

Señores

**PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN.**

**CENTRO DE CONCILIACIÓN EN MATERIA CIVIL Y COMERCIAL.**

[conciliacioncivil.bogota@procuraduria.gov.co](mailto:conciliacioncivil.bogota@procuraduria.gov.co)

E. S. D.

**REFERENCIA:** SOLICITUD DE CONCILIACIÓN  
**PROCESO:** NULIDAD RELATIVA POR RETICENCIA

**CONVOCANTE:** LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO  
NIT 830.008.686-1

**CONVOCADA:** EILEEN ARELIS BRAND PEREZ.  
CC. No. 26.471.564

**ASUNTO: SOLICITUD DE CONCILIACIÓN**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del C.S. de la J., actuando en calidad de representante legal de la sociedad **G. HERRERA & ASOCIADOS ABOGADOS S.A.S.**, identificada con NIT. 900701533-7, quien obra como apoderada general de **LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA ORGANISMO COOPERATIVO**, sociedad cooperativa de seguros, sometida al control y vigilancia de la Superintendencia Financiera de Colombia, identificada con NIT 830.008.686-1, domiciliada en la ciudad de Bogotá, según consta en los certificados de existencia y representación que se anexan, en donde figura inscrito el poder general conferido a la firma a través de la escritura pública No. 2779, otorgada el 2 de diciembre de 2021 en la Notaría Décima del Círculo de Bogotá. En tal calidad, de manera respetuosa a través del presente escrito, formulo **SOLICITUD DE CONCILIACIÓN**, para que se convoque a la señora **EILEEN ARELIS BRAND PEREZ**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 26.471.564 de Tesalia – Huila, con el fin de que previo al ejercicio de presentar demanda judicial de nulidad relativa, se delante audiencia de conciliación prejudicial cuya pretensión principal buscará la declaración judicial de nulidad relativa en los términos del artículo 1058 del C.Co del contrato de seguro identificado más adelante, respecto de la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

**I. IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES**

• **CONVOCANTE:**

**LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C.** identificada con NIT 830.008.686-1 con domicilio principal en la Cr 9 A No 99 - 07 Torre 3 piso 14 de la ciudad de Bogotá D.C, con correo electrónico para notificaciones judiciales [notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop](mailto:notificacionesjudicialeslaequidad@laequidadseguros.coop) tal como consta en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio, quien actúa en calidad de aseguradora conforme a la Póliza Vida Grupo Deudor AA002613.

- **CONVOCADA:**

**EILEEN ARELIS BRAND PEREZ**, identificada con la cedula de ciudadanía No. 26.471.564 de Tesalia – Huila, con domicilio en la calle 10 6-68 de Neiva y dirección de correo electrónico [eileenarelis@yahoo.com](mailto:eileenarelis@yahoo.com) La señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, se convoca en razón a ser la asegurada de la Póliza Vida Grupo Deudor AA002613.

## II. PRETENSIONES

**PRIMERA:** Que se **DECLARE** que con anterioridad al momento de la suscripción de Solicitud de la póliza y de la inclusión de la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, al Seguro de Vida Grupo Deudores AA002613, la entonces asegurada ya había sido diagnosticada y además conocía de la existencia de su enfermedad de trastorno mixto de ansiedad y depresión e hiperlipidemia.

**SEGUNDA:** Que se **DECLARE** que, pese a que La Equidad Seguros de Vida O.C a través del formulario de asegurabilidad suscrito por la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, indagó en qué estado se encontraba el riesgo que la potencial asegurada le buscaba trasladar. La señora Brand Pérez fue reticente en virtud de que no informó a la Compañía de Seguros que ya había sido diagnosticado con la Enfermedad de trastorno mixto de ansiedad y depresión e hiperlipidemia con anterioridad a su inclusión al Seguro de Vida Grupo Deudores No. AA002613, momento en el cual finalmente, se da su perfeccionamiento respecto de éste.

**TERCERA:** Que se **DECLARE** que, si La Equidad Seguros de Vida O.C hubiera conocido con anterioridad a la inclusión/perfeccionamiento del Seguro de Vida Grupo Deudores AA002613 que la potencial asegurada ya había sido diagnosticada previamente con la enfermedad de trastorno mixto de ansiedad y depresión e hiperlipidemia se habría retraído de incluir en la Póliza de Seguro mencionado a la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ.

**CUARTA:** Como consecuencia de las anteriores declaraciones, se **DECLARE** que la inclusión al Seguro de Vida Grupo Deudores AA002613 en el que figura como asegurada la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ y como compañía de seguros La Equidad Seguros de Vida O.C., momento en el cual finalmente, se da su perfeccionamiento respecto de éste, es nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co. como consecuencia de la reticencia en que incurrió la asegurada EILEEN ARELIS BRAND PEREZ al no haber informado a mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su inclusión a la póliza, acerca de su antecedente de la enfermedad de trastorno mixto de ansiedad y depresión e hiperlipidemia.

**QUINTA:** Como consecuencia de la declaración de la nulidad relativa de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio, se **DECLARE** nulo el aseguramiento de la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, dentro del contrato de seguro Póliza Seguro de Vida Grupo Deudores No. AA002613 y por tal motivo, la compañía de seguros, La Equidad Seguros de Vida O.C., queda totalmente exonerada de cualquier prestación u obligación a su cargo derivada del seguro de vida en favor de la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, y/o de cualquier otra persona.

