

Doctor

JOHN FREDY CARDONA ACEVEDO

JUEZ 14 CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE MEDELLÍN

E.S.D.

Referencia: **Contestación a la demanda**

Radicado: **014-2020-00468-00**

Demandante: Cristina Salazar Montoya y Otra.

Demandados: Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa.

MARÍA CRISTINA ESTRADA TOBÓN, mayor de edad y vecina, identificada como aparece al pie de mi firma, en mi calidad de apoderada especial de la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA**, entidad demandada dentro del proceso de la referencia, de la manera más atenta me permito dar respuesta a la demanda instaurada, en los siguientes términos:

1. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA.

AL PRIMERO: Es cierto. La señora **ÁNGELA DEL SOCORRO MONTOYA DE SALAZAR** ostentaba la calidad de asegurada en la póliza de vida grupo número 9.700.900.010.

AL SEGUNDO: Es cierto, sin embargo, precisamos que los amparos y valores asegurados son los que se describen a continuación -tal y como se refieren en la Póliza que se aporta-:

AMPARO	VALOR A INDEMNIZAR
Amparo básico de muerte	\$20.000.000,00
Incapacidad total y permanente	\$20.000.000,00
Renta diaria por hospitalización	\$30.000
Unidad cuidados intensivos	\$60.000
Tratamiento médico y cirugía ambulatoria	\$30.000
Parto	\$30.000
Solicinasta	\$1.200.000,00

AL TERCERO: No es cierto. La póliza fue expedida por mi representada, el día 30 de diciembre de 2016, en el municipio de la Unión, tal y como consta en el documento contentivo de la póliza que se aporta con esta contestación.

AL CUARTO: Parece ser cierto de conformidad con la historia clínica que reposa en el expediente, que la señora Angela del Socorro Montoya estuvo hospitalizada en ese interregno de tiempo. Sin embargo, a mi representada no le consta cuál fue la causa de su fallecimiento.

AL QUINTO: Parece ser cierto, que el día 23 de febrero de 2018 se radicó una reclamación ante la Aseguradora, para que se hiciera efectiva la Póliza de Vida Grupo Nro. 9.700.900.010, con ocasión del fallecimiento de la señora Ángela del Socorro Montoya el día 4 de febrero de 2018. Sin embargo, a mi representada no le consta que las demandantes hubieran entregado toda la documentación e información requerida a la funcionaria Paula Andrea Patiño a través de la Asociación Mutual Bienestar.

AL SEXTO: No es cierto; en la objeción realizada por mi representada, en ninguna parte se argumentó la reticencia en la declaración de asegurabilidad, como lo enuncia el apoderado de la parte actora; En la citada comunicación, mi representada dio respuesta a la reclamación efectuada por las señoras Sandra Irley Salazar Montoya y Cristina Salazar Montoya, con el propósito de afectar el amparo básico de la Póliza Vida grupo No. 9.700.900.010, haciendo las siguientes observaciones:

“(...) Dentro de la descripción del producto ofrecido por esta compañía, se indica claramente que no se cubren las preexistencias que, con posterioridad a la suscripción del contrato de seguro, reclame el asegurado.

Requisitos de asegurabilidad

Estar en buen estado de salud, es decir, que el asegurado no padezca ni haya padecido trastornos cardiovasculares (...) cáncer (...) o cualquier otra enfermedad preexistente en la póliza.

*Ahora bien, una vez analizados los documentos soporte de la solicitud, entre otros, las historias clínicas médicas entregadas, **se evidencia que la Señora Ángela del Socorro Montoya de Salazar ingresó a la Póliza con antecedentes de cáncer uterino, con histerectomía practicada en el año 2003;** dicha circunstancia médica se convierte en una preexistencia no cubierta.*

*Al respecto, Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, le informa que no procede favorablemente su petición, decidiendo objetar la reclamación presentada y por ende se declina el pago pretendido, **dado que la preexistencia presentada por la Señora Ángela del Socorro Montoya***

de Salazar, cáncer uterino, se convierte en un eximente de responsabilidad". (Subraya y negrilla propia).

AL SEPTIMO: A mi representada no le consta que las señoras Sandra Irley Salazar Montoya y Cristina Salazar Montoya, enviaron un derecho de petición a la Aseguradora Solidaria con posterioridad a la comunicación del 27 de abril de 2018 que decidió objetar la reclamación; en efecto, si bien en el expediente se observa un derecho de petición con fecha del 4 de mayo de 2018, el mismo no cuenta con constancias de entrega o sello que acredite la remisión a la Aseguradora.

Reiteramos que la referida objeción, en ninguno de sus apartes refiere que la misma se fundamentó en la reticencia de la declaración de asegurabilidad por parte de la asegurada, como lo pretende hacer ver el apoderado de las demandantes.

