

señores

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BARRANQUILLA
SALA CUARTA DE DECISIÓN CIVIL, FAMILIA
E.S.D.

PROCESO: VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL

ASUNTO: APELACION SENTENCIA OCTUBRE 27 DE 2023

DEMANDANTE: INES ELENA OCHOA GOMEZ

DEMANDADA: SEGUROS DE VIDA ALFA S.A., BANCO POPULAR

RADICADO: 08001315301120220026701

INTERNO: 45.218

PROCEDENCIA: JUZGADO ONCE CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

**ASUNTO: SUSTENTACION DEL RECURSO DE APELACION - REPAROS CONCRETOS
EN CONTRA DE LA SENTENCIA DE FECHA (27) DE OCTUBRE DEL DOS
MIL VEINTITRÉS (2023).**

CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR, mayor de edad, domiciliado y residenciado en esta ciudad, abogado en ejercicio, identificado como aparece al pie de mi correspondiente firma, actuando en mi calidad de abogado de la parte demandante, respetuosamente me dirijo a su despacho mediante el presente escrito, en el término y la oportunidad procesal conferida en el inciso 3, párrafo segundo del artículo 322 del CGP para presentar después de haber interpuesto el recurso de apelación en audiencia, los **SUSTENTACION DEL RECURSO DE APELACION - REPAROS CONCRETOS EN CONTRA DE LA SENTENCIA DE FECHA (27) DE OCTUBRE DEL DOS MIL VEINTITRÉS (2023)**, en atención a que no compartimos las apreciaciones del despacho y consideramos que existe una indebida valoración del materia probatorio allegado al proceso, de la siguiente manera:

MOTIVOS DE INCONFORMIDAD

a. Indebida valoración del material Probatorio recaudado en el proceso.

Consideramos que el juzgador realiza una indebida valoración del material probatoria anexo a la foliatura, por una parte, realiza valoraciones indebidas y en otra medida deja de valorar el material probatorio.

El despacho al momento de argumentar la sentencia, afirma que se encuentra probado en la foliatura la existencia de la figura:

“El contrato es ley para las partes, en este orden de ideas, las partes deben acogerse a lo dispuesto en el contrato y sus anexos, en el ya estudiado contrato, se encuentra dos condiciones que hace inviable las

pretensiones de la demanda, esto es, que se pactó una cláusula de periodo de carencia, para el caso particular, es de 90 días desde el inicio del aseguramiento, y segundo la constitución en la póliza de una exclusión al amparo de incapacidad total y permanente"

Por su puesto que el contrato es ley para las partes, pero NO debemos olvidar que este pierde aplicabilidad porque EXISTE INFORMACION DE VITAL IMPORTANCIA QUE EL ASESOR DEBIO ENTREGAR Y QU ESTE NO ENTREGO:

COMO LO ES:

La establecida CIRCULAR EXTERNA 50 DE 2015 EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA: debió entregar la siguiente información:

- derechos y obligaciones de las partes contempladas en la póliza.
- coberturas, exclusiones y garantías del producto.
- costos del producto y de su comercialización.
- alcance de los servicios de intermediación, en caso que el seguro sea promocionado por un intermediario de seguros.
- La forma de vinculación contractual del intermediario o de la persona natural vinculada con la entidad aseguradora.
- el procedimiento, plazos y documentación a tener en cuenta para la reclamación del siniestro.
- los canales de atención de quejas, peticiones y reclamos.

información que NO FUE ENTREGADA POR EL ASESOR.

Además, el asesor debió entregar la siguiente información, según **ARTÍCULO 37 DEL ESTATUTO DEL CONSUMIDOR:**

1. Haber informado suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales. En los contratos se utilizará el idioma castellano.
2. Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas.
3. **En los contratos escritos, los caracteres deberán ser legibles a simple vista y no incluir espacios en blanco.** En los contratos de seguros, el asegurador hará entrega anticipada del clausulado al tomador, explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías. *(negrillas y subrayado fuera del texto original)*

información que NO fue entregada por el asesor.

