



**GÓMEZ GONZÁLEZ**  
A B O G A D O S

Señores:

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS MÚLTIPLES  
JUEZ OCTAVO CIVIL MUNICIPAL**

**Ponente**

Neiva – Huila  
E.S.D.

**PROCESO:** VERBAL  
**DEMANDANTE:** JESUS ANTONIO GONZALEZ QUIMBAYA  
**DEMANDADO:** COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A. y otro  
**RAD.** 410014189005-2019-00828-00

**ASUNTO:** CONTESTACIÓN DEMANDA

**CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ**, abogada en ejercicio, con domicilio en Pereira, Risaralda, identificada con cédula de ciudadanía 1.088.243.926 expedida en Pereira, Risaralda, con Tarjeta Profesional 189.527 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada especial de la COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., en adelante **COLMENA SEGUROS**, en virtud del poder especial otorgado por la Dra. ALMA ROCIO ARIZA FORTICH en su calidad de representante legal de la sociedad demandada, el cual reasumo mediante este acto, dentro de la oportunidad procesal, me permito proceder a dar CONTESTACIÓN A LA DEMANDA del proceso de la referencia, en los siguientes términos:

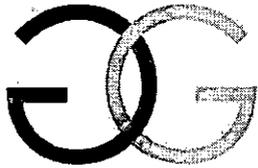
### **PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA DEMANDA:**

#### **1.1. A LOS HECHOS:**

1.1.1. AL HECHO "PRIMERO": Contiene un hecho y una afirmación a los cuáles nos pronunciaremos de manera separada, así:

NO LE CONSTA A MÍ REPRESENTADA, ya que se trata de hechos ajenos a su conocimiento la fecha de solicitud de servicio de crédito Hipotecario con el Banco Caja Social.

ES CIERTO que para otorgar un crédito hipotecario, es requisito que el deudor suscriba un contrato de seguro, teniendo como beneficiaria a título oneroso a la entidad que otorga el crédito en caso de materializarse alguno de los riesgos amparados en cabeza del asegurado o tomador del crédito.



## GÓMEZ GONZÁLEZ

1.1.2. AL HECHO SEGUNDO: NO ES CIERTO COMO ESTA REDACTADO, y se explica:

El señor JESÚS ANTONIO GONZÁLEZ adquirió con el Banco Caja Social un crédito hipotecario identificado con el número 0132207496905 que fue desembolsado el día 26 de febrero de 2014, suscribiendo el día 20 de diciembre de 2013 declaración de asegurabilidad y solicitud de seguro "Póliza de Vida Individual Deudores", la cual fue expedida el día 26 de febrero de 2014 fecha a partir de la cual inició vigencia, contando con los siguientes amparos:

- Básico de Vida
- Incapacidad Total y Permanente
- Enfermedades Graves
- Beneficios por Hospitalización

Como se puede observar y contrario a lo manifestado en este hecho de la demanda, la póliza no contaba con amparo de "Incapacidad Transitoria" como erradamente se indica, por lo que este riesgo no fue traslado ni cubierto en ningún momento por el asegurador.

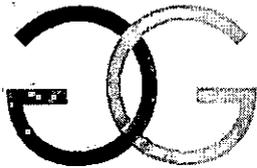
Se aclara que frente a afectaciones del estado del salud del asegurado, los únicos riesgos amparados en dicha póliza fueron la "Incapacidad Total y Permanente", "Enfermedades Graves" y "Beneficios por Hospitalización" pero en ningún momento una incapacidad parcial.

1.1.3. AL HECHO "TERCERO": Si bien ES CIERTO que el crédito fue desembolsado por el Banco Caja Social es del número 0132207496905 el 26 de febrero del 2104, se debe aclarar que este no es un crédito de consumo si no un crédito hipotecario.

1.1.4. AL HECHO "CUARTO": NO ES CIERTO COMO ESTÁ REDACTADO, y se explica:

Si bien existe soporte de historia clínica con fecha del 04 de Julio del 2017 en donde se constata remisión por insuficiencia renal crónica, es importante resaltar que el deterioro de salud del señor GONZALEZ venía desde mucho antes a la fecha mencionada en este hecho.

El señor GONZALEZ presentaba Urolitiasis desde los 23 años de edad y en número de 40 episodios registrados, además de sufrir de gota desde los 28 años:



## GÓMEZ GONZÁLEZ

En los últimos meses como ocupación pasaba de predominio vespertal-intermittente, onna espumosa y calambres en las piernas en las noches y en las manos durante el día; de 2 meses edema periorbitario matutino y de los pies vespertal; de un mes nicturia 2-3, con FU 5x2-3. Niega hematuria macro, disuria, tenesmo vesical, incontinencia urinaria. Chorro urinario conservado.

RxS: \*De 6 meses palpitations ocasionales en reposo o en ejercicio. Niega dolor torácico, disnea, ortopnea y DPN.

\*De 9 años dolor articular ppl de las rodillas, tobillos y dedos de los pies. Ha presentado episodios de crisis de artritis del hallux derecho o izquierdo - última hace 1 años. Que mejora con Colchicina, Alopurinol y Diclofenaco.

### ANTECEDENTES:

Patológicos: Urolitiasis desde los 23 años, eliminando aprox 40 cálculos - último hace 1 año, con Cóllico ureteral bilateral, tratado solo con Diclofenac en momentos de crisis. Gota dx hace 9 años. Dislipidemia mixta dx hace 2 meses. Niega IVU, Hepatitis Viral, Diabetes mellitus e Hipotiroidismo.

Quirúrgicos: Hemiorrafia inguinal izquierda hace 12 años (2005).

Traumáticos, Transfusiones y Alérgicos: no refiere.

Tóxicos: ExBebedor desde los 18 años cada 8 días con embriaguez hasta hace 6 meses (cerveza, whisky, aguardiente). Niega Tabaquismo.

Farmacos: Enalapril 20mg cada 12hs. Amlodipino 5mg día. Tomó Colchicina 1 Tabx0,5mg día y Urocusd 100mg día. Toma desde hace 8 años Diclofenac 50mg cada 12hs con frecuencia por la crisis gotosas en rodillas y hallux y 1 Cap x100mg día (hoy tomó).

Familiares: Padre HTA. Un hermano HTA, Gota y Urolitiasis. Madre con artrosis. Abuela paterna murió por Ca de cérvix.

### EXAMEN FÍSICO:

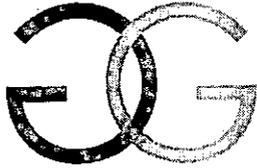
TA: 221/120mmHg (MSD) y 214/124 mmHg (MSI). FC-92x' FR-18x' Talls-171.5cm Peso-84 Kg IMC-28.55 Kg/m2. SC-1.968 m2.

Aceptable estado general, consciente y alerta, mucosas y piel rosadas. Hidratado. Tolerancia al decúbito: Orofaringe: dentadura incompleta en aceptable estado. Cuello: sin adenopatías ni tiroides palpables ni ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos con S2 reforzado y pulmones bien ventilados.

Abdomen: blando, aumento del pánsculo adiposo, sin dolor, ni megalias ni soplos en flancos, baloteo renal normal. Pequeña hernia umbilical(+). Percusión costolombal no dolorosa.

De la Historia clínica aportada con la demanda, se puede confirmar dicho diagnóstico realizado el 23 de septiembre del 2017 en la Clínica Medilaser S.A.:



# GÓMEZ GONZÁLEZ

## ANÁLISIS

21/09/2017 7:47:21 a.m.

Paciente con antecedentes de HTA y síndrome nefrótico con ERC estado terminal quien ingreso a sala de terneros por presentar náuseas biliosas asociada a aumento de edemas, no ha iniciado terapia inmunosupresora ni está con acceso para hemodiálisis. Ahora con edemas grado III en miembros inferiores. Se considera por tanto paciente requiere manejo intrahospitalario, se detallan parámetros de control y valoración y manejo por nefrología. Se explica claramente a paciente quien refiere entender y aceptar.

Profesional: GILDARDO GUILDMO SALCEDO

MEDICINA GENERAL

## RESUMEN DE EVOLUCIONES

### 1.1. URGENCIAS GENERAL NEIVA

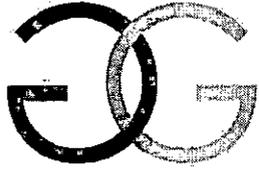
21/09/2017 1:30:53 p.m.

**NEFROLOGIA:**  
PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD CONOCIDO EN HOSPITALIZACIÓN PREVIA HACE UN MES POR UNA ERC ESTADIO 4 SECUNDARIA A NEFROPATIA MEMBRANOSA + OSFS PROBABLEMENTE SECUNDARIA POR REPORTE DE BIOPSIA RENAL REALIZADA EN ABRIL 17. TIENE ANTECEDENTE DE UROLITIASIS NO OBSTRUCTIVA Y DE HTA DE INICIO TEMPRANO A LA EDAD DE 32 AÑOS SIN HABER SEGUIDO LA RECOMENDACION DE TCMAR ANTI-hipertensivos. ESTUVO EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS POR CATETER YUGULAR TEMPORAL PRESENTANDO COMO COMPLICACION UNA BACTEREMIA ASOCIADA A CATETER QUE OBLIGÓ A SU RETIRO Y A CAMBIO POR UN NUEVO CATETER. VALORADO EN FORMA AMBULATORIA SE SUSPENDIÓ LA TERAPIA DIALITICA POR DESCENSO DE LOS NITROGENADOS CON CR SERICA DE 3

Es claro que este padecía las molestias que le llevaron a las atenciones del mes de julio del 2017 desde mucho tiempo atrás, inclusive desde antes de la solicitud del crédito hipotecario con el Banco Caja Social y la suscripción de la póliza de vida con Liberty Seguros S.A. en su momento, motivo por el cual la parte demandante no puede alegar los antecedentes de salud que padecía al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, en la cual dio respuesta negativa a cada una de las preguntas del cuestionario sobre el estado del riesgo asegurable, antecedente importante en la relación contractual y que será expuesto en el acápite de las excepciones de la demanda.

1.1.5. AL HECHO "QUINTO": NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, ya que se trata de hechos ajenos a su conocimiento, especialmente lo relacionado con el supuesto dictamen de calificación emitida por la Junta Regional de Calificación de Neiva, por cuanto COLMENA SEGUROS no fue notificada del trámite que se estaba adelantando ante dicha entidad y no fue parte, por lo que se desconoce lo aquí manifestado, y desde ya solicitamos que dicho dictamen sea ratificado en los términos del art. 185 del CGP.

Es importante advertir que el señor GONZALEZ presentó ante el Banco Caja Social S.A. aviso de reclamación por el amparo Incapacidad Total y Permanente de la póliza de Vida individual Deudores certificado No. 61815, con motivo del diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Diálisis, de Etiología Mixta, y aportando como prueba de la "incapacidad Total y Permanente" el dictamen No.8122 de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Neiva del 30 de octubre del 2017, en la cual se establece que presenta una pérdida de capacidad laboral del 71.2% por "Deficiencia por desordenes del tracto urinario superior", procedimiento mi representada objetó formalmente ante la reclamación del hoy demandante con base en los siguientes argumentos:



**GÓMEZ GONZÁLEZ**  
ABOGADOS

COLMENA SEGUROS indicó en la carta de objeción de fecha 19 de enero de 2018, pues al revisar la historia clínica del hoy demandante y tal como se reafirma en dictamen realizado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez, se pudo establecer que el asegurado venía padeciendo de Urolitiasis desde los 23 años de edad; en número de 40 episodios, y que se le había diagnosticado Gota desde los 28 años, conformando una insuficiencia Renal Crónica, lo cual corresponde precisamente con el padecimiento por el cual pretendió que le fuera reconocido el amparo de "Incapacidad Total y Permanente" de la póliza, tratándose por tanto de un padecimiento preexistentes que no fue declarado por él al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad el día 20 de diciembre de 2013 y que por lo tanto corresponde con una exclusión expresa de la póliza:

**"CONDICIÓN TERCERA. EXCLUSIONES A LOS AMPAROS BÁSICOS. NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO CON CARGO A NINGUNO DE LOS AMPAROS BASICOS DE ESTA PÓLIZA, CUANDO:**

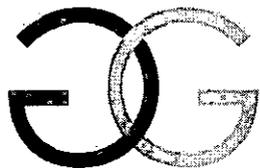
- a. **LA MUERTE O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO ES CAUSADA U ORIGINADA POR CUALQUIER CAUSA O ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL PREEXISTENTE QUE AYA (sic) SIDO DIAGNOSTICADA O CONOCIDA POR EL ASEGURADO Y NO DECLARADA CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO..."**

También el hecho que el asegurado haya omitido informar las enfermedades que padecía al momento de diligenciar las declaraciones de seguro de la Póliza de Vida Deudores, no le permitió a COLMENA SEGUROS realizar una evaluación consciente de la realidad del riesgo que se le proponía, que le posibilitara analizar bajo qué condiciones lo asumiría o si se inhibiría de aceptarlo, conllevando que el presente caso se enmarque dentro del supuesto establecido en el artículo 1058 de nuestro estatuto mercantil y que por lo tanto el contrato se encuentre viciado de nulidad relativa:

**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.*

*Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un*



GÓMEZ GONZÁLEZ

ABOGADOS

*porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.*

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

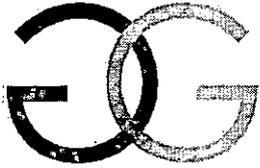
1.1.6. AL HECHO "SEXTO": NO LE CONSTA A MÍ REPRESENTADA por ser una persona jurídica distinta y ser hechos ajenos a su conocimiento. Nos atenemos a lo demostrado en el proceso con material probatorio conducente a probar dicho hecho.

1.1.7. AL HECHO "SÉPTIMO": NO LE CONSTA A MÍ REPRESENTADA por ser una persona jurídica distinta y ser hechos ajenos a su conocimiento. Nos atenemos a lo demostrado en el proceso con material probatorio conducente a probar dicho hecho.

Sin embargo, LE CONSTA a COLMENA SEGUROS que, con fecha del 19 de enero del 2018, la compañía objetó reclamación presentada por el señor JESUS ANTONIO GONZALEZ en orden a solicitar la afectación del amparo Incapacidad Total y Permanente de la Póliza de Vida Individual Deudores Hipotecarios, bajo el argumento de haberse configurado una exclusión a los amparos básicos por preexistencia de las enfermedades que originaron su calificación de Invalidez ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, así:

**Del análisis de los documentos allegados con la reclamación, donde se solicita afectar el amparo de Incapacidad Total y Permanente, y conforme a la verificación de los antecedentes de salud realizada por nuestro departamento médico, se encontró en historia clínica de 21 de julio de 2017, que usted contaba con Hipertensión Arterial 28 años de edad, de igual forma se evidencia que también padecía de Urolitiasis desde los 23 años de edad; en número de 40 episodios, también es evidente que le había sido diagnosticado Gota desde los 28 años. Tal información no fue relacionada por Usted, al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad. (20 de diciembre de 2013)**

**Ello significa que se trata de enfermedades preexistentes que no fueron declaradas al momento de ingresar al seguro, y dado que el evento por el cual reclama es consecuencia de las patologías no informadas, debemos mencionar que se encuentra excluido de la cobertura otorgada por la Póliza de Vida Individual Temporal para Deudores Hipotecarios, conforme a la anterior descripción.**



## GÓMEZ GONZÁLEZ

Para el caso de Incapacidad Total y Permanente en particular, la cobertura otorgada por la póliza se encuentra definida de la siguiente manera:

### **"CONDICIÓN SEGUNDA. AMPAROS BÁSICOS:**

(...)

**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO MENOR DE 70 AÑOS, LA INCAPACIDAD ESTRUCTURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO Y CALIFICADA MÉDICAMENTE CON UN GRADO DE INVALIDEZ SUPERIOR AL 50% CON BASE EN EL MANUAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN, DENTRO DEL CUÁL NO SE ENTIENDEN INCLUIDOS LOS REGÍMENES ESPECIALES, COMO LO SON EL MAGISTERIO, LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, ENTRE OTROS..."

A su vez, la preexistencia de enfermedades físicas o mentales diagnosticadas y no declaradas con anterioridad a la contratación del seguro, configuran una exclusión para la aseguradora realizar el pago, así:

**"CONDICIÓN TERCERA. EXCLUSIONES A LOS AMPAROS BÁSICOS. NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO CON CARGO A NINGUNO DE LOS AMPAROS BÁSICOS DE ESTA PÓLIZA, CUANDO:**

- b. LA MUERTE O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO ES CAUSADA U ORIGINADA POR CUALQUIER CAUSA O ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL PREEXISTENTE QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O CONOCIDA POR EL ASEGURADO Y NO DECLARADA CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO..."

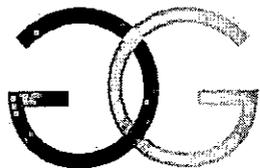
Al configurarse la mencionada exclusión, no nace para COLMENA SEGUROS la obligación de hacer efectiva la póliza por el amparo de Incapacidad Total y Permanente.

1.1.8. AL HECHO OCTAVO: NO LE CONSTA A MÍ REPRESENTADA. Ni en el acápite de pruebas ni en los anexos se menciona dicha constancia de no acuerdo; sin embargo, como documento integrante del traslado, existe constancia de no comparecencia en la que se manifiesta COLMENA SEGUROS no asistió a audiencia de conciliación, sin existir prueba del envío y recepción por parte de mí representada y por lo tanto es ajena a lo consagrado en dicho documento.

1.1.9. AL HECHO NOVENO: NO LE CONSTA A MÍ REPRESENTADA la calidad en la que el demandante actúa y los términos en los que le fue conferido el poder para actuar. Nos atenemos a lo demostrado en el proceso.

### **1.2. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA:**

A LA PRIMERA: Me opongo por carecer de fundamento factico y jurídico.



## GÓMEZ GONZÁLEZ

ABOGADOS

Lo anterior por cuanto COLMENA SEGUROS cumplió en todo momento sus obligaciones contractuales, y la objeción emitida por mi representada con ocasión del aviso de reclamación de afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente resolvió de fondo la solicitud efectuada por el hoy demandante con base en la calificación brindada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Neiva, y la negativa de COLMENA SEGUROS se basó en situaciones fácticas debidamente comprobadas y verificadas como lo es el diagnóstico de múltiples patologías que el demandante padecía desde antes de la suscripción de la declaración de asegurabilidad y que no fueron informadas como correspondía por el señor JESÚS ANTONIO GONZALEZ, así como la reticencia en la que incurrió.

A LA SEGUNDA: Me opongo por carecer de fundamento factico y jurídico.

Lo anterior por cuanto la objeción emitida por mi representada con ocasión del aviso de reclamación de afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente resolvió de fondo la solicitud efectuada por el hoy demandante con base en la calificación brindada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Neiva, y la negativa de COLMENA SEGUROS se basó en situaciones fácticas debidamente comprobadas y verificadas como lo es el diagnóstico de múltiples patologías que el demandante padecía desde antes de la suscripción de la declaración de asegurabilidad y que no fueron informadas como correspondía por el señor este, así como la reticencia en la que incurrió.

A LA TERCERA: Al no proceder las anteriores declaraciones y condenas, no procede condena en costas y agencias en derecho y por el contrario solicitamos al despacho condenar a parte demandante al pago de estas.

### 1.3. EXCEPCIONES DE FONDO:

#### 1.3.1. AUSENCIA DE PRUEBA DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO AMPARADO – INEXISTENCIA DE PRUEBA DE SINIESTRO

Como se advirtió al momento de pronunciarnos frente a los hechos de la demanda, el señor GONZALEZ presentó ante el Banco Caja Social S.A. aviso de reclamación por el amparo Incapacidad Total y Permanente de la póliza de Vida individual Deudores certificado No. 61815, con motivo del diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Diálisis, de Etiología Mixta, valorado mediante dictamen de calificación emitida por la Junta Regional de Calificación de Neiva en donde se le otorgó una Pérdida de Capacidad Laboral del 71.2%. Es importante advertir que este dictamen sólo ha sido conocido por mi representada al momento de ser notificada por el Banco Caja Social de una petición elevada por el demandante para hacer efectivo el amparo por incapacidad Total y Permanente, por lo tanto COLMENA SEGUROS no fue notificada del trámite que se estaba adelantando ante dicha entidad y no fue parte, por lo que se desconoce lo aquí manifestado, y desde ya solicitamos que dicho dictamen sea ratificado en los términos del art. 185 del CGP.



**GÓMEZ GONZÁLEZ**  
A B O G A D O S

No obstante si es importante tener en cuenta que, al revisar el documento que contiene el supuesto dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Neiva, se evidencia que la razón de la calificación de invalidez del demandante se debe a una Insuficiencia renal Crónica Terminal en Diálisis de Etiología Mixta, patología relacionada directamente con las que le habían sido diagnosticadas al demandante desde hacía más de 9 años al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad (20 de diciembre de 2013), puesto que sufría de Urolitiasis desde los 23 años de edad en número de 40 episodios; e igualmente se le había diagnosticado "Gota" desde los 28 años, enfermedades renales crónicas ligadas directamente a la razón de la calificación que lo declaró inválido.