**SEXTA:** Que se **DECLARE** que, por la nulidad del aseguramiento de la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ dentro del Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores AA002613 en los términos del artículo 1058 del C.Co, la Equidad Seguros de Vida O.C. tiene derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena de conformidad con lo consagrado en el artículo 1059 del C.Co.

**SÉPTIMA:** Que se **CONDENE** en costas y agencias en derecho a la parte pasiva de esta acción.

### III. HECHOS

Con el objetivo de procurar por un correcto entendimiento de la situación fáctica que rodeó la controversia que hoy nos convoca, es importante indicar que los hechos de la demanda estarán clasificados en tres acápites: En primer lugar, se expondrán los fundamentos fácticos que, de manera general, acaecieron durante el perfeccionamiento del seguro materia de litigio. En segundo lugar, se plantearán los hechos referentes a la real condición de salud que no fue informada por parte de la asegurada a mi representada. Finalmente, en tercer lugar, se presentarán los sucesos a través de los cuales se acredita que, si la Compañía de Seguros hubiera conocido el precario estado en que se encontraba el riesgo que se le quería trasladar, definitivamente se habría retraído de celebrar e incluir como asegurado del contrato a la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, o por lo menos hubiera pactado condiciones más onerosas.

#### 1. HECHOS GENERALES.

**PRIMERO:** La señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, solicitó un crédito ante COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO COONFIE LTDA, por valor de \$100.000.000, el cual fue desembolsado el 5 de abril de 2023.

**SEGUNDO:** La obligación anterior, fue amparada por La Equidad Seguros de Vida O.C., dentro de la Póliza Grupo Vida Deudor No. AA002613, la cual contaba con los amparos de muerte (Básico) e invalidez a los deudores de la Cooperativa Nacional Educativa de Ahorro y Crédito COONFIE LTDA

**TERCERO:** Frente al amparo de invalidez, cubre la determinación de pérdida de capacidad laboral superior al 50%. La indemnización por invalidez no es acumulable con el amparo básico, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha invalidez, la póliza se dará por terminada en todos sus amparos. Sin perjuicio de lo dicho, es importante destacar que el amparo de invalidez presenta unas exclusiones para su afectación así:

*“(…) Exclusiones aplicables al amparo de invalidez:*

*Sin perjuicio de las exclusiones aplicables a todos los amparos, el presente amparo no cubre la invalidez determinada por cualquiera de los siguientes eventos:*

- a) Lesiones derivadas al viajar como piloto o tripulante de naves aéreas, incluyendo helicópteros.*
- b) Lesiones auto infligidas intencionalmente, bien sea que el asegurado se encuentre en uso de sus facultades mentales o en estado de demencia.*

- c) Lesiones, hospitalización, incapacidad o muerte que sufra el asegurado al dedicarse de forma profesional o por ocio a actividades de alto riesgo, de velocidad, resistencia o que por su alta peligrosidad pongan en riesgo su vida y su integridad.
- d) Lesiones por la participación del asegurado en cualquier riña. (...)"

Las anteriores exclusiones están contempladas en el clausulado general que hacer parte integra del contrato de seguro Póliza Vida Grupo Deudor No. AA002613.

**CUARTO:** De manera previa a la perfección e inclusión al seguro respecto de la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, y con el objetivo de formar adecuadamente su consentimiento, la demandada suscribió una solicitud de seguro – declaración de asegurabilidad el día 5 de abril de 2023, donde debía declarar su verdadero estado de salud, donde se encuentra incluido el cuestionario respecto de las enfermedades padecidas y/o estado de salud del asegurado – deudor. Se precisa que, dentro del cuestionario aquí referido, existe una anotación clara que dice:

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

Lo anterior, determina con claridad que el asegurado – deudor, se obligó a declarar con veracidad, sin inexactitudes y omisiones, su verdadero estado de salud, a sabiendas de que no hacerlo se tendrían las consecuencias establecidas en las normas que regulan la materia, siendo con claridad las contempladas en el Artículo 1058 del Código de Comercio y las demás normas concordantes.

**QUINTO:** Es importante indicar que, en el cuestionario de declaración del riesgo (enfermedades), no se logró constatar que la potencial asegurada, de manera previa, ya había sido diagnosticado con antecedentes médicos de semejante envergadura, como lo son los relacionados con la enfermedad de Trastorno mixto de ansiedad y depresión. Dicha enfermedad preexistente que, de haber sido conocida por La Equidad Seguros de Vida O.C., definitivamente la habrían retraído de incluir y/o asegurar dentro del contrato de seguro a la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ.

**SEXTO:** El 27 de marzo de 2024, se expidió dictamen de pérdida de capacidad laboral por parte de EMCO SALUD, en la cual se estableció como descripción de la deficiencia de la demandada EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, trastorno mixto de ansiedad y depresión, como producto de dificultades generadas con ocasión al fallecimiento de un menor. Sin embargo, la parte demandada, impugnó el dictamen del 27 de marzo de 2024, aduciendo que el origen de la patología se generó en el desarrollo de actividades de docente directiva en calidad de rectora de una IE.