AL OCTAVO: Sobre lo enunciado en este hecho de la demanda, nos permitimos manifestar lo siguiente:

- A mi representada no le consta que las hermanas Salazar Montoya hubieran acudido a la entidad tomadora del seguro e igualmente desconoce la supuesta información allí brindada.
- Sin embargo, es preciso aclarar que en las Condiciones Particulares de la Póliza Vida grupo No. 9.700.900.010 - que se aportan con esta contestación- se observa lo siguiente:

“REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

ESTAR EN BUEN ESTADO DE SALUD, ES DECIR QUE EL ASEGURADO NO PADEZCA, NI HAYA PADECIDO TRASTORNOS CARDIOVASCULARES NI RENALES, PRESIÓN ARTERIAL ALTA,

*DERRAMES CEREBRALES, **CÁNCER**, LEUCEMIA, TRASTORNOS INMUNOLÓGICOS, ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO O PADECIMIENTOS RELACIONADOS CON SIDA O CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD PREEXISTENTE EN LA PÓLIZA; IGUALMENTE, QUE A LA FECHA DE INGRESO NO TENGA PÉRDIDAS FUNCIONALES ANATÓMICAS NI HAYA SUFRIDO ACCIDENTES QUE LE IMPIDAN DESEMPEÑAR LAS LABORES PROPIAS DE SU PROFESIÓN". (Negrilla y subraya propia).*

Como se observa entonces, desde el pluricitado condicionado de la Póliza se estableció que la asegurada debía encontrarse en buen estado de salud y para el caso en concreto, **no padecer o haber padecido cáncer**, por lo que, de acuerdo con la historia clínica que se evidencia en el expediente, la Señora Ángela Del Socorro Montoya tenía antecedentes de cáncer uterino, con histerectomía practicada en el año 2003.

AL NOVENO: Es cierto, tal y como consta en el expediente, el día 21 de mayo de 2020, se llevó a cabo la audiencia de conciliación extrajudicial sin que se haya logrado acuerdo alguno.

2. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.

De conformidad con lo que pasaremos a explicar, **nos oponemos a todas y cada una de las pretensiones de la demanda**, por cuanto, **es evidente que en el presente caso se presenta la nulidad por reticencia**, tal y como se fundamentó por parte de mi representada en la objeción a la reclamación formulada por las demandantes de fecha del 27 de abril de 2018, referida previamente, por lo tanto,

no le es dable a mi representada, el responder por la indemnización pretendida en la demanda incoada.

3. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.

3.1. PRINCIPALES.

3.1.1. NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA.

Mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia, expidió la póliza seguro de vida grupo Nro. 9.700.900.010 con vigencia inicial del 30 de diciembre de 2016 al 30 de diciembre de 2017, renovada el 30 de diciembre de 2017 hasta el 30 de diciembre de 2018 (vigencia para el caso en mención), cuyo objeto era amparar el riesgo básico de muerte, incapacidad total y permanente, entre otros allí referidos.

Ahora, teniendo en cuenta la póliza Nro. 9.700.900.010, en cuya vigencia se enmarcaría el objeto de la acción que nos convoca, se observa en la caratula lo siguiente:

*“(...) Así mismo manifiesto que **he leído, analizado, revisado y comprendido** la constancia de asesoría y la declaración de Asegurabilidad que se encuentra al respaldo de este documento, **las cuales acepto en todas sus partes y certifico que toda la información contenida es veraz y verificable**, en constancia firmo:*

*Firma del Asegurado: **Ángela Montoya**.
C.C:21.847.731”. (Subraya y negrilla intencional).*

En este sentido, en la constancia de asesoría de la mencionada Póliza vida grupo - y que se aporta-, se observa lo siguiente, a saber:

“Certifico que he recibido y entendido la siguiente información:

*(...) El estado de salud que ha declarado al ingresar a la póliza es de suma importancia **porque las enfermedades preexistentes como, cáncer, enfermedades cardiovasculares o renales, epilepsia entre otras, implican nulidad de la cobertura si estas eran de su conocimiento previo al ingreso a la póliza.***

(...) Recomendamos leer atentamente el clausulado adjunto, en donde se detallan los amparos y exclusiones de la póliza”. (negrilla y subraya propia).

Siendo así, en las Condiciones Particulares de la póliza de seguro de vida Grupo Mutual Bienestar -y que se aportan con la presente contestación-, se evidencia lo siguiente:

“4. AMPARO. COBERTURAS Y EXCLUSIONES:

(...) EXCLUSIONES DEL AMPARO BASICO:

*El amparo básico de muerte se otorga sin exclusiones; **no obstante, en todos los casos se aplicarán los términos de los artículos 1058 y 1158 del Código de Comercio**”. (Subraya y negrilla propia).*

Por su parte, los citados artículos 1058 y 1158 del Código Comercio, disponen 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. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo (...).

“Artículo 1158. Prescindencia de examen médico y declaración del estado del riesgo: 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”.