**1.3.2. EXCLUSIÓN DE COBERTURA DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES:**

Para el caso en concreto los padecimientos que le generaron de manera directa o indirecta, parcial o total al asegurado, son previos a la contratación de la póliza, y estos se encuentran excluidos de cobertura expresamente, tal como lo indica la Condición Tercera de las Condiciones Generales de la Póliza VIDA INDIVIDUAL DEUDORES, que a la letra dice:

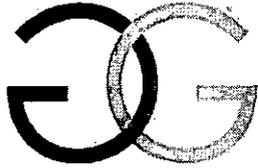
**"CONDICIÓN TERCERA. EXCLUSIONES A LOS AMPAROS BÁSICOS. NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO CON CARGO A NINGUNO DE LOS AMPAROS BASICOS DE ESTA PÓLIZA, CUANDO:**

- a. **LA MUERTE O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO ES CAUSADA U ORIGINADA POR CUALQUIER CAUSA O ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL PREEXISTENTE QUE AYA (sic) SIDO DIAGNOSTICADA O CONOCIDA POR EL ASEGURADO Y NO DECLARADA CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO..."**

Por lo anterior, dado que las preexistencias se encuentran excluidas de cobertura, la eventual incapacidad total y permanente no se encuentra amparada.

Además por cuanto de acuerdo con lo establecido en el art. 1056 del Co. de Co., a su arbitrio el asegurador puede delimitar el riesgo, estableciendo de forma expresa en el contrato de seguro en qué eventos COLMENA SEGUROS no procedería al pago de los valores asegurados, indicándose en el caso concreto que no habría lugar a cobertura cuando se presentaran enfermedades preexistentes no declaradas:

**ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.**



## GÓMEZ GONZÁLEZ

Como se advirtió al momento de pronunciarnos frente a los hechos de la demanda, el demandante padece una Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Diálisis, de Etiología Mixta. Además, las enfermedades que llevaron a la conclusión en dicho dictamen fueron:

TÍTULO			
CALIFICACION / VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS			
No	DEFICIENCIA	DIAGNOSTICO	DEFICIENCIA   MOTIVO DE CALIFICACION   CONDICIONES DE SALUD
1			INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
2			NEFROPATIA MEMBRANOSA PRIMARIA
3			GLOMERULONEFRITIS

Todas son enfermedades renales, relacionadas con Urolitiasis y "Gota", patologías que sufría el demandante al momento de la declaración de asegurabilidad, confirmando así la preexistencia de dichas patologías y la configuración de la exclusión ya expuesta.

En Historia Clínica del 21/07/2017, se evidencian antecedentes de Hipertensión Arterial desde los 28 años de edad, es decir, se conocía desde hacía 9 años, así:



GÓMEZ GONZÁLEZ  
A B O



C3 166/82. C4 48/14. PTHI 251. Hb 9.63. AU 8.3. VDRL NR. HBsAg y anti-HCV  
neg.  
Cr 6.34 mg%. K 6.1. calcio 7.4. Fosf 6.94. BUN 109.  
Julio 14/17: Cr 4.45. BUN 63.4. Potasio 4.  
Julio 18/17: 4 días luego de la última diálisis: Cr 4.0. BUN 70.4. Fosf 5.5. Potasio 4.27.  
**EXAMEN FISICO:**  
PA: 145/90 y 140/75 mm Hg. FC: /min. FR: xmin. PESO: 86.5 Kg.  
Estado general: Bueno. Estado nutricional Bueno.  
Conjuntivas: Pálidas. Escleras: anictéricas.  
Cuello: No IY. No adenopatías ni bocio.  
Ex. CV: RSCs rítmicos con soplo sistólico de IM.  
Ex. Pulmonar: Normal.  
Ex. Abdominal: Globuloso, sin megalias.  
Extremidades: edema grado II blando con fovea.  
Ex. Neurológico: Alerta, orientado, sin signos meníngeos ni de focalización.  
Piel y anexos: Fibromas en la cara y nevus rubi y queratosis.

**CONCEPTO:**

ERC ESTABLECIDA ESTADIO 4 CON TFG ESTABLECIDA CON TFG  
ESTIMADA EN 17 ML/MIN ATRIBUIBLE A PROBABLE  
GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA SECUNDARIA A  
HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA. SOSPÉCHA DE  
FEOCROMOCITOMA POR NEUROFIBROMAS EN CARA, HISTORIA  
FAMILIAR, HIPERTENSION EN CRISIS SINTOMÁTICA.  
BACTEREMIA ASOCIADA A CATETER DE HD PARCIALMENTE TRATADA.  
HIPERURICEMIA Y UROLITIASIS.

**PLAN:**

1. Dieta de restricción de proteínas

Además, frente a la patología relacionada con el sistema renal que padece el demandante, este presentaba Urolitiasis desde los 23 años de edad y en número de 40 episodios registrados, además de sufrir de gota desde los 28 años:



GÓMEZ GONZÁLEZ

... como edema de miembros inferiores de predominio vespertal-intermitente, onas espumosa y calambres en las piernas en las noches y en las manos durante el día; de 2 meses edema periorbitario matutino y de los pies vespertal; de un mes nicturia 2-3, con FU 3x2-3. Niega hematuria macro, disuria, tenesmo vesical, incontinencia urinaria. Chorro urinario conservado.

RxS: \*De 6 meses palpitations ocasionales en reposo o en ejercicio. Niega dolor torácico, disnea, ortopnea y DPN.

\*De 9 años dolor articular ppl de las rodillas, tobillos y dedos de los pies. Ha presentado episodios de crisis de artritis del hallux derecho o izquierdo - última hace 1 años. Que mejora con Colchicina, Alopurinol y Diclofenaco.

**ANTECEDENTES:**

Patológicos: Urolitiasis desde los 23 años, eliminando aprox 40 cálculos - último hace 1 año, con Cólico ureteral bilateral, tratado solo con Diclofenac en momentos de crisis. Gota dx hace 9 años. Dislipidemia mixta dx hace 2 meses. Niega IVU, Hepatitis Viral, Diabetes mellitus e Hipotiroidismo.

Quirúrgicos: Herniorrafia Inguinal izquierda hace 12 años (2005).

Traumáticos, Transfusiones y Alérgicos: no refiere.

Tóxicos: ExBebedor desde los 18 años cada 8 días con embriaguez hasta hace 6 meses (cerveza, whisky, aguardiente). Niega Tabaquismo.

Fármacos: Enalapril 20mg cada 12hs. Amlodipino 5mg día. Tomó Colchicina 1 Tabx0,5mg día y Urocusid 100mg día. Toma desde hace 8 años Diclofenac 50mg cada 12hs con frecuencia por la crisis gotosas en rodillas y hallux y 1 Cap x100mg día (hoy tomó).

Familiares: Padre HTA. Un hermano HTA, Gota y Urolitiasis. Madre con artrosis. Abuela paterna murió por Ca de cérvix.

**EXAMEN FÍSICO:**

TA: 221/120mmHg (MSD) y 214/124 mmHg (MSI). FC-92x' FR-18x' Talla-171.5cm Peso-84 Kg IMC-28,55 Kg/m<sup>2</sup>. SC-1.968 m<sup>2</sup>.

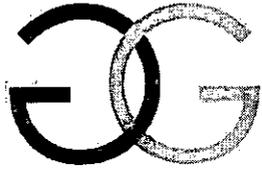
Aceptable estado general, consciente y alerta, mucosas y piel rosadas. Hidratado. Tolerancia al decúbito. Orofaringe: dentadura incompleta en aceptable estado. Cuello: sin adenopatías ni tiroides palpables ni ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos con S2 reforzado y pulmones bien ventilados.

Abdomen: blando, aumento del pabculo adiposo, sin dolor, ni megalias ni soplos en flancos. batoteo renal normal. Pequeña hernia umbilical(+). Percusión costolumbar no dolorosa.

Así las cosas, resulta claro que el demandante presenta patologías preexistentes no declaradas por lo que las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar por tratarse de situaciones expresamente excluidas de cobertura.

**1.3.3. ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO EN RAZON DE LA NULIDAD RELATIVA GENERADA POR LA RETICENCIA:**



## GÓMEZ GONZÁLEZ

El contrato de seguro contenido en la póliza de Vida individual Deudores certificado No. 61815, mencionado por la parte pretensora como sustento de sus peticiones, adolece de nulidad relativa al tenor de lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, que textualmente dice:

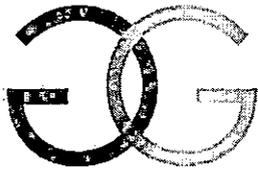
***“El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar 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 de riesgo.***

***Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable al tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160”***

El señor JESUS ANTONIO GONZALEZ al diligenciar la declaración de asegurabilidad, en la cual dio respuesta negativa a cada una de las preguntas del cuestionario sobre el estado del riesgo asegurable, en las que se le preguntaba respecto a que si le han diagnosticado o ha recibido algún tratamiento o cirugía, le han practicado pruebas o exámenes de diagnóstico o tiene conocimiento de padecer o haber padecido enfermedades o condiciones de salud de tipo congénito, neurológico, cardiovascular o enfermedades como Hipertensión Arterial, infarto o enfermedad de las arterias coronarias, cáncer, leucemias, linfomas, Diabetes, Asma, trombosis, derrames o eventos cerebrovasculares, anemias, enfisema pulmonar EPOC, artritis reumatoidea, cirrosis, insuficiencia renal, epilepsia, tumores, trastornos inmunológicos o reumatológicos, lupus, enfermedades mentales, le han hecho tratamiento quirúrgico por obesidad?, o ha padecido o padece de cualquier otra enfermedad o lesión que no se haya mencionado?, incurrió en una reticencia u omisión de información consciente, lo que implica que el contrato de seguro se encuentre viciado de nulidad.

En la declaración de asegurabilidad diligenciada por el asegurado el día 20 de diciembre de 2013 y que sirvió como base para que COLMENA SEGUROS expidiera el contrato de seguro materializado en el certificado No. 61815 de la póliza de Vida individual Deudores se lee lo siguiente:



GÓMEZ GONZÁLEZ

**SEGUNDO ASEGURADO**

**DATOS DEL ASEGURADO (Para ser diligenciado únicamente por el asegurado)**

NOMBRE Y APELLIDOS: Blanca Graciela Iván Sanders CC-DE: 36306240 FECHA DE NACIMIENTO: 16/12/1970

DOMICILIO: Barrio Banderas Calle 16 No. 21-56 Ciudad: Barranquilla Teléfono: 8629632

ESTADO CIVIL: Soltera

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
		100%

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**

¿SE PADECE ALGUN TIPO DE TRASTORNO ALGUNO DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

ENFERMEDAD	SI	NO
PARQUE CON UNA "X"		<input checked="" type="checkbox"/>
CANCER		<input checked="" type="checkbox"/>
ICA	<input checked="" type="checkbox"/>	
ACCIÓN DE CIRCUNSCRIPCIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	
PRENSIÓN RENAL	<input checked="" type="checkbox"/>	

**DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD DE LOS ASEGURADOS**

Yo, el/los asegurado/s, declaro que he leído y comprendido el contenido de este contrato de seguro y sus condiciones, así como el alcance de la cobertura de seguro y la importancia de cumplir con las obligaciones de pago de las primas. Asimismo, declaro que no padezco de ninguna de las enfermedades enlistadas en el presente contrato de seguro y que no se encuentra en estado de embarazo.

**AUTORIZACIONES Y OTRAS DECLARACIONES DE LOS ASEGURADOS**

- Autorizo al Banco Caja Social en cualquier momento a que presente a las compañías aseguradoras de seguros de vida y de accidentes y enfermedades, para efectos de cotización de las primas de este contrato de seguro y de la cobertura de las primas de este contrato de seguro y de la cobertura de las primas de este contrato de seguro.
- Declaro que no padezco de ninguna de las enfermedades enlistadas en el presente contrato de seguro y que no se encuentra en estado de embarazo.
- Autorizo al BANCO CAJA SOCIAL para que presente a las compañías aseguradoras de seguros de vida y de accidentes y enfermedades, para efectos de cotización de las primas de este contrato de seguro y de la cobertura de las primas de este contrato de seguro.

**VIGENCIA DEL CONTRATO**

La vigencia de este contrato de seguro comienza a partir de la fecha de expedición de este contrato de seguro y termina a la fecha de vencimiento de la póliza de seguro.

**INICIO DE VIGENCIA**

La vigencia de este contrato de seguro comienza a partir de la fecha de expedición de este contrato de seguro y termina a la fecha de vencimiento de la póliza de seguro.

PARA CONSTANCIA SE FIRMA Y RECIBE EN: Ciudad Barranquilla 16/12/2013

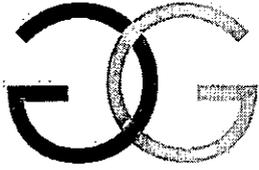
Blanca G. Sanders  
 FIRMA DEL ASEGURADO  
 CC 36306240  
 BANCO CAJA SOCIAL

Blanca G. Sanders  
 FIRMA DEL ASEGURADO  
 CC 36306240  
 BANCO CAJA SOCIAL

Al momento de suscribir el contrato, el asegurado estaba certificando que tenía un buen estado de salud, y que no padecía de ninguna de las enfermedades enlistadas, por demás que no se encontraba

Centro Empresarial Uniplex  
 Cra. 13 No 13-40 Ofi. 308  
 Tel: (6) 3455477 Cel: 310-4975229  
 Pereira - Risaralda

carolina.gomez@gomezgonzalezabogado.com.co



## GÓMEZ GONZÁLEZ

en tratamiento médico, ni consumía medicamentos de manera permanente, manifestación que fue contraria a la realidad.

Como ya se anotó, las enfermedades padecidas por el asegurado y ocultadas al momento de la celebración del contrato, más precisamente en la declaración de asegurabilidad agravan el riesgo asumido por mi representada, de tal manera, que de haberse conocido que el señor JESUS ANTONIO GONZALEZ QUIMBAYA padecía estas enfermedades **nunca hubiera contratado el seguro.**

Los padecimientos omitidos son relevantes para el asegurador al momento de establecer el estado del riesgo que asumirá, pues afecta y deteriora la salud a tal punto, que pueden ocasionar la muerte, o un estado de invalidez, tal como efectivamente ocurrió.

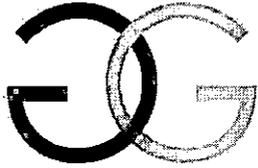
En la historia clínica aportada al proceso se evidencian los padecimientos diagnosticados en fecha anterior al diligenciamiento de las declaraciones de asegurabilidad. Nótese como la historia clínica señala años de citas y tratamientos anteriores a la suscripción de las declaraciones, por demás se encontraba en tratamiento para dichas afecciones.

El asegurador asume un riesgo de cuya realización se generan las obligaciones a su cargo, la celebración del contrato de seguro depende de lo manifestado en la declaración de asegurabilidad, pues con fundamento en ella emite su voluntad contractual; ahora bien, si lo declarado por el solicitante corresponde a la verdad, el consentimiento del asegurador es válido, pero si, como en este caso, se le oculta el verdadero estado de salud de quien solicita el seguro – o que se tienen o se contrataran otros seguros sobre el mismo riesgo-, el consentimiento de quien asume el riesgo se encuentra necesariamente viciado, por ello el consentimiento de la parte resistente a la solicitud del asegurado para la celebración del contrato de seguro de vida estuvo viciado por cuanto fue inducida en error por las declaraciones reticentes evidentes del asegurado en cuanto a su real estado de salud, fundamento insustituible para la calificación y apreciación del riesgo que asumía, afectándose un aspecto vital del consentimiento del asegurador.

El señor JESÚS ANTONIO GONZALEZ firmó la solicitud de seguro y la declaración de asegurabilidad, en la cual estableció que se encontraba en buen estado de salud.

Para el caso específico del contrato de seguro en el cual la existencia de la buena fe es exigida en su máxima expresión, el Código de Comercio sanciona con la nulidad relativa del contrato, la conducta reticente del solicitante en el artículo 1058 transcrito y en el 1059 con la pérdida a favor de la aseguradora de las primas pagadas.

**El artículo 871 del Código de Comercio establece: “Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe, en consecuencia, obligarán no sólo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural”**



## GÓMEZ GONZÁLEZ

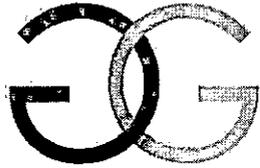
El principio de la **UBÉRRIMA BONA FIDE**, que es el fundamento de la teoría de los contratos, debe estar presente siempre en las actuaciones precontractuales y contractuales de las partes intervinientes en el contrato, y en el de seguro con mayor razón, ya que el asegurador asume un riesgo generado en la propia actividad del asegurado, en consecuencia es éste quien debe suministrar al asegurador todos los elementos que le permitan evaluar el riesgo que va a asumir. Si el asegurado que debe estar guiado por la buena fe no le ofrece al asegurador todos los elementos de juicio para conocer el verdadero estado de riesgo, está incumpliendo el principio de la buena fe y por ésta razón el legislador ha impuesto una grave sanción como es la nulidad relativa del contrato.

No hay lugar a dudas en cuanto a la reticencia se refiere, ya que además de la relevancia de los padecimientos omitidos, es claro que la información consignada en la declaración de asegurabilidad no concuerda con el verdadero estado de salud de la asegurada al momento de solicitar el seguro, lo que sin duda vició el consentimiento de mi representada.

Al efecto valga el siguiente pasaje jurisprudencial de orden local, esto es, Sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, Sala Decisión Civil-Familia, 23 de mayo de 2006, radicación 66001-31-03-004-2004-00179-01, Actor Elicenia Morales de Duque Vs. Compañía de Seguros de Vida Colpatría S. A:

*“ ... No es, pues, gratuito sino de importancia suma, como lo hizo ver la Corte Suprema de Justicia en el fallo de 2 de agosto de 2001 en que se refirió a espacio sobre la buena fe que se debe observar en materia de seguros, que el artículo 1058 citado utilizara la palabra “sinceramente”, vocablo que desnuda la intención inequívoca del legislador de establecer para el tomador la carga precontractual de declarar con apego a la verdad los hechos y circunstancias significativas del estado del riesgo, la misma que se incumple cuando se emplea la inexactitud y la infidelidad, o se guarda silencio sobre lo que se debiera informar. De tal modo que cuando la reticencia recae sobre puntos de tal carácter que de haber sido conocidos por el asegurador lo habrían llevado a no contratar o le limitaron el conocimiento que debía de tener sobre la extensión de los riesgos que habría de asumir, se sanciona el contrato con la nulidad relativa. En el fondo lo que se castiga es la traición del tomador a la confianza que el asegurador depositó en él y con base en la cual se procedió a contratar.*

*Ahora, la norma comentada contempla dos situaciones según la falta de veracidad se haya consignado en el cuestionario propuesto por el asegurador (inciso 1º) o que éste no le haya formulado (inciso 2º). Trátase acá del primer caso, puesto que al tomador del seguro se le presentó un formato en el que se incluyó la cláusula ya transcrita, lo que permite aducir que cuando se presenta cuestionario al asegurado, mayor es la responsabilidad que se involucra puesto que se ha manifestado por el asegurador su voluntad de apreciar ciertas circunstancias que según su criterio surgían indispensables para convenir o rechazar el contrato, o acordado en otras condiciones. En tal ocurrencia*



## GÓMEZ GONZÁLEZ

**A B O** *es evidente que es más fácil demostrar la inexactitud del tomador ya que basta confrontar lo aseverado con lo real. De allí que de antiguo tenga dicho la jurisprudencia:*

*"Los cuestionarios o preguntas que hace el asegurador al asegurado para conocer la extensión del riesgo que va a sumir en virtud del contrato, tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes. Cuando el asegurador, en estos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse que no tienen importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro" (G.J. LXXVII,17) ..."*

Respecto a lo anteriormente expuesto, me permito transcribir pronunciamiento de la Honorable Corte Suprema de Justicia mediante sentencia del 24 de octubre de 2005 y con ponencia del Magistrado Silvio Fernando Trejos Bueno, los cuales guardan consonancia con los argumentos de esta defensa:

*"... 1. De entrada observa la Corte que el quid del asunto pende enteramente de la respuesta que en el plano estrictamente jurídico debe darse a la acusación que propende por la nulidad absoluta del contrato de seguro, en lugar de la relativa reconocida en el fallo impugnado, bajo el alero de la causa ilícita derivada de la reticencia que se le imputa al tomador sobre su estado de salud precedente, pues solamente abriéndose paso tal' efecto, sería dable recaer sobre la cuestión táctica que informa este caso; análisis al cual se procede a continuación.*

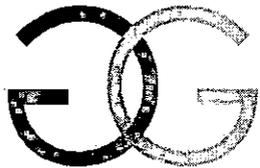
*2. El artículo 1058 del C. de Comercio dispone que "El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro...."*

*(...)*

*3. Dicho texto legal se halla inspirado en la estricta buena fe que, como principio insustituible, debe rodear tanto la celebración como la ejecución del contrato de seguro, y de él se puede deducir lo siguiente:*

*1º) Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formule el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo asegurado, no tiene por fuente misma el contrato de seguro sino que opera en la fase previa a su celebración y tiene por objeto garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo o de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas,*

*2º) De ese modo la formación del consentimiento de la aseguradora libre de vicios, y en cuanto*



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O prevé los efectos específicos de la inexactitud y de la reticencia que provengan de error inculpable del tomador distintos de la nulidad relativa que consagra como principio general, significa que ésta como sanción fue concebida para los casos en que el tomador obre con dolo o culpablemente.

