

Señores:
JUZGADO NOVENO CIVIL DEL CIRCUITO
Bogotá D. C.

PROCESO: Verbal
REFERENCIA: Radicación 2020 - 187
DEMANDANTE: ADRIANA MARÍA CHETHUÁN OCAMPO Y OTRO
DEMANDADO: POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

WILSON EDUARDO CASTAÑEDA HURTADO, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.443.884 de Bogotá D. C., abogado en ejercicio, con Tarjeta Profesional número 115.439 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en nombre y representación de la Persona Jurídica POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. identificada con NIT. 860.011.153 – 6 según poder conferido mediante escritura pública No. 2.202 del 23/10/2014 ante la Notaría 41 del Círculo de Bogotá D. C., comedidamente concurro a su despacho con el objeto de contestar la demanda, proponer las excepciones de mérito y objetar el juramento estimatorio de la cuantía, como medio de defensa en el asunto de la referencia:

OPORTUNIDAD PARA CONTESTAR:

Me encuentro en la oportunidad procesal señalada por el art. 369 del CGP de 20 días hábiles para contestar la demanda, si se considera que la notificación se realizó por mensaje de datos recibido el 11 de septiembre a las 12:20, por ello el termino de dos días del art. 8 del D/806/2020, corrió los días 14 y 15, iniciando el traslado el día 16 de los corrientes y vence el día 14 de septiembre de 2020.

SOBRE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA:

Me opongo a la totalidad de las pretensiones solicitadas por la parte demandante, en su escrito de demanda, en tanto que la entidad que represento no está obligada a indemnizar al demandante como consecuencia de la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 3400002518, teniendo en cuenta lo siguiente:

El señor SERGIO ANDRÉS RIVERA REYES (QEPD) – en adelante el Causante - para contratar el negocio financiero diligenció la Solicitud Individual de Seguro ante el Banco Corpbanca de Colombia S. A., hoy Banco Itau, dentro del contrato No. 119448 el día 15 de julio de 2014. A la hora de declarar su estado de salud NEGŌ padecer alguna enfermedad, respondiendo todas las preguntas sobre su estado de salud NEGATIVAMENTE, mintiendo sobre sus antecedentes de: “El asegurado tiene antecedentes de documentados **desde el 09/04/2014, de Enfermedad de Graves, en tratamiento con tapazol, clonazepam, escitalopram y eszopiclona...** Evaluación por medicina interna (22/07/2014), anotan que recibe tratamiento con psiquiatría, por ansiedad. Diagnóstico principal: Tirotoxicosis, no especificada. Paciente con patología de tiroides, descompensada.” La anterior conducta reticente o inexacta privó a la Aseguradora de retraerse de celebrar el contrato o hacerlo

en otras condiciones y es sancionado con la nulidad relativa del contrato de seguro. Art. 1058 del C. Cio.

Por lo anterior, POSITIVA S. A., no podrá ser declarada responsable a indemnizar al demandante por el presunto incumplimiento de la póliza pretendida en el numeral No. 1 de las pretensiones. Y la misma suerte deberán correr las pretensiones de la No. 2 a la No. 5, como consecuencia de no haber prosperado la pretensión declarativa.

SOBRE LOS HECHOS DE LA DEMANDA:

Al hecho No. 1: No nos consta la relación comercial entre el causante y la demandante y Banco Corpbanca Colombia S. A. La Póliza de Vida Grupo Deudores No. 3400002518 fue tomada por el Banco Corpbanca Colombia S. A., hoy Banco Itau Corpbanca Colombia S. A., en adelante Banco Itau - con el objeto de brindar cobertura a los asegurados reportados por el Tomador a partir del 01/09/2016 con renovaciones hasta el 31/08/2018. En donde el causante figura como asegurado. Con anterioridad a este contrato de seguro Positiva S. A. con 70% de participación y Generali Colombia Vida Compañía de Seguros S. A., con participación del 30% expedieron la Póliza No. 90 – 18 – 3000020 con vigencia desde el 01/09/2014 hasta el 01/09/2016. Contrato de seguro diferente al que es objeto de la Litis.

Al hecho No. 2: Es cierto.

Al hecho No. 3: Parcialmente cierto. La solicitud de seguro es un requisito previo de asegurabilidad que los interesados diligencian con el fin de declarar, entre otras cosas, su estado de salud (riesgo). Esta declaración sincera y veraz es parte esencial de la validez del contrato de seguro que esta por celebrarse. Se debe tener en cuenta que dicha Solicitud fue rendida para la Aseguradora Liberty Seguros S. A., quien en su momento tenía el contrato de seguro vigente.

Al hecho No. 4: Es cierto. Existe prueba documental que así lo indica.

Al hecho No. 5: No nos consta. Ante Positiva S. A., se radicó la reclamación objeto de la litis el día 29/07/2019. No nos consta reclamaciones realizadas al parecer por otros productos financieros. Que se pruebe.

Al hecho No. 6: No nos consta. Positiva S. A., resolvió oportunamente la reclamación OBJETANDO con argumentos serios y fundados el día 13/08/2019. Que se pruebe.

Al hecho No. 7: No nos consta. El hecho hace referencia a presuntas indemnizaciones por productos diferentes al contrato financiero objeto de la litis. Que se pruebe.

Al hecho No. 8: No nos consta. Los documentos de paz y salvo emitidos por el Banco Itau. Que se pruebe.

Al hecho No. 9: Es cierto. Es una transcripción de la objeción citada en la respuesta al Hecho No. 6.

Al hecho No. 10: Es cierto. Es una transcripción de la objeción citada en la respuesta al Hecho No. 6.

