertensión arterial*
3. *Cáncer*
4. *Diabetes*
5. *VIH Positivo / sida*
6. *Insuficiencia renal crónica*

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

A la anterior consulta, el señor Victor Hugo Medina Avila (q.e.p.d.), no marcó ninguna de las enfermedades allí relacionadas, con lo cual se demuestra que el asegurado omitió su verdadero estado de salud, es decir, fue reticente.

1. **A LOS HECHOS DE LA DEMANDA:**
2. No nos consta, aclaramos que desconocemos a que obligación hacer referencia en este numeral, dado que la misma no fue individualizada.
3. Es cierto, no obstante se aclara que la póliza en mención, no se puede hacer efectiva dado que no se cumplen los presupuestos para afectar la póliza de vida grupo número AA000051, dado que opero prescripción derivada del contrato de seguros y además se configuró la reticencia.
4. Se tomará como cierto, de conformidad con el certificado de defunción aportado con la demanda.
5. No nos consta, las circunstancias narradas en este numeral son ajenas e a la Equidad Seguros Generales O.C, por lo cual debe probarse.
6. Es cierto, además de lo anterior se ha configurado la prescripción de que trata el articulo 1081.
7. No es cierto, la compañía analizó de manera acuciosa la historia clínica del señor Víctor Hugo Medina Ávila, con la cual se denoto que al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad fue reticente, razón por la cual, en el año 2021, se objetó la reclamación.
8. No nos consta, las circunstancias narradas en este numeral son ajenas a la Equidad Seguros Generales O.C, por lo cual debe probarse.
9. No nos consta, las circunstancias narradas en este numeral son ajenas e a la Equidad Seguros Generales O.C, por lo cual debe probarse.
10. **EXCEPCIONES**
11. **PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGUROS.**

La prescripción como modo de extinguir las obligaciones por el no ejercicio del derecho dentro de un plazo determinado en la ley, encuentra su fundamento en la necesidad de darles a las relaciones jurídicas consistencia y estabilidad de los contratos de seguro.

En cuanto al contrato de seguro, la prescripción hace referencia a la imposibilidad de ejercitar las acciones derivadas del mismo luego del transcurso de un periodo determinado, el cual específicamente se prevé en nuestro Código de Comercio, así:

*“Art. 1081. - La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria. La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes". (Negrillas nuestras).*

En la norma transcrita, se evidencian dos tipologías de prescripción diferenciables plenamente y, por demás, excluyentes entre sí, pero aplicables a todo tipo o clase de seguros y de las cuales destacamos algunos aspectos, así:

La prescripción ordinaria se encuentra consagrada en el inciso 2 del artículo 1081 y corresponde a aquella que tiene un término de 2 años, contados desde que el “interesado” ha “tenido o debido tener” conocimiento del “hecho que da base a la acción”, en este caso el hecho que da base a la acción en la muerte del asegurad, el señor Víctor Hugo Medina Ávila y sus herederos tuvieron conocimiento de este hecho desde el 30 de agosto del 2020.

Teniendo en cuenta que en el presente caso se pretende la afectación de una póliza de seguro de vida grupo deudores, el conteo de término de prescripción deberá ser visto a la luz del precitado artículo 1081 del C. de Co., desde que el interesado tuvo conocimiento del hecho que da base a la acción, es decir, con termino de prescripción de 2 años.

Ahora, debe tener en cuenta el despacho que los demandantes quieren hacer incurrir en error a las partes, al indicar que la prescripción aplicable para el caso es la de 05 años, lo cual legalmente no es posibles, pues como la norma lo indica la prescripción de dos años es para los interesados, es decir, en este caso serian los herederos del asegurado.

así las cosas, en el presente caso, tenemos que se ha configurado la PRESCRIPCIÓN ORDINARIA de las acciones derivadas del contrato de seguro, atendiendo a las siguientes consideraciones:

* En el caso que nos ocupa, tenemos que la parte demandante CONFIESA, en los términos del art. 193 del CGP., en el hecho tercero que el señor Víctor Hugo Medina Ávila, falleció el 30 de agosto del 2020.
* En el caso que nos ocupa, tenemos que la parte demandante CONFIESA, en los términos del art. 193 del CGP., en el hecho cuarto que el señor Víctor Hugo Medina Ávila, falleció el 30 de agosto del 2020 y además esta información fue puesta bajo el conocimiento de MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A, 09 de septiembre del 2020.
* Con la prueba documental aportada denominada “REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION”, se demuestra de manera concreta que el señor Víctor Hugo Medina Ávila, falleció el 30 de agosto del 2020, por lo cual a partir de esa fecha los demandantes conocieron del hecho que dio base a la acción, pues a partir del mismo, la parte demandante pudo solicitar la afectación de la póliza, como en efecto lo hicieron, según los hechos y pruebas de la demanda.
* Así las cosas, a partir del 30 de agosto de 2020, se empezó a contabilizar el término de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro de dos años.
* En este sentido, el término de dos años de que trata el art. 1081 del C. de Co., venció el 30 de agosto de 2022, fecha en la cual prescribió la acción derivada del contrato de seguro de vida grupo deudores.
* La demanda de responsabilidad civil contractual fue radicada el día 21 de abril de 2023, ante su despacho. Fecha para cual ya se había configurado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro de VIDA GRUPO FAMILIAR.

En consecuencia, resulta necesario concluir que, ante la configuración de la prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro de VIDA GRUPO FAMILIAR con la cual contaban los demandantes, ninguna obligación podrá desprenderse del contrato de seguro en que se fundamenta la demanda a cargo de la aseguradora.

Por lo tanto, solicito respetosamente al Despacho, declarar que cualquier obligación indemnizatoria que hubiere llegado a surgir a cargo de La Equidad Seguros De Vida O.C con ocasión de los hechos objeto del presente proceso, se extinguió en virtud de la consolidación del fenómeno de la prescripción extintiva.

1. **SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA**

El artículo 278 del Código General del Proceso dispone que en aquellos casos en que se encuentre probada la caducidad y/o la prescripción extintiva deberá proferirse sentencia anticipada:

“*ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS.*

*Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias. Son sentencias las que deciden sobre las pretensiones de la demanda, las excepciones de mérito, cualquiera que fuere la instancia en que se pronuncien, las que deciden el incidente de liquidación de perjuicios, y las que resuelven los recursos de casación y revisión. Son autos todas las demás providencias.*

*En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos: (…) 3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa*.” (Se destaca)

El auto de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia AC241- 2021, de 8 de febrero de 2021, Radicación No. 11001-02-03-000-2020-00592- 00, explicó la figura de la sentencia anticipada:

“La definición de Sentencia prevista en el artículo 278 del C.G.P., refiere a la providencia que decide, sin importar la instancia, sobre las pretensiones, las excepciones de mérito, el incidente de liquidación de perjuicios, y los

recursos de casación y revisión. Por exclusión, las demás determinaciones se denominan autos.

La norma in fine prevé la posibilidad de dictar en cualquier estado del proceso sentencia anticipada, entre otros eventos, si halla probada la «transacción» y «la prescripción extintiva», situación que conlleva culminar prematuramente el litigio en todo o en parte. Esta Sala, a propósito, en reiterados pronunciamientos, resaltó que la mencionada disposición calificó a dicho proveído como «sentencia» porque «acorta[ba] el camino del pleito poniéndole fin con premura, ante la presencia de una situación jurídica que hace innecesario agotar otras etapas e incluso analizar el fondo de la litis (…)» “.

Como se expuso en las excepciones anteriores, en el presente caso se configuró la prescripción, por lo que se solicita al Despacho que dicte sentencia anticipada.

En ese sentido, habiendo transcurrido un lapso superior a dos años, la acción que tenían los demandantes para presentar demanda en contra de LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C. se encuentra prescrito.

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

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

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

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

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

Como corolario de lo anterior, “es claro que la falta de honestidad del tomador sobre aspectos de **su pleno conocimiento** y que, de saberlas la aseguradora, incidirían en relación, ya para abstenerse de concretarla, delimitar las exclusiones o incrementar el valor de la póliza, riñen con la buena fe exigida”[[1]](#footnote-1) y acarrea las sanciones de ley.

