

CONTESTACIÓN DEMANDA RAD. 05001310302220210024300**Esteban Klinkert <ekc@abogadospinedayasociados.com>**

Mié 22/09/2021 4:41 PM

Para: Juzgado 22 Civil Circuito - Antioquia - Medellin <ccto22me@cendoj.ramajudicial.gov.co>; callec@une.net.co <callec@une.net.co>

CC: Juan Palacio <juanpalacio@abogadospinedayasociados.com>; Felipe Pineda <felipepineda@abogadospinedayasociados.com>; Pablo Valencia <pvr@abogadospinedayasociados.com>; Eduardo Gaviria Isaza <egi@abogadospinedayasociados.com>

 1 archivos adjuntos (259 KB)

CONTESTACIÓN DEMANDA 2021-243.pdf;

Señores

JUZGADO 22 CIVIL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN

Buenas tardes,

En mi condición de profesional adscrito a la sociedad ABOGADOS PINEDA Y ASOCIADOS S.A.S., apoderada judicial sustituta de la COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A., por medio del presente envío contestación de la demanda dentro del proceso con radicado 05001310302220210024300.

En el siguiente enlace pueden descargarse los anexos de la contestación (poder, sustitución, certificados de existencia y pruebas documentales) que por peso no se pueden adjuntar al correo:  [ANEXOS CONTESTACIÓN](#)

En cumplimiento del numeral 14 del artículo 78 del Código General del Proceso y del Decreto 806 del 4 de junio de 2020 se envía en simultaneo el presente correo al apoderado la parte demandante.

Cordialmente,

Abogados
Pineda, Palacio & Asociados

Esteban Klinkert Correa.

ekc@abogadospinedayasociados.com
www.abogadospinedayasociados.com
PBX: (574) 313 13 26 - FAX: (574) 310 06 50
Cra. 43A No.16 A Sur 38 Ofc. 706 - Edificio DHL
Medellin, Colombia.

Señor
JUEZ VEINTIDÓS CIVIL DEL CIRCUITO
Medellín, Antioquia

PROCEDIMIENTO: VERBAL
RADICADO: 2021 - 00243
DEMANDANTE: JAVIER ORLANDO RAMIREZ MARTINEZ
DEMANDADA: COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLIVAR S.A.
ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

Señor Juez,

ESTEBAN KLINKERT CORREA, abogado portador de la tarjeta profesional No. 287.674 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en calidad de profesional adscrito a la sociedad **ABOGADOS PINEDA Y ASOCIADOS S.A.S.**, identificada con NIT. No. 900.279.082-7, mandataria sustituta de **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**—en adelante **SEGUROS BOLÍVAR**—, sociedad comercial con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, identificada con NIT. No. 860.002.503-2, representada legalmente para estos efectos por la Dra. **MARÍA DE LAS MERCEDES IBÁÑEZ CASTILLO**, identificada con cédula de ciudadanía No. 39.681.414; me dispongo a dar contestación a la demanda de la referencia de la siguiente manera:

1. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL 1: Es un hecho que contiene varias afirmaciones que se hace necesario contestar por separado de la siguiente manera:

- Es cierto que el demandante era asegurado en una póliza de vida grupo expedida por SEGUROS BOLÍVAR, a lo que cabe agregar que el tomador de la póliza fue el BANCO DAVIVIENDA.
- No es cierto que al demandante se le haya informado que no tenía problema alguno con sus enfermedades preexistentes para efectos del pago de una posible indemnización, mucho menos si se trataba de un seguro de vida.

Se debe llamar la atención del Despacho en el sentido que el candidato a asegurado en la declaración de asegurabilidad no informó del padecimiento de unas enfermedades, pese a que en dicho documento se le preguntó ampliamente por su estado de salud. Por lo tanto, no pudo habersele informado que no había problema con dichas enfermedades cuando estas fueron omitidas en la declaración de asegurabilidad.

- Es cierto que el seguro de vida contratado no tenía la finalidad de garantizar el pago de una deuda con una entidad bancaria.

AL 2: Es cierto, y me atengo al contenido completo de la póliza, en lo que toca con amparos, exclusiones, sumas aseguradas, y demás cláusulas generales y particulares del contrato de seguro.

AL 3: Es cierto conforme al Acta de la Junta Medica Laboral aportada con la demanda.