ESTO FUE RATIFICADO POR LOS REPRESENTANTES LEGALES DE LOS DEMANDADOS COMO QUIERA QUE A NINGUNO LE CONSTA QUE ESA INFORMACION FUE DADA, ELLOS SUPENEN, PERO EN NINGUN MOMENTO AFIRMAN QUE ESTA INFORMACION FUE ENTREGADA.

Como consecuencia de lo anterior, al asesor no haber entregado información de vital importancia, el presente caso reúne los requisitos establecidos por la norma, (**Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas**), (**el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías**). por lo cual debe usted declarar ineficaces y tener por no escritas las condiciones generales de los contratos, comoquiera que estas NO fueron explicadas por el asesor del BANCO POPULAR S.A.

Ahora bien, recientemente la **CORTE CONSTITUCIONAL** se pronunció mediante la La **SENTENCIA T-023 DE 2023:**

La diligencia de la aseguradora al momento de suscribir el contrato. La aseguradora debe demostrar que desplegó “todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado”^[254] y que, por lo tanto, no conocía ni ha debido conocer la información omitida. La Corte Constitucional ha precisado que la obligación de las aseguradoras de verificar el estado de salud es de medio, no de resultado. En tales términos, ha considerado cumplido este deber, cuando las aseguradoras (i) elaboran una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud^[255]; (ii) solicitan la autorización a la historia clínica y realizan una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales; o (iii) realizan los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado^[256].

REQUISITOS QUE NO FUERON CUMPLIDOS POR LAS DEMANDADAS.

Aunado a lo anterior, el Aquo no examino DEL PRECEDENTE JURISPRUDENCIAL DE LA CORTE CONSTITUCIONAL EN ESTE SENTIDO: OBLIGACION DE REALIZAR INSPECCION DEL ESTADO DEL RIESGO (EXAMENES MEDICOS)

la corte ha sostenido una línea jurisprudencial desde año 2010, en la cual ha establecido que es necesario y obligación de la compañía de seguros realizar exámenes o inspección a sus asegurados.

SENTENCIAS T-832 DE 2010; T-316/15; T-452-2015; T-609 de 2016; T-670 de 2016; T-251 DE 2017; T 027-2019:

Ahora en cuanto a la RETICENCIA DEBEMOS AFIRMAR:

Que, el Aquo, desconoce la jurisprudencia de la **CORTE CONSTITUCIONAL** ha hecho grandes **CAMBIOS JURISPRUDENCIAL** sobre la temática, en este sentido el despacho ha desconocido la jurisprudencia actual y los requisitos necesarios para que opere la RETICIENCIA en materia de contrato de seguros, que la jurisprudencia actual nos permite hablar del tema así:

“SENTENCIA T-61, FEB. 18/20 (M. P. ALBERTO ROJAS RÍOS).

(....)

EN ESTE SENTIDO, CORRESPONDE A LAS ASEGURADORAS:

(i) Demostrar el elemento subjetivo de la reticencia, es decir, **la voluntad dolosa del asegurado tendiente a engañar y sacar provecho de la omisión evidenciada.**

(ii) Desplegar todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, pues las aseguradoras están vedadas de alegar reticencia si conocían o podían conocer los hechos que la constituyeron, esto es si se abstuvieron de verificar la información habiendo podido hacerlo, pues mal haría el juez en validar negligencias.

(iii) Demostrar un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado.

(...)”(negrillas y subrayas fuera de texto).

Que, de acuerdo a la jurisprudencia citada y reciente, que trata la temática, es falso que la compañía aseguradora **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** hubiese demostrado en el transcurso del proceso lo antes señalado, que no se encuentra probado dentro del proceso:

1. La mala fe de mi poderdante, que esta hubiera actuado de forma dolosa al momento de suscribir el seguro.
2. La compañía aseguradora no desplego todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, nunca verifíco la información brindada a mi poderdante
3. No existe prueba en la foliatura que demuestre un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado.
4. No existe evidencia que mi poderdante le Fue la que diligencia el formato de asegurabilidad.