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

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

El artículo 1158 del Código de Comercio, por su parte, expone que:

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

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

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

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

En ese orden de ideas, y contrario a lo manifestado o pretendido por los demandantes aún a sabiendas de que mi representada daba por sentado que **el estado de salud Del señor Víctor Hugo Medina**, era óptima y que no se le había detectado algún padecimiento, prefirió callar sobre sus **diagnósticos, sin siquiera realizar las gestiones pertinentes para poner en conocimiento de mi representada su estado de salud**; lo que a la luz de la normatividad vigente, constituye claramente una reticencia; motivo por el cual LA EQUIDAD SEGUROS VIDA O.C., no está obligada al pago de la indemnización solicitada.

Ha mencionado la Corte Suprema de Justicia, que:

*“La excepción de nulidad por reticencia prospera si se demuestra que «el asegurador de haber conocido la realidad sobre el estado del riesgo asegurado se hubiera sustraído de la celebración del contrato, o lo hubiera hecho en unas condiciones más onerosas»[[2]](#footnote-2)*

A su vez, ha reiterado que:

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

Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «*al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud*», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «*candidato a tomador*» asume las consecuencias «*adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma*».[[3]](#footnote-3)

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

Esa es la razón para que la nulidad relativa del contrato se produzca cuando el tomador miente, independientemente de que el siniestro no acontezca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro y de las razones que lo motivaron a comportarse sin fidelidad a la verdad; es decir, la falta de honestidad del tomador sobre los aspectos que son de su **pleno conocimiento** riñen con la buena fe exigida y genera como consecuencia inexorable la nulidad relativa del contrato.[[4]](#footnote-4)

Ahora, De acuerdo con la autorización firmada por el señor Victor Hugo Medina Avila (q.e.p.d.) se ubicó la historia clínica de la entidad COMPENSAR SALUD, con fecha de atención del 09 de febrero del 2018 en donde indica lo siguiente:

*“Análisis y plan: Diabetes mellitus, HTA, obesidad, fue dado de alta de la consulta de endocrinología y enviado a programa AEI, es adherente a dieta, escaso ejercicio y agua. HB glicosilada 6.5% en metas y basal 124 en metas hace un mes……Relación de diagnósticos: I10X. Hipertension esencial (primaria). E119. Diabetes mellitus no insulinodependiente sin mención de complicación*”.

En la solicitud de Seguro – Declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Victor Hugo Medina Avila (q.e.p.d.), diligenciada el 10 de julio del 2019 para el otorgamiento del crédito, se le realizo la siguiente consulta:

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

Yo, el abajo firmante declaro que:

En la fecha me encuentro en perfecto estado de salud SI X NO\_\_\_

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

1. Afecciones cardiovasculares
2. Hipertensión arterial
3. Cáncer
4. Diabetes
5. VIH Positivo / sida
6. Insuficiencia renal crónica

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

A la anterior consulta, el señor Victor Hugo Medina Avila (q.e.p.d.), no marcó ninguna de las enfermedades allí relacionadas.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que “El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo”.

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

Teniendo en cuenta lo anterior, es evidente que el señor Victor Hugo Medina Avila (q.e.p.d.) al momento del desembolso del crédito, ya padecía las patologías de diabetes mellitus e hipertensión arterial, lo que conlleva a la inexistencia de cobertura, adicional, no se cumplió con lo establecido en la disposición legal antes citada, ya que no declaró el estado de salud con el cual ingresaba al seguro vida grupo deudores, lo que indica que incurrió en reticencia de la información.

En consideración a lo expuesto, La Equidad Seguros de Vida O.C., objeta su reclamación y se abstiene de reconocer suma alguna a título de indemnización con motivo del fallecimiento del señor Victor Hugo Medina Avila (q.e.p.d.).

Así pues, la excepción propuesta es viable teniendo en cuenta que mi representada de haber conocido la realidad del estado del riesgo del señor VÍCTOR HUGO MEDINA se hubiera sustraído de la celebración del contrato, **o la hubiera hecho en unas condiciones más onerosas**.