AL 4: Es cierto y deberá tenerse como una confesión, respecto de la reticencia alegada, que el demandante sabía que padecía de un adenoma hipofisiario desde 2013; un cuadro de ansiedad, preocupación e irritabilidad excesiva, complementado con tensión muscular, insomnio y fatiga desde 2012; y una discopatía lumbar multinivel desde 2015. Todos estos padecimientos debieron haber sido informados a la aseguradora en los términos de la declaración de asegurabilidad que se le puso de presente.

En la medida de que estas enfermedades no fueron declaradas ante la aseguradora al momento de contratar la póliza, se presentó una inexactitud en la declaración del estado del riesgo. Por lo tanto, ante el incumplimiento de la obligación de declarar sinceramente el verdadero estado de riesgo hay reticencia y la validez del contrato de seguro se encuentra viciada en los términos del artículo 1058 del código de comercio.

AL 5: Es cierto que al señor JAVIER ORLANDO RAMÍREZ MARTÍNEZ se le dictaminó una pérdida de capacidad laboral el 17 de diciembre de 2018. Respecto del porcentaje y las conclusiones me atengo al contenido del Acta de la Junta Medica Laboral aportada con la demanda, frente al cual se hace necesario realizar la contradicción respectiva.

AL 6: Es cierto. Ahora bien, respecto del amparo de INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE es preciso indicar que para su afectación el demandante debe acreditar que cumple con las condiciones contractuales para efectos de declarar la ocurrencia del siniestro. Estas condiciones se encuentran en el ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, el cual establece en su condición primera lo siguiente al respecto:

“1. AMPARO

Para todos los efectos de este anexo se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por EL ASEGURADO, que haya sido ocasionada y se manifieste estando amparado por el presente Anexo, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona realizar tres (3) o más de las actividades básicas de la vida diaria definidas así:

1.1 Aseo personal: Capacidad para lavarse en el baño o la ducha (incluyendo la entrada y salida de la misma) o de realizar su aseo personal por sí mismo.

1.2 Vestirse: Capacidad para ponerse, quitarse, atarse y desatarse todo tipo de prendas, así como aparatos ortopédicos de cualquier tipo, miembros artificiales y dispositivos quirúrgicos.

1.3 Comer: Capacidad para ingerir por sí mismo los alimentos, una vez preparados.

1.4 Higiene: Capacidad para usar un sanitario o para llevar a cabo sus necesidades fisiológicas en cualquier otra forma.

1.5 Movilidad: Capacidad para desplazarse en espacios interiores, de una habitación a otra en superficies planas.

1.6 Traslados: Capacidad para desplazarse desde la cama hasta una silla recta o silla de ruedas y viceversa.

Dicha incapacidad debe existir por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haber sido provocada por EL ASEGURADO sea de forma consciente o inconsciente, voluntaria o involuntaria.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal: la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el período continuo de ciento cincuenta (150) días de incapacidad. (...)

Así las cosas, se exige, para que se configure el siniestro, que se hayan producido unas lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que impidan al asegurado desempeñar tres o más de las actividades descritas, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y que ello no haya sido provocado por el asegurado.

Lo anterior no se encuentra acreditado y deberá ser probado por la parte demandante en cumplimiento de las reglas de la carga de la prueba establecidas

en el artículo 167 del Código General del Proceso y en el artículo 1077 del Código de Comercio.

AL 7: Es cierto (aunque la fecha cierta es del año 2019) y me atengo al contenido de esta comunicación, en la cual la Compañía manifestó:

“Lamentablemente, estas declaraciones no correspondían con su verdadero estado de salud, pues de acuerdo con las historias clínicas que reposan en el reclamación, se pudo establecer que desde antes de ingresar a la póliza ya se le había diagnosticado Trastorno de Ansiedad, Adenoma, Hipofisiario, Acremegalia Secundaria, Apnea Del Sueño, Hipertensión Arterial, Maxilofacial Acromegalia, DiscoPatía Lumbar Multinivel, Síndrome Túnel Del Carpo Bilateral, Halluz Valgus Izquierdo, Hipoacusia Bilateral y Desviación Septual con Perforación; circunstancias importantes del estado de salud que no fueron informadas al momento de suscribir la declaración de asegurabilidad.

*Por lo anterior la **COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.**, se ve precisada a dar aplicación a las normas de imperativo cumplimiento que rigen el contrato de seguro y lamentablemente debe negar el pago solicitado.”*

AL 8: Es cierto.