3°) No importan, entonces, los motivos que hayan movido al tomador 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 proceder afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz. (Cursivas ajenas al texto original)

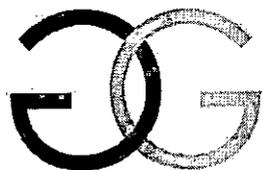
Respecto a este punto, el doctrinante J. Efrén Ossa G, en su obra Teoría General del Seguro: El Contrato, p. 298, expone lo siguiente:

*"el consentimiento del asegurador es otorgado con base en la declaración de estado del riesgo. Y debe ser exento de todo vicio para que el contrato de seguro sea válido. Mal podrá ser fuente de obligaciones, si la declaración deforma el concepto del riesgo e induce al asegurador - prevalido de la estricta buena fe que es de la misma entraña del seguro - a formarse un juicio equivocado acerca de la extensión y alcance de los peligros que ha de asumir (...), [eso y para poner mejor cubierto las situaciones de fraude], es lo que explica, a través del artículo 1058 del Código de Comercio, el régimen especial de los vicios del consentimiento del asegurador en el contrato de seguro (...), al cual solo escapa la fuerza que, como tal, tan sólo podría invocarse a la luz del derecho común..."*. (Cursivas ajenas al texto original).

#### **1.3.4. INEXISTENCIA DE OBLIGACION PARA EL ASEGURADOR DE DEMOSTRAR CUÁL HABRÍA SIDO SU ACTITUD NEGOCIAL EN CASO DE NO HABER MEDIADO RETICENCIA**

Con todo, al asegurador no se le impone la obligación de demostrar cuál habría sido la actitud negocial en caso de no haber mediado reticencia, le basta demostrar la existencia de la reticencia, para que proceda la anulabilidad del contrato de seguro.

La pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas, sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o



## GÓMEZ GONZÁLEZ

inexactitud, 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.

En el presente caso, bastará probar la reticencia en la información suministrada al momento de diligenciar el cuestionario –declaración de asegurabilidad-, esto es, las enfermedades preexistentes al momento de diligenciar el mismo, para que ipso facto proceda la anulabilidad del contrato, sin condición o requisito adicional.

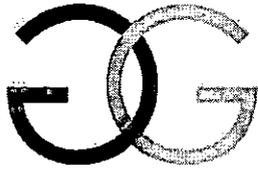
En el sentido arriba indicado, se pronunció la Honorable Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en sentencia con rectificación de jurisprudencia, proferida el pasado 1 de Septiembre de 2010, Exp. No. 05001-3103-001-2003-00400-01, Magistrado Ponente Edgardo Villamil Portilla. Lilliana María Moreno Restrepo contra la Compañía de Seguros Bolívar S.A.

“... No negó la parte demandante haber incurrido en reticencia, por haber ocultado los antecedentes penales de quienes hicieron la declaración de asegurabilidad, tampoco dudó el Tribunal sobre la existencia de la misma. Acontece sí que el Tribunal desestimó la excepción de nulidad propuesta por la demandada, porque, según su parecer, era indispensable acreditar que los hechos “*callados*”, de haber sido conocidos hubieren retraído a la aseguradora de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas.

A juicio de la Corte, yerra el Tribunal al negar los efectos deletéreos de la conducta obrepticia de los tomadores y asegurados, pues ella lesiona grandemente el principio de buena fe que es una de las piezas esenciales del contrato de seguro, pues el asegurador ingresa al ámbito negocial en estado de ignorancia y es llevado de la mano a contratar por la información que con total fidelidad le debe suministrar el tomador, que en este caso también resultó ser asegurado.

Y para averiguar la importancia que tenía para la aseguradora indagar por los antecedentes penales del tomador y asegurado, sólo es menester resaltar que en el formulario reposa la pregunta por dicho pasado judicial, circunstancia por sí reveladora de que esa información era absolutamente relevante. El curso natural de las cosas indica que si la aseguradora inquiría por los antecedentes judiciales de ambas partes, es porque la suerte de la concesión del amparo también dependía de ese dato. En suma, el profesional del seguro no indaga por datos irrelevantes, ni tiene la carga de probar que lo eran, como razonó equivocadamente el Tribunal.

Entonces, la información suministrada en los cuestionarios que se responden en el umbral de la relación aseguraticia, permite que la aseguradora conozca “*la extensión de riesgos que va a asumir en virtud del contrato, [los cuales] tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes.* Cuando el asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O

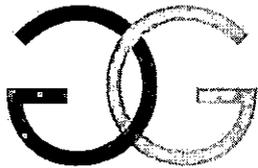
Contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse como que no tiene importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro" (LXXVII, pág. 17, reiterado en G.J. CLII, pág. 265, también en Sent. Cas. Civ. de 30 de noviembre de 2000, Exp. No. 5743 y 19 de julio de 2005, Exp. No. 5665-01).

El artículo 1058 de Código de Comercio en su parte pertinente, dispone que "el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro", dicha norma ha sido analizada como aplicación específica del principio de buena fe inherente al contrato de seguros, pues esta modalidad comercial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, como quiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca.

No está de más recordar que el actual artículo 1058 del Código de Comercio correspondía al artículo 881 del proyecto de código mercantil del año 1958, norma respecto de la cual destacaron los redactores de aquella época que "protege o resguarda la integridad de los principios que dicen relación a la declaración acerca del estado del riesgo. Somos absolutamente conservadores a este respecto. Más que conservadores, reaccionarios... El tomador está obligado a declarar con absoluta objetividad el estado del riesgo (...) Al tomador hay que exigirle el máximo de celo para asegurar el desenvolvimiento natural de los negocios de seguros" (Proyecto de Código de Comercio, Bogotá 1958, Tomo II, pág. 256).

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).

En suma, la cabal estimación de los riesgos que habrá de cubrir el contrato de seguro, la decisión del asegurador de celebrarlo y aún la de liquidar la prima correspondiente, obedece



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O

prioritariamente, en palabras de la Corte, a las atestaciones que al respecto asiente el tomador, quien, en tal virtud, *“ha de decir todo lo que sabe”, de modo que la lealtad, exactitud y esmero de éste en el cumplimiento de ese deber resultan indispensables para el anotado fin, a la vez que la trasgresión de las señaladas reglas de conducta aparejan consecuencias de diverso orden, entre ellas la de afectarlo de nulidad relativa, como ya fuera demostrado”* (Sent. Cas. Civ. de 30 de noviembre de 2000, Exp. No. 5743).

Entonces -y aquí se encuentra la **rectificación doctrinaria** al Tribunal- en ese escenario **la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento**, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas, sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud ( Sent. Cas. Civ. de 12 de septiembre de 2002, Exp. No. 7011.), **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.**

Más aun, la jurisprudencia ha escrutado a espacio el artículo 1058 del Código de Comercio, sin encontrar una exigencia similar a la hecha por el Tribunal para aplicar la nulidad por reticencia. Así, en reciente oportunidad se dijo que del texto legal aludido se podía deducir 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”...*

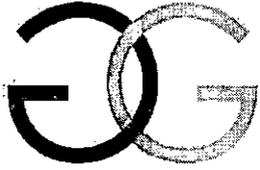
### **1.3.5. AUSENCIA DE VÍNCULO CONTRACTUAL POR LA NULIDAD, INEXISTENCIA E INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

El caso sub iudice es un clásico evento de inoperancia del contrato de seguro, y en consecuencia es necesario precisar que estamos en presencia de la inexistencia e ineficacia del contrato aducido por los pretenses.

En las líneas siguientes se demostrara que para efectos del contrato de seguros, inexistencia e ineficacia son conceptos que tienen total identidad jurídica y que su consecuencia es la no producción de efectos jurídicos de pleno derecho, es decir, sin necesidad de declaración judicial.

Respecto la ineficacia establece el artículo 897 del Código de Comercio:

***“Cuando en este Código se exprese que un acto no produce efectos, se entenderá que es ineficaz de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial”.***



GÓMEZ GONZÁLEZ  
ABOGADOS

A su turno, en cuanto la inexistencia el artículo 898 establece:

***"... Sera inexistente el negocio jurídico cuando se haya celebrado sin las solemnidades sustanciales que la ley exija para su formación, en razón del acto o contrato y cuando falte alguno de sus elementos esenciales".***

Al regular el contrato de seguro, el estatuto mercantil respecto a los elementos esenciales del contrato, consagra en su artículo 1045:

*".. Son elementos esenciales del contrato de seguro:*

- 1. El interés asegurable.*
- 2. El riesgo asegurable.*
- 3. La prima o precio del seguro, y*
- 4. La obligación condicional del asegurador.*

***En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno..."***

Esta norma de seguros afirma con total claridad que cuando falte un elemento esencial el contrato no produce efectos jurídicos, luego es inexistente cuando falte algún elemento esencial e ineficaz porque el Código señala expresamente que no produce efectos, luego puede afirmarse sin lugar a equívocos que en derecho de seguros, ambos conceptos tienen equivalencia jurídica.

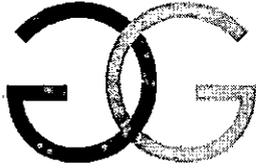
Uno de los elementos esenciales del contrato de seguro es el riesgo asegurable, definido en el artículo 1054 del Código de Comercio, así:

***"... Denomínase riesgo el suceso incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o del beneficiario, y cuya realización da origen a la obligación del asegurado. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgos y son, por lo tanto, extraños al contrato de seguro..."***

A su turno, el artículo 1055 del Código de comercio, no indica cuales son los riesgos inasegurables:

***"El dolo, la culpa grave y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario son inasegurables. Cualquier estipulación en contrario no producirá efecto alguno..."*** Resaltado fuera de texto.

Descendiendo al caso concreto, el supuesto estado de invalidez del señor JESUS ANTONIO GONZALEZ no constituye un riesgo asegurable dado que es consecuencia previos a la contratación de la póliza, era un evento inasegurable y por tanto el contrato de seguro no tiene uno de sus elementos



## GÓMEZ GONZÁLEZ

esenciales como lo es el riesgo asegurable, por tanto el contrato de seguro es inexistente e ineficaz conforme a los artículos 897, 898, y 1045 del estatuto mercantil.

En consecuencia, al faltar uno de los elementos esenciales del contrato de seguro éste no nació a la vida jurídica, no se perfeccionó, es inexistente.

### **1.3.6. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR:**

Conforme se desprende de los medios exceptivos propuestos, no surge para el asegurador la obligación de indemnizar, ya que los padecimientos que generaron el fallecimiento son previos a la contratación de la póliza, enfermedad inasegurable de pleno derecho, se estructura por demás la nulidad relativa del contrato por la reticencia de tomador.

### **1.3.7. DESNATURALIZACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO AL PRETENDER ASEGURAR UN RIESGO YA MATERIALIZADO – AUSENCIA DE UN REQUISITO ESENCIAL – INEXISTENCIA DEL CONTRATO.**

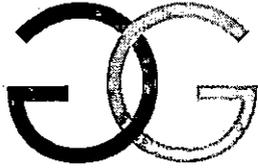
El contrato de seguro está regulado en el Título V, Capítulo I del Código de Comercio, y como elementos de su naturaleza resalta principalmente que este es un contrato aleatorio y está ligado a la condición que un riesgo asegurado por la aseguradora se pueda materializar (o no) luego de la suscripción del contrato, no antes.

La Preexistencia desnatura la ocurrencia del siniestro, pues asegurar un hecho que ya ocurrió excluye la condición de la aseguradora a reconocer indemnización alguna por, repetimos, carecer el contrato de su naturaleza aleatoria y no se estar asegurando un hecho incierto como requisito para la configuración de un eventual siniestro.

Tal como se encuentra acreditado dentro del proceso, el asegurado padecía desde antes de suscribir el contrato de seguro de las patologías denominadas Urolitiasis desde los 23 años de edad y en número de 40 episodios registrados, además de sufrir de gota desde los 28 años las cuales son por definición inasegurables por tratarse hechos pasados y ya materializados:

Código de Comercio:

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



**GÓMEZ GONZÁLEZ**  
A B O G A D O S

Por lo tanto, al ser el riesgo asegurable un elemento esencial del contrato de seguro y al no existir al momento de suscribir el contrato de seguro, el mismo no nació a la vida jurídica y es inexistente:

*ARTÍCULO 1045. <ELEMENTOS ESENCIALES>. Son elementos esenciales del contrato de seguro:*

- 1) El interés asegurable;*
- 2) El riesgo asegurable;*
- 3) La prima o precio del seguro, y*
- 4) La obligación condicional del asegurador.*

*En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno.*

### **1.3.8. ECUMÉNICA**

Solicito respetuosamente al señor Juez declarar probada cualquier otra circunstancia exceptiva que resulte probada dentro del proceso, con capacidad de minar las pretensiones de la demanda.

### **FRENTE AL JURAMENTO ESTIMATORIO**

Con base en los argumentos expuestos en esta contestación, mi representada se opone a todas y cada una de aquellas encaminadas a obtener el pago del valor asegurado, en tanto que, como se expondrá y se probará en el proceso, el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa en virtud de la reticencia de la asegurada, y además los hechos que sustentan la reclamación del valor asegurado corresponde con situaciones preexistentes expresamente excluidas de cobertura.

Me opongo, de igual manera, al exagerado monto de las pretensiones, puesto que no debe pretenderse un enriquecimiento injustificado; como es sabido, de las obligaciones de mi representada se encuentran debidamente delimitadas en el texto contractual, y el contrato de seguro opera en el hipotético caso en el que se cumplan los requisitos para el pago del amparo pero por el saldo insoluto a la fecha del siniestro, y no el pago total del crédito como se pretende por el demandante.

### **PRUEBAS:**

#### **1. OPOSICIÓN A MEDIOS DE PRUEBA EMANADOS DE TERCEROS**



## GÓMEZ GONZÁLEZ

En cuanto a los documentos y declaraciones emanadas de terceras personas que se aporten al proceso por la parte demandante, deben ser ratificadas previamente por aquellas personas que las suscribieron o de donde emanaron, tal como lo dispone la legislación vigente, en especial los artículos 185 y ss. del Código General del Proceso, oponiéndome a la presunción de autenticidad.

Se solicita la ratificación del dictamen No. 8122 del 30 de octubre del 2017, emitido por los médicos JESUS A. HERNÁNDEZ REYNA, HENRY A. CORTES FORERO Y MONICA M. PERDOMO en su calidad de grupo calificador de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Neiva a quienes interrogaré acerca de los hechos y las patologías que dieron pie a la calificación.

### 2. DOCUMENTAL APORTADA:

Me permito anexar:

- Copia de la objeción emitida por COLMENA SEGUROS a el aviso de reclamación presentada por el demandante tendiente a afectar el amparo de Incapacidad Total y Permanente de la póliza.
- Póliza y declaración de asegurabilidad.
- Condiciones Generales aplicables a la póliza.

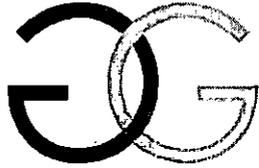
#### a) INTERROGATORIO DE PARTE

Ruego se cite al demandante para que comparezca al Despacho a absolver el interrogatorio que le formularé en la audiencia de trámite y juzgamiento, con el objeto de establecer los hechos de la demanda y de las contestaciones.

#### b) TESTIMONIAL.

Solicito respetuosamente al Despacho se sirva decretar la recepción del testimonio del doctor **JUAN PABLO MERIZALDE PRICE**, quien podrá ser citado en la Calle 72 No. 10-71 piso 5° de la ciudad de Bogotá D.C., con el propósito de que, en su calidad de médico del área de indemnizaciones de COLMENA SEGUROS S.A. encargado de estudiar la procedencia médica de la reclamación efectuada por el señor JESUS ANTONIO GONZALEZ, para ser interrogado sobre los hechos que dieron pie a la objeción de la reclamación realizada por COLMENA SEGUROS S.A., principalmente lo relativo a los antecedentes médicos evidenciados en la historia clínica de este y su relevancia frente a los seguros de vida expedidos por la compañía aseguradora.

En consideración a que el doctor MERIZALDE PRICE se encuentra domiciliado en la ciudad de Bogotá y que adicionalmente, por sus ocupaciones profesionales le es muy difícil desplazarse a la ciudad de Medellín, de manera respetuosa le solicito que la práctica de su testimonio se realice a través de videoconferencia.



**GÓMEZ GONZÁLEZ**  
ABOGADOS

**ANEXOS**

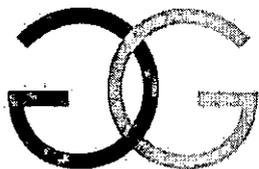
- Documentos referidos como prueba aportada.

**NOTIFICACIONES**

Estaré presta a recibir comunicaciones en la Secretaría del Juzgado o en la Cra. 13 No. 13 - 40 Centro Empresarial Uniplex oficina 308 Pereira - Rda., Tel. 310 497 5229. Correo electrónico: [carolina.gomez@gomezgonzalezabogados.com.co](mailto:carolina.gomez@gomezgonzalezabogados.com.co)

Atentamente,

**CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ**  
C.C. 1.088.243.926 de Pereira, Risaralda.  
T.P. 189.527 Consejo Superior de la Judicatura.



**GÓMEZ GONZÁLEZ**  
ABOGADOS

Señores:

**JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS MÚLTIPLES  
JUEZ OCTAVO CIVIL MUNICIPAL**

**Ponente**

Neiva – Huila  
E.S.D.

**PROCESO:** VERBAL  
**DEMANDANTE:** JESUS ANTONIO GONZALEZ QUIMBAYA  
**DEMANDADO:** COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.Á. y otro  
**RAD.** 410014189005-2019-00828-00

**ASUNTO:** CONTESTACIÓN DEMANDA

**CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ**, abogada en ejercicio, con domicilio en Pereira, Risaralda, identificada con cédula de ciudadanía 1.088.243.926 expedida en Pereira, Risaralda, con Tarjeta Profesional 189.527 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderada especial de la COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA COLMENA S.A., en adelante **COLMENA SEGUROS**, en virtud del poder especial otorgado por la Dra. ALMA ROCIO ARIZA FORTICH en su calidad de representante legal de la sociedad demandada, el cual reasumo mediante este acto, dentro de la oportunidad procesal, me permito proceder a dar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** del proceso de la referencia, en los siguientes términos:

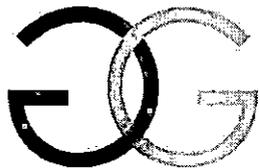
### **PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LA DEMANDA:**

#### **1.1. A LOS HECHOS:**

1.1.1. AL HECHO “PRIMERO”: Contiene un hecho y una afirmación a los cuáles nos pronunciaremos de manera separada, así:

**NO LE CONSTA A MÍ REPRESENTADA**, ya que se trata de hechos ajenos a su conocimiento la fecha de solicitud de servicio de crédito Hipotecario con el Banco Caja Social.

**ES CIERTO** que para otorgar un crédito hipotecario, es requisito que el deudor suscriba un contrato de seguro, teniendo como beneficiaria a título oneroso a la entidad que otorga el crédito en caso de materializarse alguno de los riesgos amparados en cabeza del asegurado o tomador del crédito.



## GÓMEZ GONZÁLEZ

1.1.2. AL HECHO SEGUNDO: NO ES CIERTO COMO ESTA REDACTADO, y se explica:

El señor JESÚS ANTONIO GONZÁLEZ adquirió con el Banco Caja Social un crédito hipotecario identificado con el número 0132207496905 que fue desembolsado el día 26 de febrero de 2014, suscribiendo el día 20 de diciembre de 2013 declaración de asegurabilidad y solicitud de seguro "Póliza de Vida Individual Deudores", la cual fue expedida el día 26 de febrero de 2014 fecha a partir de la cual inició vigencia, contando con los siguientes amparos:

- Básico de Vida
- Incapacidad Total y Permanente
- Enfermedades Graves
- Beneficios por Hospitalización

Como se puede observar y contrario a lo manifestado en este hecho de la demanda, la póliza **no** contaba con amparo de "Incapacidad Transitoria" como erradamente se indica, por lo que este riesgo no fue traslado ni cubierto en ningún momento por el asegurador.

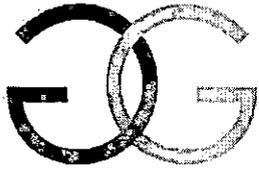
Se aclara que frente a afectaciones del estado del salud del asegurado, los únicos riesgos amparados en dicha póliza fueron la "Incapacidad Total y Permanente", "Enfermedades Graves" y "Beneficios por Hospitalización" pero en ningún momento una incapacidad parcial.

1.1.3. AL HECHO "TERCERO": Si bien ES CIERTO que el crédito fue desembolsado por el Banco Caja Social es del número 0132207496905 el 26 de febrero del 2014, se debe aclarar que este no es un crédito de consumo si no un crédito hipotecario.

1.1.4. AL HECHO "CUARTO": NO ES CIERTO COMO ESTÁ REDACTADO, y se explica:

Si bien existe soporte de historia clínica con fecha del 04 de Julio del 2017 en donde se constata remisión por insuficiencia renal crónica, es importante resaltar que el deterioro de salud del señor GONZALEZ venía desde mucho antes a la fecha mencionada en este hecho.