Al hecho No. 11: No es un hecho. Es una transcripción de normas y jurisprudencia, con una interpretación personal de la situación fáctica del caso.

Al hecho No. 12. Es cierto. Existe prueba documental.

Al hecho No. 13. Es cierto. Existe prueba documental.

Al hecho No. 14. Es cierto. Existe prueba documental.

Al hecho No. 15. Es cierto. Existe prueba documental.

Al hecho No. 16. Es cierto. Existe prueba documental.

Al hecho No. 17. No nos constan las razones de inasistencia a la audiencia de conciliación del Banco Itau.

HECHOS, FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO, DE LA DEFENSA:

Las fuentes formales del contrato de seguro en esencia se encuentran reguladas por el Libro Cuarto del Código de Comercio en su Título V – Del Contrato de Seguro: artículos 1036 al 1162. Con las modificaciones introducidas por las Leyes: 45 de 1990, 389 de 1997 y 510 de 1999. En materia del derecho público del contrato de seguro se regula por la inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, regulada por el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero – EOSF - y la circular externa CE 029/2014 que sustituyó la CE 007 de 1996. Es importante señalar como fuentes, las normas de protección al consumidor financiero establecidas en la Ley 1328/2009 y Ley 1480 de 2011.

El contrato de seguro ha sido definido por la doctrina de la Honorable Corte Constitucional como lo señaló en la Sentencia C-269/99:

(...) Elementos esenciales del contrato de seguro, sus partes y demás intervinientes. Obligaciones principales de las partes.

En el derecho colombiano, el contrato de seguro se encuentra regulado en el Decreto 410 de 1972 o Código de Comercio (Título V del Libro IV y en el Título XIII del Libro V), disposiciones que fueron objeto de algunas modificaciones posteriores como en efecto ocurrió con la Ley 45 de 1.990^[2] ; sin embargo, es de resaltar, que no existe en esa normatividad una definición expresa del mismo, por lo que una aproximación a ésta resulta de la labor interpretativa de los respectivos textos legales que ha elaborado la doctrina y la jurisprudencia. Es así como, para la Corte Suprema de Justicia, en relación con el concepto del contrato de seguro ha afirmado :

“... Aun cuando el Código de Comercio vigente en el país desde 1.972 no contiene en el Título V de su Libro Cuarto ninguna definición expresa del contrato de seguro, lo cierto es que con apoyo en varias de las disposiciones que de dicho Título hacen parte, y de modo particular en los artículos 1037,1045,1047,1054,1066,1072,1077 y 1082, bien puede decirse, sin ahondar desde luego en mayores detalles técnicos para el caso impertinentes, que es aquél negocio solemne, bilateral, oneroso,

aleatorio y de tracto sucesivo por virtud del cual una persona –el asegurador- se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina “prima”, dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al “asegurado” los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuestos en que se les llama de “daños” o de “indemnización efectiva”, o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro (...).^[3]

A su turno, la doctrina colombiana ha diseñado la siguiente noción para ese tipo de contrato^[4]:

“Es un contrato solemne, bilateral, oneroso y aleatorio (art. 1036), en que intervienen como partes el asegurador, persona jurídica que asume los riesgos (art. 1037, ord. 1º) y el tomador que, obrando por cuenta propia o por cuenta de tercero, traslada los riesgos (arts. 1037, ord. 2º y 1039), cuyos elementos esenciales son (art. 1045) el interés asegurable (arts. 1083 y 1137), el riesgo asegurable (art. 1054), la prima, cuyo pago impone a cargo del tomador (art. 1066) y la obligación condicional del asegurador que se transforma en real con el siniestro (art. 1072) y cuya solución debe aquel efectuar dentro del plazo legal (art. 1080). (...)”

De las anteriores citas y de conformidad con los artículos 1083, 1137, 1054 y 1066 del Código de Comercio, los elementos del contrato de seguro son: el interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima o precio del seguro y la obligación condicional del asegurador. Su importancia radica en que, si falta alguno de ellos, el contrato no produce efecto alguno^[5] (C.Co., art. 1045).

El interés asegurable, es decir, el objeto del contrato de seguro, equivale a “la relación económica, amenazada en su integridad por uno o varios riesgos, en que una persona se halla consigo misma o con otra persona, o con otras cosas o derechos tomados en sentido general o particular^[6]”, el cual presenta características diversas según se trate de seguros de daños o de personas. El riesgo asegurable ha sido definido por la legislación comercial como “... el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador.” (art. 1054).

El tercer elemento, o sea la prima o el precio del contrato de seguro (C.Co., art. 1045), comprende la suma por la cual el asegurador acepta el traslado de los riesgos para asumirlos e indemnizarlos en caso dado. En virtud de la obligación condicional, el asegurador asume el riesgo contratado por el tomador, mediante el pago de la prestación asegurada, sujeta la condición de ocurrencia del siniestro, dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 (C.Co., art. 1080^[7]). Dicho pago se traduce en una indemnización en los seguros de daños o en la cancelación de la suma asegurada en los seguros de personas.

De otro lado, en la formación y ejecución del contrato de seguro intervienen dos grupos de personas: a) las partes contratantes, que son las obligadas por el contrato y b) ciertas personas interesadas en sus efectos económicos. Son partes contratantes: el **asegurador**, o sea la persona jurídica que asume los riesgos debidamente autorizada para ello con arreglo a las leyes y reglamentos y

el **tomador**, esto es la persona que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos (C.Co. , art. 1037). Es preciso mencionar que el tomador es la persona natural o jurídica^[8] que interviene como parte en la formación del contrato, de la cual se exige una capacidad y conducta precontractual (C.Co., art. 1058), determinantes en la validez del negocio jurídico y a cuyo cargo corren ciertas obligaciones. La calidad de tomador es unitaria pues se utiliza en todos los contratos de seguro sin importar su naturaleza y objeto (seguros de daños y de personas) y en la mayoría de los casos coincide con la calidad de asegurado. Esto se desprende de la propia norma, cuando define al tomador como la persona que "obrando por cuenta propia o ajena , traslada los riesgos." (C.Co., art. 1037).