AL 9: Es cierto.

2. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Con fundamento en las consideraciones efectuadas al momento de contestar cada uno de los hechos y en las excepciones de mérito que más adelante propondré, en nombre de mi representada me opongo en todo frente a la totalidad de las pretensiones de la demanda.

Procederé, por tanto, a pronunciarme respecto de cada una de ellas, de la siguiente manera:

A LA PRIMERA: Me opongo a que se haga esta declaración, ya que los contratos de seguro objeto de la demanda se encuentran viciados de nulidad relativa por reticencia en la declaración de asegurabilidad. Por otro lado, tampoco hay lugar al reconocimiento de la prestación reclamada, pues el demandante no ha acreditado las condiciones contractuales para efectos de declarar la ocurrencia del siniestro en la cobertura de incapacidad total y permanente.

A LA SEGUNDA: Me opongo a que se genere alguna condena a cargo de SEGUROS BOLÍVAR, por cuanto el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa debido a que hubo reticencia por parte del candidato a asegurado al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, pues se pudo verificar que este no declaró sufrir de Trastorno de Ansiedad, Adenoma Hipofisario, Acromegalia Secundaria, Apnea del Sueño, Hipertensión Arterial, Maxilofacial Acromegalia, Discopatía Lumbar Multinivel, Síndrome Túnel del Carpo Bilateral, Halluz Valgus Izquierdo, Hipoacusia Bilateral y Desviación Septal con perforación, sino que, por el contrario, estas fueron ocultadas de mala fe a la aseguradora.

A su vez, me opongo debido a que el demandante no ha acreditado las condiciones contractuales para efectos de declarar la ocurrencia del siniestro en la cobertura de incapacidad total y permanente.

Por otro lado, me opongo a la condena en intereses moratorios por cuanto esta condena solamente podrá hacerse una vez se verifique la mora de la aseguradora en el pago del siniestro, para lo cual se debió haber cumplido con los requisitos establecidos en el artículo 1077 del código de comercio consistentes en la prueba del siniestro.

A LA TERCERA: Al no tratarse de una pretensión propiamente dicha, no me pronunciaré, por no asistirme la carga procesal de hacerlo.

3. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

3.1. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA POR RETICENCIA DEL ASEGURADO

La declaración de asegurabilidad es la forma mediante la cual la aseguradora obtiene la información suficiente por parte del asegurado, con el fin de tomar una decisión de manera libre y voluntaria de asumir o no determinado riesgo, y en caso de asumirlo, en qué condiciones lo haría. Por ello el artículo 1058 del Código de Comercio dispone lo siguiente:

“ARTÍCULO 1058. DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA. 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.
(...)”

Así las cosas, SEGUROS BOLÍVAR en el caso que nos ocupa le puso de presente al candidato a asegurado la declaración del estado de riesgo con la finalidad de determinar si celebraba o no el contrato de seguro, o si lo hacía en condiciones sustancialmente diferentes a las que lo habría hecho, específicamente, sobre todas las circunstancias que están vertidas en el mismo documento.

Conforme a la norma citada, resulta clara la obligación de información que tiene el candidato a asegurado del seguro. También, es evidente que el incumplimiento de dicha obligación genera una afectación en la validez del contrato y por tanto llevará a la declaratoria de nulidad relativa del contrato de seguros.

En el presente caso, resulta necesario advertir que SEGUROS BOLÍVAR objetó la reclamación presentada con fundamento en la reticencia en que incurrió el señor JAVIER ORLANDO RAMÍREZ MARTÍNEZ al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad que se le puso de presente. La reticencia consistió en la omisión de informarle a la Aseguradora que aquel **sabía que sufría de diferentes patologías** y afectaciones en su estado de salud al momento del diligenciamiento de la referida declaración de asegurabilidad. Lo cual se realizó de forma electrónica el 13 de noviembre de 2018.