En este sentido, yerra el Aquo cuando afirma la existencia de la RETICENCIA, pues no existe ningún elemento probatorio que apunte a generar la veracidad de esta afirmación, ni mucho menos la convicción sobre ella, que el despacho debió dar aplicación a la sanción de que habla la **CORTE CONSTITUCIONAL** **“pues las aseguradoras están vedadas de alegar reticencia si conocían o podían conocer los hechos que la constituyeron, esto es si se abstuvieron de verificar la información habiendo podido hacerlo, pues mal haría el juez en validar negligencias”**.

En igual sentido, tal como lo señala la sentencia **(T 094-2019)** de la Corte Constitucional, la compañía de seguros *“tiene la obligación de demostrar el nexo de causalidad entre la información omitida y el siniestro, por un lado, evidenciando la mala fe del tomador al ocultar cierta información, y por el otro, acreditando la existencia de una “efectiva relación causal”-inescindible- entre la inexactitud y el siniestro acaecido”*.

Pero no solo el juzgador omitió el precedente Constitucional antes indicado, sino que ha sido reiterativo por la Corte el cambio de posición frente a la reticencia y el contrato de seguros, tal como se puede mostrar en esta sentencia:

Corte Constitucional Sentencia T-027-2019 del 30 de enero de 2019.
Expedientes: T-6.563.653, Seguros, posición dominante, deberes del asegurador y otros acumulados

“(…)

La jurisprudencia de la Corte ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del contrato de seguro, está sujeta a unos deberes mayores: I) la carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable. II) deber de aplicar la interpretación pro consumatore, III) desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. IV) deber de comprobar la existencia del elemento subjetivo en la reticencia, la Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador debe: a) probar la mala fe por parte del tomador (o asegurado) y; b) demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro

(…)”

Continúa la Corte:

“(…)”

Ello ocurre con facilidad en los contratos de seguro en tanto que el usuario puede ser sometido a que le dilaten la satisfacción de los

compromisos asumidos, lo que afecta los derechos fundamentales del tomador o de sus beneficiarios, en tanto que si bien ese tipo de contrato no tiene como finalidad la de proveer los recursos para asegurar la subsistencia y el mínimo vital de una persona, lo cierto es que algunos seguros terminan constituyéndose en la única forma de cumplir con sus compromisos financieros luego de sobrevenir el siniestro asegurado

(...)

“Por lo que ante una situación de desventaja financiera como a la que se encuentra sometido el usuario, es necesario evitar que con ocasión de la posición dominante de la que goce una empresa, se esquite el cumplimiento de las obligaciones pactadas en detrimento de un derecho fundamental.” (negritas u subrayados fuera del texto original).

Que la **SENTENCIA 094- DE 2019, DEFINE ESTA SITUACIÓN DE LA SIGUIENTE MANERA:**

“(…)

Ello ocurre con facilidad en los contratos de seguro en tanto que el usuario puede ser sometido a que le dilaten la satisfacción de los compromisos asumidos, lo que afecta los derechos fundamentales del tomador o de sus beneficiarios, en tanto que si bien ese tipo de contrato no tiene como finalidad la de proveer los recursos para asegurar la subsistencia y el mínimo vital de una persona, lo cierto es que algunos seguros terminan constituyéndose en la única forma de cumplir con sus compromisos financieros luego de sobrevenir el siniestro asegurado.

Por lo que ante una situación de desventaja financiera como a la que se encuentra sometido el usuario, es necesario evitar que con ocasión de la posición dominante de la que goce una empresa, se esquite el cumplimiento de las obligaciones pactadas en detrimento de un derecho fundamental.

(...)”

En este sentido el fallo desconoce desde el ámbito probatorio, que la compañía aseguradora no logro establecer los requisitos para probar la RETICENCIA y de esa manera existe una indebida valoración del material probatorio recaudado en el proceso, asignando el juzgador una valor probatorio a la historia clínica, a los interrogatorio y a las pruebas documentales un valor probatorio que no tienen, llegando así a conclusiones erróneas y que discrepan de la realidad material y sustancial en el proceso.

b. Desconocimiento de la fuerza vinculante de la jurisprudencia.