Participan en el contrato de seguro, además de las partes : el **asegurado**, como titular del interés asegurable o asegurado, lo que supone que, en los seguros de daños, es la persona cuyo patrimonio puede resultar afectado, directa o indirectamente, con la ocurrencia de un riesgo (C.Co., art. 1083) y en los seguros de personas, aquel cuya vida o integridad corporal se ampara con el contrato de seguro ; y el **beneficiario**, o sea la persona que tiene derecho a recibir la prestación asegurada, quien puede o no identificarse con el tomador o el asegurado, o ser designado en la póliza o por la ley (C.Co., art. 1142).

La negociación de seguros admite casos en los cuales el tomador, el asegurado y el beneficiario se identifican, en la medida en que sus calidades coinciden en una misma persona según la clase de seguro que se celebre; pero también existen situaciones en las cuales ninguna de ellas converjan ni siquiera en dos personas, como sucede normalmente en el seguro de vida, en donde el tomador, el asegurado y el beneficiario suelen presentarse en forma heterogénea.

Es necesario aclarar que con la entrada en vigencia de la Ley 389/97 (art. 1) el contrato de seguro dejó de ser solemne para darle paso a la consensualidad, pero a su vez el art. 3 de la misma Ley impuso la obligación de probarlo por escrito o por confesión. Así las cosas, el contrato de seguro se perfecciona por el solo consentimiento de las partes y se prueba por escrito o mediante confesión.

Ampliando estos conceptos la Corte Constitucional en su Sentencia T-609/2016, definió claramente la parte sustantiva del contrato de seguro, así:

"A su vez, el artículo 1036 del Código de Comercio establece como elementos definitorios del contrato de seguro los siguientes(22):

- (i) Consensual: se perfecciona y nace solo con el consentimiento, por lo que es necesario que exista un acuerdo de voluntades entre el asegurador y el tomador.*
- (ii) Bilateral: las partes se obligan recíprocamente. Igualmente, genera obligaciones para los dos contratantes, para el tomador, la de pagar la prima y para el asegurador, la de asumir el riesgo y por ende la de pagar la indemnización si llega a producirse el evento que la condiciona.*
- (iii) Oneroso: el contrato reporta beneficio para ambas partes. El tomador debe pagar la prima y el asegurador la prestación asegurada en caso de siniestro.*
- (iv) Aleatorio: en el contrato de seguro tanto el tomador como el asegurador están sujetos a una contingencia que es la posible ocurrencia de un siniestro.*
- (v) De ejecución sucesiva: las obligaciones a cargo de los contratantes se van desarrollando continuamente hasta su terminación.*

Ahora bien, el artículo 1045 del Código de Comercio establece cuales son los elementos esenciales del contrato de seguro, sin los cuales éste no produce efecto alguno. Dichos elementos son:

(i) *Interés asegurable*: es considerado el objeto del contrato. “La relación económica amenazada en su integridad por uno o varios riesgos, en que una persona se halla consigo misma o con otra persona, o con otras cosas o derechos tomados en sentido general o particular”(23).

(ii) *Riesgo asegurable*: “suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurador. Los hechos ciertos salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro (...)”(24).

Respecto a este punto, el Código de Comercio estipula que es obligación del tomador declarar los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, razón por la cual la reticencia o la inexactitud al hacerlo producen la nulidad del contrato. No obstante, dicha normativa también prevé que “las sanciones consagradas (...) no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente”(25).

(iii) *La prima o precio del seguro*: “comprende la suma por la cual el asegurador acepta el traslado de los riesgo para asumirlos e indemnizarlos en caso dado”(26).

(iv) *La obligación condicional*: “el asegurador asume el riesgo contratado por el tomador, mediante el pago de la prestación asegurada, sujeta a la condición de ocurrencia de un siniestro”(27).

Adicionalmente, el artículo 1047 del Código de Comercio establece que el contrato de seguro debe indicar además de las condiciones generales del contrato, las particulares, entendidas como las siguientes:

- “1) La razón o denominación social del asegurador;
- 2) El nombre del tomador;
- 3) Los nombres del asegurado y del beneficiario o la forma de identificarlos, si fueren distintos del tomador;
- 4) La calidad en que actúe el tomador del seguro;
- 5) La identificación precisa de la cosa o persona con respecto a las cuales se contrata el seguro;
- 6) La vigencia del contrato, con indicación de las fechas y horas de iniciación y vencimiento, o el modo de determinar unas y otras;
- 7) La suma aseguradora o el modo de precizarla;
- 8) La prima o el modo de calcularla y la forma de su pago;
- 9) Los riesgos que el asegurador toma su cargo;
- 10) La fecha en que se extiende y la firma del asegurador, y
- 11) Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes”.

Ahora bien, respecto del seguro de vida como modalidad contractual, la Corte Constitucional ha señalado que este es aquel “acuerdo de voluntades que realizan el tomador de póliza y la entidad aseguradora, donde el primero se obliga al pago de una prima destinada a integrar un fondo que, en caso de invalidez o muerte, habrá de amparar los perjuicios que sufran aquellos que estaban a su cargo, que serán llamados beneficiarios de la póliza. El desarrollo legal de este contrato se enmarca

dentro del régimen establecido en los artículos 1151 a 1162 del Código de Comercio”(28).