Es así como, pese a la importancia de la veracidad de la información, el demandante ocultó a SEGUROS BOLIVAR que, al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, sufría de Trastorno de ansiedad, Adenoma Hipofisario, Acromegalia Secundaria, Apnea del sueño, Hipertensión arterial, Maxilofacial Acromegalia, Discopatía lumbar multinivel, Síndrome túnel del carpo bilateral, Halluz Valgus izquierdo, Hipoacusia bilateral y Desviación Septal con perforación. Como prueba de ello me remito al Acta de la Junta Medica Laboral Definitiva No. 090-18-CACOM5, en la cual constan los siguientes conceptos de especialistas:

“FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA RIONEGRO 07/06/2018 NUMERO: ASUNTO: CONCEPTO MEDICO DE PSIQUIATRIA I. IDENTIFICACIÓN. 80429707 APELLIDOS Y NOMBRES: RAMIREZ MARTINEZ JAVIER ORLANDO II.A FECHA DE INICIACION Y CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRESENTO LA AFECCION POR EVALUAR. CUADRO SEGUN PACIENTE DE 6 AÑOS DE EVOLUCION DE PREDOMINIO DE ANSIEDAD E IRRITABILIDAD ANTE SITUACION DE LA VIDA COTIDIANA Y SOBRE TODO ANTE SITUACIONES DEL EJERCICIO MILITAR (...) C. DIAGNOSTICO: TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (...)

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA RIONEGRO 07/06/2018 NUMERO:
ASUNTO: CONCEPTO MEDICO DE NEUROLOGIA I. IDENTIFICACIÓN:
80429707 APELLIDOS Y NOMBRES: RAMIREZ MARTINEZ JAVIER
ORLANDO II.A. FECHA DE INICIACION Y CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE
PRESENTO LA AFECCION POR EVALUAR: ADENOMA HIPOFISIARIO A
HORMONA DEL CRECIMIENTO EN 2013 OPERADO APNEA DEL SUEÑO
CON INSOMNIO RONQUIDO SOMNOLENCIA DIURNA Y FATIGA Y
CEFALEA (...) C. DIAGNOSTICO: ADENOMA HIPOFISIARIO A HORMONA
DEL CRECIMIENTO APNEAS DEL SUEÑO (...)

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA RIONEGRO 30/10/2017 NUMERO:
ASUNTO: CONCEPTO MEDICO DE ENDOCRINOLOGIA I.
IDENTIFICACIÓN. 80429707 APELLIDOS Y NOMBRES: RAMIREZ
MARTINEZ JAVIER ORLANDO II.A FECHA DE INICIACION Y
CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRESENTO LA AFECCION POR
EVALUAR: PACIENTE CON ACROMEGALIA DESDE 2013. MANEJO
QUIRURGICO EN 2014 Y DESDE ENTONCES MANEJO
FARMACOLOGICO (...) C DIAGNOSTICO: ACROMEGALIA –
PREDIABETICO – HTA – APNEA DEL SUEÑO (...)

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA RIONEGRO 19/12/2017 NUMERO:
ASUNTO: CONCEPTO MEDICO DE CIRUGIA MAXILOFACIAL I.
IDENTIFICACIÓN. 80429707 APELLIDOS Y NOMBRES: RAMIREZ
MARTINEZ JAVIER ORLANDO II.A FECHA DE INICIACION Y
CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRESENTO LA AFECCION POR
EVALUAR: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TUMOR (ADENOMA
HIPOFISIARIO) ACROMEGALIA DESDE 2011 POSTERIOR A ELLO INICIA
CON SUBCREMIENTO FACIAL Y PRONUNCIADO EN MAXILIAR
INFERIOR PROVOCANDO ALTERACIONES EN LA OCLUSION DENTAL
– ASIMETRIA FACIAL – DOLOR A LA MASTICACION (MUSCULOS
MASTICATORIOS) BRUXISMO Y ALTERACIONES EN LAS ATM
BILATERALES. (...) C DIAGNOSTICO: 1) TRANSTORNO DE LA
MASTICACION X LESION DE LA ATM 2) MALOCLUSION ESQUELETICA
Y DISTAL CLASE III 3) BRUXISMO CRONICO 4) ASIMETRIA FACIAL
LEVOGNATISMO 5) HIPERPLASIA CONDILAR (...)

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA RIONEGRO 03/10/2016 NUMERO:
ASUNTO: CONCEPTO MEDICO DE DERMATOLOGIA I.
IDENTIFICACIÓN. 80429707 APELLIDOS Y NOMBRES: RAMIREZ
MARTINEZ JAVIER ORLANDO II.A FECHA DE INICIACION Y
CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRESENTO LA AFECCION POR
EVALUAR: PACIENTE REMITIDO PARA VALORACION POR LESION DE
3° DEDEO DE PIE IZQUIERDO VISTA EN CONSULTA OCASIONAL (...) C
DIAGNOSTICO: FIBROMA UNGUEAL (...)