Debemos afirmar que existe una amplia **LINEA JURISPRUDENCIAL**, de carácter vinculante, que fuera desconocida por el juzgador, quien se aparta de ella sin

una argumentación sólida y concreta, que nos permita la convicción de su argumento, pues ni siquiera fundamenta el por qué la desconoce.

Que la discrecionalidad del juez tiene como criterio de sustento la razonabilidad, la cual utiliza el juez para manifestar su decisión reflejando a través de la motivación su raciocinio y la argumentación del resultado, que a través de esta discrecionalidad el juez no se encuentra atado, pero en ese sentido su límite es la motivación a través del raciocinio, sin embargo volvemos a recalcar, no se evidencia en la parte motiva del fallo, el por qué el juez se aparta de los precedentes recientes establecidos por la CORTE CONSTITUCIONAL, por lo que traemos esta sentencia a colación:

“Sentencia C-621/15. FUERZA NORMATIVA DE LA DOCTRINA DICTADA POR ALTAS CORTES, COMO ORGANOS DE CIERRE DE SUS JURISDICCIONES-Criterios determinantes

Como bien lo ha sostenido la Corte, la fuerza normativa de la doctrina dictada por la Corte Suprema, el Consejo de Estado, el Consejo Superior de la Judicatura -sala disciplinaria- y a Corte Constitucional, como órganos de cierre de sus jurisdicciones, proviene fundamentalmente: (i) de la obligación de los jueces de aplicar la igualdad frente a la ley y de brindar igualdad de trato en cuanto autoridades que son; (ii) de la potestad otorgada constitucionalmente a las altas corporaciones, como órganos de cierre en sus respectivas jurisdicciones y el cometido de unificación jurisprudencial en el ámbito correspondiente de actuación; (iii) del principio de la buena fe, entendida como confianza legítima en la conducta de las autoridades del Estado; (iv) de la necesidad de seguridad jurídica del ciudadano respecto de la protección de sus derechos, entendida como la predictibilidad razonable de las decisiones judiciales en la resolución de conflictos, derivada del principio de igualdad ante la ley como de la confianza legítima en la autoridad judicial.”

Que la CORTE CONSTITUCIONAL también resalta en la sentencia C-539 de 2011, lo siguiente:

“..Reitera que esta se fundamenta en (i) el respeto al principio de la seguridad jurídica, el cual implica el respeto por las normas superiores y la unidad y armonía de las demás normas con éstas, de manera que al ser la Corte Constitucional el órgano de cierre de la jurisdicción constitucional, “sus determinaciones resultan ser fuente de derecho para las autoridades y particulares, cuando a través de sus competencias constitucionales establece interpretaciones vinculantes de los preceptos de la Carta”; (ii) la diferencia entre decissum, ratio decidendi y obiter dicta, ratificando la obligatoriedad no solo de la parte resolutive sino de los contenidos de la parte motiva de las sentencias, en el control abstracto de constitucionalidad como en el concreto, que son determinantes para la decisión o constituyen la ratio decidendi del fallo; y (iii) las características de la ratio decidendi y, por tanto, de la jurisprudencia

como fuente de derecho, por cuanto “la ratio decidendi de las sentencias de la Corte Constitucional, en la medida en que se proyecta más allá del caso concreto, tiene fuerza y valor de precedente para todos los jueces en sus decisiones, por lo que puede ser considerada una fuente de derecho que integra la norma constitucional”.

En igual sentencia, la sentencia C-104 de 1993:

“..se refirió a las diferencias entre la jurisprudencia de los demás jueces y tribunales del país y la jurisprudencia constitucional, respecto de los efectos erga omnes, y su efecto vinculante u obligatoriedad. En punto a este tema, se resolvió la pregunta de si las sentencias de la Corte Constitucional son fuente obligatoria –art. 230 inciso 1º C.P. o un criterio auxiliar –art. 230 inciso 2º, a favor de la primera opción, es decir, las sentencias de la Corte Constitucional son fuente obligatoria para las autoridades.