El señor GONZALEZ presentaba Urolitiasis desde los 23 años de edad y en número de 40 episodios registrados, además de sufrir de gota desde los 28 años:



## GÓMEZ GONZÁLEZ

... como se trata como ocupará pasará de predominio vespertino intermitente, orina espumosa y calambres en las piernas en las noches y en las manos durante el día; de 2 meses edema periorbitario matutino y de los pies vespertal; de un mes nicturia 2-3, con FU 5x2-3. Niega hematuria macro, disuria, tenesmo vesical, incontinencia urinaria. Chorro urinario conservado.

RxS: \*De 6 meses palpitations ocasionales en reposo o en ejercicio. Niega dolor torácico, disnea, ortopnea y DPN.

\*De 9 años dolor articular ppl de las rodillas, tobillos y dedos de los pies. Ha presentado episodios de crisis de artritis del hallux derecho o izquierdo - última hace 1 años. Que mejora con Colchicina, Alopurinol y Diclofenaco.

### ANTECEDENTES:

Patológicos: Urolitiasis desde los 23 años, eliminando aprox 40 cálculos - último hace 1 año, con Cólico ureteral bilateral, tratado solo con Diclofenac en momentos de crisis. Gota dx hace 9 años. Dislipidemia mixta dx hace 2 meses. Niega IVU, Hepatitis Viral, Diabetes mellitus e Hipotiroidismo.

Quirúrgicos: Herniorrafia inguinal izquierda hace 12 años (2005).

Traumáticos, Transfusiones y Alérgicos: no refiere.

Tóxicos: ExBebedor desde los 18 años cada 8 días con embriaguez hasta hace 6 meses (cerveza, whisky, aguardiente). Niega Tabaquismo.

Fármacos: Enalapril 20mg cada 12hs. Amlodipino 5mg día. Tomó Colchicina 1 Tabx0,5mg día y Urocusid 100mg día. Toma desde hace 8 años Diclofenac 50mg cada 12hs con frecuencia por la crisis gotosas en rodillas y hallux y 1 Cap x100mg día (hoy tomó).

Familiares: Padre HTA. Un hermano HTA, Gota y Urolitiasis. Madre con artrosis. Abuela paterna murió por Ca de cérvix.

### EXAMEN FÍSICO:

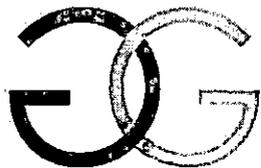
TA: 221/120mmHg (MSD) y 214/124 mmHg (MSI); FC-92x'. FR-18x' Talla-171.5cm Peso-84 Kg IMC-28.55 Kg/m2. SC-1.968 m2.

Aceptable estado general, consciente y alerta, mucosas y piel rosadas. Hidratado. Tolerancia al decúbito: Orofaringe: dentadura incompleta en aceptable estado. Cuello: sin adenopatías ni tiroides palpables ni ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: ruidos cardiacos rítmicos con S2 reforzado y pulmones bien ventilados.

Abdomen: blando, aumento del pabculo adiposo, sin dolor, ni megalias ni soplos en flancos, baloteo renal normal. Pequeña hernia umbilical(+). Percusión costolumbar no dolorosa.

De la Historia clínica aportada con la demanda, se puede confirmar dicho diagnóstico realizado el 23 de septiembre del 2017 en la Clínica Medilaser S.A.:



# GÓMEZ GONZÁLEZ

## ANÁLISIS

21/09/2017 7:47:21 a. m.

Paciente con antecedente de HTA y síndrome nefrótico con ERC estado terminal quien ingreso a sño de remisión por presentar pausas intensas asociado a aumento de edemas, no ha iniciado terapia inmunosupresora ni está con acceso para hemodialis. Ahora con edemas grado III en miembros inferiores. Se considera por tanto paciente requiere manejo intrahospitalario, se realizan parámetros de control y valoración y manejo por nefrología. Se explica claramente a paciente quien refiere entender y aceptar.

Profesional: GILDARDO GUILOMBO SALCEDO

MEDICINA GENERAL

## RESUMEN DE EVOLUCIONES

### 1.1. URGENCIAS GENERAL NEIVA

21/09/2017 1:38:53 p. m.

#### NEFROLOGIA:

PACIENTE DE 41 AÑOS DE EDAD CONICIDO EN HOSPITALIZACION PREVIA HACE UN MES POR UNA ERC ESTADIO 4 SECUNDARIA A NEFROPATIA MEMBRANOSA + GSFS PROBABLEMENTE SECUNDARIA POR REPORTE DE BIOPSIA RENAL REALIZADA EN ABRIL17. TIENE ANTECEDENTE DE UROLITIASIS NO OBSTRUCTIVA Y DE HTA DE INICIO TEMPRANO A LA EDAD DE 32 AÑOS SIN HABER SEGUIDO LA RECOMENDACION DE TOMAR ANTI-hipertensivos. ESTUVO EN TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS POR CATETER YUGULAR TEMPORAL PRESENTANDO COMO COMPLICACION UNA BACTEREMIA ASOCIADA A CATETER QUE OBUO A SU RETIRO YA CAMBIO POR UN NUEVO CATETER. VALORADO EN FORMA AMBULATORIA SE SUSPENDIO LA TERAPIA DIALITICA POR DESCENDEO DE LOS NITROGENADOS CON CR SERICA DE 3

Es claro que este padecía las molestias que le llevaron a las atenciones del mes de julio del 2017 desde mucho tiempo atrás, inclusive desde antes de la solicitud del crédito hipotecario con el Banco Caja Social y la suscripción de la póliza de vida con Liberty Seguros S.A. en su momento, motivo por el cual la parte demandante no puede alegar los antecedentes de salud que padecía al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad, en la cual dio respuesta negativa a cada una de las preguntas del cuestionario sobre el estado del riesgo asegurable, antecedente importante en la relación contractual y que será expuesto en el acápite de las excepciones de la demanda.

1.1.5. AL HECHO "QUINTO": NO LE CONSTA A MI REPRESENTADA, ya que se trata de hechos ajenos a su conocimiento, especialmente lo relacionado con el supuesto dictamen de calificación emitida por la Junta Regional de Calificación de Neiva, por cuanto COLMENA SEGUROS no fue notificada del trámite que se estaba adelantando ante dicha entidad y no fue parte, por lo que se desconoce lo aquí manifestado, y desde ya solicitamos que dicho dictamen sea ratificado en los términos del art. 185 del CGP.

Es importante advertir que el señor GONZALEZ presentó ante el Banco Caja Social S.A. aviso de reclamación por el amparo Incapacidad Total y Permanente de la póliza de Vida individual Deudores certificado No. 61815, con motivo del diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Diálisis, de Etiología Mixta, y aportando como prueba de la "incapacidad Total y Permanente" el dictamen No.8122 de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Neiva del 30 de octubre del 2017, en la cual se establece que presenta una pérdida de capacidad laboral del 71.2% por "Deficiencia por desordenes del tracto urinario superior", procedimiento mi representada objetó formalmente ante la reclamación del hoy demandante con base en los siguientes argumentos:



**GÓMEZ GONZÁLEZ**  
A B O G A D O S

COLMENA SEGUROS indicó en la carta de objeción de fecha 19 de enero de 2018, pues al revisar la historia clínica del hoy demandante y tal como se reafirma en dictamen realizado por la Junta Regional de Calificación de Invalidez, se pudo establecer que el asegurado venía padeciendo de Urolitiasis desde los 23 años de edad; en número de 40 episodios, y que se le había diagnosticado Gota desde los 28 años, conformando una insuficiencia Renal Crónica, lo cual corresponde precisamente con el padecimiento por el cual pretendió que le fuera reconocido el amparo de "Incapacidad Total y Permanente" de la póliza, tratándose por tanto de un padecimiento preexistentes que no fue declarado por él al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad el día 20 de diciembre de 2013 y que por lo tanto corresponde con una exclusión expresa de la póliza:

**"CONDICIÓN TERCERA. EXCLUSIONES A LOS AMPAROS BÁSICOS. NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO CON CARGO A NINGUNO DE LOS AMPAROS BASICOS DE ESTA PÓLIZA, CUANDO:**

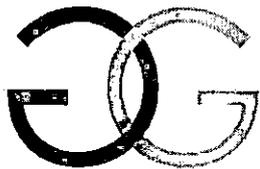
- a. **LA MUERTE O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO ES CAUSADA U ORIGINADA POR CUALQUIER CAUSA O ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL PREEXISTENTE QUE AYA (sic) SIDO DIAGNOSTICADA O CONOCIDA POR EL ASEGURADO Y NO DECLARADA CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO..."**

También el hecho que el asegurado haya omitido informar las enfermedades que padecía al momento de diligenciar las declaraciones de seguro de la Póliza de Vida Deudores, no le permitió a COLMENA SEGUROS realizar una evaluación consciente de la realidad del riesgo que se le proponía, que le posibilitara analizar bajo qué condiciones lo asumiría o si se inhibiría de aceptarlo, conllevando que el presente caso se enmarque dentro del supuesto establecido en el artículo 1058 de nuestro estatuto mercantil y que por lo tanto el contrato se encuentre viciado de nulidad relativa:

**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.*

*Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un*



GÓMEZ GONZÁLEZ

ABOGADOS

*porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.*

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

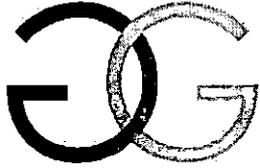
1.1.6. AL HECHO "SEXTO": NO LE CONSTA A MÍ REPRESENTADA por ser una persona jurídica distinta y ser hechos ajenos a su conocimiento. Nos atenemos a lo demostrado en el proceso con material probatorio conducente a probar dicho hecho.

1.1.7. AL HECHO "SÉPTIMO": NO LE CONSTA A MÍ REPRESENTADA por ser una persona jurídica distinta y ser hechos ajenos a su conocimiento. Nos atenemos a lo demostrado en el proceso con material probatorio conducente a probar dicho hecho.

Sin embargo, LE CONSTA a COLMENA SEGUROS que, con fecha del 19 de enero del 2018, la compañía objetó reclamación presentada por el señor JESUS ANTONIO GONZALEZ en orden a solicitar la afectación del amparo Incapacidad Total y Permanente de la Póliza de Vida Individual Deudores Hipotecarios, bajo el argumento de haberse configurado una exclusión a los amparos básicos por preexistencia de las enfermedades que originaron su calificación de Invalidez ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, así:

**Del análisis de los documentos allegados con la reclamación, donde se solicita afectar el amparo de Incapacidad Total y Permanente, y conforme a la verificación de los antecedentes de salud realizada por nuestro departamento médico, se encontró en historia clínica de 21 de julio de 2017, que usted contaba con Hipertensión Arterial 28 años de edad, de igual forma se evidencia que también padecía de Urolitiasis desde los 23 años de edad; en número de 40 episodios, también es evidente que le había sido diagnosticado Gota desde los 28 años. Tal información no fue relacionada por Usted, al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad. (20 de diciembre de 2013)**

**Ello significa que se trata de enfermedades preexistentes que no fueron declaradas al momento de ingresar al seguro, y dado que el evento por el cual reclama es consecuencia de las patologías no informadas, debemos mencionar que se encuentra excluido de la cobertura otorgada por la Póliza de Vida Individual Temporal para Deudores Hipotecarios, conforme a la anterior descripción.**



## GÓMEZ GONZÁLEZ

Para el caso de Incapacidad Total y Permanente en particular, la cobertura otorgada por la póliza se encuentra definida de la siguiente manera:

### **"CONDICIÓN SEGUNDA. AMPAROS BÁSICOS:**

(...)

**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO MENOR DE 70 AÑOS, LA INCAPACIDAD ESTRUCTURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO Y CALIFICADA MÉDICAMENTE CON UN GRADO DE INVALIDEZ SUPERIOR AL 50% CON BASE EN EL MANUAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN, DENTRO DEL CUÁL NO SE ENTIENDEN INCLUIDOS LOS REGÍMENES ESPECIALES, COMO LO SON EL MAGISTERIO, LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, ENTRE OTROS..."

A su vez, la preexistencia de enfermedades físicas o mentales diagnosticadas y no declaradas con anterioridad a la contratación del seguro, configuran una exclusión para la aseguradora realizar el pago, así:

**"CONDICIÓN TERCERA. EXCLUSIONES A LOS AMPAROS BÁSICOS. NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO CON CARGO A NINGUNO DE LOS AMPAROS BÁSICOS DE ESTA PÓLIZA, CUANDO:**

- b. LA MUERTE O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO ES CAUSADA U ORIGINADA POR CUALQUIER CAUSA O ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL PREEXISTENTE QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O CONOCIDA POR EL ASEGURADO Y NO DECLARADA CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO..."

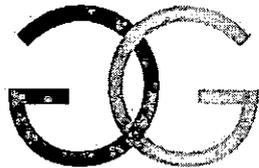
Al configurarse la mencionada exclusión, no nace para COLMENA SEGUROS la obligación de hacer efectiva la póliza por el amparo de Incapacidad Total y Permanente.

1.1.8. AL HECHO OCTAVO: NO LE CONSTA A MÍ REPRESENTADA. Ni en el acápite de pruebas ni en los anexos se menciona dicha constancia de no acuerdo; sin embargo, como documento integrante del traslado, existe constancia de no comparecencia en la que se manifiesta COLMENA SEGUROS no asistió a audiencia de conciliación, sin existir prueba del envío y recepción por parte de mí representada y por lo tanto es ajena a lo consagrado en dicho documento.

1.1.9. AL HECHO NOVENO: NO LE CONSTA A MÍ REPRESENTADA la calidad en la que el demandante actúa y los términos en los que le fue conferido el poder para actuar. Nos atenemos a lo demostrado en el proceso.

### **1.2. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA:**

A LA PRIMERA: Me opongo por carecer de fundamento factico y jurídico.



## GÓMEZ GONZÁLEZ

ABOGADOS

Lo anterior por cuanto COLMENA SEGUROS cumplió en todo momento sus obligaciones contractuales, y la objeción emitida por mi representada con ocasión del aviso de reclamación de afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente resolvió de fondo la solicitud efectuada por el hoy demandante con base en la calificación brindada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Neiva, y la negativa de COLMENA SEGUROS se basó en situaciones fácticas debidamente comprobadas y verificadas como lo es el diagnóstico de múltiples patologías que el demandante padecía desde antes de la suscripción de la declaración de asegurabilidad y que no fueron informadas como correspondía por el señor JESÚS ANTONIO GONZALEZ, así como la reticencia en la que incurrió.

A LA SEGUNDA: Me opongo por carecer de fundamento fáctico y jurídico.

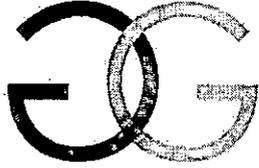
Lo anterior por cuanto la objeción emitida por mi representada con ocasión del aviso de reclamación de afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente resolvió de fondo la solicitud efectuada por el hoy demandante con base en la calificación brindada por la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Neiva, y la negativa de COLMENA SEGUROS se basó en situaciones fácticas debidamente comprobadas y verificadas como lo es el diagnóstico de múltiples patologías que el demandante padecía desde antes de la suscripción de la declaración de asegurabilidad y que no fueron informadas como correspondía por el señor este, así como la reticencia en la que incurrió.

A LA TERCERA: Al no proceder las anteriores declaraciones y condenas, no procede condena en costas y agencias en derecho y por el contrario solicitamos al despacho condenar a parte demandante al pago de estas.

### 1.3. EXCEPCIONES DE FONDO:

#### 1.3.1. AUSENCIA DE PRUEBA DE LA MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO AMPARADO - INEXISTENCIA DE PRUEBA DE SINIESTRO

Como se advirtió al momento de pronunciarnos frente a los hechos de la demanda, el señor GONZALEZ presentó ante el Banco Caja Social S.A. aviso de reclamación por el amparo Incapacidad Total y Permanente de la póliza de Vida individual Deudores certificado No. 61815, con motivo del diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Diálisis, de Etiología Mixta, valorado mediante dictamen de calificación emitida por la Junta Regional de Calificación de Neiva en donde se le otorgó una Pérdida de Capacidad Laboral del 71.2%. Es importante advertir que este dictamen sólo ha sido conocido por mi representada al momento de ser notificada por el Banco Caja Social de una petición elevada por el demandante para hacer efectivo el amparo por incapacidad Total y Permanente, por lo tanto COLMENA SEGUROS no fue notificada del trámite que se estaba adelantando ante dicha entidad y no fue parte, por lo que se desconoce lo aquí manifestado, y desde ya solicitamos que dicho dictamen sea ratificado en los términos del art. 185 del CGP.



**GÓMEZ GONZÁLEZ**  
A B O G A D O S

No obstante si es importante tener en cuenta que, al revisar el documento que contiene el supuesto dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Neiva, se evidencia que la razón de la calificación de invalidez del demandante se debe a una Insuficiencia renal Crónica Terminal en Diálisis de Etiología Mixta, patología relacionada directamente con las que le habían sido diagnosticadas al demandante desde hacía más de 9 años al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad (20 de diciembre de 2013), puesto que sufría de Urolitiasis desde los 23 años de edad en número de 40 episodios; e igualmente se le había diagnosticado "Gota" desde los 28 años, enfermedades renales crónicas ligadas directamente a la razón de la calificación que lo declaró inválido.

**1.3.2. EXCLUSIÓN DE COBERTURA DEL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDADES PREEXISTENTES:**

Para el caso en concreto los padecimientos que le generaron de manera directa o indirecta, parcial o total al asegurado, son previos a la contratación de la póliza, y estos se encuentran excluidos de cobertura expresamente, tal como lo indica la Condición Tercera de las Condiciones Generales de la Póliza VIDA INDIVIDUAL DEUDORES, que a la letra dice:

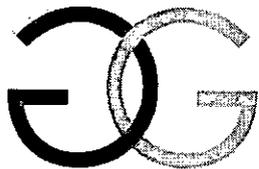
**"CONDICIÓN TERCERA. EXCLUSIONES A LOS AMPAROS BÁSICOS. NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO CON CARGO A NINGUNO DE LOS AMPAROS BASICOS DE ESTA PÓLIZA, CUANDO:**

- a. **LA MUERTE O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO ES CAUSADA U ORIGINADA POR CUALQUIER CAUSA O ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL PREEXISTENTE QUE AYA (sic) SIDO DIAGNOSTICADA O CONOCIDA POR EL ASEGURADO Y NO DECLARADA CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO..."**

Por lo anterior, dado que las preexistencias se encuentran excluidas de cobertura, la eventual incapacidad total y permanente no se encuentra amparada.

Además por cuanto de acuerdo con lo establecido en el art. 1056 del Co. de Co., a su arbitrio el asegurador puede delimitar el riesgo, estableciendo de forma expresa en el contrato de seguro en qué eventos COLMENA SEGUROS no procedería al pago de los valores asegurados, indicándose en el caso concreto que no habría lugar a cobertura cuando se presentaran enfermedades preexistentes no declaradas:

**ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.**



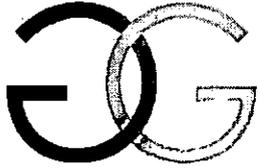
## GÓMEZ GONZÁLEZ

Como se advirtió al momento de pronunciarnos frente a los hechos de la demanda, el demandante padece una Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Diálisis, de Etiología Mixta. Además, las enfermedades que llevaron a la conclusión en dicho dictamen fueron:

TÍTULO I			
CALIFICACION / VALORACION DE LAS DEFICIENCIAS			
No	DEFICIENCIA	DIAGNOSTICO	DEFICIENCIA   MOTIVO DE CALIFICACION   CONDICIONES DE SALUD
1			INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
2			NEFROPATIA MEMBRANOSA PRIMARIA
3			GLOMERULONEFRITIS

Todas son enfermedades renales, relacionadas con Urolitiasis y "Gota", patologías que sufría el demandante al momento de la declaración de asegurabilidad, confirmando así la preexistencia de dichas patologías y la configuración de la exclusión ya expuesta.

En Historia Clínica del 21/07/2017, se evidencian antecedentes de Hipertensión Arterial desde los 28 años de edad, es decir, se conocía desde hacía 9 años, así:



GÓMEZ GONZÁLEZ  
A B O



C3 166/82. C4 48/14. PTHi 251. Hb 9.63. AU 8.3. VDRL NR. HBsAg y anti-HCV neg.  
Cr 6.34 mg%. K 6.1. calcio 7.4. Fosf 6.94. BUN 109.  
Julio 14/17: Cr 4.45. BUN 63.4. Potasio 4.  
Julio 18/17: 4 días luego de la última diálisis: Cr 4.0. BUN 70.4. Fosf 5.5. Potasio 4.27.  
**EXAMEN FISICO:**  
PA: 145/90 y 140/75 mm Hg. FC: /min. FR: xmin. PESO: 86.5 Kg.  
Estado general: Bueno. Estado nutricional Bueno.  
Conjuntivas: Pálidas. Escleras: anictéricas.  
Cuello: No IY. No adenopatías ni bocio.  
Ex. CV: R2Cs rítmicos con soplo sistólico de IM.  
Ex. Pulmonar: Normal.  
Ex. Abdominal: Globuloso, sin megalias.  
Extremidades: edema grado II blando con fovea.  
Ex. Neurológico: Alerta, orientado, sin signos meníngeos ni de focalización.  
Piel y faneras: Fibromas en la cara y nevus rubi y queratomas.