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA RIONEGRO 12/05/2017 NUMERO:
ASUNTO: CONCEPTO MEDICO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA I.
IDENTIFICACIÓN. 80429707 APELLIDOS Y NOMBRES: RAMIREZ
MARTINEZ JAVIER ORLANDO II.A FECHA DE INICIACION Y
CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRESENTO LA AFECCION POR
EVALUAR: DOLOR LUMBAR DE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN, IRRADIADO A
MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. REFIERE ADORMECIMIENTO DE LAS
MANOS DE 3 AÑOS DE EVOLUCION. NIEGA DOLOR DEDOS PIE
IZQUIERDO (...) C DIAGNOSTICO: 1. DISCOPATIA LUMBAR MULTINIVEL
SIN RADICULOPATIA 2. SX TUNEL CARPO MODERADO BILATERAL 3.
OSTEOARTROSIS 4. HALLUZ VALGUS PIE IZQUIERDO (...)

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA RIONEGRO 05/09/2017 NUMERO:
ASUNTO: CONCEPTO MEDICO DE OTORRINOLARINGOLOGIA I.
IDENTIFICACIÓN. 80429707 APELLIDOS Y NOMBRES: RAMIREZ
MARTINEZ JAVIER ORLANDO II.A FECHA DE INICIACION Y
CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRESENTO LA AFECCION POR
EVALUAR: HIPOACUSIA SUBJETIVA Y ACUFENO BILATERAL DE 5
AÑOS DE EVOLUCION RONQUIDO Y OBSTRUCCION NASAL, SE
AHOGA POR LA NOCHE DESDE HACE UNOS 15 AÑOS (...) C
DIAGNOSTICO: HIPOACUSIA SENSORIAL MODERADA OIDO
IZQUIERDO-SUPERFICIAL ODER ACUFENO BILATERAL DESVIACION
SEPTUAL- PERFORACION SEPTUAL- RINITIS ALERGICA APNEA DEL
SUEÑO (...)

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA RIONEGRO 12/05/2017 NUMERO:
ASUNTO: CONCEPTO MEDICO DE MEDICINA INTERNA I.
IDENTIFICACIÓN. 80429707 APELLIDOS Y NOMBRES: RAMIREZ
MARTINEZ JAVIER ORLANDO II.A FECHA DE INICIACION Y
CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRESENTO LA AFECCION POR
EVALUAR: PACIENTE QUIEN SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO
ACROMEGALIA, RESECCION ADENOMA HIPOFISICARIO, ASI MISMO,
SOLICITAN CONCEPTO POR PREDIABETES Y HEMORROIDES,
CUADRO DE MAS DE 4 AÑOS, DETECTADO EN CHEQUEOS USUALES,
ADICIONALMENTE HAY HIPERTENSION ARTERIAL DE MAS DE DIAS Y
SAHOS DETECTADO HACE 2 AÑOS (...) C DIAGNOSTICO: 1.
HEMORROIDES INTERNAS GRADO II 2. ESTADO PREDIABETICO 3.
HTA G1 CONTROLADA 4. APNEA DEL SUEÑO 5. ACROMEGALIA 6.
ESOFAGITIS GRADO I 7. GASTRITIS CRONICA CON ATROFIA Y
METAPLASIA INTESTINAL (...)”

Conforme a lo anterior, es evidente que el señor JAVIER ORLANDO RAMÍREZ sabía de sus afectaciones de salud para el momento del diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad, y pese al conocimiento que tenía sobre el padecimiento de las patologías mencionadas, omitió hacer una declaración real de su estado de asegurabilidad, pues ocultó de forma consciente la existencia de estas, violando de manera flagrante el principio de ubérrima buena fe que gobierna la relación aseguraticia.

Respecto de la reticencia en el contrato de seguro, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en un fallo con ponencia del Dr. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo manifestó:

“En el contrato de seguro, huelgan raciocinios prolijos para sustentar tan universal y pacífico aserto, se torna medular la declaración del estado del riesgo (art. 1058 C. de Co.), entendida, lato sensu, como uno de los más resonantes deberes impuestos al tomador (in potentia) que, circunscrito a la esfera precontractual, su escenario natural, permite al asegurador conocer, de primera mano, los pormenores atinentes al riesgo, ‘materia prima del seguro’ y, por contera, uno de sus elementos genéticos de mayor grandilocuencia, a la vez que relevancia funcional en el marco del desenvolvimiento de la relación asegurativa (arts. 1.037, 1.045 y 1.054 del C. de Co.).