(Subraya y negrilla propia).

En el mismo contexto, en las precitadas condiciones particulares que se aportan, también se observa lo siguiente sobre los requisitos de asegurabilidad, a saber:

“REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

ESTAR EN BUEN ESTADO DE SALUD, ES DECIR QUE EL ASEGURADO NO PADEZCA, NI HAYA PADECIDO TRASTORNOS CARDIOVASCULARES NI RENALES, PRESIÓN ARTERIAL ALTA,

DERRAMES CEREBRALES, CÁNCER LEUCEMIA, TRASTORNOS INMUNOLÓGICOS, ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO O PADECIMIENTOS RELACIONADOS CON SIDA O CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD PREEXISTENTE EN LA PÓLIZA; IGUALMENTE, QUE A LA FECHA DE INGRESO NO TENGA PÉRDIDAS FUNCIONALES ANATÓMICAS NI HAYA SUFRIDO ACCIDENTES QUE LE IMPIDAN DESEMPEÑAR LAS LABORES PROPIAS DE SU PROFESIÓN". (Negrilla y subraya propia).

Como puede observarse, es claro que, de conformidad con lo pactado en el contrato de seguro, la señora Ángela del Socorro Montoya, manifestó inequívocamente haber leído, comprendido y analizado las condiciones particulares del presente seguro de vida grupo; y, en este sentido, podemos afirmar entonces, que conoció tanto los requisitos de asegurabilidad como las exclusiones del amparo básico ya precisadas, por lo anterior, las preexistencias padecidas por la asegurada -como el cáncer-, constituyen la nulidad relativa del contrato de seguro, al tenor de lo establecido en el artículo 1058 de C de Co.

Vale la pena anotar, que mi representada dio aplicación a lo establecido en el artículo 1158 del C de Co, cuando establece 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”*.

Siendo esto así, de acuerdo con la historia clínica que reposa en el expediente, la Señora Ángela del Socorro Montoya de Salazar, ingresó a la Clínica las Vegas el día 24 de enero de 2018; y, allí se precisó lo siguiente sobre su condición y las causas de su lamentable fallecimiento, a saber:

“Fecha de ingreso: 24/1/2018 23:37

Motivo de consulta

Remitida por HSA

ENFERMEDAD ACTUAL

Ingreso a Clínica San Juan de la Ceja el día 21.01.18 llevado del Hospital de la Unión por emergencia hipertensiva con órgano blanco cerebro.

Se realizó TAC de cráneo simple que evidenció HSA Fischer 4, WFNS IV, HH V. Con sangrado intraventricular con dilatación ventricular y abaloramamiento del III e hidrocefalia.

El 22.1.18 se realizó ventriculostomía externa por hidrocefalia.

El 23.01.18 iniciaron ampicilina/sulbactam por requerimiento de soporte ventilatorio alto y derrame pleural bilateral.

Se encontró con hipocalcemia e hipomagnesemia, está en corrección

24.01.18 TAC de control con mejoría leve del sangrado, mejoría de la hidrocefalia, hipodensidad bifrontal (vasoespamo)

Remiten a esta clínica para arteriografía y exclusión de aneurisma

Antecedentes

Patológicos

- Niega

Quirúrgicos

*- **Histerectomía por Cáncer en 2003.***

Tóxicos

- *Tabaquismo pesado*
- *Alcoholismo activo.*

(...)

TIPO DE EVOLUCIÓN:

FECHA: **4/2/2018 21:35**

SUBJETIVO:

Paciente fallece a las 9:03 pm con dx *anoxia cerebral secundaria a choque vasoplegico de origen central secundario a herniación de tallo secundario a ECV hemorrágica más edema cerebral.*

Firmado por: Carlos Mario Blandón Barreneche, Intensivista, REG: 18516-87

(...)

EGRESO:

UBICACIÓN: UCI ADULTOS, SEDE: INVERSIONES MÉDICAS DE ANTIOQUIA S.A, CAMA: 607, FECHA: 4/2/2018.

CAUSA DE GRESO: DEFUNCIÓN MÁS DE 48 HORAS.

DIAGNOSTICO DE EGRESO: HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, NO ESPECIFICADA.

FECHA Y HORA DE LA MUERTE: **4/2/2018 21:03**

CAUSA BASICA DE LA MUERTE: HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA, NO ESPECIFICADA.

MUERTE: SÍ.

*Firma del médico tratante CARLOS MARIO BLANDON BARRENECHE,
INTENSIVISTA, Reg: 18516-87*

CC 70548560

***FECHA Y HORA** 04/02/2018 21:38". (Subraya y negrilla propia).*

Como puede observarse entonces, de la historia clínica aportada al presente proceso por la parte actora, se desprende que la Señora Ángela del Socorro Montoya de Salazar tenía antecedentes por cáncer e histerectomía practicada en el año 2003, hecho éste, que no advirtió a mi representada al momento de suscribir el contrato de seguro. Así mismo, también se desprende que la señora Ángela falleció el día 4 de febrero de 2018 producto de una hemorragia subaracnoidea no especificada.