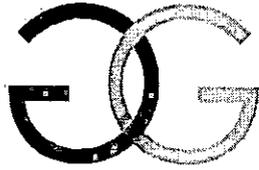
**CONCEPTO:**

ERC ESTABLECIDA ESTADIO 4 CON TFG ESTABLECIDA CON TFG ESTIMADA EN 17 ML/MIN ATRIBUIBLE A PROBABLE GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA SECUNDARIA A HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA. SOSPECHA DE FEOCROMOCITOMA POR NEUROFIBROMAS EN CARA, HISTORIA FAMILIAR, HIPERTENSION EN CRISIS SINTOMATICA. BACTEREMIA ASOCIADA A CATETER DE HD PARCIALMENTE TRATADA. HIPERURICEMIA Y UROLITIASIS.

**PLAN:**

1. Dieta baja de proteínas renal

Además, frente a la patología relacionada con el sistema renal que padece el demandante, este presentaba Urolitiasis desde los 23 años de edad y en número de 40 episodios registrados, además de sufrir de gota desde los 28 años:



GÓMEZ GONZÁLEZ

... desde 2005. Edema de miembros inferiores de predominio vespertino intermitente, orina espumosa y calambres en las piernas en las noches y en las manos durante el día; de 2 meses edema periorbitario matutino y de los pies vesperal; de un mes nicturia 2-3, con FU 5x2-3. Niega hematuria macro, disuria, tenesmo vesical, Incontinencia urinaria. Chorro urinario conservado.

RxS: \*De 6 meses palpitations ocasionales en reposo o en ejercicio. Niega dolor torácico, disnea, ortopnea y DPN.

\*De 9 años dolor articular ppl de las rodillas, tobillos y dedos de los pies. Ha presentado episodios de crisis de artritis del hallux derecho e izquierdo. Última hace 1 años. Que mejora con Colchicina, Alopurinol y Diclofenaco.

**ANTECEDENTES:**

Patológicos: Urolitiasis desde los 23 años, eliminando aprox 40 cálculos – último hace 1 año, con Cólico ureteral bilateral, tratado solo con Diclofenac en momentos de crisis. Gota dx hace 9 años. Dislipidemia mixta dx hace 2 meses. Niega IVU, Hepatitis Viral, Diabetes mellitus e Hipotiroidismo.

Quirúrgicos: Herniorrafia inguinal izquierda hace 12 años (2005).

Traumáticos, Transfusiones y Alérgicos: no refiere.

Tóxicos: ExBebedor desde los 18 años cada 8 días con embriaguez hasta hace 6 meses (cerveza, whisky, aguardiente). Niega Tabaquismo.

Fármacos: Enalapril 20mg cada 12hs. Amlodipino 5mg día. Tomó Colchicina 1 Tabx0,5mg día y Urocusid 100mg día. Toma desde hace 8 años Diclofenac 50mg cada 12hs con frecuencia por la crisis gotosas en rodillas y hallux y 1 Cap x100mg día (hoy tomó).

Familiares: Padre HTA. Un hermano HTA, Gota y Urolitiasis. Madre con artrosis. Abuela paterna murió por Ca de cérvix.

**EXAMEN FÍSICO:**

TA: 221/120mmHg (MSD) y 214/124 mmHg (MSI). FC-92x' FR-18x' Talla-171.5cm Peso-84 Kg IMC-28.55 Kg/m2. SC-1.968 m2.

Acceptable estado general, consciente y alerta, mucosas y piel rosadas. Hidratado. Tolerancia al decúbito. Orofaringe: dentadura incompleta en aceptable estado. Cuello: sin adenopatías ni tiroides palpables ni ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos con S2 reforzado y pulmones bien ventilados.

Abdomen: blando, aumento del páncreo adiposo, sin dolor, ni megalias ni soplos en flancos; batocteo renal normal. Pequeña hernia umbilical(+). Percusión costolumbar no dolorosa.

Así las cosas, resulta claro que el demandante presenta patologías preexistentes no declaradas por lo que las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar por tratarse de situaciones expresamente excluidas de cobertura.

**1.3.3. ANULABILIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO EN RAZON DE LA NULIDAD RELATIVA GENERADA POR LA RETICENCIA:**



## GÓMEZ GONZÁLEZ

El contrato de seguro contenido en la póliza de Vida individual Deudores certificado No. 61815, mencionado por la parte pretensora como sustento de sus peticiones, adolece de nulidad relativa al tenor de lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio, que textualmente dice:

***“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 hubieran retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.***

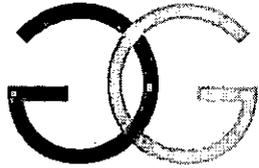
***Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado de riesgo.***

***Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable al tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160”***

El señor JESUS ANTONIO GONZALEZ al diligenciar la declaración de asegurabilidad, en la cual dio respuesta negativa a cada una de las preguntas del cuestionario sobre el estado del riesgo asegurable, en las que se le preguntaba respecto a que si le han diagnosticado o ha recibido algún tratamiento o cirugía, le han practicado pruebas o exámenes de diagnóstico o tiene conocimiento de padecer o haber padecido enfermedades o condiciones de salud de tipo congénito, neurológico, cardiovascular o enfermedades como Hipertensión Arterial, infarto o enfermedad de las arterias coronarias, cáncer, leucemias, linfomas, Diabetes, Asma, trombosis, derrames o eventos cerebrovasculares, anemias, enfisema pulmonar EPOC, artritis reumatoidea, cirrosis, insuficiencia renal, epilepsia, tumores, trastornos inmunológicos o reumatológicos, lupus, enfermedades mentales, le han hecho tratamiento quirúrgico por obesidad?, o ha padecido o padece de cualquier otra enfermedad o lesión que no se haya mencionado?, incurrió en una reticencia u omisión de información consciente, lo que implica que el contrato de seguro se encuentre viciado de nulidad.

En la declaración de asegurabilidad diligenciada por el asegurado el día 20 de diciembre de 2013 y que sirvió como base para que COLMENA SEGUROS expidiera el contrato de seguro materializado en el certificado No. 61815 de la póliza de Vida individual Deudores se lee lo siguiente:





## GÓMEZ GONZÁLEZ

en tratamiento médico, ni consumía medicamentos de manera permanente, manifestación que fue contraria a la realidad.

Como ya se anotó, las enfermedades padecidas por el asegurado y ocultadas al momento de la celebración del contrato, más precisamente en la declaración de asegurabilidad agravan el riesgo asumido por mi representada, de tal manera, que de haberse conocido que el señor JESUS ANTONIO GONZALEZ QUIMBAYA padecía estas enfermedades **nunca hubiera contratado el seguro.**

Los padecimientos omitidos son relevantes para el asegurador al momento de establecer el estado del riesgo que asumirá, pues afecta y deteriora la salud a tal punto, que pueden ocasionar la muerte, o un estado de invalidez, tal como efectivamente ocurrió.

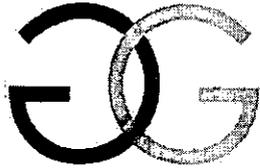
En la historia clínica aportada al proceso se evidencian los padecimientos diagnosticados en fecha anterior al diligenciamiento de las declaraciones de asegurabilidad. Nótese como la historia clínica señala años de citas y tratamientos anteriores a la suscripción de las declaraciones, por demás se encontraba en tratamiento para dichas afecciones.

El asegurador asume un riesgo de cuya realización se generan las obligaciones a su cargo, la celebración del contrato de seguro depende de lo manifestado en la declaración de asegurabilidad, pues con fundamento en ella emite su voluntad contractual; ahora bien, si lo declarado por el solicitante corresponde a la verdad, el consentimiento del asegurador es válido, pero si, como en este caso, se le oculta el verdadero estado de salud de quien solicita el seguro – o que se tienen o se contrataran otros seguros sobre el mismo riesgo-, el consentimiento de quien asume el riesgo se encuentra necesariamente viciado, por ello el consentimiento de la parte resistente a la solicitud del asegurado para la celebración del contrato de seguro de vida estuvo viciado por cuanto fue inducida en error por las declaraciones reticentes evidentes del asegurado en cuanto a su real estado de salud, fundamento insustituible para la calificación y apreciación del riesgo que asumía, afectándose un aspecto vital del consentimiento del asegurador.

El señor JESÚS ANTONIO GONZALEZ firmó la solicitud de seguro y la declaración de asegurabilidad, en la cual estableció que se encontraba en buen estado de salud.

Para el caso específico del contrato de seguro en el cual la existencia de la buena fe es exigida en su máxima expresión, el Código de Comercio sanciona con la nulidad relativa del contrato, la conducta reticente del solicitante en el artículo 1058 transcrito y en el 1059 con la pérdida a favor de la aseguradora de las primas pagadas.

**El artículo 871 del Código de Comercio establece: “Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe, en consecuencia, obligarán no sólo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural”**



## GÓMEZ GONZÁLEZ

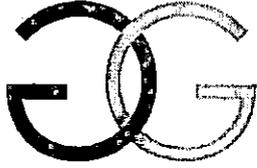
El principio de la UBÉRRIMA BONA FIDE, que es el fundamento de la teoría de los contratos, debe estar presente siempre en las actuaciones precontractuales y contractuales de las partes intervinientes en el contrato, y en el de seguro con mayor razón, ya que el asegurador asume un riesgo generado en la propia actividad del asegurado, en consecuencia es éste quien debe suministrar al asegurador todos los elementos que le permitan evaluar el riesgo que va a asumir. Si el asegurado que debe estar guiado por la buena fe no le ofrece al asegurador todos los elementos de juicio para conocer el verdadero estado de riesgo, está incumpliendo el principio de la buena fe y por ésta razón el legislador ha impuesto una grave sanción como es la nulidad relativa del contrato.

No hay lugar a dudas en cuanto a la reticencia se refiere, ya que además de la relevancia de los padecimientos omitidos, es claro que la información consignada en la declaración de asegurabilidad no concuerda con el verdadero estado de salud de la asegurada al momento de solicitar el seguro, lo que sin duda vició el consentimiento de mi representada.

Al efecto valga el siguiente pasaje jurisprudencial de orden local, esto es, Sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Pereira, Sala Decisión Civil-Familia, 23 de mayo de 2006, radicación 66001-31-03-004-2004-00179-01, Actor Elicenia Morales de Duque Vs. Compañía de Seguros de Vida Colpatría S. A:

*“ ... No es, pues, gratuito sino de importancia suma, como lo hizo ver la Corte Suprema de Justicia en el fallo de 2 de agosto de 2001 en que se refirió a espacio sobre la buena fe que se debe observar en materia de seguros, que el artículo 1058 citado utilizara la palabra “sinceramente”, vocablo que desnuda la intención inequívoca del legislador de establecer para el tomador la carga precontractual de declarar con apego a la verdad los hechos y circunstancias significativas del estado del riesgo, la misma que se incumple cuando se emplea la inexactitud y la infidelidad, o se guarda silencio sobre lo que se debiera informar. De tal modo que cuando la reticencia recae sobre puntos de tal carácter que de haber sido conocidos por el asegurador lo habrían llevado a no contratar o le limitaron el conocimiento que debía de tener sobre la extensión de los riesgos que habría de asumir, se sanciona el contrato con la nulidad relativa. En el fondo lo que se castiga es la traición del tomador a la confianza que el asegurador depositó en él y con base en la cual se procedió a contratar.*

*Ahora, la norma comentada contempla dos situaciones según la falta de veracidad se haya consignado en el cuestionario propuesto por el asegurador (inciso 1º) o que éste no le haya formulado (inciso 2º). Trátase acá del primer caso, puesto que al tomador del seguro se le presentó un formato en el que se incluyó la cláusula ya transcrita, lo que permite aducir que cuando se presenta cuestionario al asegurado, mayor es la responsabilidad que se involucra puesto que se ha manifestado por el asegurador su voluntad de apreciar ciertas circunstancias que según su criterio surgían indispensables para convenir o rechazar el contrato, o acordado en otras condiciones. En tal ocurrencia*



## GÓMEZ GONZÁLEZ

*A B O* **es evidente que es más fácil demostrar la inexactitud del tomador ya que basta confrontar lo aseverado con lo real. De allí que de antiguo tenga dicho la jurisprudencia:**

*"Los cuestionarios o preguntas que hace el asegurador al asegurado para conocer la extensión del riesgo que va a sumir en virtud del contrato, tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes. Cuando el asegurador, en estos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el contrato, en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse que no tienen importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro" (G.J. LXXVII, 17) ..."*

Respecto a lo anteriormente expuesto, me permito transcribir pronunciamiento de la Honorable Corte Suprema de Justicia mediante sentencia del 24 de octubre de 2005 y con ponencia del Magistrado Silvio Fernando Trejos Bueno, los cuales guardan consonancia con los argumentos de esta defensa:

*"... 1. De entrada observa la Corte que el quid del asunto pende enteramente de la respuesta que en el plano estrictamente jurídico debe darse a la acusación que propende por la nulidad absoluta del contrato de seguro, en lugar de la relativa reconocida en el fallo impugnado, bajo el alero de la causa ilícita derivada de la reticencia que se le imputa al tomador sobre su estado de salud precedente, pues solamente abriéndose paso tal efecto, sería dable recaer sobre la cuestión táctica que informa este caso; análisis al cual se procede a continuación.*

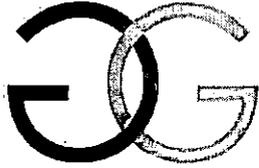
*2. El artículo 1058 del C. de Comercio dispone que "El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieran retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro...."*

*(...)*

*3. Dicho texto legal se halla inspirado en la estricta buena fe que, como principio insustituible, debe rodear tanto la celebración como la ejecución del contrato de seguro, y de él se puede deducir lo siguiente:*

*1º) Que la obligación del tomador de pronunciarse sinceramente frente al cuestionario que le formule el asegurador con el fin de establecer el estado del riesgo asegurado, no tiene por fuente misma el contrato de seguro sino que opera en la fase previa a su celebración y tiene por objeto garantizar la expresión inmaculada de la voluntad del primero de consentir en dicho vínculo o de abstenerse de hacerlo, o de contraerlo pero bajo condiciones más onerosas,*

*2º) De ese modo la formación del consentimiento de la aseguradora libre de vicios, y en cuanto*



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O prevé los efectos específicos de la inexactitud y de la reticencia que provengan de error inculpable del tomador distintos de la nulidad relativa que consagra como principio general, significa que ésta como sanción fue concebida para los casos en que el tomador obre con dolo o culpablemente.

3°) No importan, entonces, los motivos que hayan movido al tomador 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 proceder afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz. (Cursivas ajenas al texto original)

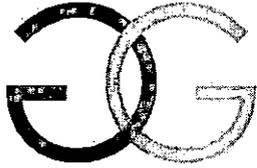
Respecto a este punto, el doctrinante J. Efrén Ossa G, en su obra Teoría General del Seguro: El Contrato, p. 298, expone lo siguiente:

*"el consentimiento del asegurador es otorgado con base en la declaración de estado del riesgo. Y debe ser exento de todo vicio para que el contrato de seguro sea válido. Mal podrá ser fuente de obligaciones, si la declaración deforma el concepto del riesgo e induce al asegurador - prevalido de la estricta buena fe que es de la misma entraña del seguro - a formarse un juicio equivocado acerca de la extensión y alcance de los peligros que ha de asumir (...), [eso y para poner mejor cubierto las situaciones de fraude], es lo que explica, a través del artículo 1058 del Código de Comercio, el régimen especial de los vicios del consentimiento del asegurador en el contrato de seguro (...), al cual solo escapa la fuerza que, como tal, tan sólo podría invocarse a la luz del derecho común..."* (Cursivas ajenas al texto original).

#### **1.3.4. INEXISTENCIA DE OBLIGACION PARA EL ASEGURADOR DE DEMOSTRAR CUÁL HABRÍA SIDO SU ACTITUD NEGOCIAL EN CASO DE NO HABER MEDIADO RETICENCIA**

Con todo, al asegurador no se le impone la obligación de demostrar cuál habría sido la actitud negocial en caso de no haber mediado reticencia, le basta demostrar la existencia de la reticencia, para que proceda la anulabilidad del contrato de seguro.

La pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas, sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o



## GÓMEZ GONZÁLEZ

inexactitud, 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.

En el presente caso, bastará probar la reticencia en la información suministrada al momento de diligenciar el cuestionario –declaración de asegurabilidad–, esto es, las enfermedades preexistentes al momento de diligenciar el mismo, para que ipso facto proceda la anulabilidad del contrato, sin condición o requisito adicional.

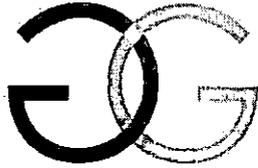
En el sentido arriba indicado, se pronunció la Honorable Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, en sentencia con **rectificación de jurisprudencia**, proferida el pasado **1 de Septiembre de 2010, Exp. No. 05001-3103-001-2003-00400-01, Magistrado Ponente Edgardo Villamil Portilla**. Lilibian María Moreno Restrepo contra la Compañía de Seguros Bolívar S.A.

“... No negó la parte demandante haber incurrido en reticencia, por haber ocultado los antecedentes penales de quienes hicieron la declaración de asegurabilidad, tampoco dudó el Tribunal sobre la existencia de la misma. Acontece sí que el Tribunal desestimó la excepción de nulidad propuesta por la demandada, porque, según su parecer, era indispensable acreditar que los hechos “*callados*”, de haber sido conocidos hubieren retraído a la aseguradora de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas.

A juicio de la Corte, yerra el Tribunal al negar los efectos deletéreos de la conducta obrepticia de los tomadores y asegurados, pues ella lesiona grandemente el principio de buena fe que es una de las piezas esenciales del contrato de seguro, **pues el asegurador ingresa al ámbito negocial en estado de ignorancia y es llevado de la mano a contratar por la información que con total fidelidad le debe suministrar el tomador**, que en este caso también resultó ser asegurado.

Y para averiguar la importancia que tenía para la aseguradora indagar por los antecedentes penales del tomador y asegurado, sólo es menester resaltar que en el formulario reposa la pregunta por dicho pasado judicial, circunstancia por sí reveladora de que esa información era absolutamente relevante. El curso natural de las cosas indica que si la aseguradora inquiría por los antecedentes judiciales de ambas partes, es porque la suerte de la concesión del amparo también dependía de ese dato. **En suma, el profesional del seguro no indaga por datos irrelevantes, ni tiene la carga de probar que lo eran, como razonó equivocadamente el Tribunal.**

Entonces, la información suministrada en los cuestionarios que se responden en el umbral de la relación aseguraticia, permite que la aseguradora conozca “*la extensión de riesgos que va a asumir en virtud del contrato, [los cuales] tienen importancia jurídica porque determinan o precisan el límite de las obligaciones recíprocas de los contratantes.* **Cuando el asegurador, en esos cuestionarios, hace una pregunta, ésta tiene el sentido de que el hecho a que se refiere es considerado por él como esencial para determinar su consentimiento en el**



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O Contrato, *en cambio, otros hechos que el asegurador pasa en silencio deben considerarse como que no tiene importancia para él, según experiencia en la materia de los riesgos sobre que versa el seguro*" (LXXVII, pág. 17, reiterado en G.J. CLII, pág. 265, también en Sent. Cas. Civ. de 30 de noviembre de 2000, Exp. No. 5743 y 19 de julio de 2005, Exp. No. 5665-01).

El artículo 1058 de Código de Comercio en su parte pertinente, dispone que *"el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro"*, dicha norma ha sido analizada como aplicación específica del principio de buena fe inherente al contrato de seguros, pues esta modalidad comercial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, como quiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca.

No está de más recordar que el actual artículo 1058 del Código de Comercio correspondía al artículo 881 del proyecto de código mercantil del año 1958, norma respecto de la cual destacaron los redactores de aquella época que *"protege o resguarda la integridad de los principios que dicen relación a la declaración acerca del estado del riesgo. Somos absolutamente conservadores a este respecto. Más que conservadores, reaccionarios... El tomador está obligado a declarar con absoluta objetividad el estado del riesgo (...) Al tomador hay que exigirle el máximo de celo para asegurar el desenvolvimiento natural de los negocios de seguros"* (Proyecto de Código de Comercio, Bogotá 1958, Tomo II, pág. 256).

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).

En suma, la cabal estimación de los riesgos que habrá de cubrir el contrato de seguro, la decisión del asegurador de celebrarlo y aún la de liquidar la prima correspondiente, obedece



GÓMEZ GONZÁLEZ

A B O

príoriáriamente, en palabras de la Corte, a las atestaciones que al respecto asiente el tomador, quien, en tal virtud, *"ha de decir todo lo que sabe", de modo que la lealtad, exactitud y esmero de éste en el cumplimiento de ese deber resultan indispensables para el anotado fin, a la vez que la trasgresión de las señaladas reglas de conducta aparejan consecuencias de diverso orden, entre ellas la de afectarlo de nulidad relativa, como ya fuera demostrado*" (Sent. Cas. Civ. de 30 de noviembre de 2000, Exp. No. 5743).