Finalmente, en Sentencia T-309A de 2013, la Sala Cuarta de Revisión reiteró que además de los elementos anteriores, todo acto jurídico, en especial el contrato de seguro está sometido a la primacía del principio de buena fe(29), el cual es fundamento esencial de los contratos en general. Esto, implica que las partes deben declarar con exactitud las circunstancias que constituyen el estado del riesgo, “con el fin de asegurar la libertad y transparencia en la contratación”(30).”

SOBRE LAS PREEXISTENCIA Y RETICENCIA O INEXACTITUD:

Para el caso concreto como mecanismo de defensa de mi representada es necesario profundizar en los conceptos de *reticencia* o *inexactitud* a la hora de declarar el estado del riesgo.

La Honorable Corte Constitucional analizó la constitucionalidad del art. 1058 del C. Cio mediante la Sentencia C-232/97 la declaró exequible en los siguientes términos:

“(.....) B.- La infidelidad a la ubérrima buena fe.

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.

A la doctrina nacional del derecho de seguros no ha escapado tal noción. Así, en sus comentarios al contrato de seguro, el doctor Hernán Fabio López Blanco manifiesta 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.” (Hernán Fabio López Blanco, Comentarios al Contrato de Seguro, 2a. edición, Dupré, Bogotá, 1993, pág. 118). Y el profesor Ossa dijo: “El asegurador no está obligado a verificar la exactitud de la declaración del estado del riesgo. Ni siquiera por su aspecto objetivo, menos aún por su aspecto moral. No existe norma legal que pueda invocarse para afirmar lo contrario.” (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 349).

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.

Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa, ni más ni menos, 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.

Joaquín Garrigues expresa que la exigencia de la ubérrima buena fe obedece el hecho de que "el seguro es un contrato celebrado en masa, en el que se ofrecen las características propias de un contrato de adhesión", agregando que "la exigencia de la buena fe lleva en el contrato de seguro a consecuencias extremas, desconocidas en los demás contratos. En tal sentido se dice que el seguro es *esuberrimae fidei contractus*. Esta nota peculiar se manifiesta no sólo en la ejecución del contrato (...), sino en el momento anterior al contrato. Esto es justamente lo típico del seguro. Ya hemos dicho que la entidad aseguradora debe escrupulosamente cumplir con el principio de la buena fe, pero lo característico es que la buena fe opera de modo especial respecto del contratante del seguro (tomador) en el momento en que éste todavía no lo es. Se trata de un deber precontractual a cargo del tomador del seguro, consistente en declarar exactamente todas las circunstancias que pueden influir en la apreciación de los riesgos, cuyas circunstancias el asegurador va a asumir(...)" (Joaquín Garrigues, ob. cit. págs. 256 y 257).

Naturalmente, 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 artículo 1058 del Código de Comercio.

Para la Corte Constitucional, es claro que el régimen rescisorio especial para las reticencias e inexactitudes relevantes, surge de bases objetivas, determinadas por la naturaleza de las cosas: la ineludible necesidad de contratar en masa, que constriñe a la empresa aseguradora, y la correlativa imposibilidad física de inspeccionar todos y cada uno de los riesgos contratados, que explica por qué el asegurador queda supeditado a la honradez del tomador, y por qué éste debe asumir, en todo momento, una conducta de máxima buena fe.

Finalmente, la justicia conmutativa hace fácil entender que si el asegurador, como se ha visto, está normalmente obligado a proceder con base en una extrema confianza respecto de la persona y las declaraciones del tomador, es equitativo y razonable que la traición de esa inusual confianza se castigue con sanciones que excedan los niveles ordinarios.

Ahora bien sobre las consecuencias de la reticencia o inexactitud dijo:

(...) Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.

En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del

riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

*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 sostienen 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. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).*

Lo anterior ha sido ratificado por la Honorable Corte Suprema de Justicia:

*Al respecto la Sala en SC 1° jun. 2007, rad. 2004-00179-01, precisó como [d]el referido texto legal [artículo 1058 del Código de Comercio] se puede deducir lo siguiente: (...) 4.1. Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formula el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo, no tiene por fuente misma dicho contrato sino que opera en la fase previa a su celebración ya que su objetivo es el de garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo, de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas (...) 4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; **lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)** 4.3. **Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro***

finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro.

SOBRE LA COBERTURA A LOS RIESGOS QUE ASUME LA ASEGURADORA:

Sumado a lo anterior y teniendo en cuenta lo señalado el contrato de seguro, en virtud del art. 1036 del Código de Comercio – en adelante C. Cio. – es consensual y bilateral y conforme al arts. 1047 y 1056 del C. Cio., las partes determinan dentro de su autonomía los riesgos que el asegurador toma a su cargo y a su arbitrio asume todos o alguno de los riesgos. Todo lo anterior en el marco del principio general de los contratos que “ley para los contratantes” art. 1602. C. Civil.