De conformidad con las anteriores anotaciones en la historia clínica, es evidente que la señora Ángela del Socorro padeció cáncer y fue tratada aproximadamente desde el año 2003; por ende, para el momento de suscribir el contrato de seguro el 31 de diciembre de 2016 fue reticente y omitió consagrar y manifestar que había padecido cáncer y recibido tratamiento por éste mucho antes de firmar la constancia de asesoría y la caratula de la Póliza en cuestión.

En efecto, de conformidad -con el art. 1058 del Código de Comercio-, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancia que hubieran llevado a que el asegurador no la hubiera asegurado o lo hubiera hecho en condiciones diferentes, produce la nulidad relativa del contrato de seguro.

Establece así el citado artículo:

*“ARTÍCULO 1058. <DECLARACIÓN SOBRE EL ESTADO DEL RIESGO.>
El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o*

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

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

...

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.”

Es importante tener en cuenta que la Jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia ha sido clara en establecer que de acuerdo con el artículo 1058 del C. de Co, cuando en la declaración del estado del riesgo se omite información relevante y sí hubo reticencia en la información suministrada por parte del interesado en el seguro, el contrato es nulo y el evento no estará cubierto por la póliza suscrita.

Indica la Corte Suprema en reciente sentencia¹ con ponencia del doctor Edgardo Villamil Portilla, lo siguiente:

¹ Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 1 de septiembre de 2020, MP Edgardo Villamil Portilla.

*(...) Se evidencia entonces que hubo reticencia al hacer las declaraciones de asegurabilidad que, repítase, son parte del contrato, **pues se ocultó información importante** sobre el pasado delictual del asegurado, aspecto que resultaba relevante para la aseguradora, en tanto que ella inquirió información sobre aquellos antecedentes por ser datos importantes para calificar la intensidad del riesgo, pues a ojos del asegurador **los antecedentes permitirían establecer un margen de probabilidad del siniestro**; todo sin que pueda atribuirse negligencia a la demandada, porque el asegurado es la fuente privilegiada de información completa y veraz sobre sus circunstancias personales, que sin duda constituyen el estado del riesgo y por tanto influyen de manera determinante en el consentimiento del asegurador, al punto que pueden llevarlo a desistir del otorgamiento del amparo, si no es que influyen en el cálculo de la prima. (...) (subrayas y negrillas fuera de texto).*

(...)

*“Así las cosas, en el contrato de seguro la exigencia de ubérrima buena fe aumenta en grado superlativo, pues como ha dicho la Corte, en materia de este negocio jurídico, la protección de las partes que concurren requiere el máximo de transparencia posible, **de modo que las decisiones se tomen con plenitud de información relevante. De esta manera, 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, puesto que la salud personal [o antecedentes penales, se agrega] viene a estar asociada a la intimidad del asegurado" (Sent. Cas. Civ. de 19 de diciembre de 2005, Exp. No. 566501). (...)

"(...) de donde se desprende de modo general, que basta con establecer que hubo falta de sinceridad del tomador para que emerja la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro. (...)

*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. (...)***

*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 distincos, 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" (Sent. Cas. Civ. de 1º de junio de 2007, Exp. No. 00179-01). (...)

Por otro lado, en Sentencia² del 4 de marzo de 2016, con ponencia del Magistrado Fernando Giraldo Gutiérrez, se precisó lo siguiente en lo que concierne al estado del riesgo, así:

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

²Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 4 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, rad 05001-31-03-003-2008-00034-01

se haya aún agotado, lo que se traduce en que su divulgación se tornaría oportuna y conducente, lo que corrobora la pertinencia del prenotado deber jurídico -o carga-.” (cas. civ. de 2 de agosto de 2001; exp.: 6146). (subraya y negrilla propia).

Ahora, si estudiamos tanto el artículo 1058 del C. de Co como los antecedentes jurisprudenciales citados, debemos necesariamente concluir que en el presente proceso, no nos encontramos ante un error inculpable del asegurado que permita llegar a una solución distinta a la nulidad relativa del contrato por reticencia, y que adicionalmente, el vicio aludido se generará independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos negados u ocultados por quien tomó el seguro, lo que en suma, nos permite afirmar que la señora Ángela del Socorro Montoya de Salazar fue reticente y no manifestó a mi representada sus antecedentes por cáncer e histerectomía practicada en el año 2003, **lo que constituye entonces una omisión que necesariamente debe ser sancionada con la declaración de nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia de la asegurada.**

3.1.2. INEXISTENCIA DE ERROR INCULPABLE

Establece la doctrina que el error inculpable ocurre “*cuando la parte asegurada ha actuado con buena fe, pero no solamente con buena fe sino con buena fe exenta de culpa.*”³