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

Dentro del proceso se establece que los demandantes pretenden el reconocimiento de una indemnización derivada de un contrato de vida grupo deudores, sin embargo, no se encuentran acreditados en la calidad de beneficiarios de este, pues como ya se ha manifestado a lo largo de este escrito el beneficiario del este seguros es la MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A.

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

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

Según el doctrinante Chiovenda: *“la legitimatio ad causam consiste en la identidad de la persona del actor con la persona a la cual la ley concede la acción (legitimación activa) y la identidad de la persona del demandado con la persona contra la cual es concedida la acción (legitimación pasiva)”[[5]](#footnote-5)*

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

Visto lo anterior, será viable manifestar al despacho que los aquí demandantes no están facultados legalmente para solicitar la indemnización y/o el pago derivado del contrato de seguro; por no ser los beneficiarios de la póliza de vida grupo deudores No AA000051.

* **FALTA DE LEGTIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA ARGUMENTO 2**

Una vez analizados las pruebas aportadas con la demanda, denotamos que se encuentran ausentes los documentos por medio de los cuales se permita acreditar el vínculo entre los señores LUIS FERNANDO MEDINA MARINO, MARTHA CECILIA MEDINA MARINO, DIANA MARCELA MEDINA MARINO Y WILSON HERLIDES GOMEZ y el señor VÍCTOR HUGO MEDINA, por lo cual las pretensiones encaminadas al reconocimiento de perjuicios inmateriales en favor de la demandante se deben desestimar.

Teniendo en cuenta lo anterior las pretensiones de la demanda deben ser negadas en su totalidad.

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

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

Ha precisado el mentado artículo, que la ausencia de cualquiera de éstos **impedirá** que el contrato de seguro genere efectos.

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

*Art. 1054. Definición de riesgo.* ***Denominase riesgo el suceso incierto*** *que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador.* ***Los hechos ciertos****, salvo la muerte, y los físicamente imposibles,* ***no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro****. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento. (Subraya y negrillas fuera de texto)*

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

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

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

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

Para el caso en concreto, existe la siguiente reclamación:

* crédito al señor Victor Hugo Medina Avila (q.e.p.d.), desembolsado el 22 de julio del 2019 por valor de $60.000.000 y un saldo reclamado por valor de $51.555.931

RESPECTO DE LAS RECLAMACIONES SE LOGRÓ VERIFICAR QUE, PARA LA FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO, EL SEÑOR PADECÍA ANTECEDENTES MÉDICOS POR DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, tal como se puede evidenciar de la historia clínica que se aporta con esta contestación.

Lo cual evidencia que para la fecha del desembolso de los créditos no existía un riesgo futuro e incierto que asegurar.

El artículo 1045 del código de comercio señala los elementos esenciales del contrato de seguro, entre los cuales aparece el “riesgo asegurable”, entendido este de acuerdo con el artículo 1054 de la misma codificación, como el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, asegurado o del beneficiario y cuya realización da origen a la obligación del asegurado.

Los hechos ciertos, salvo la muerte y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro. Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto de determinado hecho que haya tenido o no cumplimiento”.

Teniendo en cuenta lo anterior, se establece que la reclamación presentada con motivo del fallecimiento de la señora ARDILA MARIA SOCORRO no cuentan con cobertura por cuanto al momento de hacerse el desembolso del crédito padecía antecedentes por diabetes mellitus e hipertensión arterial.

Enfermedades y procedimientos que no fueron debidamente declaradas al momento de diligenciar la declaración del estado del riesgo configurando así inexistencia de riesgo. Por los anteriores motivos se objetó la reclamación por inexistencia del riesgo.

Respecto a esto hay que tener muy en cuenta el artículo 1058 del Código de Comercio establece que: “El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia que el señor Víctor Hugo Medina al momento del desembolso del crédito ya padecía enfermedades no informadas en la declaración del estado del riesgo, por tanto, no se cumplió con lo establecido en la disposición legal antes citada, ya que no declaró el estado de salud con el cual ingresaba al seguro vida grupo deudores, lo que indica que incurrió en reticencia de la información, motivo por el cual no hay lugar al reconocimiento de la indemnización solicitada.