Para sustentar este argumento traigo a consideración lo establecido por la Corte Suprema de Justicia en Sentencia 2001-01023 de Agosto 30/2010. MP. Ruth Marina Díaz Rueda, así:

“En línea de principio, en el ámbito de los contratos de seguros cuando sea menester asumir la referida labor, esta corporación en reciente fallo expuso: “(...) debe ser interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley (C. de Co., arts. 1048 a 1050), los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria; que, ‘en otras palabras, el contrato de seguro es de interpretación restrictiva y por eso en su ámbito operativo, para determinar con exactitud los derechos y las obligaciones de los contratantes, predomina el texto de la que suele denominarse ‘escritura contentiva del contrato’ en la medida en que, por definición, debe conceptuársela como expresión de un conjunto sistemático de condiciones generales y particulares que los jueces deben examinar con cuidado, especialmente en lo que tiene que ver con las cláusulas atinentes a la extensión de los riesgos cubiertos en cada caso y su delimitación, evitando favorecer soluciones en mérito de las cuales la compañía aseguradora termine eludiendo su responsabilidad al amparo de cláusulas confusas que de estar al criterio de buena fe podrían recibir una inteligencia que en equidad consulte mejor los intereses del asegurado, o lo que es todavía más grave, dejando sin función el contrato a pesar de las características propias del tipo de seguro que constituye su objeto, fines estos para cuyo logro desde luego habrán de prestar su concurso las normas legales, pero siempre partiendo del supuesto, valga insistir, de que aquí no son de recibo interpretaciones que impliquen el rígido apego literal a estipulaciones consideradas aisladamente y, por ende, sin detenerse en armonizarlas con el espíritu general que le infunde su razón de ser a todo el contexto contractual del que tales estipulaciones son parte integrante’ 2º) En armonía también con las orientaciones generales ofrecidas en el numeral anterior, la Corte ha deducido como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento ‘de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o

algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado' (...).~o~

“Por lo anterior, ha señalado la Sala, ‘no puede el intérprete, so pena de sustituir indebidamente a los contratantes interpretar aparentemente el contrato de seguro para inferir riesgos que no han convenido, ni para excluir los realmente convenidos, ni tampoco hacer interpretaciones de tales cláusulas que conlleven a resultados extensivos de amparo de riesgos a otros casos que no solo se encuentran expresamente excluidos, sino que, por su carácter limitativo y excluyente, son de interpretación restringida’ (...).” (Sents. Cas. Civil, ago. 27/2008, exp. 1997-14171 y 19 de diciembre del mismo año, exp. 2000-00075. Se omitieron subrayados del texto original).” (Negritas fuera de texto)

SOBRE LA CARGA DE LA PRUEBA:

Por otra parte, una de las principales cargas procesales cuando se acude a la jurisdicción es lo relativo a los hechos que se alegan, que por regla general le corresponde a cada parte acreditar los hechos que invoca, tanto los que sirven de base para la demanda, como los que sustentan las excepciones, de tal manera que deben asumir las consecuencias negativas de no hacerlo: *“las partes en el proceso deben cumplir con el deber de diligencia en lo que pretenden probar. Ninguna debe obrar con inercia porque ello causa que las consecuencias adversas de la decisión sean deducidas en su contra. El proceso no premia la estrategia sino la solución del conflicto con la participación de las partes” (C. Cnal T-733-2013).*

Este postulado se recoge en nuestro ordenamiento jurídico en el art. 167 del CGP: *“Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”*. Y específicamente en el art. 1077 del C. Cio: *“Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad”*

La aseguradora por su parte prueba con documentos contentivos de la Póliza que existe una definición clara y precisa del amparo otorgado y con prueba documental la declaración reticente del real estado del riesgo.

SOBRE LA PRESCRIPCIÓN:

Por ser de interés en la causa se deben considerar de prescripción del Art. 1081 del C. Cio. Sobre ésta la Corte Suprema en Sentencia SC 130-2018 de Febrero 12/2018., la definió así:

“En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.

La primera “será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción” (inc. 2º); mientras que la otra “será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho” (inc. 3º); términos que “no pueden ser modificados por las partes” (inc. 4º).

En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones “tener conocimiento del hecho que da base a la acción” y “desde el momento en que nace el respectivo derecho”, empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007⁽³⁾:

...comportan ‘una misma idea’⁽⁴⁾, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad⁽⁵⁾, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”. En suma, la regla legal aplicable en casos como el presente, dista radicalmente del planteamiento del casacionista, pues el conocimiento real o presunto del siniestro por parte del interesado en demandar, es el hito temporal que debe ser considerado para que se inicie el conteo de la prescripción ordinaria⁽⁶⁾.

En compendio, el inicio del letal término sólo acontece dentro de las dos hipótesis antes explicadas, en su orden, desde el conocimiento del hecho base de la acción, o desde el momento en que nace el respectivo derecho.....

(sic)...Justamente, aparte de la interrupción civil, que aquí no es tema de decisión, bajo el tenor de esa última preceptiva, la interrupción natural de la prescripción acontece “por el hecho de reconocer el deudor la obligación, ya expresa, ya tácitamente” (inc.2º), manera esta de impedimento prescriptivo que es aplicable a las acciones del contrato de seguro, como ciertamente, fue reconocido por la Sala en fallo de casación de 23 de mayo de 2006 (Exp. 1998-03792-01).

Esa interrupción natural tiene que ser, como anotó la Corte en esa ocasión, por una conducta inequívoca, de esas que “encajan sin objeción en aquello que la doctrina considera el reconocimiento tácito de obligaciones, para lo cual basta ‘que un hecho del deudor implique inequívocamente la confesión de la existencia del derecho del acreedor: así, el pago de una cantidad a cuenta o de los intereses de la deuda, la solicitud de un plazo, la constitución de una garantía, las entrevistas preliminares con el acreedor para tratar del importe de la obligación, un convenio celebrado entre el deudor y un tercero con vista al pago del acreedor’ (Planiol, Marcelo y Ripert, Jorge, Tratado Práctico de Derecho Civil, T. VII, Cultural S.A., 1945, pág. 703)”.

La ley exige para la interrupción natural, que el deudor debe “reconocer”, es decir, asentir, consentir o aceptar la obligación, en forma expresa o tácita, como de manera análoga se establece para la renuncia tácita de la prescripción, en que el deudor “manifiesta por un hecho suyo que reconoce el derecho del dueño o del acreedor”, como por ejemplo, cuando “...el que debe dinero paga intereses o pide plazos” (C.C., art. 2514).