El cometido de la declaración en cita, luce inobjetable, puesto que finca en permitir que la entidad aseguradora, oportuna, reflexiva y suficientemente, pueda valorar la conveniencia de ‘asumir el riesgo’ o, por el contrario, de abstenerse de hacerlo –inhibición contractual (art. 1.055, C. de Co.)-, en un todo de acuerdo con lo disciplinado por los cánones técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia, los cuales, contrastados con la información suministrada (declaración de ciencia), le otorgarán los elementos de juicio necesarios para obrar con arreglo a su libertad contractual, genuina manifestación de la autonomía privada, máxime cuando ella ocupa el ‘rol’ de destinataria del deber en cuestión, consustancial a su calidad de desinformada –y por tanto pasible de tutela iuris-, dado que es el futuro tomador el que, por regla, está en condiciones de hacer cognoscible lo que la sociedad aseguradora desconoce acerca de su estado, en general.

Es pues en consideración a su diáfana teleología, que la declaración de asegurabilidad debe contener una información fidedigna, amén de veraz y oportuna, como quiera que en función suya, preponderantemente, el asegurador expresará su voluntad de establecer una relación contractual con el sujeto que, en la etapa precedente: la precontractual, fungió en calidad de candidato a tomador del seguro –llamado en algunos círculos asegurando, por su potencialidad-. Ello explica el empleo de la expresiva y diciente locución: “sinceramente”, inmersa en el primer inciso del artículo 1058 del Código de Comercio, relativa al deber –o carga- de declarar, que sirve para ilustrar el justiciero deseo que le asiste al legislador, consistente en que el asegurando, con responsabilidad y solvencia, asuma tan revelador compromiso, base fundamental del asentimiento del asegurador, quien ha depositado su confianza en su contratante”.

Ahora, en lo que toca con el referido principio de **ubérrima buena fe**¹, es preciso mencionar que este se debe verificar tanto en cabeza del asegurado como de la aseguradora. No se puede pretender endilgarle a la aseguradora la investigación profunda de una información que era de su conocimiento exclusivo y mediático y que por demás se le puso de presente, y respecto del cual calló impunemente.

¹ Sentencia del 02 de agosto de 2001. Expediente No. 6146. Sala Civil Corte Suprema de Justicia. M.P. Dr. CARLOS IGNACIO JARAMILLO JARAMILLO. “Así las cosas, teniendo en cuenta que el deber informativo o de comunicación a que se hecho mención –mejor aún, carga informativa-, está permeado y determinado a ultranza por el axioma de la buena fe, de mayor calado y penetración, como que es emanación –o aplicación- suya, la Sala se ocupará de él, con mayor énfasis, en orden a examinar los cargos enrostrados por el censor, de cara a su especial significado y concreta extensión en el seguro, en donde su rutilante presencia se traduce en nota que lo caracteriza, en grado sumo, al punto que para revelar en su justa medida el alcance del prenotado principio informador, de antiguo se ha puntualizado que el seguro, en sí mismo considerado, es un negocio jurídico de uberrimae bona fidei, vale decir un acuerdo en donde la buena fe –per se vigente en todos los tipos negociales- ocupa un protagónico y, de suyo, más intenso rol, al punto que se erige en su núcleo, a la vez que en la ratio que fundamenta un apreciable número de figuras que estereotipan la singular institución del seguro (Vid: cas. civ. de 30 de noviembre de 2000). Además, por cuanto el tópico de la reticencia y de la inexactitud, así como el de las sanciones que de ellas dimanar, objeto de panorámico y ulterior estudio, está indisolublemente ligado a tan fundante postulado, que servirá para ilustrar su decisión, el que de paso, expresamente, otrora sirvió al Tribunal para fundar la suya, y al recurrente como bastión para estructurar su binomio acusatorio.”

Por su parte, la Corte Constitucional en la Sentencia C-232 de 1997 al declarar exequible el artículo 1058 del Código de Comercio sostuvo:

“En consecuencia, 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.”