En consideración a lo expuesto, La Equidad Seguros de Vida O.C., objetó y ratifico la objeción a sus reclamaciones y se abstuvo de reconocer suma alguna a título de indemnización y así mismo, se declaró exonerada legalmente de toda responsabilidad, con motivo al fallecimiento del señor Víctor Hugo Medina.

Motivo por el cual no es viable predicar que existió el amparo de un riesgo incierto y por lo tanto el contrato de seguro **no pudo producir efectos en la vida jurídica,** tal como lo reseñan los textos normativos antes citados; **pues nos encontramos ante una ausencia de uno de los elementos esenciales del contrato de seguros.**

1. **AUSENCIA DE COBERTURA POR FALTA DE COBERTURA CONTRACTUAL- PREEXISTENCIA**

El contrato de seguro es, de acuerdo con la legislación colombiana a través del Código de Comercio, artículo 1036: “*es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva.”*

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

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

*“Según el artículo 3 de la Ley 389 de 1997 el contrato de seguro es hoy en día de carácter consensual; así, modificando el artículo 1036 del C. de Co. Dispuso que “el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva”.*

*Esta reforma fue trascendental porque vino a solucionar numerosos conflictos que se suscitaron cuando se requería la solemnidad de la póliza para su perfeccionamiento (…) Esa misma ley modificó el artículo 1046 del C. de Co. y a partir del carácter consensual de dicho vínculo estableció, sin embargo, un régimen probatorio especial para demostrar su existencia, consistente en que “el contrato de seguro se probará por escrito o por confesión””.*

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

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

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

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

De acuerdo con lo anteriormente mencionado, es viable afirmar que en tanto el contrato de seguro es aleatorio, ha sido deseo de la ley que se deba procurar un **equilibrio entre el riesgo que asume el asegurador y la contraprestación a cargo del tomador – asegurado**. Esta es la razón por la cual artículo 1044 del Código de Comercio, establece la facultad del ente asegurador de oponer al beneficiario del contrato de seguro, las excepciones que le hubiera propuesto al asegurado o al tomador.

De igual forma, el artículo 1056 de la ya referida norma, otorga la facultad al asegurador, de asumir todos o solo alguno de los riesgos, o delimitar el riesgo que asume. En ese orden de ideas, si el asegurado o tomador, incurre en algún tipo de exclusión de las previamente pactadas, dicha exclusión del amparo es oponible tanto al tomador, al asegurado e incluso al beneficiario.

Para el caso en comento, se tiene que la asegurada fue incluida en una **póliza vida deudor,** que amparaba los riesgos de muerte, invalidez y clausula especial de atención de reclamaciones; para la inclusión a dicho contrato de seguro, se le solicitó la suscripción de un certificado de ingreso, denominado solicitud de seguro - declaración de asegurabilidad, en la que se establecían de forma clara, las condiciones del contrato de seguro, y sobre todo, se le preguntaba a la potencial asegurada si previo a la suscripción de dicho documento había sido diagnosticada de alguna de las enfermedades allí señaladas; sin embargo el señor Víctor Hugo Medina suscribió el documento sin realizar salvedad alguna frente a sus padecimientos de DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Para el ingreso a la póliza el señor Víctor Hugo Medina (q.e.p.d.), diligenció de manera libre y voluntaria el formulario de declaración de asegurabilidad en el cual se le consultó sobre su estado real de salud en los siguientes términos:

“ha padecido o es tratado actualmente de alguna enfermedad o incapacidad relacionada con lo siguiente?

Corazón SI NO

Cáncer SI NO

Depresión SI NO

Infección por HIV SI NO

Hipertensión arterial SI NO

Diabetes SI NO

Demencia SI NO

Enfermedades neurológicas SI NO

Enfermedades hepáticas SI NO

Enfermedades psiquiátricas SI NO

Riñones SI NO

Pulmones SI NO

Trastornos mentales SI NO

No obstante, la consulta realizada, el señor Víctor Hugo Medina (q.e.p.d.), no declaró su estado real de salud

Incumpliendo así los requisitos de asegurabilidad, pues estas patologías encontraban inmerso en una exclusión.