De acuerdo con lo anterior, se hace imposible circunscribir el actuar de la señora Ángela del Socorro Montoya, como de buena fe exenta de culpa, máxime que con

³ Ordoñez Ordoñez, Andrés E. Las obligaciones y las cargas de las partes en el contrato de seguro y la inoperancia del contrato de seguro. Lecciones de derecho de seguros No. 3, Universidad Externado de Colombia, 1ª Edición, 2004, pág. 29.

la demanda se aporta su Historia Clínica en la cual, es posible evidenciar que desde el año 2003 le fue practicada una histerectomía por cáncer:

“Antecedentes

Patológicos

- *Niega*

Quirúrgicos

- **Histerectomía por Cáncer en 2003.**

Tóxicos

- *Tabaquismo pesado*

- *Alcoholismo activo (...)*. (Subraya y negrilla propio).

Por lo tanto, es evidente que la Señora Montoya de Salazar, desde mucho antes de suscribir la Póliza, en diciembre de 2016, ya había padecido o había sido diagnosticada e intervenida quirúrgicamente con ocasión de cáncer, por lo que es claro que ella tenía conocimiento de su situación médica y omitió declararlo a la Aseguradora.

Por lo tanto, basta con revisar nuevamente los requisitos de asegurabilidad mencionados en el extracto de condiciones particulares -y que se aporta-, para deducir que la señora Montoya de Salazar tenía la obligación de manifestar su condición médica.

Así las cosas, salta a la vista que en el presente caso no puede decirse que la asegurada incurrió en un error inculpable puesto que desde el año 2003, como se

evidenció en la historia clínica aportada al proceso y referida a lo largo de este escrito, la señora Ángela del Socorro Montoya de Salazar tenía pleno conocimiento de su diagnóstico y patología de cáncer, y pese a esto, decidió guardar silencio sobre su padecimiento al momento de suscribir y aceptar las condiciones del contrato de seguro.

Por lo anterior, no queda duda que la única sanción posible en este caso es la nulidad relativa del contrato de seguro, ya que la asegurada fue reticente y omitió informar a la Compañía de seguros que había padecido cáncer en el año 2003 y que había sido intervenida quirúrgicamente por dicha situación.

IMPROCEDENCIA DE ANALIZAR EL CASO ESTABLECIENDO UN NEXO CAUSAL ENTRE LA RETICENCIA Y/O INEXACITUD, CON LA CAUSA DEL SINIESTRO

3.1.3. NO ES NECESARIO ACREDITAR UNA RELACIÓN ENTRE LA RETICENCIA Y/O INEXACTITUD DEL ASEGURADO CON LA CAUSA DEL SINIESTRO

La doctrina sobre este tema se ha pronunciado de la siguiente forma:

*“Surge con frecuencia la pregunta de si las sanciones derivadas de la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo solamente es procedente en la medida en que el siniestro afecta la cobertura del seguro esté relacionada con ellas, o si, por el contrario, esas sanciones proceden independiente de la causa que haya dado lugar al siniestro. Frente a la legislación colombiana, es indudable que ocurre esto último. **Definitivamente el artículo 1058 del C.de 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 asegurado, como***

consecuencias características de la inexactitud o reticencia relevantes en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador.⁴

Así mismo la jurisprudencia de la Corte Constitucional al resolver sobre la exequibilidad del artículo 1058 del C.Co., precisó:

*“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*

⁴ *Ibíd.*, pág. 46 y 47

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).⁵

Así las cosas, no queda la menor duda que en el presente caso la señora Ángela del Socorro Montoya de Salazar, al firmar y diligenciar la constancia de asesoría y la caratula de la Póliza, ocultó datos relevantes sobre su estado de salud, viciando de esta forma por completo el contrato de seguro celebrado, de conformidad con lo estipulado en el artículo 1058 del C de Co., motivo por el cual, de forma acertada mi representada, mediante comunicación del 27 de abril de 2018, objetó el pago petitionado, bajo los siguientes términos:

*"(...) Dentro de la descripción del producto ofrecido por esta compañía, **se indica claramente que no se cubren las preexistencias que, con posterioridad a la suscripción del contrato de seguro, reclame el asegurado.***

Requisitos de asegurabilidad

***Estar en buen estado de salud, es decir, que el asegurado no padezca ni haya padecido** trastornos cardiovasculares (...) **cáncer** (...) o cualquier otra enfermedad preexistente en la póliza.*

*Ahora bien, una vez analizados los documentos soporte de la solicitud, entre otros, las historias clínicas médicas entregadas, **se evidencia que la Señora Ángela del Socorro Montoya de Salazar ingresó a la Póliza con antecedentes de cáncer uterino, con histerectomía practicada en el año***

⁵ Sentencia C-232/97 Magistrado ponente: Dr. JORGE ARANGO MEJÍA. Sentencia aprobada en Santafé de Bogotá, Distrito Capital, según consta en acta número diez y nueve (19), a los quince (15) días del mes de mayo de mil novecientos noventa y siete (1997).