Por supuesto que hay una manifestación o conducta que no admite duda, según el significado de lo inequívoco, cuando las partes pactan que una conducta determinada tenga la consecuencia de consolidar un derecho, como entender aprobada una reclamación entre ellas, siempre que emane de una declaración de voluntad consciente y libre, que precisamente se conviene para evitar equívocos o discusiones sobre hipótesis del desarrollo negocial.”

Ahora bien, como la parte demandante propone que ha prescrito el derecho de Positiva S. A., de alegar la Nulidad Relativa del Contrato por Reticencia, por efecto de haber operado la prescripción extraordinaria del Art. 1081 del C. Cio., es importante precisar la **JURISPRUDENCIA RECIENTE EN MATERIA DE PRESCRIPCIÓN EXTRAORDINARIA DEL CONTRATO DE SEGURO Y NULIDAD RELATIVA POR RETICENCIA.**

SENTENCIA DE TUTELA - SALA DE CASACIÓN DE CIVIL Y AGRARIA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. MP: FRANCISCO TERNERA BARRIOS. 26/06/2020. RADICACIÓN N.º. 73001-22-13-000-2020-00103-01.

El cómputo de la prescripción extraordinaria que corre frente al asegurador ya sea para demandar o excepcionar la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia o inexactitud, se contabiliza desde la fecha de materialización de la inexactitud o reticencia que, en sede contractual, SERÁ ESTRICAMENTE AQUELLA EN LA CUAL SE PERFECCIONES EL CONTRATO VICIADO por la mediación de tales irregularidades (Reitera posición jurisprudencial sentada mediante Sentencia de Casación Rad. 5360 – 03/05/2000).

SENTENCIA DE CASACIÓN – SALA DE CASACIÓN CIVIL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. MP: AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO. 06/12/18. RADICACIÓN N.º 76001-31-03-012-2007-00217-01.

En la prescripción extintiva de las acciones derivadas del contrato de seguro la intención fue consagrar dos modalidades: la primera ordinaria, de tinte subjetivo, y la segunda extraordinaria, con visos meramente objetivos. Esta última (extraordinaria) corre en contra de toda persona, tiene un plazo para que se configure de 5 años e inicia a partir del momento en que nace el derecho, con total prescindencia de que haya sido conocido o no el hecho que daba lugar al reclamo.

La prescripción extraordinaria, se produce en todos los casos, o sea, aún cuando no se pueda establecer si el interesado tuvo o no conocimiento del hecho en cuestión. En caso de duda en la aplicación de una u otra prescripción debería acudir a la extraordinaria.

En materia de reticencias e inexactitudes, el término prescriptivo debe PARTIR DESDE LA CELEBRACIÓN DEL CONVENIO, TODA VEZ QUE ALLÍ LA EMPRESA ASEGURADORA CONOCIÓ O DEBIÓ CONOCER la falencia que ahora aduce. Al respecto se resalta lo adocinado por la Corte desde 2000:

“El término de la prescripción extraordinaria corre, según el evento, desde el día del siniestro, (cuando la acción ejercida es la de reconocimiento de la indemnización) o DESDE CUANDO SE PERFECCIONÓ EL CONTRATO VICIADO por una reticencia o inexactitud (si

se demanda la nulidad relativa del pacto), *háyase o no tenido conocimiento real o presunto de su ocurrencia, y no se suspende en ningún caso*".

(Reitera posición jurisprudencial sentada mediante Sentencia de Casación Rad. 5360 – 03/05/2000).

Dicha postura se reitera en las sentencias:

- SENTENCIA DE TUTELA – SALA CIVIL Y AGRARIA DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. MP: ÁLVARO FERNANDO GARCÍA RESTREPO. 03/08/2017. ID: 544667.
- SENTENCIA DE CASACIÓN- SALA DE CASACIÓN CIVIL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA. MP: FERNANDO GIRALDO GUTIÉRREZ. 21/04/2015. ID: 397088.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA CUANTÍA:

Dentro de la oportunidad señalada por art. 206 del C. G. P., con todo respeto, OBJETO el Juramento Estimatorio pretendido por la parte demandante.

Sea lo primero aclarar que su vocación como prueba del monto de la indemnización radica en que su estimación sea razonada y discriminada en cada uno de los conceptos. El juramento estimatorio de la demanda adolece del saldo insoluto de la deuda al 03/05/2018, fecha del siniestro (fallecimiento del causante). Es pertinente aclarar que según el contrato de seguro "CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S. A." Numeral 5.2., se estableció que el "amparo básico de vida, será el saldo insoluto de la deuda a la fecha de la muerte registrada en el registro de defunción".

Consideramos que el Juramento es inexacto porque la suma pretendida de \$450.838.817 corresponde el saldo de la deuda al 10/10/2019 y no a la fecha que hemos hecho referencia del siniestro.

Por lo anterior y para que éste cumpla con la eventualidad de ser medio de prueba se requiere que la parte demandante aporte o solicite las pruebas necesarias para que le sea reconocida la indemnización pretendida.

PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES DE MERITO:

NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD.