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

De acuerdo con las documentales que se aportan, es claro que dentro de las condiciones particulares de la póliza indican lo siguiente:

*DEFINICIÓN DE PREEXISTENCIA Y EFECTOS DE LA NO DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD DEFINICIÓN DE PREEXISTENCIA:*

*Para todos los efectos de la presente póliza, se consideran preexistentes las siguientes enfermedades: Cardiovasculares, renales, cáncer, diabetes, hipertensión arterial y SIDA, siempre y cuando sean del conocimiento previo del asegurado y que se hayan manifestado, tratado o diagnosticado al asegurado con anterioridad al desembolso del crédito o la ocurrencia de un evento con anterioridad al desembolso del crédito y que tengan relación directa con la posterior causa de la muerte o incapacidad del asegurado.*

*EFECTOS DE LA NO DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD:*

*La aseguradora acepta el no diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad, únicamente para los valores asegurados y los rangos de edad de los asegurados, señalados en numeral anterior, sin que tal aceptación releve al asegurado de su obligación consistente en declarar al momento del otorgamiento del crédito las circunstancias determinantes de salud que puedan afectar la validez del seguro, siempre que sean o hayan sido de su conocimiento. En caso de reclamaciones, la aseguradora verificará si el evento está amparado conforme a la póliza de seguro contratada, y si es el caso, aplicará lo consagrado en el Artículo 1058 del Código de Comercio. Para el contexto de esta cláusula, deberá entenderse como circunstancias determinantes de salud, haber padecido o estar padeciendo en el momento de tomar el seguro, las siguientes enfermedades: cardiovasculares, renales, cáncer, diabetes, hipertensión arterial y SIDA, siempre y cuando sean del conocimiento previo del asegurado y que se hayan manifestado, tratado o diagnosticado al asegurado con anterioridad al desembolso del crédito o la ocurrencia de un evento con anterioridad al desembolso del crédito y que tengan relación directa con la posterior causa de la muerte o incapacidad del asegurado. Para efectos de lo mencionado en estos numerales, se cubren los siniestros que ocurran directa o indirectamente por enfermedades o agravaciones del riesgo preexistentes a la fecha de desembolso del crédito, siempre que tales preexistencias hayan sido declaradas por el asegurado y exista aceptación expresa o tácita por parte de la aseguradora, entendiéndose la aceptación tácita el hecho de haber transcurrido los tres (3) días hábiles mencionados sin que la aseguradora emita ninguna comunicación sobre el análisis de los mismos.*

Por otra parte, en condicionado general aplicable para póliza numero AA000051, estable lo siguiente:

*8. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD*

*REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD Al tiempo de entrar en vigencia este contrato o al ingresar un nuevo asegurado, la persona debe reunir los siguientes requisitos: A. No presentar, ni haber presentado, ni haber sido diagnosticada en cualquier tiempo anterior al ingreso a la póliza, alguna de las siguientes enfermedades: diabetes I y II, VIH positivo/ sida, cáncer, afecciones cerebro-vasculares, afecciones pulmonar obstructiva crónica “EPOC”, alcoholismo o tabaquismo*

*2. EXCLUSIONES SE EXCLUYEN DE COBERTURA AQUELLOS GASTOS MÉDICOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE:*

*12. SITUACIONES O ENFERMEDADES PREEXISTENTES.*

En ese orden de ideas, al estar al ser las patologías del señor VICTOR MEDINA, preexistentes no cuentan con cobertura de la póliza VIDA GRUPO número AA000051, razón por la cual las pretensiones de esta demanda deben ser negadas.

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

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

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

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

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

De acuerdo con lo que ya se ha mencionado en anteriores exceptivas, el contrato de seguro – póliza vida deudores, por medio de la cual se otorgaron amparos al señor VICTOR MEDINA, contaba con unas condiciones previamente **pactadas y aceptadas entre mi representada y el tomador,** por lo que se asumió el riesgo, sin embargo, este riesgo estaba enmarcado dentro de unos límites, que la asegurada no cumplió.

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

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

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

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

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

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

1. **OMISION DE INFORMACION POR PARTE DEL SEÑOR VÍCTOR HUGO MEDINA AL MOMENTO DE DILIGENCIAR LAS DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD**

En concordancia con la anterior excepción propuesta y debido a la solicitud de préstamo del señor **VÍCTOR HUGO MEDINA a** MI BANCO – BANCO DE LA MICROEMPRESA DE COLOMBIA S.A.