2003; dicha circunstancia médica se convierte en una preexistencia no cubierta.

Al respecto, Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, le informa que no procede favorablemente su petición, decidiendo objetar la reclamación presentada y por ende se declina el pago pretendido, **dado que la preexistencia presentada por la Señora Ángela del Socorro Montoya de Salazar, cáncer uterino, se convierte en un eximente de responsabilidad**. (Subraya y negrilla propia).

3.1.4. LA GENERICA.

Le solicito se sirva declarar todas aquellas excepciones de mérito que no hubieren sido presentadas, pero que hayan sido de acuerdo con la ley, debidamente probadas dentro del proceso, de acuerdo con el principio *iura novit curia*.

3.2. SUBSIDIARIAS

3.2.1. OPOSICIÓN A LA SOLICITUD DE PAGO DE INTERESES MORATORIOS DEL ARTÍCULO 1080 DEL C.CO.

No hay lugar al reconocimiento de la pretensión de pago de los intereses moratorios solicitada, toda vez que como claramente lo manifestó mi representada de manera juiciosa y jurídicamente ajustada, en la objeción a la reclamación del seguro referido -de fecha 27 de abril de 2018-, no era procedente el reconocimiento del amparo básico de muerte, como claramente lo indicó en los siguientes términos:

“(…) Dentro de la descripción del producto ofrecido por esta compañía, se indica claramente que no se cubren las preexistencias que, con posterioridad a la suscripción del contrato de seguro, reclame el asegurado.

Requisitos de asegurabilidad

Estar en buen estado de salud, es decir, que el asegurado no padezca ni haya padecido trastornos cardiovasculares (...) cáncer (...) o cualquier otra enfermedad preexistente en la póliza.

*Ahora bien, una vez analizados los documentos soporte de la solicitud, entre otros, las historias clínicas médicas entregadas, **se evidencia que la Señora Ángela del Socorro Montoya de Salazar ingresó a la Póliza con antecedentes de cáncer uterino, con histerectomía practicada en el año 2003;** dicha circunstancia médica se convierte en una preexistencia no cubierta.*

*Al respecto, Aseguradora Solidaria de Colombia, Entidad Cooperativa, le informa que no procede favorablemente su petición, decidiendo objetar la reclamación presentada y por ende se declina el pago pretendido, **dado que la preexistencia presentada por la Señora Ángela del Socorro Montoya de Salazar, cáncer uterino, se convierte en un eximente de responsabilidad**”. (Subraya y negrilla propia).*

En este sentido la Corte, en providencia⁶ del 3 de diciembre de 2019, expresó lo siguiente:

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sentencia del 3 de diciembre de 2019, MP Luis Alonso Rico Puerta, RAD 11001-31-03-015-2008-00102-01

*“Lo anterior en tanto que, como lo ha advertido insistentemente la Sala, **“la falta de certeza excluye la posibilidad legal de que la deudora se encuentre en mora de pagar la obligación,** requisito éste que desde antaño exige la jurisprudencia de esta Corporación, como puede verse en sentencia de casación de 27 de agosto de 1930, en la cual en forma categórica se expresó que ‘**la mora en el pago solo llega a producirse cuando existe en firme una suma líquida**’, a cargo del deudor (G. J. T. XXXVIII, pág. 128)” (CSJ SC, 10 jul. 1995, rad. 4540).*

Más recientemente la Corte reiteró este razonamiento: “(...) las indemnizaciones por el incumplimiento del pago de un capital se imponen frente a una obligación cierta e indiscutida, según lo prevenido, por regla general, en los artículos 1608 y 1617 del Código Civil, de ahí que cuando la misma nace en la sentencia, como en el caso, tales efectos no son retroactivos. La ‘constitución en mora’ -dice la Corte- supone la existencia cierta e indiscutida de la respectiva obligación (...). De ahí que la ‘mora en el pago solo llega a producirse cuando existe en firme una suma líquida’ (...). (Sentencia de 3 de noviembre de 2010)” (CSJ SC, 14 dic. 2011, rad. 2001-01489-01).

Entonces, sin perder de vista el específico contexto en el que se suscitó este debate, se concluye que no era factible que la Cámara de Comercio acreditara “su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077” (conforme el canon 1080 del estatuto mercantil), antes de que ese derecho se cristalizara y delimitara a partir de múltiples providencias – incluyendo esta sentencia–. Por ende, la Sala negará el reconocimiento de réditos moratorios en la forma pretendida, y estos solo se impondrán como consecuencia del eventual retardo en el cumplimiento de la carga, esta sí indiscutida, que se impondrá ahora». (subraya y negrilla propia).