Al respecto, la misma sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en la Sentencia 379 del 19 de diciembre de 2006, expediente 1997-5665-01 manifestó lo siguiente:

*“... un contratante no puede quebrar la igualdad, **ni tomar ventaja de la ignorancia del otro**, especialmente si la ausencia de información de uno de ellos está originada en el silencio del otro que oculta información disponible, información que por ser esencial debe brindarse oportuna y cumplidamente. En la etapa importantísima de formación del contrato de seguro, cuando el asegurador se apresta a brindar la protección, está a merced del asegurado, pues normalmente para estimar el estado de riesgo, aquel requiere de información de ordinario reservada...”.*

Igualmente, la sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en la Sentencia 2803-2016 del 4 de marzo de 2016, Rad. No. 2008-00034.01 sostuvo lo siguiente:

*“**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 cuál 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.”

Conforme a lo anterior, deberá declararse la nulidad relativa de los contratos de seguro objeto de la demanda por reticencia en la declaración de asegurabilidad por parte del demandante.

3.2. RETENCIÓN DE LA PRIMA DE SEGUROS Y EXONERACIÓN DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

Conforme al Código de Comercio, una de las consecuencias connaturales a la reticencia es la posibilidad que tiene la aseguradora de retener la prima pagada. Por lo tanto, pese a la declaratoria de nulidad del contrato, no hay lugar a efectuar la restitución de prestaciones mutuas. Al respecto establece el artículo 1059 del Código de Comercio lo siguiente:

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

3.3. FALTA DE PRUEBA DE LA CONFIGURACIÓN DEL SINIESTRO RESPECTO DEL ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

A pesar de la nulidad del contrato de seguro, en el eventual caso que el despacho considere que hay lugar a evaluar la cobertura, debe advertirse que sólo habrá lugar al pago de la suma asegurada si el demandante acredita cumplir con las condiciones contractuales para efectos de declarar la ocurrencia del siniestro. Estas condiciones se encuentran en el ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, el cual establece en su condición primera lo siguiente respecto al amparo aplicable al presente proceso:

“1. AMPARO

Para todos los efectos de este anexo se entiende por incapacidad total y permanente la sufrida por EL ASEGURADO, que haya sido ocasionada y se manifieste estando amparado por el presente Anexo, que le produzca lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida impidan a la persona realizar tres (3) o más de las actividades básicas de la vida diaria definidas así:

1.1 Aseo personal: Capacidad para lavarse en el baño o la ducha (incluyendo la entrada y salida de la misma) o de realizar su aseo personal por sí mismo.

1.2 Vestirse: Capacidad para ponerse, quitarse, atarse y desatarse todo tipo de prendas, así como aparatos ortopédicos de cualquier tipo, miembros artificiales y dispositivos quirúrgicos.

1.3 Comer: Capacidad para ingerir por sí mismo los alimentos, una vez preparados.

1.4 Higiene: Capacidad para usar un sanitario o para llevar a cabo sus necesidades fisiológicas en cualquier otra forma.

1.5 Movilidad: Capacidad para desplazarse en espacios interiores, de una habitación a otra en superficies planas.

1.6 Traslados: Capacidad para desplazarse desde la cama hasta una silla recta o silla de ruedas y viceversa.

Dicha incapacidad debe existir por un periodo continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y no haber sido provocada por EL ASEGURADO sea de forma consciente o inconsciente, voluntaria o involuntaria.

Sin perjuicio de cualquier otra causa de incapacidad total y permanente, se considerará como tal: la pérdida total e irreparable de la visión en ambos ojos, la amputación de ambas manos o de ambos pies, o de toda una mano y de todo un pie, eventos en los cuales, para que opere el amparo, no se requerirá que transcurra el período continuo de ciento cincuenta (150) días de incapacidad. (...)”

Así las cosas, para que se configure el siniestro se exige que se hayan producido unas lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, que impidan al asegurado desempeñar 3 o más de las actividades antes descritas, siempre que

dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de ciento cincuenta (150) días y que ello no haya sido provocado por el asegurado.

Conforme a las reglas de la carga de la prueba establecidas en el artículo 167 del Código General del Proceso y en el artículo 1077 del Código corresponde a la parte demandante probar la ocurrencia del siniestro, que fue definido en la condición primera del anexo de incapacidad total y permanente, para que pueda accederse a las pretensiones de la demanda. Es así como en el caso que nos ocupa no puede considerarse que el asegurado tenga una incapacidad total y permanente en los términos de la definición de la póliza, pues no se ha probado que el demandante no pueda desempeñar 3 o más de las actividades descritas y que la incapacidad haya existido por un período no continuo menor de ciento cincuenta días, motivo por el cual no se ha configurado el siniestro.