Procedió a diligenciar la declaración de asegurabilidad del 10 de julio del 2019

Donde el fallecido decidió NO declarar ninguna de sus enfermedades. Por cuanto se le preguntaba expresamente: 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- enfermedad pulmonar obstructiva crónica
8. Cirugía
9. Alcoholismo
10. Tabaquismo /drogadicción
11. Hipertensión arterial
12. Enfermedades congénitas
13. Enfermedad del colágeno
14. Enfermedades hematológicas

ntonces señor juez es claro que para el diligenciamiento de las anteriores declaraciones el señor VÍCTOR HUGO MEDINA, INCUMPLIO CON LA CARGA CONTRACTUAL, INCUMPLIO CON EL REQUISITO DE ASEGURABILIDAD POR NO HABER INDICADA TODAS Y CADA UNA DE SUS PATOLOGIAS que le correspondía al ingreso de la póliza pues solo era él quien de sobremanera las conocía y prefirió guardar silencio de la información.

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

El contrato de seguro denominado PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA DEUDORES No. AA000051 en la cual se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y los valores asegurados, teniendo en cuenta la deuda adquirida por el señor Víctor Hugo Medina y vale la pena recordar que el mencionado contrato se encuentra regido por el condicionado general contenido en la forma con No

Ahora bien, el anterior contrato de seguro se regía por las condiciones generales contenidas en la forma con NÚMERO 22122014-1429-NT-P-34-0000000000002030, en donde se pueden detallar las exclusiones, amparos básicos, amparos adicionales (si hubiesen sido contratados), entre otros.

En ese orden de ideas, es importante mencionar que el amparo contratado referente a la muerte era el básico, y se señaló dentro de las exclusiones expresamente consignadas en la póliza, condiciones generales contenidas en la forma con No 22122014-1429-NT-P-34-0000000000002030:

“2. EXCLUSIONES SE EXCLUYEN DE COBERTURA AQUELLOS GASTOS MÉDICOS QUE SEAN CONSECUENCIA DE:

12. SITUACIONES O ENFERMEDADES PREEXISTENTES.*”*

En ese orden de ideas, es claro que no les asiste derecho a los demandantes para reclamar el pago del valor asegurado a través de la PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES. El contrato de seguro denominado PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES, No. AA000051, **pues no se cumplieron con los requisitos de asegurabilidad;** y en todo caso el suceso no se encontraba amparado.

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

Subsidiariamente y en caso de que prosperen las pretensiones de la demanda, tal relación deberá resolverse dentro de los parámetros establecidos en el contrato de seguro denominado PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES, No. AA011732, en la cuales se encuentran contenidas las condiciones particulares de la póliza y por las condiciones generales contenidas en la forma No. 22122014-1429-NT-P-34-0000000000002030.

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

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

1. **LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO.**

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

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

En ese orden de ideas, solicito Señor juez, que en el hipotético caso en el que se les otorgue razón a las pretensiones de los demandantes, se tenga presente el límite del valor asegurado establecido en el contrato de seguro PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES, No. AA011732, el cual fue debidamente pactado, de manera libre y concertada entre las partes, esto, en ejercicio del principio de la autonomía de la voluntad privada; **teniendo en cuenta el saldo de la deuda del señor VICTOR a la fecha del reclamo, el cual no puede superar el valor asegurado contenido en la caratula de la póliza por valor de $ 51.555.931**.