Entonces -y aquí se encuentra la **rectificación doctrinaria** al Tribunal- en ese escenario **la pérdida de fuerza normativa del contrato de seguro por reticencia, no requiere la demostración específica de que la omisión llevaría a la aseguradora a desistir del negocio, pues precisamente la existencia misma de la pregunta en el formulario es significativa de su importancia como insumo para ilustrar su consentimiento**, es decir, si contrata o no, o si lo hace bajo ciertas condiciones económicas, sin perjuicio de la facultad judicial de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud ( Sent. Cas. Civ. de 12 de septiembre de 2002, Exp. No. 7011.), **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.**

Más aun, la jurisprudencia ha escrutado a espacio el artículo 1058 del Código de Comercio, sin encontrar una exigencia similar a la hecha por el Tribunal para aplicar la nulidad por reticencia. Así, en reciente oportunidad se dijo que del texto legal aludido se podía deducir 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"...*

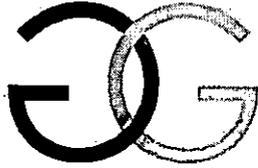
### **1.3.5. AUSENCIA DE VÍNCULO CONTRACTUAL POR LA NULIDAD, INEXISTENCIA E INEFICACIA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

El caso sub iudice es un clásico evento de inoperancia del contrato de seguro, y en consecuencia es necesario precisar que estamos en presencia de la inexistencia e ineficacia del contrato aducido por los pretensores.

En las líneas siguientes se demostrara que para efectos del contrato de seguros, inexistencia e ineficacia son conceptos que tienen total identidad jurídica y que su consecuencia es la no producción de efectos jurídicos de pleno derecho, es decir, sin necesidad de declaración judicial.

Respecto la ineficacia establece el artículo 897 del Código de Comercio:

***"Cuando en este Código se exprese que un acto no produce efectos, se entenderá que es ineficaz de pleno derecho, sin necesidad de declaración judicial".***



GÓMEZ GONZÁLEZ  
A B O G A D O S

A su turno, en cuanto la inexistencia el artículo 898 establece:

***“... Sera inexistente el negocio jurídico cuando se haya celebrado sin las solemnidades sustanciales que la ley exija para su formación, en razón del acto o contrato y cuando falte alguno de sus elementos esenciales”.***

Al regular el contrato de seguro, el estatuto mercantil respecto a los elementos esenciales del contrato, consagra en su artículo 1045:

*“.. Son elementos esenciales del contrato de seguro:*

- 1. El interés asegurable.*
- 2. El riesgo asegurable.*
- 3. La prima o precio del seguro, y*
- 4. La obligación condicional del asegurador.*

***En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno...”***

Esta norma de seguros afirma con total claridad que cuando falte un elemento esencial el contrato no produce efectos jurídicos, luego es inexistente cuando falte algún elemento esencial e ineficaz porque el Código señala expresamente que no produce efectos, luego puede afirmarse sin lugar a equívocos que en derecho de seguros, ambos conceptos tienen equivalencia jurídica.

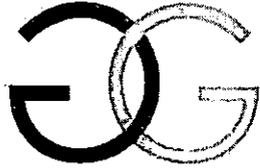
Uno de los elementos esenciales del contrato de seguro es el riesgo asegurable, definido en el artículo 1054 del Código de Comercio, así:

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

A su turno, el artículo 1055 del Código de comercio, no indica cuales son los riesgos inasegurables:

***“El dolo, la culpa grave y los actos meramente potestativos del tomador, asegurado o beneficiario son inasegurables. Cualquier estipulación en contrario no producirá efecto alguno...”*** Resaltado fuera de texto.

Descendiendo al caso concreto, el supuesto estado de invalidez del señor JESUS ANTONIO GONZALEZ no constituye un riesgo asegurable dado que es consecuencia previos a la contratación de la póliza, era un evento inasegurable y por tanto el contrato de seguro no tiene uno de sus elementos



## GÓMEZ GONZÁLEZ

esencialés como lo es el riesgo asegurable, por tanto el contrato de seguro es inexistente e ineficaz conforme a los artículos 897, 898, y 1045 del estatuto mercantil.

En consecuencia, al faltar uno de los elementos esenciales del contrato de seguro éste no nació a la vida jurídica, no se perfeccionó, es inexistente.

### **1.3.6. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR:**

Conforme se desprende de los medios exceptivos propuestos, no surge para el asegurador la obligación de indemnizar, ya que los padecimientos que generaron el fallecimiento son previos a la contratación de la póliza, enfermedad inasegurable de pleno derecho, se estructura por demás la nulidad relativa del contrato por la reticencia de tomador.

### **1.3.7. DESNATURALIZACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO AL PRETENDER ASEGURAR UN RIESGO YA MATERIALIZADO – AUSENCIA DE UN REQUISITO ESENCIAL – INEXISTENCIA DEL CONTRATO.**

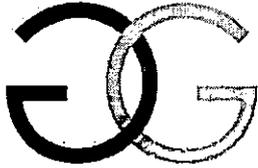
El contrato de seguro está regulado en el Título V, Capítulo I del Código de Comercio, y como elementos de su naturaleza resalta principalmente que este es un contrato aleatorio y está ligado a la condición que un riesgo asegurado por la aseguradora se pueda materializar (o no) luego de la suscripción del contrato, no antes.

La Preexistencia desnatura la ocurrencia del siniestro, pues asegurar un hecho que ya ocurrió excluye la condición de la aseguradora a reconocer indemnización alguna por, repetimos, carecer el contrato de su naturaleza aleatoria y no se estar asegurando un hecho incierto como requisito para la configuración de un eventual siniestro.

Tal como se encuentra acreditado dentro del proceso, el asegurado padecía desde antes de suscribir el contrato de seguro de las patologías denominadas Urolitiasis desde los 23 años de edad y en número de 40 episodios registrados, además de sufrir de gota desde los 28 años las cuales son por definición inasegurables por tratarse hechos pasados y ya materializados:

Código de Comercio:

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



**GÓMEZ GONZÁLEZ**  
A B O G A D O S

Por lo tanto, al ser el riesgo asegurable un elemento esencial del contrato de seguro y al no existir al momento de suscribir el contrato de seguro, el mismo no nació a la vida jurídica y es inexistente:

*ARTÍCULO 1045. <ELEMENTOS ESENCIALES>. Son elementos esenciales del contrato de seguro:*

- 1) *El interés asegurable;*
- 2) *El riesgo asegurable;*
- 3) *La prima o precio del seguro, y*
- 4) *La obligación condicional del asegurador.*

*En defecto de cualquiera de estos elementos, el contrato de seguro no producirá efecto alguno.*

### **1.3.8. ECUMÉNICA**

Solicito respetuosamente al señor Juez declarar probada cualquier otra circunstancia exceptiva que resulte probada dentro del proceso, con capacidad de minar las pretensiones de la demanda.

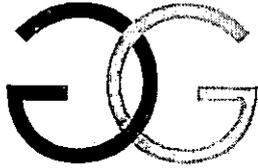
### **FRENTE AL JURAMENTO ESTIMATORIO**

Con base en los argumentos expuestos en esta contestación, mi representada se opone a todas y cada una de aquellas encaminadas a obtener el pago del valor asegurado, en tanto que, como se expondrá y se probará en el proceso, el contrato de seguro se encuentra viciado de nulidad relativa en virtud de la reticencia de la asegurada, y además los hechos que sustentan la reclamación del valor asegurado corresponde con situaciones preexistentes expresamente excluidas de cobertura.

Me opongo, de igual manera, al exagerado monto de las pretensiones, puesto que no debe pretenderse un enriquecimiento injustificado; como es sabido, de las obligaciones de mi representada se encuentran debidamente delimitadas en el texto contractual, y el contrato de seguro opera en el hipotético caso en el que se cumplan los requisitos para el pago del amparo pero por el saldo insoluto a la fecha del siniestro, y no el pago total del crédito como se pretende por el demandante.

### **PRUEBAS:**

#### **1. OPOSICIÓN A MEDIOS DE PRUEBA EMANADOS DE TERCEROS**



## GÓMEZ GONZÁLEZ

En cuanto a los documentos y declaraciones emanadas de terceras personas que se aporten al proceso por la parte demandante, deben ser ratificadas previamente por aquellas personas que las suscribieron o de donde emanaron, tal como lo dispone la legislación vigente, en especial los artículos 185 y ss. del Código General del Proceso, oponiéndome a la presunción de autenticidad.

Se solicita la ratificación del dictamen No. 8122 del 30 de octubre del 2017, emitido por los médicos JESUS A. HERNÁNDEZ REYNA, HENRY A. CORTES FORERO Y MONICA M. PERDOMO en su calidad de grupo calificador de la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Neiva a quienes interrogaré acerca de los hechos y las patologías que dieron pie a la calificación.

### 2. DOCUMENTAL APORTADA:

Me permito anexar:

- Copia de la objeción emitida por COLMENA SEGUROS a el aviso de reclamación presentada por el demandante tendiente a afectar el amparo de Incapacidad Total y Permanente de la póliza.
- Póliza y declaración de asegurabilidad.
- Condiciones Generales aplicables a la póliza.

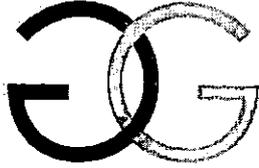
#### a) INTERROGATORIO DE PARTE

Ruego se cite al demandante para que comparezca al Despacho a absolver el interrogatorio que le formularé en la audiencia de trámite y juzgamiento, con el objeto de establecer los hechos de la demanda y de las contestaciones.

#### b) TESTIMONIAL.

Solicito respetuosamente al Despacho se sirva decretar la recepción del testimonio del doctor **JUAN PABLO MERIZALDE PRICE**, quien podrá ser citado en la Calle 72 No. 10-71 piso 5º de la ciudad de Bogotá D.C., con el propósito de que, en su calidad de médico del área de indemnizaciones de COLMENA SEGUROS S.A. encargado de estudiar la procedencia médica de la reclamación efectuada por el señor JESUS ANTONIO GONZALEZ, para ser interrogado sobre los hechos que dieron pie a la objeción de la reclamación realizada por COLMENA SEGUROS S.A., principalmente lo relativo a los antecedentes médicos evidenciados en la historia clínica de este y su relevancia frente a los seguros de vida expedidos por la compañía aseguradora.

En consideración a que el doctor MERIZALDE PRICE se encuentra domiciliado en la ciudad de Bogotá y que adicionalmente, por sus ocupaciones profesionales le es muy difícil desplazarse a la ciudad de Medellín, de manera respetuosa le solicito que la práctica de su testimonio se realice a través de videoconferencia.



**GÓMEZ GONZÁLEZ**  
ABOGADOS

**ANEXOS**

- Documentos referidos como prueba aportada.

**NOTIFICACIONES**

Estaré presta a recibir comunicaciones en la Secretaría del Juzgado o en la Cra. 13 No. 13 - 40 Centro Empresarial Uniplex oficina 308 Pereira - Rda., Tel. 310 497 5229. Correo electrónico: [carolina.gomez@gomezgonzalezabogados.com.co](mailto:carolina.gomez@gomezgonzalezabogados.com.co)

Atentamente,

**CAROLINA GÓMEZ GONZÁLEZ**  
C.C. 1.088.243.926 de Pereira, Risaralda.  
T.P. 189.527 Consejo Superior de la Judicatura.



Bogotá D.C., 19 de enero de 2018

Señor(a)

**JESUS ANTONIO GONZALEZ QUIMBAYA**

Carrera 10 13-13 Segundo Piso B Chapinero

Teléfono: 8629672, Celular: 3132605630

Neiva, Huila

No. Radicado: IMN-2017-12569-38515

**ASUNTO:**

<b>RECLAMACIÓN</b>	N°	37027302017
<b>PRODUCTO</b>	-	<b>VIDA INDIVIDUAL DEUDORES PRINCIPAL - MIGRACIÓN</b>
<b>AMPARO</b>	-	<b>INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE</b>
<b>CERTIFICADO</b>	N°	61815
<b>CRÉDITO</b>	N°	0132207496905
<b>ASEGURADO</b>	-	<b>JESUS ANTONIO GONZALEZ QUIMBAYA</b>
<b>IDENTIFICACIÓN</b>	-	<b>7699920</b>
<b>VIGENCIA</b>	-	<b>27 DE NOVIEMBRE DE 2014</b>

Respetado señor:

En atención a la reclamación por la posible afectación del amparo Incapacidad Total y Permanente de la póliza de Vida Individual Temporal para Deudores Hipotecarios citada en el asunto, como consecuencia del diagnóstico Insuficiencia Renal Crónica Terminal en Diálisis, de Etiología Mixta y demás datos de la póliza correspondientes a los contenidos en el asunto nos permitimos manifestar lo siguiente:

**Colmena Seguros**, expidió la Póliza de Vida Individual Temporal para Deudores Hipotecarios, en su favor con los siguientes amparos:

- Básico de Vida
- Incapacidad Total y Permanente
- Enfermedades Graves
- Beneficios por Hospitalización

Para el caso de Incapacidad Total y Permanente en particular, la cobertura otorgada por la póliza se encuentra definida de la siguiente manera:

**"CONDICIÓN SEGUNDA. AMPAROS BÁSICOS:**

(...)

**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO MENOR DE 70 AÑOS, LA INCAPACIDAD**



ESTRUCTURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO Y CALIFICADA MÉDICAMENTE CON UN GRADO DE INVALIDEZ SUPERIOR AL 50% CON BASE EN EL MANUAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN, DENTRO DEL CUAL NO SE ENTIENDEN INCLUIDOS LOS REGÍMENES ESPECIALES, COMO LO SON EL MAGISTERIO, LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, ENTRE OTROS..”

(...)

**CONDICIÓN TERCERA. EXCLUSIONES A LOS AMPAROS BÁSICOS. NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO CON CARGO A NINGUNO DE LOS AMPAROS BÁSICOS DE ESTA PÓLIZA, CUANDO:**

a. LA MUERTE O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO ES CAUSADA U ORIGINADA POR CUALQUIER CAUSA O ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL PREEXISTENTE QUE AYA SIDO DIAGNOSTICADA O CONOCIDA POR EL ASEGURADO Y NO DECLARADA CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO...”

Del análisis de los documentos allegados con la reclamación, donde se solicita afectar el amparo de Incapacidad Total y Permanente, y conforme a la verificación de los antecedentes de salud realizada por nuestro departamento médico, se encontró en historia clínica de 21 de julio de 2017, que usted contaba con Hipertensión Arterial 28 años de edad, de igual forma se evidencia que también padecía de Urolitiasis desde los 23 años de edad; en número de 40 episodios, también es evidente que le había sido diagnosticado Gota desde los 28 años. Tal información no fue relacionada por Usted, al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad. (20 de diciembre de 2013)

Ello significa que se trata de enfermedades **preexistentes** que no fueron declaradas al momento de ingresar al seguro, y dado que el evento por el cual reclama es consecuencia de las patologías no informadas, debemos mencionar que se encuentra excluido de la cobertura otorgada por la Póliza de Vida Individual Temporal para Deudores Hipotecarios, conforme a la anterior descripción.

Además de lo anterior, las enfermedades padecidas por usted y no informadas al momento de diligenciar la declaración de seguro de la Póliza de Vida, no le permitieron a esta Compañía de Seguros, realizar una evaluación consciente de la realidad del riesgo que se le proponía, que le posibilitara analizar bajo qué condiciones lo asumiría o si se inhibiría de aceptarlo, este hecho generó que el presente caso se enmarque dentro del supuesto establecido en el artículo 1058 de nuestro estatuto mercantil, precepto jurídico que reza:

**“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.*

(...)” (Subrayado ajeno al texto)

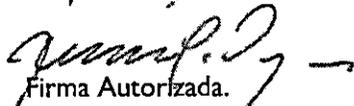
De conformidad con el artículo precedente, es obligación legal de toda persona que pretende trasladar un riesgo al ente asegurador, declarar sinceramente el estado de dicho riesgo, según cuestionario o declaración de seguro que le sea propuesta por la Compañía de Seguros.

En ese sentido, de acuerdo a lo mencionado líneas arriba, el asegurado no cumplió con dicha obligación, siendo acreedor de la sanción consagrada en la norma en mención, que no es otra diferente a la nulidad relativa del contrato de seguro, por incurrir en reticencia y/o inexactitud en la información relacionada en la declaración de seguro.

En consecuencia **Colmena Seguros, OBJETA** de manera seria y fundada la reclamación con base en las circunstancias mencionadas y con fundamento en el contrato de seguro respectivo.

En el anterior orden de ideas, nos permitimos indicar que si se llegara a presentar una nueva reclamación que tenga como causa o guarde relación con las patologías anteriormente descritas (Hipertensión Arterial, Urolitiasis y Gota) y en virtud de la cual se pretenda afectar cualquiera de las coberturas otorgadas en las pólizas, las mismas no serán objeto de cobertura por las mismas razones expuestas anteriormente

Atentamente,



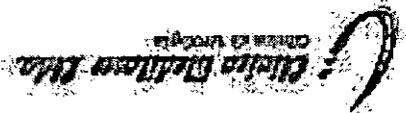
Firma Autorizada.

Gerencia Técnica Seguros de Personas.

Colmena Seguros

Ary

EN H.C. DEL 21/07/2017, (HOJAS 17 Y 18 / 87) SE EVIDENCIAN ANTECEDENTES DE:  
HTA DESDE LOS 28 AÑOS DE EDAD (HACIA 9 AÑOS),



CE 16682, CE 48/14, PTHI 251, HB 9.63, AU 8.3, VDRL NR, HBSAB Y anti-HCV

neg.  
CE 6.34 mg%, K 6.1, calcio 7.4, Post 6.94, BUN 109,  
Julio 14/17, CE 4.45, BUN 63.4, Potasio 4,  
Julio 18/17: 4 días luego de la última dilisis: Cr 4.0, BUN 70.4, Post 5.5, Potasio 4.27.

EXAMEN FISICO:  
PA: 145/90 y 140/75 mm Hg, FC: x/min, FR: x/min, PESO: 86.5 Kg.  
Estado general: Bueno. Estado nutricional: Bueno.  
Conjuntivas: Pálidas. Escaleras: normales.  
Cuello: No IV. No adenopatías ni bocio.  
Ex. CV: R3C rítmicos con soplo sistólico de IM.  
Ex. Pulmonar: Normal.  
Ex. Abdominal: Globuloso, sin megalias.  
Ex. Extremidades: edema grado II blando con tórea.  
Ex. Neurológico: Alerta, orientado, sin signos meníngeos ni de focalización.  
Ref y Lembr: Fibrillas en la cara y nervus rubi y quercionias.

CONCEPTO:  
ERC ESTABLECIDA ESTADIO 4 CON TFG ESTABLECIDA CON TFG  
ESTIMADA EN 17 ML/MIN ATTRIBUIBLE A PROBABLE  
GLOMERULOPESCTEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA SECUNDARIA A  
HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA SOSPECHA DE  
TEOCROMOCITOMA POR NEUROFIBROMAS EN CARA, HISTORIA  
FAMILIAR, HIPERTENSION EN CRISIS SIMTOMÁTICA  
BACTEREMIA ASOCIADA A CAETER DE HD PARCIALMENTE TRATADA.  
PLAN:  
HIPERURICEMIA Y UROLITIASIS

**UROLITIASIS DESDE LOS 23 AÑOS DE EDAD EN NÚMERO DE 40 EPISODIOS-. GOTA DESDE LOS 28 AÑOS-. Página 23.**

De 6 meses: vértigo - vómito - náuseas - pasaron de predominio vespertino intermitente, orina espumosa y calambres en las piernas en las noches y en las manos durante el día; de 2 meses edema periorbitario matutino y de los pies vesperal; de un mes nicturia 2-3, con FU 5x2-3. Niega hematuria macro, disuria, tenesmo vesical, incontinencia urinaria. Chorro urinario conservado.

RxS: \*De 6 meses palpaciones ocasionales en reposo o en ejercicio. Niega dolor torácico, disnea, ortopnea y DPN.

\*De 9 años dolor articular ppl de las rodillas, tobillos y dedos de los pies. Ha presentado episodios de crisis de artritis del hallux derecho e izquierdo - última hace 1 años. Que mejora con Colchicina, Alopurinol y Diclofenaco.

**ANTECEDENTES:**

Patológicos: Urolitiasis desde los 23 años, eliminando aprox 40 cálculos - último hace 1 año, con Cólico ureteral bilateral, tratado solo con Diclofenac en momentos de crisis. Gota dx hace 9 años. Dislipidemia mixta dx hace 2 meses. Niega IVU, Hepatitis Viral, Diabetes mellitus e Hipotiradismo.

Quirúrgicos: Herniorrafia inguinal izquierda hace 12 años (2005).

Traumáticos, Transfusiones y Alérgicos: no refiere.

Tóxicos: ExBebedor desde los 18 años cada 8 días con embriaguez hasta hace 6 meses (cerveza, whisky, aguardiente). Niega Tabaquismo.

Fármacos: Enalapril 20mg cada 12hs. Amlodipino 5mg día. Tomó Colchicina 1 Tabx0.5mg día y Urocusid 100mg día. Toma desde hace 8 años Diclofenac 50mg cada 12hs con frecuencia por la crisis gotosas en rodillas y hallux y 1 Casp x100mg día (hoy tomó).

Familiares: Padre HTA. Un hermano HTA, Gota y Urolitiasis. Madre con artrosis. Abuela paterna murió por Ca de cérvix.