Se fundamenta esta excepción en los hechos, fundamentos y razones de la defensa ya expuestos y en especial al hecho que el señor SERGIO ANDRÉS RIVERA REYES (QEPD) diligenció la Solicitud Individual de Seguro ante el Banco Corpbanca de Colombia S. A., hoy Banco Itau, dentro del contrato No. 119448 el día 15 de julio de 2014. A la hora de declarar su estado de salud NEGÓ padecer alguna enfermedad, respondiendo todas las preguntas

sobre su estado de salud **NEGATIVAMENTE**, mintiendo sobre sus antecedentes de: “El asegurado tiene antecedentes de documentados **desde el 09/04/2014, de Enfermedad de Graves, en tratamiento con tapazol, clonazepam, escitalopram y eszopiclona...** Evaluación por medicina interna (22/07/2014), anotan que recibe tratamiento con psiquiatría, por ansiedad. Diagnóstico principal: Tirotoxicosis, no especificada. Paciente con patología de tiroides, descompensada.” Siendo este un hecho objetivo que basta con confrontar las pruebas documentales obrantes en el proceso.

Se aporta como prueba el certificado médico suscrito por la Dra. Angela Patricia Reyes Oviedo de C. C. No. 51.889.893. Medico Especialista con RM No 6085. Que analiza la Historia Clínica del asegurado y su incidencia en la objeción, así:

“... En estudio de la causa de la misma, se encuentra acta de inspección técnica a cadáver, en la que resaltan en hallazgos de la diligencia, la referencia a que la persona occisa presentaba problemas psiquiátricos, depresivos y de suicidio”. Posteriormente, el informe pericial de necropsia del Instituto de Medicina Legal dictamina "asfixia mecánica tipo ahorcamiento y muerte violenta, correspondiente a suicidio"... “Se revisa la historia clínica aportada de Bienestar IPS, encontrando antecedentes importantes desde el 09/04/2014, previos al ingreso a la presente póliza, de hipertiroidismo con enfermedad de Graves, en tratamiento con tapazol, por parte de endocrinología. Para ésta misma fecha, se documenta tratamiento adicional con fármacos del tipo antidepresivo, ansiolítico e hipnótico, para tratamiento de "ansiedad" por parte de psiquiatría, de acuerdo con el concepto de medicina interna, del 22/07/2014.

La doctora Reyes concluye: *“En conclusión, se encuentra que el asegurado del asunto presentaba antecedentes médicos de importancia, en tratamiento por endocrinología y psiquiatría, los cuales no fueron informados al momento de su ingreso y que, de haber sido conocidos por la compañía, habría requerido indagación y estudio detallado de sus antecedentes y condición de salud, con el fin de determinar el riesgo médico presente. Sin embargo, con los antecedentes patológicos y farmacológicos documentados desde el 09/04/2014, lo más probable es que la compañía se hubiese abstenido de asegurarlo o eventualmente, establecido condiciones más onerosas.*

Son hechos relevantes y determinantes para conocer el estado del riesgo que asume la aseguradora. No se trató de un descuido de cualquier ser humano, por ejemplo, a la pregunta “¿Padece alguna enfermedad actualmente?” Responde NO. Cuando existe evidencia en su historia clínica que estaba tomando medicamentos antidepresivos. La anterior conducta reticente o inexacta privó a la Aseguradora de retraerse de celebrar el contrato o hacerlo en otras condiciones y es sancionado con la nulidad relativa del contrato de seguro. Art. 1058 del C. Cio.

Dice la norma art. 1058 del C. Cio., que el tomador y/o asegurado está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según la información solicitada por el asegurador, basados en el principio de buena fe. Siendo pertinente aclarar que la norma exige “declarar” con la verdad el estado del riesgo, no solo “contestar” con la verdad, el hecho que la aseguradora no diligencie un cuestionario amplio presumiendo la mala fe del tomador, no quiere decir que este esté eximido de decir la verdad o decir verdades a medias, porque esta conducta engaña al asegurador, quien tiene

el derecho de conocer toda la verdad alrededor del riesgo que va a asumir de su cliente y no de quien pretende engañarlo ocultando hechos que de conocerlos lo llevaría a no contratar o hacerlo con una prima más alta.

Ahora bien, como la parte demandante alega que ha prescrito el derecho de Positiva S. A., de alegar la Nulidad Relativa del Contrato por Reticencia, por efecto de haber operado la prescripción extraordinaria del Art. 1081 del C. Cio., es importante tener en cuenta la reseña precedente sobre **JURISPRUDENCIA RECIENTE EN MATERIA DE PRESCRIPCIÓN EXTRAORDINARIA DEL CONTRATO DE SEGURO Y NULIDAD RELATIVA POR RETICENCIA.**

Conforme a este precedente jurisprudencial el termino prescriptivo inicia a correr desde la perfección del contrato, esto es desde el 01/09/2016, fecha en que inició la cobertura por parte de Positiva S. A., lo cual resulta apenas lógico porque no es admisible que le sean oponible a la aseguradora términos prescriptivos cuando no era parte del contrato. Por ello a la fecha de la proposición de esta excepción no han transcurridos los cinco años de la prescripción extraordinaria que trata al Art. 1081 Ibíd.

LIMITE A LA SUMA ASEGURADA:

Se fundamenta esta excepción en los hechos, fundamentos y razones de la defensa ya expuestos. Si bien está íntimamente relacionada con las anteriores por tratarse de los riesgos que asume la aseguradora, también se pacta la suma asegurada y se señala en la póliza como lo exige el numeral 7 del art. 1047 del C. Cio. Siendo del arbitrio del asegurador asumir todos o algunos de los riesgos a que se expone el interés asegurable y el patrimonio del asegurado. Art. 1056 C. Cio. Por tratarse de una póliza de Vida Grupo Deudores la suma asegurada corresponde saldo insoluto de la deuda al 03/05/2018, fecha del siniestro (fallecimiento del causante). Es pertinente aclarar que según el contrato de seguro “CONDICIONES PARTICULARES DEL SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S. A.” Numeral 5.2., se estableció que el “amparo básico de vida, será el saldo insoluto de la deuda a la fecha de la muerte registrada en el registro de defunción”.