En punto a este tema sostuvo la Corte: “Para esta Corporación es muy claro que la respuesta a tal pregunta no es otra que la de considerar que tal sentencia es fuente obligatoria. Así lo dispone el artículo 243 superior precitado e incluso el inciso 1º del artículo 21 del Decreto 2067 de 1991, que dice: Las sentencias que profiera la Corte Constitucional tendrán el valor de cosa juzgada constitucional y son de obligatorio cumplimiento para todas las autoridades y los particulares” (negrillas fuera de texto).

Por lo cual NO es bien recibido cuando afirman que la **JURISPRUDENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL** es **INTERPARTES**, lo cierto es que para el caso concreto es Interpartes, pero de ella emana una **DOCTRINA CONSTITUCIONAL** – encontrándose en ella **LA RATIO DECIDENDI** o **PARTE MOTIVA DE LAS SENTENCIAS**, así: “Corte Constitucional el órgano de cierre de la jurisdicción constitucional, “sus determinaciones resultan ser fuente de derecho para las autoridades y particulares, cuando a través de sus competencias constitucionales establece interpretaciones vinculantes de los preceptos de la Carta”; (ii) la diferencia entre decissum, ratio decidendi y obiter dicta, ratificando la obligatoriedad no solo de la parte resolutive sino de los contenidos de la parte motiva de las sentencias, en el control abstracto de constitucionalidad como en el concreto, que son determinantes para la decisión o constituyen la ratio decidendi del fallo; y (iii) **las características de la ratio decidendi y, por tanto, de la jurisprudencia como fuente de derecho, por cuanto “la ratio decidendi de las sentencias de la Corte Constitucional, en la medida en que se proyecta más allá del caso concreto, tiene fuerza y valor de precedente para todos los jueces en sus decisiones, por lo que puede ser considerada una fuente de derecho que integra la norma constitucional” (C-539 de 2011 Magistrado Ponente: LUÍS ERNESTO VARGAS SILVA de fecha seis (6) de julio de dos mil once (2011).**.) negrillas y subrayados fuera del texto original.

Ahora bien, afirma el A-quo que como mi poderdante firmo y coloco la huella en la declaración de asegurabilidad, entonces fue ella quien diligencio el mencionado formato, desconociendo lo narrado por ella en el interrogatorio

de parte donde manifiesta “ firme y coloque la huella solamente”, además que la representantes legales de las demandadas afirmaron que ellas no estuvieron presentes al momento de la suscripción del contrato de seguro por lo cual no les consta que mi poderdante fue la que diligencio el mencionada declaración de asegurabilidad, la representante legal afirma que ella conoce el protocolo que deben realizar los asesores pero no le consta quien diligencia el formato de declaración de asegurabilidad.

quedo demostrado con el interrogatorio de mi poderdante que a ella NO le informaron que debía brindar esta INFORMACION, porque ella NO DILIGENCO ESTE FORMATO, La única información que le brindo el **ASESOR** fue que **FIRMARA Y COLOCALA LA HUELLA**, porque el asesor tenía toda la información, ósea que el ASESOR NO INFORMO a mi PODERDANTE sobre:

1. Condiciones del contrato de seguro
2. Amparos
3. Exclusiones

En el interrogatorio realizado al representante legal de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** se le indago sobre el tema y la misma confesa lo siguiente:

-se le pregunto por qué afirmo que el asesor había explicado todo acerca del contrato de seguros respondió en el por protocolo, pero este confeso que ella no estuvo presente al momento de la suscripción

- **en cuanto a la pregunta porque no exigieron EXÁMENES MEDICOS: RESPONDIO – porque la licitación que realizo con el banco no es obligación además que el monto del crédito no lo exigía /**
- **en cuanto a la pregunta si le exigieron historia clínica RESPONDIO /no**
- **en cuanto a la pregunta porque no exigieron historia clínica RESPONDIO no era una obligación que la compañía – es una facultad de la compañía**

El AQUO NO tuvo en cuenta el interrogatorio de la representante legal del BANCO BBVA COLOMBIA:

- **a la pregunta porque no exigieron exámenes no era obligación DEL BANCO / NO PUEDE EXIGIR /**
- **a la pregunta porque no le solicitaron historias clínicas / respondido no es el objeto social del banco / no es competencia del banco**

De los interrogatorios realizados a los representantes legales de los demandados el Aquo no los tuvo en cuenta, razón por lo la cual el AQUEN debe darle aplicación al **ARTÍCULO 37. Del ESTATUTO DEL CONSUMIDOR CONDICIONES NEGOCIALES GENERALES Y DE LOS CONTRATOS DE ADHESIÓN.** Las Condiciones

Negociales Generales y de los contratos de adhesión deberán cumplir como mínimo los siguientes requisitos:

1. Haber informado suficiente, anticipada y expresamente al adherente sobre la existencia efectos y alcance de las condiciones generales. En los contratos se utilizará el idioma castellano.
2. Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas.
3. En los contratos escritos, los caracteres deberán ser legibles a simple vista y no incluir espacios en blanco, En los contratos de seguros, el asegurador hará entrega anticipada del clausulado al tomador, **explicándole el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías.** (negritas y subrayado fuera del texto original)

Serán ineficaces y se tendrán por no escritas las condiciones generales de los contratos de adhesión que no reúnan los requisitos señalados en este artículo (negritas y subrayado fuera del texto original).

El presente caso reúne los requisitos establecidos por la norma, como quiera que a mi poderdante no le explicaron (**Las condiciones generales del contrato deben ser concretas, claras y completas**), (**el contenido de la cobertura, de las exclusiones y de las garantías**). por lo cual debe usted declarar ineficaces y tener por no escritas las condiciones generales de los contratos.

es cierto que mi poderdante NO ignoraba las enfermedades, james se ha mencionado en el plenario esta situación, lo cierto es que el AQUO no valoro en debida forma el interrogatorio de mi poderdante, comoquiera que es la única que estuvo presente al momento de suscribir los créditos y los contratos de seguros, y ella bajo la gravedad del juramento le informo al Aquo que, a ella NO le habían informado sobre las exclusiones, y peor aun no le informaron las consecuencias jurídicas que esto acarrearía en un futuro, entonces como puede existir MALA FE si:

1. Mi cliente en ningún momento actúa con mala fe, solo se limitó hacer lo que el asesor le ordeno y fue que solo firmara los formatos, para que los créditos se los aprobaran.
2. Señoría si existe la mala fe, esta estaría encabeza de los asesores del **BANCO** comoquiera que son ellos los que guían o le indican a sus clientes la forma en que deben diligenciar estos formatos, que son complejos y de mucha técnica comercial.

Lo que se encuentra probado en la foliatura es que la **COMPAÑÍA DE SEGURO NO CUMPLIÓ CON LAS OBLIGACIONES** que le ha impuesto la **CORTE CONSTITUCIONAL** ha determinado que cualquier omisión por parte del tomador no puede ser considerada como reticencia, pues la entidad **ASEGURADORA** está en la **OBLIGACIÓN DE TOMAR LAS MEDIDAS QUE CONSIDERE CONDUCTENTES PARA COMPROBAR LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA**, la cual debe considerarse cierta en virtud del principio de buena fe, evitando en todo caso, las interpretaciones arbitrarias respecto del contenido del contrato y de los hechos.

Note usted su señoría que **la Corte constitucional impone unas obligaciones para desconocer la reticencia alegada, se basa en la importancia del principio de buena fe en la relación contractual entre la compañía de seguros y el tomador de la póliza, señalando que es un postulado en doble vía**, que obliga a las partes a comportarse con probidad en el desarrollo de la relación contractual.