**EXAMEN FÍSICO:**

TA: 221/120mmHg (MSD) y 214/124 mmHg (MSI). FC-92x' FR-18x' Talle-171.5cm Peso-84 Kg IMC-28.55 Kg/m2. SC-1.958 m2.

Aceptable estado general, consciente y alerta, mucosas y piel rosadas. Hidratado. Toleró el decúbito. Orofaringe: dentadura incompleta en aceptable estado. Cuello: sin adenopatías ni tiroides palpables ni ingurgitación yugular.

Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos con S2 reforzado y pulmones bien ventilados.

Abdomen: blando, aumento del pariculo adiposo, sin dolor, ni megalias ni soplos en flancos, baloteo renal normal. Pequeña hernia umbilical(+). Percusión costolumbar no dolorosa.



**COLMENA**  
*vida y riesgos laborales*

**CONDICIONES GENERALES  
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL PARA DEUDORES  
HIPOTECARIOS DE ENTIDADES FINANCIERAS**

---

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL PARA DEUDORES  
HIPOTECARIOS DE ENTIDADES FINANCIERAS**

**COLMENA VIDA Y RIESGOS LABORALES S.A.**, QUIEN EN ADELANTE Y PARA LOS EFECTOS DE ESTE CONTRATO SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, CON SUJECCIÓN A LAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD PRESENTADA POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO, OTORGA EL SIGUIENTE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL PARA DEUDORES HIPOTECARIOS DE ENTIDADES FINANCIERAS, SUJETO A LAS SIGUIENTES:

**CONDICIONES GENERALES**

**CONDICIÓN PRIMERA. OBJETO DE LA PÓLIZA.** PROTEGER CONTRA LOS RIESGOS DE MUERTE, INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE Y DEMÁS RIESGOS PREVISTOS EN ESTA PÓLIZA A LOS DEUDORES HIPOTECARIOS DE ENTIDADES FINANCIERAS, ADQUIRIENDO ÉSTAS, EN TODOS LOS CASOS, LA CALIDAD DE PRIMER BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO.

**CONDICIÓN SEGUNDA. AMPAROS BÁSICOS.**

**MUERTE POR CUALQUIER CAUSA:** MEDIANTE ESTE AMPARO **LA COMPAÑÍA** PAGARÁ AL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, UNA VEZ COMPROBADO LEGALMENTE EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DENTRO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA POR CUALQUIER CAUSA NATURAL NO PREEXISTENTE O ACCIDENTAL, INCLUYENDO EL SUICIDIO Y EL HOMICIDIO.

PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA COBERTURA DEL AMPARO BÁSICO DE VIDA SE ENTENDERÁ QUE LA FECHA DE LA MUERTE CONSTITUYE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO, ES DECIR, LA FECHA DEL SINIESTRO. SI LA MUERTE DEL ASEGURADO SE DECLARA EN VIRTUD DE SU DESAPARECIMIENTO, LA FECHA DEL SINIESTRO CORRESPONDERÁ A LA FECHA DE MUERTE PRESUNTA ESTABLECIDA EN LA SENTENCIA.

**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO SE ENTIENDE POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO MENOR DE 70 AÑOS, LA INCAPACIDAD ESTRUCTURADA DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO Y CALIFICADA MÉDICAMENTE CON UN GRADO DE INVALIDEZ SUPERIOR AL 50% CON BASE EN EL MANUAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL VIGENTE AL MOMENTO DE LA RECLAMACIÓN, DENTRO DEL CUAL NO SE ENTIENDEN INCLUIDOS LOS RÉGIMENES ESPECIALES, COMO LO SON EL MAGISTERIO, LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, ENTRE OTROS.

PARA EFECTOS DE DETERMINAR LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SE ENTENDERÁ QUE LA FECHA DE ESTRUCTURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CONSTITUYE LA REALIZACIÓN DEL RIESGO, ES DECIR LA FECHA DEL SINIESTRO.

UNA VEZ PAGADA LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE TERMINA LA COBERTURA PARA LOS AMPAROS DE VIDA, ENFERMEDADES GRAVES Y BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN, CESANDO LA RESPONSABILIDAD DE **LA COMPAÑÍA**.



**COLMENA**  
*vida y riesgos laborales*

**CONDICIONES GENERALES**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL PARA DEUDORES**  
**HIPOTECARIOS DE ENTIDADES FINANCIERAS**

---

**CONDICIÓN TERCERA. EXCLUSIONES A LOS AMPAROS BÁSICOS.** NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO CON CARGO A NINGUNO DE LOS AMPAROS BÁSICOS DE ESTA PÓLIZA, CUANDO:

- a. LA MUERTE O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO ES CAUSADA U ORIGINADA POR CUALQUIER CAUSA O ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL PREEXISTENTE QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA O CONOCIDA POR EL ASEGURADO Y NO DECLARADA CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.
- b. LA MUERTE O INCAPACIDAD DEL ASEGURADO ES CAUSADA U ORIGINADA CON OCASIÓN O EN EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS.

**CONDICIÓN CUARTA. AMPAROS ADICIONALES.** CUANDO EXPRESAMENTE SE INDIQUE EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA, SE PODRÁN OTORGAR LOS SIGUIENTES AMPAROS ADICIONALES:

**ENFERMEDADES GRAVES: LA COMPAÑÍA PAGARÁ AL BENEFICIARIO LA SUMA ASEGURADA, SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA LE ES DIAGNOSTICADA MÉDICAMENTE AL ASEGURADO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES GRAVES:**

1. **CÁNCER:** LA PRESENCIA DE UN TUMOR MALIGNO CARACTERIZADO POR EL CRECIMIENTO Y LA DISPERSIÓN INCONTROLABLE DE CÉLULAS MALIGNAS Y LA INVASIÓN DEL TEJIDO. ESTO INCLUYE LEUCEMIA, LINFOMAS, LA ENFERMEDAD DE HODGKING Y MELANOMAS MALIGNOS.

NO INCLUYE LOS TUMORES DE LA PIEL, NI EL CÁNCER IN SITU NO INVASIVO EN CUALQUIER ÓRGANO.

EL CÁNCER DE SENO, MATRIZ Y PIEL NO ESTÁN CUBIERTOS BAJO EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES, CONSTITUYÉNDOSE EN UNA EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA.

2. **ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR:** SE ENTIENDE POR ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR AQUEL EVENTO MÉDICO EN EL CUAL EXISTE UNA DESTRUCCIÓN DEL TEJIDO CEREBRAL CAUSADA POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA DE FUENTE EXTRACRANEAL, QUE GENERA SECUELAS DE DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA PERMANENTE.

NO INCLUYE TRAUMAS CRANEOENCEFÁLICOS.

3. **INSUFICIENCIA RENAL:** EL FALLO TOTAL, CRÓNICO E IRREVERSIBLE DE AMBOS RIÑONES, A CONSECUENCIA DE LO CUAL HAYA QUE EFECTUAR REGULARMENTE DIÁLISIS RENAL.

4. **INFARTO AL MIOCARDIO:** MUERTE DEL MIOCARDIO A CONSECUENCIA DE ABASTECIMIENTO SANGUÍNEO INADECUADO PROBADO MEDIANTE EL HISTORIAL DE DOLOR DE PECHO, ALTERACIONES RECIENTES DE ECOCARDIOGRAMA Y ENCIMAS CARDIACAS ELEVADAS.

5. **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR ENFERMEDADES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS:** AFECCIONES DE LAS ARTERIAS CORONARIAS EVIDENCIADAS POR EL RESULTADO DE UNA ANGIOGRAFÍA Y QUE POR RECOMENDACIÓN DE UN ESPECIALISTA



**COLMENA**  
vida y riesgos laborales

**CONDICIONES GENERALES**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL PARA DEUDORES**  
**HIPOTECARIOS DE ENTIDADES FINANCIERAS**

---

HAYAN SIDO TRATADAS CON UNA OPERACIÓN DE BYPASS O PUENTE CORONARIO PARA CORREGIR UNA ESTENOSIS U OCLUSIÓN EN LAS ARTERIAS CORONARIAS.

SE EXCLUYEN LA ANGIOPLASTIA, TRATAMIENTO LÁSER, OPERACIONES DE VÁLVULAS, OPERACIÓN POR TUMORACIÓN INTRACARDIACA O ALTERACIÓN CONGÉNITA.

**BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN:** SE OTORGA ESTA COBERTURA EN CASO QUE EL ASEGURADO SEA HOSPITALIZADO POR ONCE (11) DÍAS O MÁS CONTINUOS (LOS 11 DÍAS CORRESPONDEN A DÍA Y HORA CALENDARIO), COMO CONSECUENCIA DE UNA ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE O DE UN ACCIDENTE.

**CONDICIÓN QUINTA. EXCLUSIONES A LOS AMPAROS ADICIONALES.** NO HABRÁ LUGAR A PAGO ALGUNO CON CARGO A NINGUNO DE LOS AMPAROS ADICIONALES DE ESTA PÓLIZA, CUANDO:

- a. LA ENFERMEDAD HA SIDO DIAGNOSTICADA O SI SE HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR DICHA ENFERMEDAD ANTES DE LA FECHA DE INICIACIÓN DE VIGENCIA DEL AMPARO, Y EL TOMADOR Y/O ASEGURADO NO LO INFORMÓ CON ANTERIORIDAD A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO.
- b. EL ASEGURADO PADECE Y SE LE DIAGNOSTICA UNA DE LAS ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS A CONSECUENCIA DE O EN CONEXIÓN CON:
  - EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O ENFERMEDAD DE TIPO SIMILAR BAJO CUALQUIER NOMBRE, DIAGNOSTICADA POR UN MÉDICO AUTORIZADO.
  - LA PRESENCIA DEL VIRUS DEL SIDA DESCUBIERTO MEDIANTE TEST DE ANTICUERPOS O VIRUS DE SIDA CON RESULTADO POSITIVO, O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LO ANTERIOR.
- c. LA HOSPITALIZACIÓN ES CAUSADA POR CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA, A MENOS QUE SEA NECESARIA PRACTICARLA COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE OCURRIDO EN LA VIGENCIA DEL SEGURO.
- d. LA HOSPITALIZACIÓN ES CAUSADA POR EMBARAZO, PARTO O ABORTO Y LAS COMPLICACIONES QUE SURJAN DE ELLOS.
- e. LA HOSPITALIZACIÓN ES CAUSADA POR EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES ILÍCITAS DEL ASEGURADO.

**CONDICIÓN SEXTA. VALORES ASEGURADOS**

**AMPARO BÁSICO DE VIDA:** LA SUMA ASEGURADA EN EL AMPARO BÁSICO DE VIDA SERÁ EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA DEL CRÉDITO AMPARADO POR EL PRESENTE SEGURO.

POR SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA SE ENTIENDE EL CAPITAL NO PAGADO MÁS LOS INTERESES CORRIENTES CALCULADOS A LA FECHA DE FALLECIMIENTO A LA TASA PACTADA PARA EL RESPECTIVO CRÉDITO.



**COLMENA**  
*vida y riesgos laborales*

**CONDICIONES GENERALES**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL PARA DEUDORES**  
**HIPOTECARIOS DE ENTIDADES FINANCIERAS**

---

EN EL EVENTO DE MORA EN LAS OBLIGACIONES SE COMPRENDERÁN, ADEMÁS, LOS INTERESES MORATORIOS Y LAS PRIMAS DEL SEGURO DE VIDA NO CANCELADAS POR EL DEUDOR.

**AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** LA SUMA ASEGURADA EN EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SERÁ EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA DEL CRÉDITO AMPARADO POR EL PRESENTE SEGURO.

POR SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA SE ENTIENDE EL CAPITAL NO PAGADO MÁS LOS INTERESES CORRIENTES CALCULADOS A LA FECHA EN LA CUAL **LA COMPAÑÍA** INFORME POR ESCRITO SU ACEPTACIÓN RESPECTO DE LA DECLARATORIA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO, A LA TASA PACTADA PARA EL RESPECTIVO CRÉDITO.

EN EL EVENTO DE MORA EN LAS OBLIGACIONES SE COMPRENDERÁN, ADEMÁS, LOS INTERESES MORATORIOS Y LAS PRIMAS DEL SEGURO DE VIDA NO CANCELADAS POR EL DEUDOR.

**AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES:** LA SUMA ASEGURADA EN EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES SERÁ EL EQUIVALENTE AL 10% DEL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA DEL CRÉDITO AMPARADO POR EL PRESENTE SEGURO, CALCULADO A LA FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD.

ESTA COBERTURA OPERA UNA SOLA VEZ POR CADA ENFERMEDAD, DURANTE TODA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

TRATÁNDOSE DE UNA ENFERMEDAD DISTINTA, LA COBERTURA OPERA MÁXIMO UNA VEZ AL AÑO CALENDARIO.

**AMPARO DE BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN:** SI EL ASEGURADO ES HOSPITALIZADO ENTRE ONCE (11) Y TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS, MEDIANTE ÉSTE AMPARO SE CUBRE EL VALOR DE UNA (1) CUOTA DEL CRÉDITO.

SI LA HOSPITALIZACIÓN SE PROLONGA POR MÁS DE TREINTA (30) DÍAS CONTINUOS, SE CUBRIRÁ UNA CUOTA ADICIONAL DEL CRÉDITO POR CADA MES O FRACCIÓN DE MES ADICIONAL DE HOSPITALIZACIÓN CONTINUA, SIN SUPERAR SEIS (6) CUOTAS.

ESTA COBERTURA OPERARÁ MÁXIMO UNA VEZ AL AÑO CALENDARIO.

SI SE PRESENTA SIMULTÁNEAMENTE UNA RECLAMACIÓN POR BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN Y ENFERMEDADES GRAVES Y EL SALDO DE LA DEUDA QUEDA CUBIERTO CON LA INDEMNIZACIÓN DE BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN, EL VALOR DE LA INDEMNIZACIÓN POR EL AMPARO DE ENFERMEDADES GRAVES SERÁ ENTREGADO AL ASEGURADO.

**CONDICIÓN SÉPTIMA. EDADES MÍNIMAS Y MÁXIMAS DE INGRESO Y PERMANENCIA.** LA EDAD MÍNIMA DE INGRESO A LA PÓLIZA SON 18 AÑOS. LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO PARA LA COBERTURA BÁSICA DE VIDA ES DE 75 AÑOS 11 MESES Y 29 DÍAS CON PERMANENCIA HASTA LA CANCELACIÓN DE LA DEUDA.



**COLMENA**  
*vida y riesgos laborales*

**CONDICIONES GENERALES**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL PARA DEUDORES**  
**HIPOTECARIOS DE ENTIDADES FINANCIERAS**

---

LA EDAD MÁXIMA DE INGRESO PARA LAS COBERTURAS DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, ENFERMEDADES GRAVES Y BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN ES DE 69 AÑOS 11 MESES Y 29 DÍAS CON PERMANENCIA HASTA LOS 70 AÑOS 11 MESES Y 29 DÍAS.

**CONDICIÓN OCTAVA. DECLARACIÓN DEL ESTADO RIESGO.** EL TOMADOR Y/O EL ASEGURADO, SEGÚN CORRESPONDA, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SE OBLIGA A DECLARAR SINCERAMENTE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINEN EL ESTADO DEL RIESGO SEGÚN LOS CUESTIONARIOS QUE LE SEAN PROPUESTOS POR **LA COMPAÑÍA**.

LA RETICENCIA O LA INEXACTITUD SOBRE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS QUE CONOCIDAS POR **LA COMPAÑÍA** LA HUBIESEN RETRAÍDO DE CELEBRAR EL CONTRATO O INDUCIDO A ESTIPULAR CONDICIONES MÁS ONEROSAS, PRODUCIRÁN LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO.

SIN EMBARGO, SI LA INEXACTITUD O LA RETICENCIA SON IMPUTABLES A ERROR INCULPABLE DEL TOMADOR Y/O DEL ASEGURADO EL CONTRATO NO SERÁ NULO, PERO EN CASO DE SINIESTRO **LA COMPAÑÍA** ÚNICAMENTE ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR UN PORCENTAJE DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA EQUIVALENTE AL QUE LA TARIFA O LA PRIMA ESTIPULADA EN EL CONTRATO REPRESENTA, RESPECTO DE LA TARIFA O LA PRIMA ADECUADA AL VERDADERO ESTADO DE RIESGO.

LAS SANCIONES ESTABLECIDAS EN ESTA CONDICIÓN NO SE APLICARÁN SI **LA COMPAÑÍA**, ANTES DE CELEBRARSE EL CONTRATO, HA CONOCIDO O DEBIÓ CONOCER LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS SOBRE LOS CUALES VERSAN LOS VICIOS DE LA DECLARACIÓN O SI YA CELEBRADO EL CONTRATO SE ALLANA A SUBSANARLOS EXPRESA O TÁCITAMENTE.

**CONDICIÓN NOVENA. IRREDUCTIBILIDAD DE LA SUMA ASEGURADA.** DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1160 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, UNA VEZ TRANSCURRIDOS DOS AÑOS EN VIDA DEL ASEGURADO, CONTADOS DESDE LA FECHA DE PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO O DESDE LA FECHA DE PERFECCIONAMIENTO DE SU REHABILITACIÓN O DESDE LA FECHA DE APROBACIÓN DEL AUMENTO DE LA SUMA ASEGURADA, SEGÚN EL CASO, Y ENCONTRÁNDOSE ÉSTE VIGENTE, EL VALOR DEL SEGURO NO PODRÁ SER REDUCIDO POR CAUSA DE ERROR EN LA DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD.

ESTE BENEFICIO NO SE EXTIENDE A LOS AMPAROS ADICIONALES.

**CONDICIÓN DÉCIMA. VIGENCIA DE LA PÓLIZA.** LA PÓLIZA ESTARÁ VIGENTE DURANTE TODA LA DURACIÓN DEL CRÉDITO.

**CONDICIÓN DÉCIMA PRIMERA. INICIO DE LA COBERTURA.** LA COBERTURA DE LA PÓLIZA INICIARÁ PARA LOS CRÉDITOS NUEVOS DESDE LA FECHA DE DESEMBOLSO DEL CRÉDITO Y PARA LOS CRÉDITOS EN CURSO DESDE LA FECHA DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO POR PARTE DE **LA COMPAÑÍA**, LA CUAL SE INDICA EN LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO.

**CONDICIÓN DÉCIMA SEGUNDA. CALCULO DE LA PRIMA.** LA PRIMA CORRESPONDIENTE A ESTE SEGURO SERA MENSUAL Y SE CALCULARÁ APLICANDO AL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA LA TARIFA CORRESPONDIENTE AL GÉNERO Y A LA EDAD ALCANZADA. EN ESTE CASO, EL VALOR SOBRE EL CUAL SE LIQUIDA LA PRIMA SERÁ VARIABLE DURANTE LA EXISTENCIA DEL CRÉDITO.



**COLMENA**  
vida y riesgos laborales

**CONDICIONES GENERALES**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL PARA DEUDORES**  
**HIPOTECARIOS DE ENTIDADES FINANCIERAS**

---

**CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA. PAGO DE PRIMAS.** EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA SE PODRÁ REALIZAR:

- a. MEDIANTE DEBITO AUTOMÁTICO A LA CUENTA BANCARIA O TARJETA DE CRÉDITO PREVIAMENTE AUTORIZADA POR EL TOMADOR.
- b. PAGO DIRECTO A CUENTA RECAUDADORA DE **LA COMPAÑÍA**
- c. PAGO CONJUNTO CON LA CUOTA DEL CRÉDITO INCLUIDO EN EL EXTRACTO DEL CRÉDITO

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO DISPONE DE UN PLAZO DE SESENTA (60) DÍAS CORRIENTES SIN RECARGO DE INTERESES, PARA EL PAGO DE LA PRIMA.

**CONDICIÓN DÉCIMA CUARTA. REAJUSTE DE VALORES ASEGURADOS.** SI LA ENTIDAD FINANCIERA PRÓRROGA, REFINANCIA, NOVA EL CRÉDITO AL ASEGURADO O LE OTORGA UN NUEVO CRÉDITO, EL MISMO NO SERÁ OBJETO DE COBERTURA POR LA PRESENTE PÓLIZA.

PARA EL OTORGAMIENTO DE UNA NUEVA PÓLIZA EN LAS ANTERIORES CIRCUNSTANCIAS, **LA COMPAÑÍA** MANTENDRÁ LAS CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD Y ANTIGÜEDAD HASTA POR LA SUMA ASEGURADA EN LA PRIMERA PÓLIZA.

EN CASO DE QUE EL VALOR DEL NUEVO CRÉDITO SEA SUPERIOR A LA SUMA ASEGURADA DE LA PRIMERA PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA** PODRÁ SOLICITAR REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD ADICIONALES, DE ACUERDO CON SUS POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN DE RIESGOS.