Por lo anterior, lo que se alegue por fuera de los riesgos asegurados y por las sumas aseguradas, son ajenas el contrato de seguro y por ello no existen razones jurídicas o fácticas que obliguen a la aseguradora a indemnizar. Así la aseguradora no esta obligada a responder si no hasta la concurrencia de la suma asegurada (art. 1079 C. Cio)

LIMITE EN EL ALCANCE RECONOCIDO DEL INTERÉS MORATORIO.

Se fundamenta esta excepción en los hechos, fundamentos y razones de la defensa ya expuestos. En caso de en contratar responsabilidad de mi representada se deberá dar aplicación al art. 1080 del C. Cio y en el evento de ser reconocidos intereses estos deberán ser a partir de haber acreditado su derecho conforme al art. 1077 del C. Cio. Lo anterior en razón a que la reclamación del la parte demandante no se encuentra ajustada a la ley por los motivos serios y fundados que fue objetada, por ello, la constitución en mora de la aseguradora será como consecuencia a la reconvención judicial ya que sólo allí se tendrá como acreditado el derecho y desde esa fecha serán los efectos moratorios. En consonancia con el precedente jurisprudencial de la Corte Suprema de Justicia Sentencia SC 1916 - 2018 del 31/05/2018 siendo M. P. Aroldo Quiroz.

PRESCRIPCIÓN O CADUCIDAD DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO:

Se fundamenta esta excepción en los hechos, fundamentos y razones de la defensa ya expuestos. De lograrse probar que pasaron más de dos años sin ejercer la acción, solicito que se declare probada la prescripción de la acción.

BUENA FE EN CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES A SU CARGO:

Se fundamenta esta excepción en el hecho de que todas las actuaciones de mi representada han estado enmarcadas en la buena fe que la ley le exige en todas y cada una de sus relaciones jurídicas.

GENÉRICA O INNOMINADA:

Que se declare toda excepción cuyos presupuestos fácticos o jurídicos se determinen en el proceso.

SOLICITUD:

En caso tal que el despacho encuentre probada alguna de las excepciones propuestas solicito, respetuosamente, que se declare como probado y ponga fin al proceso a favor de mi representada y proceda a la condena a costas a que tenga lugar.

PRUEBAS:

Solicito se decreten a mi favor, los siguientes medios probatorios:

INTERROGATORIO DE PARTE:

Solicito se sirva decretar interrogatorio de parte al demandante ADRIANA MARÍA CHETHUÁN OCAMPO, en su dirección de notificaciones, para que lo absuelva mediante cuestionario que le formularé verbalmente en la audiencia que se programe para tal efecto o por escrito de acuerdo a las normas procesales.

Solicito se sirva decretar el interrogatorio de COPARTE al señor Representante Legal del Banco Itau Corpbanca Colombia S. A., quien es codemandado en la presente acción, en su dirección de notificaciones, para que lo absuelva mediante cuestionario que le formularé verbalmente en la audiencia que se programe para tal efecto o por escrito de acuerdo a las normas procesales. Este interrogatorio es necesario y pertinente para probar lo argumentado en la respuesta al hecho No. 3., y las demás que surjan en la Audiencia.

DOCUMENTOS:

Solicito tener como prueba de los hechos antes narrados los documentos que se aportan en copia autentica y copia simple, al tenor de los 244 y 246 del Código General del Proceso, las siguientes:

1. Certificado de vigencia de la Póliza objeto de la litis.
2. Póliza No. 3400002518.
3. Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.
4. Solicitud Individual de Seguro del 15/07/2024 dentro del contrato No 119448 con el Banco Corpbanca.
5. Certificado médico suscrito por la Dra. Angela Patricia Reyes Oviedo de C. C. No. 51.889.893. Medico Especialista con RM No 6085. Que analiza la Historia Clínica del asegurado y su incidencia en la objeción. Soportado con copia de la Necropsia, Acta de Inspección de Cadáver e Historia Clínica.
6. Memorial del Objeción que resuelve la reclamación al contrato de seguro del 13/08/2019.

Igualmente solicito, con todo respeto, se le ordene al Banco Itau Corpbanca Colombia S. A., codemandado en la presente causa, CERTIFIQUE con qué aseguradora tenía contrato de seguro vida grupo deudores para los créditos hipotecarios y leasing desde 27/07/2014, fecha de la solicitud de seguro y el 31/08/2016, fecha del último día antes de iniciar la vigencia del contrato de seguro con Positiva S. A. Esta prueba es necesaria y pertinente para probar lo argumentado en la respuesta al hecho No. 3., al tenor del Art. 167 y 246 del C. G. P., que dispone que las partes deben aportar los documentos que estén en su poder.

ANEXOS:

1. Escritura Pública No. 2.202 del 23/10/2014 de la Notaría 41 del Círculo de Bogotá D. C., por cual se me confiere poder para actuar.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal de POSITIVA S. A.
3. Los documentos aportados como prueba, señalados en el acápite correspondiente.
4. Copia para el archivo del despacho.

NOTIFICACIONES:

A Positiva Compañía de Seguros S.A., en su domicilio ubicado en AK 45 AUT NORTE No. 94 – 72 BOGOTÁ D. C. Email: notificacionesjudiciales@positiva.gov.co.

Al suscrito, Calle 72 # 29 – 40 de Bogotá D. C., celular 311-3415491, correo electrónico wech22@gmail.com.

Cordialmente,



WILSON EDUARDO CASTAÑEDA HURTADO
C.C. 79.443.884 de Bogotá D. C.,
T.P. 115.439. C. S. J.