LA POSICIÓN DE LA CORTE FRENTE A ESTE TEMA:

- La falta de declaración de cualquier preexistencia médica no constituye en sí misma reticencia, puesto que para que pueda hablarse de esta última es necesario **probar la mala fe del tomador**.
- Las aseguradoras tienen un conjunto de cargas o deberes que deben cumplir para impedir que con su actuar lesionen derechos fundamentales de sus usuarios, esto debido a la necesidad de preservar el interés público, representado en el equilibrio de las partes contractuales.
- Las compañías de seguros, deben proveer información tan completa como sea posible a los tomadores de seguros en relación con los alcances, exclusiones y cualquier otra circunstancia relativa al contrato de seguro
- Las Aseguradoras han de abstenerse de utilizar cláusulas genéricas y ambiguas en sus contratos de seguros para objetar la cancelación de la póliza, bajo el argumento de que el tomador/asegurado incurrió en reticencia
- Corresponde a las Compañías de seguros, corroborar la condición médica del tomador o asegurado y que esta obligación no se suple con la inclusión de cláusulas dirigidas a eximirse frente a determinadas patologías.
- Dada la naturaleza de adhesión que generalmente presenta este tipo de contratos, es la aseguradora quien tiene la responsabilidad de verificar el estado de salud de quien solicita la expedición de la póliza.

Básicamente las compañías tienen la obligación de verificar lo señalado por el tomador o asegurado al momento de adquirir la póliza de seguros, **PARA LA CORTE, EL DEBER DE COMPROBACIÓN PUEDE MATERIALIZARSE DE MÚLTIPLES FORMAS, INCLUYENDO LA PRÁCTICA DE EXÁMENES MÉDICOS O LA EXIGENCIA DE PRESENTAR UNOS RECIENTES PARA CERTIFICAR**.

LOS CUATRO DEBERES O CARGAS BÁSICAS QUE ESTABLECE LA CORTE ES SU JURISPRUDENCIA EN CABEZA DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS Y DERIVADAS DE LO ANTES CITADO, SUMADO A LAS EXIGENCIAS DE LAS NORMAS QUE REGULAN LA PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR SON:

- **CLARIDAD:** Transparencia y accesibilidad del lenguaje utilizado para definir las cláusulas del contrato de seguro, el formulario de asegurabilidad y cualquier otro documento referido a la póliza.
- **INFORMACIÓN:** Dotar al tomador de la póliza de todos los datos necesarios para que, al momento de celebrar el negocio jurídico relativo al contrato de seguro, el mismo lo haga desde una base de consentimiento informado. Verás y Completa de tal suerte que se evite inducir a error al usuario del servicio.
- **COMPROBACIÓN:** Verificar lo señalado por el tomador o asegurado al momento de adquirir la póliza de seguros. Esta carga tiene una especial relevancia en cuanto a las declaraciones de asegurabilidad referidas al estado de salud. Principio Autonomía Voluntad
- **LEALTAD:** Mandato general para la aseguradora de evitar cualquier conducta que pueda inducir a error al tomador o que le genere detrimento de forma ilegítima. Esta carga puede entenderse como una prohibición para las aseguradoras de abusar de la autonomía privada de la voluntad para afectar los intereses de su contraparte contractual, en desconocimiento de los mandatos constitucionales.

En el mismo sentido el A-quo afirma que NO hubo MALA ASESORIA por parte de los asesores que vendieron los créditos y los contratos de seguros, basa su decisión en que la accionante firmo y coloco la huella en la declaración de asegurabilidad y en ella no informo sumariamente que el asesor NO le informo de las consecuencias jurídicas de NO INFORMAR LAS ENFERMEDADES QUE PADECIA MI REPRESENTADA. NO INFORMA las enfermedades que padecía por las razones ya expuestas y no coloca nada al respecto por el mismo desconocimiento que tenía al tema de seguros en donde las personas que se acercan a las entidades financieras CONFIAN CIEGAMENTE en los ASESORES y siguen al pie de la letra sus instrucción, razón por la cual SI a mi PODERDANTE el ASESOR le informa y le explica que esta tiene el deber de declarar todas sus enfermedades SEGURAMENTE mi poderdante así lo hubiese hecho, repetimos nuestra poderdante no informo porque en ningún momento se le pregunto, ni mucho menos **SE LE INFORMO SOBRE CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO, AMPAROS, EXCLUSIONES.** Simplemente los asesores le decían a mi poderdante que firmara y colocara la huella que esos eran los documentos para que el banco aprobara los créditos.