**CONDICIÓN DÉCIMA QUINTA. TERMINACIÓN DE ESTE SEGURO.** ESTE SEGURO TERMINA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

- a. POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA VENCIDO DEL PLAZO OTORGADO PARA TAL FIN EN LA CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA.
- b. POR SOLICITUD DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO MEDIANTE AVISO ESCRITO A **LA COMPAÑÍA** CON UN PLAZO NO MENOR A SESENTA (60) DÍAS, PARA QUE **LA COMPAÑÍA** PUEDA DAR CUMPLIMIENTO A LO PACTADO EN LA CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA.
- c. CUANDO LA OBLIGACIÓN CREDITICIA SE EXTINGA ÍNTEGRAMENTE.
- d. POR EL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO
- e. POR PAGO DE LA SUMA ASEGURADA EN EL AMPARO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SALVO EL AMPARO DE VIDA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LOS DEMÁS AMPAROS PODRÁN SER REVOCADOS UNILATERALMENTE POR **LA COMPAÑÍA** MEDIANTE EL ENVÍO DE UNA COMUNICACIÓN ESCRITA DIRIGIDA AL ASEGURADO CON POR LO MENOS DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DE ANTELACIÓN A LA TERMINACIÓN EFECTIVA DEL AMPARO.

LA TERMINACIÓN DE ESTE SEGURO NO PERJUDICARÁ LAS RECLAMACIONES ORIGINADAS ANTES DE DICHA CANCELACIÓN.

SI DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DE ESTE SEGURO O CUALQUIERA DE SUS COBERTURAS **LA COMPAÑÍA** LLEGARE A RECIBIR CUALQUIER PRIMA, NO SIGNIFICARÁ QUE EL SEGURO HA SIDO



**COLMENA**  
vida y riesgos laborales

**CONDICIONES GENERALES**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL PARA DEUDORES**  
**HIPOTECARIOS DE ENTIDADES FINANCIERAS**

---

RESTABLECIDO Y POR LO TANTO, LA OBLIGACIÓN DE **LA COMPAÑÍA** SE LIMITARÁ A LA DEVOLUCIÓN DE DICHAS PRIMAS.

**CONDICIÓN DÉCIMA SEXTA. MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA.** EL SEGURO TERMINARÁ DE MANERA AUTOMÁTICA POR EL NO PAGO DE LA PRIMA, VENCIDO EL PLAZO OTORGADO PARA TAL FIN EN LA CONDICIÓN DÉCIMA TERCERA.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, LA ENTIDAD FINANCIERA EN SU CONDICIÓN DE BENEFICIARIO ONEROSO PODRÁ PAGAR POR EL ASEGURADO LAS PRIMAS QUE NO SE HAN CANCELADO CORRESPONDIENTES AL VALOR DE LA GARANTÍA, PARA EVITAR LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO.

SI POSTERIORMENTE EL ASEGURADO PAGA LAS PRIMAS A **LA COMPAÑÍA** QUE FUERON PAGADAS POR LA ENTIDAD FINANCIERA, EL VALOR DE LAS MISMAS LE SERÁN RESTITUIDAS A LA ENTIDAD.

EN TODO CASO, **LA COMPAÑÍA** DEBERÁ DAR AVISO A LA ENTIDAD FINANCIERA EN SU CONDICIÓN DE BENEFICIARIO ONEROSO, POR ESCRITO Y CON UN MES DE ANTICIPACIÓN, EL HECHO QUE EL ASEGURADO HA DEJADO DE PAGAR LA PRIMA, A EFECTO DE QUE AQUELLA PUEDA EJERCER LA FACULTAD QUE CONSAGRA LA PRESENTE CONDICIÓN.

**CONDICIÓN DÉCIMA SÉPTIMA. AVISO AL BENEFICIARIO ONEROSO SOBRE LA REVOCACIÓN DE LA PÓLIZA.** EN LOS CASOS DE MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA O SOLICITUD DE REVOCACIÓN POR PARTE DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO, LA PRESENTE PÓLIZA NO PODRÁ SER REVOCADA POR **LA COMPAÑÍA** EN LO QUE RESPECTA A LOS AMPAROS BÁSICO DE VIDA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE SIN EL AVISO ESCRITO AL TOMADOR Y/O AL ASEGURADO Y AL BENEFICIARIO ONEROSO CON NO MENOS DE UN (1) MES DE ANTELACIÓN A LA FECHA PREVISTA DE REVOCACIÓN.

TRATÁNDOSE DE COBERTURAS DIFERENTES A VIDA E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, **LA COMPAÑÍA** PODRÁ REVOCARLAS MEDIANTE AVISO ESCRITO AL TOMADOR Y/O ASEGURADO CON NO MENOS DE DIEZ (10) DÍAS DE ANTELACIÓN, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENVÍO DE LA COMUNICACIÓN.

EL PAGO DE PRIMAS CON POSTERIORIDAD A LA REVOCACIÓN NO REESTABLECE LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA Y POR LO TANTO, LA OBLIGACIÓN DE **LA COMPAÑÍA** SE LIMITARÁ A LA DEVOLUCIÓN DE DICHAS PRIMAS.

**CONDICIÓN DÉCIMA OCTAVA. BENEFICIARIOS.** EN CASO DE SINIESTRO LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA EN LA PÓLIZA SERÁ PAGADA A:

- a. EL PRIMER BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO HASTA EL SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA
- b. RESPECTO DE LOS VALORES REMANENTES SI LOS HUBIERA: LOS BENEFICIARIOS GRATUITOS DESIGNADOS POR EL ASEGURADO EN LA SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO O LOS BENEFICIARIOS LEGALES CUANDO NO SE DESIGNE BENEFICIARIO, LA DESIGNACIÓN SE HAGA INEFICAZ O QUEDE SIN EFECTO POR CUALQUIER CAUSA.



**COLMENA**  
vida y riesgos laborales

**CONDICIONES GENERALES**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL PARA DEUDORES**  
**HIPOTECARIOS DE ENTIDADES FINANCIERAS**

---

**CONDICIÓN DÉCIMA NOVENA. CAMBIO DE BENEFICIARIOS.** LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO NO PODRÁ SER REVOCADA NI MODIFICADA POR EL ASEGURADO SIN LA PREVIA Y EXPRESA AUTORIZACIÓN DEL BENEFICIARIO ONEROSO.

LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS A TÍTULO GRATUITO PODRÁ SER REVOCADA O MODIFICADA POR EL ASEGURADO EN CUALQUIER TIEMPO MIENTRAS LA PÓLIZA SE ENCUENTRE VIGENTE, MEDIANTE COMUNICACIÓN ESCRITA DIRIGIDA A **LA COMPAÑÍA**.

LA REVOCACIÓN O MODIFICACIÓN DE BENEFICIARIOS SURTIRÁ EFECTO DESDE EL MOMENTO EN QUE DICHA COMUNICACIÓN SEA ENTREGADA EN **LA COMPAÑÍA**.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA. AVISO DE SINIESTRO.** EL BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO DEBERÁ DAR AVISO A **LA COMPAÑÍA** DEL ACAECIMIENTO DEL SINIESTRO DENTRO DE LOS DIEZ (10) DÍAS SIGUIENTES A AQUEL EN QUE HAYA CONOCIDO O DEBIDO CONOCER EL SINIESTRO.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA PRIMERA. PAGO DEL SINIESTRO.** DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO EL PAGO DEL SINIESTRO SERÁ EFECTUADO POR **LA COMPAÑÍA** A LOS BENEFICIARIOS DENTRO DEL TÉRMINO LEGAL DE UN MES CONTADO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE ACREDITE LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO, DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL MISMO ESTATUTO.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA SEGUNDA. ERROR EN LA EDAD.** DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1161 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SI **LA COMPAÑÍA** LLEGARE A COMPROBAR INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DE LA EDAD DEL ASEGURADO, SE APLICARÁN LAS SIGUIENTES REGLAS SEGÚN EL CASO:

- a. SI LA EDAD VERDADERA ESTÁ FUERA DE LOS LÍMITES AUTORIZADOS POR LAS TARIFAS DE **LA COMPAÑÍA**, EL CONTRATO QUEDARÁ AUTOMÁTICAMENTE SUJETO A LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, ES DECIR LA NULIDAD RELATIVA.
- b. SI LA EDAD VERDADERA ES MAYOR QUE LA DECLARADA, EL SEGURO SE REDUCIRÁ EN LA PROPORCIÓN NECESARIA PARA QUE LA SUMA ASEGURADA GUARDE RELACIÓN MATEMÁTICA CON LA PRIMA ANUAL PERCIBIDA POR **LA COMPAÑÍA**.
- c. SI LA EDAD VERDADERA ES MENOR QUE LA DECLARADA, EL SEGURO SE AUMENTARÁ EN LA PROPORCIÓN NECESARIA PARA QUE LA SUMA ASEGURADA GUARDE RELACIÓN MATEMÁTICA CON LA PRIMA ANUAL PERCIBIDA POR **LA COMPAÑÍA**.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA TERCERA. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA.** DE CONFORMIDAD CON EL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 1046 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EN CASO DE EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA, **LA COMPAÑÍA**, A PETICIÓN DEL ASEGURADO, EXPEDIRÁ UN DUPLICADO DEL DOCUMENTO ORIGINAL. EL DUPLICADO DE LA PÓLIZA ANULARÁ Y REEMPLAZARÁ LA ANTERIOR EXTRAVIADA O DESTRUIDA.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA CUARTA. PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN.** LA MALA FE DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO EN LA RECLAMACIÓN O COMPROBACIÓN DEL DERECHO AL PAGO DE DETERMINADO SINIESTRO, CAUSARÁ LA PÉRDIDA DE TAL DERECHO.



**COLMENA**  
vida y riesgos laborales

**CONDICIONES GENERALES**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL PARA DEUDORES**  
**HIPOTECARIOS DE ENTIDADES FINANCIERAS**

---

**CONDICIÓN VIGÉSIMA QUINTA. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.** TODA CONTROVERSIA O DIFERENCIA QUE SURJA EN RELACIÓN O CON OCASIÓN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO Y EN GENERAL QUE TENGA QUE VER CON EL MISMO, SE RESOLVERÁ POR LA VÍA DEL ARREGLO DIRECTO, O EN SU DEFECTO, MEDIANTE LA DECISIÓN DE UN TRIBUNAL DE ARBITRAMIENTO DESIGNADO POR LA CÁMARA DE COMERCIO DE LA CIUDAD DE EXPEDICIÓN DE LA PÓLIZA CONSIGNADA EN LA CARÁTULA DE LA MISMA, DE ACUERDO CON EL PROCEDIMIENTO SEÑALADO POR LA LEY Y EL CENTRO DE ARBITRAJE Y CONCILIACIÓN. EL TRIBUNAL TENDRÁ UN (1) ÁRBITRO QUE SEA ABOGADO, DESIGNADO POR LA CÁMARA DE COMERCIO RESPECTIVA, QUIEN FALLARÁ EN DERECHO.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA SEXTA. ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN.** EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE LA INFORMACIÓN RELATIVA A SU ACTIVIDAD LABORAL, COMERCIAL, FINANCIERA Y DEMÁS CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA SÉPTIMA. NOTIFICACIONES.** CUALQUIER NOTIFICACIÓN QUE DEBAN HACERSE LAS PARTES DURANTE LA EJECUCIÓN DE ESTE CONTRATO DEBERÁ CONSIGNARSE POR ESCRITO A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN REGISTRADA POR LAS PARTES.

EL ASEGURADO ESTÁ OBLIGADO A INFORMAR MEDIANTE COMUNICACIÓN ESCRITA DIRIGIDA A **LA COMPAÑÍA** CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO. A FALTA DE ELLO, TODA COMUNICACIÓN DIRIGIDA AL ÚLTIMO DOMICILIO CONOCIDO DEL ASEGURADO SURTIRÁ EFECTO EN LOS TÉRMINOS DE LA PRESENTE PÓLIZA.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA OCTAVA. PRESCRIPCIÓN.** LA PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES QUE SE DERIVEN DEL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO O DE LAS DISPOSICIONES QUE LO RIGEN, PODRÁ SER ORDINARIA O EXTRAORDINARIA.

LA PRESCRIPCIÓN ORDINARIA SERÁ DE DOS (2) AÑOS Y EMPEZARÁ A CORRER DESDE EL MOMENTO EN QUE EL INTERESADO HAYA TENIDO O DEBIDO TENER CONOCIMIENTO DEL HECHO QUE DA BASE A LA ACCIÓN.

LA PRESCRIPCIÓN EXTRAORDINARIA SERÁ DE CINCO (5) AÑOS, CORRERÁ CONTRA TODA CLASE DE PERSONAS Y EMPEZARÁ A CONTARSE DESDE EL MOMENTO EN QUE NACE EL RESPECTIVO DERECHO.

ESTOS TÉRMINOS NO PODRÁN SER MODIFICADOS POR LAS PARTES.

**CONDICIÓN VIGÉSIMA NOVENA. DISPOSICIONES LEGALES.** PARA TODOS LOS ASPECTOS NO PREVISTOS EXPLÍCITAMENTE EN LAS PRESENTES CONDICIONES, SE APLICARÁN LAS DISPOSICIONES DEL CÓDIGO DE COMERCIO Y DEMÁS NORMAS LEGALES PERTINENTES.

**CONDICIÓN TRIGÉSIMA. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS.** DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO POR LAS NORMAS LEGALES DE COLOMBIA SOBRE EL TEMA DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, EL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO SE OBLIGAN CON **LA COMPAÑÍA** A REALIZAR LAS DECLARACIONES QUE SE ESTIPULEN EN EL FORMULARIO QUE PARA TAL FIN SE LES ENTREGUE CON TOTAL VERACIDAD Y A SUMINISTRAR LOS DOCUMENTOS QUE SE SOLICITEN EN DICHO FORMATO, TANTO AL MOMENTO DE CONTRATAR



**COLMENA**  
vida y riesgos laborales

**CONDICIONES GENERALES**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL PARA DEUDORES**  
**HIPOTECARIOS DE ENTIDADES FINANCIERAS**

---

LA PÓLIZA COMO EN LA RENOVACIÓN DE LA MISMA Y/O AL MOMENTO DEL PAGO DE CUALQUIER INDEMNIZACIÓN.

CUALQUIER INCONSISTENCIA O INFORMACIÓN FALSA EN LAS DECLARACIONES O DOCUMENTOS APORTADOS EN RAZÓN A LA PRESENTE CONDICIÓN SE ENTENDERÁ COMO RETICENCIA EN LA INFORMACIÓN Y PRODUCIRÁ LOS EFECTOS CONSAGRADOS EN EL ARTÍCULO 1058 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SIN PERJUICIO DE LAS SANCIONES QUE LA LEY ESTABLEZCA.

**CONDICIÓN TRIGÉSIMA PRIMERA. DOMICILIO, LEGISLACIÓN APLICABLE, TERRITORIO Y NOTIFICACIONES.** PARA TODOS LOS EFECTOS RELACIONADOS CON EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO Y SIN PERJUICIO DE LAS DISPOSICIONES PROCESALES, SE FIJA COMO DOMICILIO DE LAS PARTES LA CIUDAD Y DIRECCIÓN INDICADAS EN LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO SE RIGE POR LAS LEYES DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA APLICABLES AL MISMO.

**CONDICIÓN TRIGÉSIMA SEGUNDA. PROHIBICIÓN DE CESIÓN.** EL TOMADOR NO PODRÁ CEDER SU POSICIÓN CONTRACTUAL NI LOS DERECHOS DERIVADOS DE LA MISMA, NI LAS OBLIGACIONES EMANADAS DE ESTE CONTRATO SIN PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA.

**CONDICIÓN TRIGÉSIMA TERCERA. DOCUMENTOS PARA PRESENTAR LA RECLAMACIÓN.** AL AMPARO DE LO CONSAGRADO EN EL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, AL ASEGURADO LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y LA CUANTÍA DE LA PERDIDA.

NO OBSTANTE LO ANTERIOR, SE SUGIERE QUE EN CASO DE PRESENTARSE UN SINIESTRO QUE AFECTE CUALQUIERA DE LOS AMPAROS DE ESTA PÓLIZA, EL ASEGURADO ALLEGUE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS, SEGÚN APLIQUEN, SIN QUE SE CONSTITUYAN COMO LOS ÚNICOS MEDIOS DE PRUEBA PARA COMPROBAR SU DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN:

**MUERTE:**

- SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO
- CARTA DE RECLAMACIÓN QUE INCLUYA EL NÚMERO DEL CRÉDITO, TELÉFONO, DIRECCIÓN Y CORREO ELECTRÓNICO DEL RECLAMANTE
- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL ASEGURADO
- REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO
- REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO DEL ASEGURADO
- REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO Y LOS BENEFICIARIOS
- CEDULA DE CIUDADANÍA DEL ASEGURADO Y LOS BENEFICIARIOS
- SI LA MUERTE FUE NATURAL, HISTORIA CLÍNICA DONDE CONSTE LA FECHA DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CAUSA DE LA MUERTE
- SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL, POR HOMICIDIO O SUICIDIO, SE DEBEN ADJUNTAR LOS DOCUMENTOS LEGALES IDÓNEOS QUE DETERMINEN QUE LA PERSONA FALLECIDA FUE PLENAMENTE IDENTIFICADA, Y LAS CIRCUNSTANCIAS DE TIEMPO, MODO Y LUGAR COMO OCURRIERON LOS HECHOS (ACTA DE LEVANTAMIENTO DEL CADÁVER, CERTIFICADO DE MEDICINA LEGAL, CERTIFICACIÓN DE NECROPSIA O INFORME DE AUTORIDAD COMPETENTE)



**COLMENA**  
vida y riesgos laborales

**CONDICIONES GENERALES**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL PARA DEUDORES**  
**HIPOTECARIOS DE ENTIDADES FINANCIERAS**

---

- CERTIFICACIÓN DEL SALDO DE LA DEUDA EXPEDIDA POR LA ENTIDAD FINANCIERA, DISCRIMINANDO LOS DIFERENTES CONCEPTOS QUE HACEN PARTE DE LA LIQUIDACIÓN (SALDO DE CAPITAL A LA FECHA DEL SINIESTRO, INTERESES CORRIENTES, INTERESES DE MORA, PRIMAS DE SEGURO DE VIDA)

**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:**

- SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO
- CARTA DE RECLAMACIÓN DEL ASEGURADO QUE INCLUYA EL NÚMERO DEL CRÉDITO, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO
- CEDULA DE CIUDADANÍA DEL ASEGURADO
- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL ASEGURADO
- DICTAMEN DE PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL EN FIRME, EMITIDO POR LA JUNTA DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, REGIONAL O NACIONAL, O POR LAS ENTIDADES COMPETENTES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, DENTRO DEL CUAL NO SE ENTIENDEN INCLUIDOS LOS RÉGIMENES ESPECIALES COMO LO SON EL MAGISTERIO, LAS FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA, ENTRE OTROS.
- CERTIFICACIÓN DEL SALDO DE LA DEUDA EXPEDIDA POR LA ENTIDAD FINANCIERA, DISCRIMINANDO LOS DIFERENTES CONCEPTOS QUE HACEN PARTE DE LA LIQUIDACIÓN (SALDO DE CAPITAL A LA FECHA DEL SINIESTRO, INTERESES CORRIENTES, INTERESES DE MORA, PRIMAS DE SEGURO DE VIDA)

**ENFERMEDADES GRAVES:**

- SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO
- CARTA DE RECLAMACIÓN DEL ASEGURADO QUE INCLUYA EL NÚMERO DEL CRÉDITO, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO
- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL ASEGURADO
- INFORME DEL MÉDICO TRATANTE CON FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD
- CERTIFICACIÓN DE SALDO INSOLUTO DE LA DEUDA EXPEDIDA POR LA ENTIDAD FINANCIERA A LA FECHA DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD.

**BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN:**

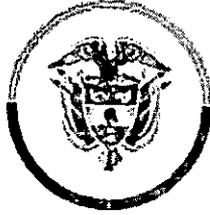
- SOLICITUD CERTIFICADO DE SEGURO
- CARTA DE RECLAMACIÓN DEL ASEGURADO QUE INCLUYA EL NÚMERO DEL CRÉDITO, DIRECCIÓN, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO
- CERTIFICADO DE HOSPITALIZACIÓN DONDE SE INCLUYA LA FECHA DE INGRESO Y DE SALIDA
- HISTORIA CLÍNICA COMPLETA DEL ASEGURADO DONDE CONSTE LA FECHA Y CAUSA DE LA HOSPITALIZACIÓN
- CERTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD FINANCIERA SOBRE EL VALOR DE LA CUOTA MENSUAL DEL CRÉDITO

SI DEL ANÁLISIS DE LOS DOCUMENTOS APORTADOS, SURGE LA NECESIDAD DE DOCUMENTACIÓN ADICIONAL, **LA COMPAÑÍA** PODRÁ SOLICITARLOS DIRECTAMENTE AL ASEGURADO Y/O BENEFICIARIO(S).

**COLMENA VIDA Y RIESGOS LABORALES**  
**FIRMA AUTORIZADA**







Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

**Juzgado Quinto de Pequeñas Causas y  
Competencias Múltiples de Neiva**

CONSTANCIA SECRETARIA: 13 de julio, se deja constancia que el día hábil inmediatamente anterior, a las cinco de la tarde, venció el término de diez (10) días, de que disponía el demandado para contestar y/o excepcionar la demanda, Dentro del término legal, la parte demandada, a través de apoderado judicial descorre la demanda y propone excepciones de fondo. Pasan las diligencias al despacho del señor Juez para lo de su conocimiento y fines pertinentes. Inhábiles los días 7, 8, y 14 de marzo, hasta el 30 de junio por cierre de juzgados, y 4, 5, 11 y 12 de julio.



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

  
LILIANA HERNÁNDEZ SALAS  
SECRETARIA