**SÉPTIMO:** Por parte de EMCO SALUD, se expidió un nuevo dictamen médico laboral de pérdida de capacidad laboral el 18 de febrero de 2025, en el cual se diagnosticó a la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, con trastorno mixto de ansiedad y depresión, manteniendo la causa, describiéndolo como *“problema derivado de un inconveniente con los estudiantes de servicio social y la alcaldía, un estudiante falleció en un lago, y esto generó problemas sociales”* otorgando una PCL a la señora BRAND PEREZ del 77,6%.

**OCTAVO:** Con motivo de la calificación efectuada por EMCO SALUD SOCIEDAD CLINICA a la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, la COOPERATIVA NACIONAL EDUCATIVA DE AHORRO Y CREDITO COONFIE LTDA. en su calidad de tomador/ beneficiario del seguro Póliza Vida Grupo Deudor No. AA002613, a la Compañía Aseguradora hacer efectiva la póliza contratada con cargo al amparo de invalidez.

**NOVENO:** el 11 de diciembre de 2024, luego de haber verificado el dictamen emitido por EMCO SALUD SOCIEDAD CLINICA, así como haber analizado la Historia Clínica que con ocasión a la solicitud de indemnización fue conocida por La Equidad Seguros de Vida O.C., esta objetó la solicitud presentada por la Cooperativa, teniendo en cuenta que el aseguramiento de la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co.

Lo anterior, toda vez que, La Equidad logró constatar que, con anterioridad al 5 de abril de 2023, la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, ya había sido diagnosticada con la enfermedad de trastorno mixto de ansiedad y depresión, enfermedad que no fue declarada dentro de la solicitud de seguro - declaración de asegurabilidad suscrita el 5 de abril de 2023, como se observa a continuación:

**SOLICITUD DE SEGURO - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

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

TOMADOR <b>COONFIE LTDA</b>		C.C./NIT <b>891100656-3</b>	
DIRECCIÓN <b>CALLE 10 6 68</b>		CIUDAD <b>NEIVA</b>	TELÉFONO <b>1996/8725100</b>
ASEGURADO PRINCIPAL <b>EILEEN ARELIS BRAND PEREZ</b>		C.C. <b>26.471.564</b>	ESTADO CIVIL <b>SOLTERO</b>
PESO (KG) <b>63</b>	ESTATURA (Mts) <b>1.60</b>	¿TRABAJA USTED ACTUALMENTE? <b>SI</b>	Ocupación <b>ASALARIADO</b>
FECHA DE NACIMIENTO <b>29/01/1977</b>	CORREO ELECTRÓNICO <b>eileenarelis@yahoo.com</b>	VALOR ASEGURADO <b>\$ 100.000.000=</b>	

**Para Protección Familiar hacer diligenciar al respaldo la declaración asegurabilidad por el padre y la madre**

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)	N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	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 siguiente condiciones:**

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

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


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

(Imagen tomada de la declaración de asegurabilidad del 5 de abril de 2023)

**DECIMO:** De conformidad con el artículo 1058 del C.Co., los presupuestos fácticos que deben acreditarse para obtener judicialmente la declaración de nulidad relativa del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado consisten en: Primero, demostrar una o varias preexistencias de salud que

el asegurado tuvo con anterioridad al perfeccionamiento de la póliza. Segundo, acreditar una omisión o inexactitud por parte del asegurado al no haber informado fidedignamente sus antecedentes de salud. Tercero, que, de haber conocido las preexistencias durante la etapa precontractual, la Compañía Aseguradora se habría retraído de celebrar el contrato o lo hubiera hecho en condiciones más onerosas.

En tal virtud, en los hechos que se presentarán a continuación, se ilustrará el cumplimiento estricto de cada uno de los presupuestos consagrados en el artículo 1058 del C.Co., con la finalidad de obtener la nulidad del contrato de seguro de vida grupo deudor en donde figura como asegurada la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ.

## 2. ANTECEDENTES DE SALUD:

**DÉCIMO PRIMERO:** Tal y como se observa del contenido de la historia clínica, con anterioridad al perfeccionamiento de la póliza No. AA002613 la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, ya había sido diagnosticada con trastorno mixto de ansiedad y depresión. De la misma constatar que para la fecha tenía un manejo psiquiátrico que se inició en el año 2022.

HISTORIA DE SALUD OCUPACIONAL - EXAMEN MEDICO  
EXAMEN MEDICO : PERIODICO  
HISTORIA DE SALUD OCUPACIONAL - HISTORIA OCUPACIONAL  
FECHA ATEP 2 : 2010-10-25  
CONCEPTO MEDICO - CONCEPTO MEDICO  
CONCEPTO MEDICO : NO APTO  
REQUIERE REUBICACION : NO  
OBSERVACIONES : DOCENTE QUIEN ASISTE PARA JUNTA DE CALIFICACION DE PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL POR PRIMERA VEZ  
**PACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD QUIEN CURSA CON CUADRO DE TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MANEJO CON PSIQUIATRIA QUE SE INICIA EN EL 2022 Y ACTUALMENTE ESTA EN CONTROL FARMACOLOGICO. ESTA EN INCAPACIDAD DESDE SEPTIEMBRE A LA FECHA COMPLETA 180 DIAS EN INCAPACIDAD CONTINUA. NO PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES QUE LA COLOQUEN EN RIESGO CON POBRE EVOLUCION DE SU PATOLOGIA ACTUAL QUE HA DEJADO SECUELAS Y QUE LIMITAN SU ACTIVIDAD COMO RECTORA.**

*(Imagen tomada de la historia clínica de la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ)*

En adición a ello, puede también observarse que el origen de la patología tiene su origen en el año 2022, con ocasión del fallecimiento de un joven estudiante al ahogarse en un lago, cuando la demandada ostentaba el cargo de la IE.