Volviendo al acervo probatorio, el Aquo no tuvo en cuenta la carga de la prueba contemplada en el **Código General del Proceso Artículo 167:**

“Carga de la prueba Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”

Comoquiera que los demandados no aportaron una sola prueba al proceso en el cual probaran sus excepciones, y que PRESEUNTAMENTE mi poderdante actuado de MALA FE como lo pretende el demandado, olvidándose que la mala fe de ser demostrada, requisito que no han cumplido.

No entendemos cómo puede haber MALA FE si mi cliente simplemente diligencia los formatos que le ordeno el asesor del BANCO, en la forma que este le ordeno, con la sugerencia "marca no con una x en todas y cada una preguntas para que no te vallan a negar el crédito", mi cliente en **BUENA FE** y sin sabes las implicaciones que tienen esta lo realiza.

El Aquo NO tuvo en cuenta el precedente vertical de su superior en el sentido que el juez PRIMERO (1º) CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA en el proceso radicado: 2020-00089, partes DEMANDANTE: NAZLY ELOISA RADA JIMENEZ DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. BANCO BBVA COLOMBIA S.A., RESOLVIO este asunto así:

"(...)

la Corte Constitucional al analizar casos similares al que nos ocupa ha indicado que las aseguradoras deben ser diligentes en el momento de la suscripción de la póliza y realizar exámenes médicos o exigir unos recientes para verificar el verdadero estado de salud del asegurado y tener claridad sobre el riesgo asumido y las posibles preexistencias, de tal manera que "la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado sólo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora

(...)".

Como se advirtió en el desarrollo de la anterior excepción, el demandado BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., no realizó los exámenes médicos a la demandante al momento de la suscripción de la póliza, siendo éste un elemento esencial para efectos de determinar la aplicación o no de la reticencia, pues, como ya se dijo, corresponde a la aseguradora la carga de demostrar los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia. De conformidad con lo expuesto anteriormente, se concluye que la excepción no está llamada a prosperar.

(...)"

En cuanto a las condenas en costas y agencias en derecho el A QUO erróneamente condena a la parte demandante cuando mediante auto de fecha Noviembre (8) del año Dos Mil Veintidós (2022) y publicado mediante estado concede AMPARO DE POBREZA el cual no fue tenido en cuenta por el AQUO al momento de emitir sentencia.

Nótese lo preceptuado en el C.G. DEL P. ARTÍCULO 154. EFECTOS. El amparado por pobre no estará obligado a prestar cauciones procesales ni a pagar expensas, honorarios de auxiliares de la justicia u otros gastos de la actuación, y **no será condenado en costas.** (Negrillas y subrayado fuera del texto original).

Comoquiera que en el C.G. DEL P. Define que las costas están integradas por las agencias en derecho exactamente en el "ARTÍCULO 361. COMPOSICIÓN. Las costas están integradas por la totalidad de las expensas y gastos sufragados durante el curso del proceso y por las agencias en derecho" razón por la cual el A-Quo NO puede condenar en costas – agencias en

derecho a la parte actora como quiera que a la misma se le encuentra un amparo de pobreza que no ha sido resuelto por el A-Quo.

PETICIONES

PRIMERO: Sírvase ADMITIR el recurso de alzada.

SEGUNDO: Sírvase revocar la sentencia de fecha **(27) de Octubre del dos mil veintitrés (2023)**, el numeral 1, "Declarar probada la excepción Falta de cobertura por periodo de carencia de la póliza, planteadas por las partes demandadas, por las razones expuestas en el proveído". Y el numeral 2. "Negar las pretensiones solicitadas por la parte demandante"

TERCERO: Sírvase revocar la sentencia de fecha **(27) de Octubre del dos mil veintitrés (2023)**, el numeral 3 que condena a la parte demandante a costas y agencias en derecho.

Atentamente,



CRISTIAN SANJUANELO DEL VILLAR

C.C. No 1.043.840.311

T.P. No 249.712 C.S. De la J.