Por lo anterior, no hay lugar al reconocimiento de la prestación reclamada, pues el demandante no acredita las condiciones contractuales para efectos de declarar la ocurrencia del siniestro en la cobertura de incapacidad total y permanente.

3.4. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE PAGAR LOS INTERESES DE MORA RECLAMADOS EN LOS TÉRMINOS DE LA DEMANDA

En el artículo 1080 del Código de Comercio se fijó el momento en que la aseguradora debe realizar el pago de la indemnización, de la siguiente forma:

“ARTÍCULO 1080. <PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN E INTERESES MORATORIOS>.

El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.”

Quiere ello decir que únicamente habrá lugar al reconocimiento de los intereses cuando se corrobore que la Aseguradora incurrió en mora de pagar el siniestro, lo que, en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio ocurre al mes siguiente de haberse acreditado el derecho del demandante a recibir dicho pago. Justamente, ello será definido en el presente proceso mediante sentencia debidamente ejecutoriada.

Significa lo anterior que, SEGUROS BOLÍVAR no se encuentra en mora en la medida en que aún no se ha reconocido el derecho de los demandantes a reclamar el pago del siniestro. Motivo por el cual, tampoco le asiste la obligación a la aseguradora de pagar los intereses pretendidos con la demanda.

4. PRUEBAS

4.1. INTERROGATORIO DE PARTE. Que absolverá el demandante a instancias de la audiencia de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso.

4.2. DECLARACIÓN DE PARTE. Que rendirá el representante legal de SEGUROS BOLÍVAR a instancias de la audiencia de que trata el artículo 372 del Código General del Proceso.

4.3. DOCUMENTALES. Se les dará pleno valor probatorio a los siguientes documentos:

4.3.1. Certificado individual de seguro – Póliza No. 2592100025801

4.3.2. Condiciones generales del Seguro De Vida Grupo Davida Integral – Póliza No. 2592100025801

4.3.3. Declaración de asegurabilidad diligenciada electrónicamente por el demandante

4.3.4. Reclamación presentada por el demandante

4.3.5. Objeción a la reclamación del 29 de abril de 2019

4.3.6. Historia Clínica del demandante

4.3.7. TESTIMONIOS: Ruego citar como testigos a la señora LUZ MARINA CAMPO DAZA quien puede ser ubicado en la avenida El Dorado 68D-31 en la ciudad de Bogotá y contactada en el correo electrónico luz.campo.daza@segurosbolivar.com Quien declarará sobre la reticencia e inexactitud en la declaración del estado del riesgo realizada por el

demandante al momento de contratar el seguro de vida. Igualmente sobre la atención y revisión de la reclamación efectuada por el demandante.

4.4. PRUEBA MEDIANTE INFORME. En los términos de los artículos 275 y siguientes del Código General del Proceso, procederé a elevar mediante derecho de petición solicitud al ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD CACOM-5 DE LA FUERZA ÁREA COLOMBIANA – BASE ÁREA DE RIONEGRO de copia completa de las historias clínicas del paciente JAVIER ORLANDO RAMÍREZ MARTÍNEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.429.707.

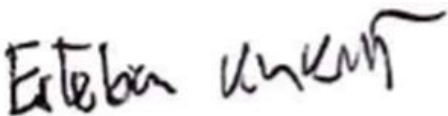
4.5. CONTRADICCIÓN DICTAMEN PERICIAL. Con fundamento en el artículo 228 del Código General del Proceso, y en atención a que se trata de un asunto que requiere especiales conocimiento científicos y técnicos, solicito la comparecencia de cualquiera de los intervinientes en la Junta Médico Laboral definitiva No. 090-18-CACOM 5 practicada al señor JAVIER ORLANDO RAMIREZ MARTINEZ, con el fin de ejercer el derecho de contradicción respecto del dictamen.

5. DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES JUDICIALES

APODERADO: Carrera 43 A No. 16 A Sur – 38 Ofi. 706 Medellín
ekc@abogadospinedayasociados.com
secretaria@abogadospinedayasociados.com

Medellín, septiembre 22 de 2021

Cordialmente,



ESTEBAN KLINKERT CORREA
C.C. 1.017.201.069
T.P. 287.674 del C.S. de la J.
PROFESIONAL ADSCRITO
ABOGADOS PINEDA Y ASOCIADOS S.A.S.