**ESTA EN CONTROL CON PSIQUIATRIA POR CUADRO QUE OCURRIO EN EL 2022 CUANDO OCURRIO UN PROBLEMA CON LOS ESTUDIANTES DE SERVICIO SOCIAL Y LA ALCALDIA. UN ESTUDIANTE FALLECIO EN UN LAGO, Y ESTO GENERO PROBLEMAS SOCIALES. HACE 1 AÑO COMENZO CON PROBLEMAS CON ABOGADO DEL ESTUDIANTE SOLICITANDO DOCUMENTACION, TUTELAS Y QUE LA ABOGADA LE ESTA GENERANDO ESTRESS YA QUE LA LLAMA Y LE ENVIA AL CORREO ELECTRONICO DOCUMENTOS Y SOLICITUDES LO QUE GENERO PROBLEMAS DE ANSIEDAD, ESTRESS Y ALTERACIONES EN EL SUEÑO.**

HA TENIDO ALTERACIONES FISICAS GASTROINTESTINALES, PROBLEMAS DE PIEL SECUNDARIOS A ESTO SEGUN REFIERE Y ESTUVO INTERNADA EN UNIDAD MENTAL POR 1 DIA. INICIO MANEJO CON PSIQUIATRIA EN SEPTIEMBRE CON MANEJO CON VENLAFAXINA E INCAPACIDAD MEDICA

ACTUALMENTE ESTA EN INCAPACIDAD MEDICA, SE PROLONGO INCAPACIDAD.

*(Imagen tomada de la historia clínica de la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ)*

Circunstancia que resalta en el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por EMCO SALUD SOCIEDAD CLINICA.

 <p><b>EMCO SALUD</b> EMPRESA COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<b>ANEXO 2. FORMATO PARA EL DICTAMEN MEDICO LABORAL DE LA PERDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL O DEL ESTADO DE INVALIDEZ PARA LOS EDUCADORES AFILIADOS AL FONDO DE PRESTACIONES DEL MAGISTERIO</b>		FECHA: 15/05/2024
			VERSIÓN: 03
			CODIGO: FT-DSA-001
			PAGINAS: 1 DE 3
<b>FORMULARIO DE DICTAMEN</b>			
<b>1. ASPECTOS GENERALES DEL DICTAMEN</b>			
TIPO DE VALORACIÓN MEDICA		NORMATIVIDAD APLICABLE	PROCEDIMIENTO A
CALIFICACIÓN 1 VEZ <input type="checkbox"/> RECALIFICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>		Decreto 1848 de 1969 o laboral - Profesional	PROCEDIMIENTO B XXX
CIUDAD DEL EXAMEN:	NEIVA	FECHA DE ELABORACIÓN :	18 DE FEBRERO 2025
ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO DONDE LABORA:		INSTITUCION EDUCATIVA EL ROSARIO	
SEDE :	PRINCIPAL	MUNICIPIO	TESALIA
ENTIDAD TERRITORIAL CERTIFICADA:		SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL DEL HUILA	
<b>2. IDENTIFICACION DEL EDUCADOR :</b>			
NOMBRE(S) :	EILEEN ARELIS	APELLIDO(S):	BRAND PEREZ
NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	C.C.26.471.564	No. De CELULAR:	3169355867
GENERO:	FEMENINO	NIVEL DE ESCOLARIDAD:	MAGISTER
FECHA DE NACIMIENTO:	29/01/1977	EDAD	48 AÑOS
DIRECCION DEL CALIFICADO:	CALLE 5TA NUMERO 7-44	MUNICIPIO:	TESALIA
ZONA RURAL	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	CARGO:	RECTORA
ZONA URBANA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	GRADO DE ESCALAFON:	3BM
DEPARTAMENTO: HUILA			
FORMA DE VINCULACIÓN: NOMBRADA			
<b>3. ANTECEDENTES CLÍNICOS (EPICRISIS Y ESTADO ACTUAL)</b>			
<p><b>Epicrisis o Historia clínica:</b></p> <p>DOCENTE DE 48 AÑOS DE EDAD CON DX TRANSTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION. CUADRO CLINICO QUE INICIO EN EL 2023 CUANDO PRESENTO UN PROBLEMA DERIBADO DE UN INCONVENIENTE CON LOS ESTUDIANTES DE SERVICIO SOCIAL Y LA ALCALDIA, UN ESTUDIANTE FALLECIO EN UN LAGO, Y ESTO GENERO PROBLEMAS SOCIALES, HACE 1 AÑO COMENZO CON PROBLEMAS CON ABOGADO DEL ESTUDIANTE SOLICITANDO DOCUMENTACION, TUTELAS Y QUE LA ABOGADA LE ESTA GENERANDO ESTRESS, YA QUE LA LLAMA Y LE ENVIA AL CORREO ELECTRONICO DOCUMENTOS Y SOLICITUDES LO QUE GENERO PROBLEMAS DE ANSIEDAD, ESTRESS Y ALTERACIONES EN EL SUEÑO. HA TENIDO ALTERACIONES FISICAS GASTROINTESTINALES, PROBLEMAS DE PIEL SECUNDARIOS A ESTO SEGUN REFIERE Y ESTUVO INTERNADA EN UNIDAD MENTAL. INICIO MANEJO CON PSIQUIATRIA EN SEPTIEMBRE EN TRATAMIENTO CON VENLAFAXINA E INCAPACIDAD MEDICA.</p>			