Como puede observarse entonces, mi representada, en la objeción a la reclamación formulada, de fecha del 27 de abril de 2018, sustentó claramente por qué no era procedente el pago requerido, lo que, en suma, no constituye ningún retraso injustificado sobre el pago pretendido, lo que ineludiblemente nos lleva a concluir que mi representada fundó su decisión de no pago en argumentos jurídicos claros y legítimos.

Por lo tanto, mi representada la Aseguradora Solidaria de Colombia, no está obligada a proceder con el reconocimiento de intereses moratorios conforme al artículo 1080 del C. Co, toda vez que no debe efectuar el pago del siniestro, pues, la asegurada, al omitir y no declarar de manera sería el haber padecido cáncer, fue reticente y no permitió una debida valoración del riesgo por parte de la Aseguradora; de allí que no debe sancionársele al haber actuado conforme a derecho.

3.2.2.- LÍMITE AL VALOR ASEGURADO, EN EL AMPARO BÁSICO DE MUERTE, RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN, UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS Y SOLICANASTA.

El límite al valor asegurado, en el amparo básico de muerte, renta diaria por hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos y Solicanasta, se encuentra determinado de manera general en la póliza de vida grupo No.970.0900.010, con vigencia del 30/12/2017 al 30/12/2018, y que asciende a las siguientes sumas:

AMPARO	VALOR A INDEMNIZAR
Amparo básico de muerte.	\$20.000.000,00

Renta diaria por hospitalización.	\$30.000
Unidad Cuidados Intensivos.	\$60.000
Solicinasta.	\$1.200.000,00

Así las cosas, la parte actora no puede pretender del asegurador suma mayor a la asegurada en los amparos mencionados, ni cifra que exceda entonces los montos pactados y referidos previamente.

3.2.3. -INDEBIDA CUANTIFICACIÓN DEL AMPARO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN Y UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

De conformidad con el extracto de condiciones particulares de la Póliza -y que se aporta-, se observa lo siguiente sobre los amparos en cuestión:

“RENDA DIARIA (POR HOSPITALIZACIÓN).

BAJO ESTE AMPARO LA COMPAÑÍA INDEMNIZA EL INGRESO DEL ASEGURADO COMO PACIENTE EN UN CENTRO HOSPITALARIO, MÍNIMO POR VEINTICUATRO (24) HORAS EN CASO DE ACCIDENTE Y NOVENTA Y SEIS (96) HORAS EN CASO DE ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE, PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA, CON UN MÁXIMO DE CUARENTA Y CINCO (45) DÍAS POR EVENTO Y CUATRO (4) EVENTOS POR AÑO”.

(...)

“UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.)

POR ESTE AMPARO, MIENTRAS EL ASEGURADO PERMANEZCA INTERNADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, LA COMPAÑÍA RECONOCERÁ

COMO BENEFICIO DIARIO, EL EQUIVALENTE A DOS (2) VECES LA SUMA PACTADA PARA EL AMPARO DE RENTA DIARIA”.

En este sentido, como ya se ha dicho, el Amparo de renta diaria por hospitalización y el amparo de cuidados intensivos tienen los siguientes valores:

Renta diaria por hospitalización.	\$30.000
Unidad Cuidados Intensivos.	\$60.000

Ahora, evidenciamos entonces que la parte actora **efectúa una liquidación equivocada del mismo**, pues indica que dicha cobertura asciende a la suma de \$90.000 diarios, además, afirma que la señora Ángela permaneció 15 días en la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que, en efecto, tampoco se encuentra acreditado.

Siendo esto así, **en ningún apartado de la Póliza se precisa que dichos amparos resulten acumulables**, como lo asumen las demandantes al efectuar la liquidación por la suma de \$90.000 diarios, por lo que, debe tenerse en cuenta por parte del Despacho, que la liquidación efectuada por la parte actora no corresponde con lo descrito en el contrato de seguro; entonces, la liquidación debe efectuarse **en primer lugar**, conforme a los días que la asegurada permaneció hospitalizada -y no en UCI- y cuyo valor asciende a \$30.000 pesos diarios; y, **en segundo lugar**, deben liquidarse los días que la asegurada permaneció en Unidad de Cuidados Intensivos -sin que sea acumulable con la renta por hospitalización común- y cuyo valor asciende a \$60.000 pesos diarios.

De acuerdo entonces con la historia clínica aportada por los demandantes, se observa que la señora Ángela del Socorro Montoya, ingresó a la Clínica las Vegas el día 24 de enero de 2018 a las 23:37 y se precisa, que a partir del **día 25 de enero**

de 2018 a las 00:51 fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde permaneció hasta su lamentable fallecimiento el día 4 de febrero de 2018 a las 23:00. Por lo anterior, no se tomaría en cuenta la renta básica del día de ingreso, (enero 24/18) dado que no estuvo ingresada el mínimo de 96 horas que establece el condicionado de la póliza, para el caso de enfermedad no preexistente.