Así pues, el saldo deudor indemnizable corresponde al “saldo real y efectivo que tenga el deudor con el tomador en calidad de préstamo **al momento del fallecimiento** o el diagnóstico definitivo de invalidez, a menos que el tomador hubiera convenido en excluir algún tipo particular de préstamos, o de dicho interés” lo anterior**.**

Entiéndase por saldo deudor indemnizable la definición dada en las condiciones particulares contenidas en la póliza vida grupo número AA000051 de la siguiente manera :

*“VALOR A INDEMNIZAR EN CASO DE SINIESTRO:*

*La aseguradora indemnizará a BANCOMPARTIR el saldo insoluto del crédito incluyendo: el capital no pagado, los intereses corrientes y en mora dejados de pagar, los honorarios de cobro o de abogados, primas de seguros, cuentas por cobrar y en general, cualquier otro factor generado hasta la fecha del fallecimiento para la cobertura de muerte y para la cobertura de incapacidad total y permanente, a la fecha de estructuración de la incapacidad del deudor. La aseguradora indemnizará a los familiares del deudor que acrediten tal derecho conforme a la Ley o hayan sido designados como beneficiarios por el asegurado, la diferencia restante entre el valor asegurado y el valor indemnizado a BANCOMPARTIR en el caso en que sea procedente”*

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

1. **OBJECION DE TASACION DE PERJUICIOS.**

Dentro de este caso como no se cumplen con los presupuestos para afectar la póliza vida grupo deudores, esto conduciría indefectiblemente a la improcedencia de cancelación de los perjuicios de orden material solicitados con la demanda.

Sin embargo, en atención al artículo **206 del Código General Del Proceso**, aplicable al presente procedimiento, de conformidad con el artículo 627 del mismo código, OBJETAMOS la estimación de la cuantía de los perjuicios materiales señalados por el demandante por valor de $170.000.000, pues como ya se ha manifestado a lo largo de este escrito, en caso de una **remota condena** La Equidad Seguros De Vida O.C, solo estaría obligada a cancelarle al beneficiario oneroso que en este caso es, MI BANCO, el saldo insoluto de la deuda adquirida por el deudor fallecido, por lo cual ese sería el eventual monto que el apoderado demandante debió haber calculado, pues se insiste que los herederos del asegurado no se encuentran legitimados para recibir ninguna indemnización o pago derivado de la póliza de vida grupo deudores N° AA000051, por la razones que ya hemos manifestado.

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

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

1. **PRUEBAS SOLICITADAS**

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

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

**OFICIOS:**

En caso de que MI BANCO no conteste el derecho de petición en el cual se le solicita el valor del saldo insoluto de la obligación tomada por el señor VICTOR MEDIA AVILA, la cual fue ampara con la póliza vida grupo número AA000051, expedida por La Equidad Seguros De Vida O.C

**Documentales aportados:**

1. póliza No. AA000051.
2. Condicionado aplicable.
3. Carta de objeción
4. Historia clínica del señor Víctor Hugo Medina
5. Escritura pública N° 3040
6. Derecho de petición remitido a MI BANCO, con soporte de envió.

**ANEXOS.**

Los documentos señalados en el acápite de pruebas.

**NOTIFICACIONES**

Mi representada la **EQUIDAD SEGUROS VIDA O.C.,** recibe notificaciones en la Carrera 9 A No. 99 – 07 Piso 12 de la ciudad de Bogotá. Correo electrónico: [notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop](mailto:notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop).

La suscrita podrá ser notificada en la Carrera 9 A No. 99 – 07 Piso 15 de la ciudad de Bogotá. Correo electrónico: heilyn.bautista@laequidadseguros.coop

Del señor juez,

Imagen que contiene pizarrón

Descripción generada automáticamente

HEILYN BAUTISTA BARRERA

C.C 1.143.350.727 de C/Gena

T.P. N° 279.003 del C.S. de la J.

[Notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop](mailto:Notificacionesjudiciales.laequidad@laequidadseguros.coop)

1. Corte Suprema de Justicia. SC2803 – 2016. Radicación No. 05001 – 31 – 03 – 003 – 2008 – 00034 – 01 de fecha 04 de Marzo de 2016. [↑](#footnote-ref-1)
2. CSJ SC 19 dic. 2005, rad. 1997-5665-01. [↑](#footnote-ref-2)
3. Corte Suprema de Justicia. SC 2803 - 2016 [↑](#footnote-ref-3)
4. Corte Suprema de Justicia. SC. 04 de Marzo de 2016. Rad. 05001 – 31 – 03 – 003 – 2008 – 0034 – 04. [↑](#footnote-ref-4)
5. Instituciones de Derecho Procesal Civil, I, 185 [↑](#footnote-ref-5)