(Imagen tomada del dictamen médico laboral de pérdida de capacidad laboral del 18 de febrero de 2025)

**DÉCIMO SEGUNDO:** De conformidad con los registros que obran en la historia clínica, se evidencia que con anterioridad a la inclusión de la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ como asegurada de la Póliza Vida Grupo Deudor No. AA002613, ya había sido diagnosticada con Hiperlipidemia. En efecto, desde la consulta del 14 de diciembre de 2020, se advertía dicho padecimiento:

Sucursal:	CLINICA EMCOSALUD	<b>PLAN CONTINGENCIA</b>		Fecha y Hora de atención:	
Contrato:	CLINICA EMCOSALUD - HUILA - RES - VARIOS - CAPITADO			14/12/2020 9:03 a.m.	
Profesional:	ESCOBAR SALCEDO ERNESTO	Especialidad:	MEDICINA GENERAL	Tp Admisión:	AMBULATORIO
Hora Ingreso:	14/12/2020 8:31 a.m.				
<b>SERVICIOS REALIZADOS</b>		<b>CANTIDAD</b>			
890301	CONSULTA DE CONTROL POR MEDICO GENERAL PARA LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA - TELECONSULTA	1			
<b>CONTINGENCIA - PLAN DE CONTINGENCIA</b>					
PLAN DE CONTINGENCIA : PLAN DE CONTINGENCIA, POR SARS COV 2 / COVID 19. POR PROTOCOLOS DE CUARENTENA A NIVEL NACIONAL, PROTOCOLOS DE CONTINGENCIA INSTITUCIONAL TENIENDO EN CUENTA LA SITUACION ACTUAL POR PANDEMIA. SE REALIZA COMUNICACIÓN TELEFONICA CON EL PACIENTE. PREVIO CONSENTIMIENTO INFORMADO DE FORMA VERBAL, PACIENTE ACEPTA CONSULTA TELEFONICA).					
MOTIVO DE CONSULTA: PARA TELECONSULTA DE CONTROL POR MEDICINA INTERNA CON RESULTADOS DE EXAMENES					
ENFERMEDAD ACTUAL: PACINETE CON HIPERTIROIDISMO + HIPERLIPIDEMIA MIXTA CON CIFRAS DE GLICEMIA EN RANGO PARA DIABETES EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON ATORVASTATINA 40 MG DIA, PROPRANOLOL 40 MG DIA, METIMAZOL 5 MG CADA 8 HORAS, ADEMAS POR TRASTORNO DE ANSIEDAD					
TRAJE DE OCTUBRE 10 DE 2020:					
T4L 18.91 pMOL/L					
TSH 2.36 mIU/L					
AC ANTIMICROSOMALES NEGATIVOS					

(Imagen tomada de la historia clínica de la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ)

**DÉCIMO TERCERO:** Como quedó totalmente demostrado con la Historia Clínica, la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, ya había sido diagnosticada con trastorno mixto de ansiedad y depresión e hiperlipidemia con antelación a la solicitud de la Póliza Vida Grupo Deudor No. AA002613. Sin embargo, a pesar de que conocía de la existencia de esta patología toda vez que, además del diagnóstico, se

encontraba en tratamiento médico respecto de ella, no la informó a la compañía aseguradora durante la etapa precontractual. En tal virtud, debe darse aplicación al artículo 1058 del C.Co para declarar la nulidad del aseguramiento como consecuencia de la evidente reticencia de la asegurada.

### 3. OMISIÓN EN LA DECLARACIÓN DEL VERDADERO ESTADO DEL RIESGO Y TRASCENDENCIA PARA LA ASEGURADORA.

**DÉCIMO CUARTO.** Para cualquier compañía aseguradora de vida y en especial para mi representada, resulta totalmente relevante conocer que un potencial asegurado padece de trastorno mixto de ansiedad y depresión. Lo anterior, al ser una enfermedad que puede derivar complicaciones de concentración y desenvolvimiento. Además, para el caso concreto, resulta totalmente claro que el riesgo derivado del trastorno se materializó, toda vez que fue determinante en la calificación de la pérdida de capacidad laboral de la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ

4.Variable de la pérdida de capacidad laboral:			
DESCRIPCIÓN DE LA DEFICIENCIA (S)	CAPITULO	TABLA	VALOR DE LA DEFICIENCIA (%) B
1. TRANSTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	I	1.5-1.7	47%

(Imagen tomada del dictamen médico laboral de pérdida de capacidad laboral del 18 de febrero de 2025)