En consecuencia, como se observa en la histórica Clínica en cuestión, la señora Ángela permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos durante **11 días** y no 15, como lo menciona la parte actora.

En suma, no se observa entonces prueba alguna que permita acreditar que la señora Ángela permaneció por más de 11 días en la Unidad de Cuidados Intensivos, por lo que la liquidación entonces debe efectuarse conforme a lo siguiente:

AMPARO	VALOR INDEMNIZAR	A	PERMANENCIA	TOTAL
Unidad Cuidados Intensivos.	\$60.000		11 días (25 de enero hasta 4 de febrero)	\$660.0000

4. -OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con el artículo 206 del CGP nos permitimos objetar el juramento estimatorio presentado por la parte actora, por los siguientes motivos:

- En relación con las obligaciones derivadas del contrato de seguro, la suma peticionada no corresponde con la realidad, en la medida que, se evidencia una **nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia**, lo que, a todas luces, exime de cualquier pago de suma de dinero a mi representada.

- En relación con los intereses moratorios, es ostensible el error en el que incurre la parte demandante, ya que, conforme a la excepción formulada, **mi representada al objetar la reclamación lo hizo conforme a derecho y no se evidenció retardo alguno** pues la reticencia de la asegurada se enmarco como argumento para eximir de cualquier pago a mi representada.
- Sobre el amparo de renta diaria por hospitalización y Unidad de Cuidados Intensivos -como ya se ha dicho-, **la parte actora realizó una liquidación equivocada del mismo**, en la medida que, de acuerdo con la historia Clínica aportada al proceso, la señora Ángela del Socorro Montoya, permaneció 12 días en la Clínica las Vegas, de los cuales, 11 de ellos fueron en la Unidad de Cuidados Intensivos y no 15 como lo precisan las demandantes; y, por otro lado, la parte actora acumula indebidamente las sumas correspondientes a los citados amparos, puesto que en ningún apartado del contrato de seguro se precisa que ambos amparos son objeto de integración y acumulación. Por lo anterior objetamos la presente liquidación descrita en el juramento estimatorio.

5.- PRUEBAS

Solicitamos al Despacho, se decreten las siguientes pruebas:

DOCUMENTAL

- Copias de la Póliza Vida Grupo No. 9700900010, vigencias inicial (30/12/16 al 30/12/2017) y la posterior del 30/12/2017 al 30/12/2018.
- Extracto de condiciones particulares póliza de seguro de vida grupo Mutual Bienestar.

- Constancia de asesoría Póliza de Vida Grupo No. 9700900010.

Solicitamos al Despacho se le reconozca valor de auténticos a los documentos en copia que adjuntamos, conforme a la presunción de los artículos 244 y 246 del Código General del Proceso.

6.- ANEXOS

- Pruebas documentales relacionadas.
- Poder otorgado.
- Certificado de Existencia y Representación Legal de la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa.
- Copia del certificado de estudio de la joven VALENTINA ISABELLA MONTAÑEZ TAMAYO en su calidad de Dependiente Judicial.

7.- DEPENDENCIA JUDICIAL

Conforme a lo previsto en el artículo 27 del Decreto 196 de 1.971, me permito solicitarle se permita examinar el expediente y tomar las copias necesarias en el proceso de la referencia, en el cual actúo como apoderada especial de la demandada la **ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA**, a la joven VALENTINA ISABELLA MONTAÑEZ TAMAYO, estudiante de Derecho de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Pontificia Bolivariana, identificado con el número de cédula 1.026.161.665 de Caldas, Antioquia, quien actuaría bajo mi entera responsabilidad y en calidad de Dependiente judicial.

8.- CANAL DIGITAL

Conformidad con lo establecido en el numeral 14 del artículo 78 del Código General del Proceso y el artículo 3 del Decreto legislativo 806 de 2020, informamos que nuestro canal digital para los fines de este proceso es cristina.estrada@sucesoresfev.com y el correo electrónico de notificaciones judiciales de mi poderdante es: notificaciones@solidaria.com.co

9.- DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES

De la Aseguradora Solidaria de Colombia Entidad Cooperativa:

- Dirección: Calle 100 # 9A – 45. Piso 12. Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia.
- Correo electrónico: notificaciones@solidaria.com.co

De la apoderada:

- Dirección: Calle 11 # 43B -50, oficina 501 del Parque Empresarial Calle 11, Medellín, Antioquia, Colombia.
- Teléfono: 4480772.
- Correo electrónico: cristina.estrada@sucesoresfev.com

Atentamente,

MARIA CRISTINA ESTRADA

MARIA CRISTINA ESTRADA TOBÓN

C.C. 43.086.724 de Medellín.

T. P. 70.319 del C.S.J