**DÉCIMO QUINTO:** La relevancia técnica y médica de los antecedentes no declarados por el asegurado no solamente se acredita a partir de la naturaleza y envergadura de la patología no informada. Adicionalmente, la Corte Suprema de Justicia a través de la Sala de Casación Civil, en sentencia del 16 de diciembre de 2016. MP. Dr. Álvaro Fernando García Restrepo. Radicado 05001 31-03-017-2009-00438-01, fue totalmente clara al exponer que la relevancia para la compañía de seguros de las enfermedades ocultas se demuestra también a partir del mismo formulario de asegurabilidad. Es decir, si dentro de aquel cuestionario se encuentra una pregunta expresa frente a un antecedente de salud que no fue revelado inicialmente, evidentemente tal preexistencia es importante para determinar el verdadero estado del riesgo. La Corte analizó sobre este particular lo que a continuación se expone:

*"pues es ostensible que para reconocer la nulidad relativa del contrato de seguro de vida materia de la controversia, el ad quem no exoneró a la demandada del deber de acreditar la totalidad de los elementos axiológicos de dicha sanción sustancial, en particular, que otro hubiese sido su comportamiento negocial, en el supuesto de haber conocido los hechos constitutivos de la reticencia del asegurado, exigencia que, **se repite, tuvo por satisfecha con base, de un lado, en el contenido mismo de la declaración de asegurabilidad y, de otro, en la naturaleza de la información alterada, elementos de juicio con base en los cuales coligió que SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. no habría celebrado el contratado base de la acción, o que las condiciones del mismo habrían sido más onerosas**, de haber sabido que el asegurado consumía alcohol y "drogas estimulantes", que había sido sometido a tratamientos de rehabilitación respecto de esas conductas, que no era empleado, sino reciclador e indigente, y que no devengaba el salario que declaró como ingreso."¹ (Subrayado y negrilla fuera del texto*

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. Sentencia del 16 de diciembre de 2016. MP. Dr. Álvaro Fernando García Restrepo. Radicado 05001-31-03-017-2009-00438-01.

original)

**DÉCIMO SEXTO:** Siguiendo la tesis fijada por la Corte Suprema de Justicia, es indefectible que la Enfermedad de trastorno mixto de ansiedad y depresión y la hiperlipidemia, son antecedentes totalmente relevantes para mi representada. Lo anterior, no solo por su envergadura y características médicas como fue explicado, sino, además, debido a que La Equidad Seguros de Vida O.C. indagó expresamente por su existencia a través del cuestionario de salud que le formuló la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ durante la etapa precontractual de inclusión al contrato de Seguro referenciado. En efecto, mi prohijada preguntó expresamente por la existencia de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, diabetes, entre otras, así como de cualquier otra enfermedad aguda o crónica que pudiese padecer el solicitante del aseguro, como se observa a continuación:

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

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

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

Autorizo expresamente a cualquier médico, funcionario de hospital, etc., para que me realice el examen de salud que se requiere para la suscripción del seguro.

(Imagen tomada de la declaración de asegurabilidad del 5 de abril de 2023)

**DÉCIMO SÉPTIMO:** Tal y como se observa del documento suscrito por la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, negó sufrir de cualquier enfermedad o diagnóstico incluyendo el trastorno mixto de ansiedad y depresión, cuyo tratamiento data del 2022, según consta en historia clínica. Es decir, no declaró la enfermedad de trastorno mixto de ansiedad y depresión diagnosticado desde el 2022 y el diagnóstico de hiperlipidemia que tuvo lugar en el año 2018, sobre los cuales a la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad venía siendo tratada desde las calendas en mención. Lo que por sustracción de materia significa, que la asegurada fue reticente dando lugar a la sanción contenida en el artículo 1058 del C.Co, en vista de que omitió declarar sinceramente el verdadero estado en que se encontraba el precario riesgo que buscaba trasladar al asegurador.

**DÉCIMO OCTAVO:** La relevancia de la “enfermedad de trastorno mixto de ansiedad y depresión” e “hiperlipidemia” no se acredita únicamente a partir de su envergadura médica y de su inclusión en el cuestionario de salud. Adicionalmente, su importancia se constata desde el propio dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por EMCO SALUD SOCIEDAD CLINICA, en donde consta la fijación de índices derivados del “trastorno mixto de ansiedad y depresión” para alcanzar el porcentaje de PCL superior al 50%. Por supuesto, esto, sin perjuicio de que la Corte Constitucional indicó en su sentencia C- 232 de 1997 que, para anular el contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado, no es necesario que exista relación causal entre los antecedentes omitidos y la realización del riesgo asegurado.

**DÉCIMO NOVENO:** En síntesis, teniendo en cuenta la trascendencia médica del diagnóstico de trastorno

mixto de ansiedad y depresión, así como también el antecedente de hiperlipidemia, e incluso que la pregunta expresa sobre estos antecedentes en los formularios de asegurabilidad que suscribió la asegurada, además de que en el propio Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral se evidencia que este uno de estos fue la causa de su invalidez; Es totalmente claro que si La Equidad Seguros de Vida O.C. hubiera conocido de la existencia de estas enfermedades durante la etapa precontractual, claramente se habría abstenido de asegurar a la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, o al menos hubiera pactado condiciones más onerosas.

**VIGÉSIMO:** En conclusión, se encuentra totalmente demostrado que la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, primero, sufría de un trastorno mixto de ansiedad y depresión e hiperlipidemia, cuyos diagnósticos venían siendo tratado desde el año 2022 y 2018, respectivamente, es decir con anterioridad al perfeccionamiento de la póliza (inclusión de éste a la misma en la póliza de seguro vida grupo deudores). Segundo, omitió informar de ese antecedente a mi representada durante la etapa precontractual, toda vez que en la solicitud de la póliza que contiene formulario de asegurabilidad no informó que había sido diagnosticado con semejante enfermedad. Tercero, que, si la Compañía de Seguros hubiera conocido de estas patologías en el momento oportuno, la misma la habrían conducido a no asegurar a la potencial “asegurada” o al menos hubiera pactado condiciones más onerosas. En consecuencia, dado que se reúnen los presupuestos consagrados en el artículo 1058 del C.Co., debe declararse la nulidad relativa del contrato de seguro Póliza Vida Grupo Deudor No. AA002613.

#### IV. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Son fundamentos de derecho la Constitución Política de Colombia, especialmente, el artículo 83 relativo al principio de buena fe, el Código Civil y el Código de Comercio principalmente en sus artículos 1058 y 1059.

- **Fundamentos jurídicos relacionados con la nulidad relativa del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.**

En términos generales, la nulidad del seguro con base en la reticencia del asegurado 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 informar 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**<sup>2</sup>. (Subrayado fuera del texto original)

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

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

*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 su 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:

<sup>2</sup> 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.

*“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 absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”<sup>3</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

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

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

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

**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.<sup>4</sup> (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 C.Co, analizando lo siguiente:

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.**”*

*Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.*

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

*Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.<sup>5</sup>”* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad. 49601-22-14-000-2019-00181-01.

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

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

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima buena fe, 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.
- **Fundamentos jurídicos que acreditan que la mala fe no es un requisito de prueba para quien alega la reticencia en el contrato de seguro.**

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

pactar condiciones más onerosas.

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

**“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)** 4.3. *Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer 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”.<sup>6</sup> (negrilla y subrayas fuera del texto)”*

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez<sup>7</sup>, 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».**” (Subrayada y Negrita por fuera de texto)*

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

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01, Edificio 94<sup>a</sup>, Bogotá, D.C., 11A No. 94-03, G. 211, +57 3173795688, Call - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Centro Empresarial Chipichape, +57 315 577 6200 - 602-6594075

Es más, la Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997, que es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co, ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

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

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

- **Fundamentos jurídicos que acreditan que no existe obligación a cargo de la aseguradora de practicar y/o exigir exámenes médicos en la etapa precontractual.**

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con

anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes.

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

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

El citado artículo demuestra que es facultad de las aseguradoras la realización de exámenes médicos a sus clientes para verificar que la información otorgada por los mismos en la declaración de asegurabilidad es veraz, pues esta carga precontractual a cargo del tomador tiene estrecha relación con el principio de la ubérrima bona fidei, la razón de esto es que, en el contrato de seguros la compañía aseguradora no puede asumir los riesgos sin conocer el grado de peligrosidad que estos encierran, y la única fuente de conocimiento del estado del riesgo que el asegurador tiene es precisamente, la información que otorga el tomador, ya que se presupone que él tiene contacto directo con el mismo.

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

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

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

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, **obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida.** Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de*

*ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico<sup>8</sup>.*

*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 fundamentales<sup>9</sup>. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer<sup>10</sup>.” (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

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

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)<sup>11</sup>*

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

<sup>8</sup> 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 deber 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.”*

<sup>9</sup> Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerezo Pérez. 14 Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez<sup>14</sup>, en donde estableció lo siguiente:

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

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

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

(...)

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

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

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, **sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...**”<sup>12</sup> (subrayado fuera del texto original).*

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en Sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por Arturo Díaz Murillo expediente 2016-0318 en relación a la realización de exámenes médicos por parte de las aseguradoras manifestó lo que a continuación se transcribe:

*“Así las cosas no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o requerir*

<sup>12</sup> LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editors Ltda., 2010. P. 164.

*la Historia clínica de la asegurada para verificar una enfermedad o condición que al momento de diligencia la solicitud sin salvedad manifestó la asegurada no padecer o ratificar un estado del riesgo que fue declarado bajo el supuesto ubérrima bona fidei”*

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

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

*Se tiene que el demandante diligencia la declaración de asegurabilidad con el fin de ser incluido en la póliza de vida grupo deudores, luego al momento de adquirir el crédito fue indagado sobre su estado de salud, y manifestó gozar de un buen estado de salud, sobre el particular, debe señalarse que previo a suscribirse el contrato de seguro, el tomador está en la obligación de declarar los hechos y circunstancias que rodean su estado del riesgo con el fin de que se pueda dar a conocer su extensión y otorgar un consentimiento que no se encuentre errado: con motivo de la declaración en cita **se le permite a la aseguradora valorar oportunamente la conveniencia del riesgo para asumirlo o abstenerse de hacerlo de acuerdo con los presupuestos técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia en virtud de la libertad contractual, así las cosas en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias jurídicas que identifican el riesgo moral y subjetivo y el físico objetivo que inciden en el juicio del asegurador de tal manera que si se omiten o no corresponden a la realidad el contrato estaría sujeto a la ascensión legal de nulidad”** (Subrayado y negrita fuera de texto)*

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

Lo anterior en virtud a que, si fuera obligación de las aseguradoras la realización de estos exámenes médicos, se omitiría la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad y no tendría fundamento alguno el artículo 1058 del Código de Comercio, que prevé la reticencia como causal relativa del contrato de seguro cuando el asegurado/tomador no declara el verdadero estado del riesgo, en otras palabras, dejaría de ser una obligación contractual para la parte asegurada declarar sinceramente los hechos o

circunstancias que determinan el estado del riesgo, situación inviable para el presente negocio jurídico, pues la piedra angular de este tipo contractual es la UBERRIMA BUENA FE “BONA FIDES.

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

- **Fundamentos jurídicos que acreditan que no es necesaria la relación de causalidad entre la reticencia e inexactitud y la causa del siniestro**

En Colombia es factible señalar mediante la ley, jurisprudencia y doctrina que, no es necesaria la relación causal entre los factores que constituyen la inexactitud, reticencia o informaciones no sinceras del asegurado con la causa del siniestro, para que se configure la sanción de nulidad relativa o anulabilidad del contrato.

Dicho de otra manera, una puede ser la razón u origen de la patología que ocultó el asegurado para concurrir a celebrar el contrato y otra sustancialmente diferente la causa del siniestro, para que de todas maneras aflore la sanción de nulidad relativa del contrato, como quien oculta un problema cardíaco y luego de celebrado el contrato de seguro, fallece por un accidente de tránsito, caso en el cual, indefectiblemente una vez atendida la carga probatoria que cobija a la aseguradora, se producirán los efectos de la nulidad relativa del contrato.

En palabras del tratadista Andrés Ordoñez:

*“surge con frecuencia la pregunta de si las sanciones derivadas de la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo solamente proceden en la medida en que el siniestro que afecta la cobertura del seguro esté relacionada con ellas, o si, por el contrario, esas sanciones proceden independientemente de la causa que haya dado lugar al siniestro. Frente a la legislación colombiana, es indudable que ocurre esto último. Definitivamente el artículo 1058 C. Co., no exige en ningún momento que esa relación exista para que se produzca la nulidad del contrato o la reducción de la prestación del asegurador, como consecuencias características de la inexactitud o reticencia relevantes en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador.”*

Asimismo, la Corte Constitucional al respecto de la relación de causalidad ha manifestado lo siguiente:

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

*contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostiene los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.”<sup>13</sup>*

Como bien se ha dicho, la relación de causalidad entre la reticencia y el origen del siniestro no es un requisito para que se configure la nulidad relativa del contrato de seguro, en consecuencia, para el presente caso, se configura la sanción consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio así la asegurada haya quedado inválida por causas distintas a los antecedentes patológicas omitidos en la declaración de asegurabilidad.

## V. MANIFESTACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Bajo la gravedad de juramento en calidad de apoderado de la sociedad LA EQUIDAD SEGUROS DE VIDA O.C., manifiesto que no se ha presentado ninguna solicitud de conciliación prejudicial en contra de la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ, distinta a la que se promueve mediante este escrito y no se ha promovido ningún proceso judicial con base en los hechos que fundamentan la presente solicitud de conciliación prejudicial.

## VI. COMPETENCIA Y CUANTÍA

En la presente demanda no se fija cuantía toda vez que el objetivo que se persigue es que se declare la nulidad relativa del contrato de seguro. Sin perjuicio de lo expuesto, debe decirse que el competente será el Juez Civil del Circuito, por tratarse de la solicitud de nulidad de un contrato de seguro y siendo este un asunto que no se encuentra atribuido a otro juez, deberá darse aplicación a lo establecido en el numeral 11 del artículo 20 del Código General del Proceso.

## VII. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito que se tengan como pruebas las siguientes:

### 1. DOCUMENTALES:

- 1.1. Declaración de asegurabilidad del 05 de abril de 2023.
- 1.2. Dictamen de pérdida de capacidad laboral del 27 de marzo de 2024 emitido por EMCO SALUD SOCIEDAD CLINICA.
- 1.3. Dictamen de pérdida de capacidad laboral del 18 de febrero de 2025 emitido por EMCO SALUD SOCIEDAD CLINICA.
- 1.4. Historia clínica de la señora EILEEN ARELIS BRAND PEREZ
- 1.5. Escrito de objeción emitido por La Equidad Seguros O.C. del 11 de diciembre de 2024.
- 1.6. Póliza Vida Grupo Deudor No. AA002613 y su condicionado general y particular.

<sup>13</sup> Corte Constitucional, Sentencia C.232/1997, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía. Expediente D-1485.

## VIII. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Cédula de ciudadanía de la señora Eileen Arelis Brand Pérez.
3. Poder General debidamente conferido a G. Herrera & Asociados Abogados S.A.S.
4. Certificado de Existencia y Representación Legal de La Equidad Seguros de Vida O.C
5. Certificado de Existencia y Representación Legal de G. Herrera & Asociados Abogados S.A.S

## IX. NOTIFICACIONES

- El suscrito y mi representada, en la Carrera 11A No. 94A - 23 Oficina 201 de la ciudad de Bogotá D.C. o en la dirección de correo electrónico [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)
- La convocada EILEEN ARELIS BRAND PEREZ calle 10 6-68 de Neiva y dirección de correo electrónico [eileenarelis@yahoo.com](mailto:eileenarelis@yahoo.com). La dirección de notificación fue obtenida de la declaración de asegurabilidad suscrita por la señora Brand.

Sin otro en particular, agradezco la atención prestada.

Cordialmente,



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