

RV: RECURSO_RAD2018 175

Lizeth Andrea Cuellar Oliveros <lcuellao@cendoj.ramajudicial.gov.co>

Jue 29/06/2023 7:20

Para:ESCRIBIENTES <esctsnei@cendoj.ramajudicial.gov.co>

📎 1 archivos adjuntos (292 KB)

SUSTENTACION DEL RECURSO DE APELACION JOSE BENJAMIN COMETA.pdf;

**Lizeth Andrea Cuellar Oliveros.**

Escribiente.

Secretaría Sala Civil Familia Laboral.

Tribunal Superior del Distrito Judicial de Neiva-Huila.

Carrera 4 No. 6-99 Of. 1111.

lcuellao@cendoj.ramajudicial.gov.co

De: Secretaria Sala Civil Familia - Seccional Neiva <secscnei@cendoj.ramajudicial.gov.co>**Enviado:** miércoles, 28 de junio de 2023 17:07**Para:** Lizeth Andrea Cuellar Oliveros <lcuellao@cendoj.ramajudicial.gov.co>**Asunto:** RV: RECURSO_RAD2018 175

De: Luis Felipe Obando Parra <luisfelipeobando.abogado@gmail.com>**Enviado:** miércoles, 28 de junio de 2023 4:53 p. m.**Para:** Secretaria Sala Civil Familia - Seccional Neiva <secscnei@cendoj.ramajudicial.gov.co>**Asunto:** RECURSO_RAD2018 175

--

Cordialmente,

Luis Felipe Obando Parra

Abogado

(+57) 301 228 5386

Colombia





Remitente notificado con
[Mailtrack](#)

Magistrada;

DRA. CLARA LETICIA NIÑO MARTINEZ

TRIBUNAL SALA CIVIL – FAMILIA – LABORAL

E. S. D.

Ciudad

| PROCESO VERBAL DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL DE PRIMERA INSTANCIA | |
|--|--|
| ASUNTO: | SUSTENTACION DE RECURSO DE APELACION CONTRA SENTENCIA DEL 26 DE ABRIL DE 2019. |
| DEMANDANTE: | JOSE BENJAMIN COMETA GUARNIZO |
| DEMANDADO: | ASEGURADORA SURAMERICAMA SEGUROS DE VIDA S.A |
| RADICADO: | 2018-17501 |

LUIS FELIPE OBANDO PARRA, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Neiva - Huila, identificado con la cédula de ciudadanía N° **1.081.156.475** de Rivera (Huila), abogado titulado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° **326.499** del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado del señor JOSE BENJAMIN COMETA GUARNIZO, con sumo respeto, me permito presentar los reparos y en su defecto interponer RECURSO DE APELACION en contra de toda la parte motiva y resolutive de la decisión proferida por el Juzgado de Primera Instancia, por ello de la siguiente manera y bajo los siguientes argumentos de hecho y de derecho, le solicito a los Honorables Magistrados, se sirva desconocer las apreciaciones que el Juez de primera Instancia tomó y falló en contra de mi mandante en el mencionado fallo y en su defecto proceda a revocarlos bajo los siguientes puntos así:

Reparos contra la sentencia de primera instancia. En razón a distintas aristas de orden jurídico, probatorio y factico que el Aquo desestimo.

DESCONOCIMIENTO O DESATENCION DEL DESPACHO DE PRIMERA INSTANCIA SOBRE LA EXISTENCIA DE LA DUDA EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGUROS MEDIANTE EL CUAL SE AMPARO EL PRIMER CREDITO DEL DEMANDANTE, EN CUANTO A LA COBERTURA POR ITP QUE NO FUE NOTIFICADA AL ACCIONANTE PARA CONOCER LA REDACCION DEL TEXTO Y LA EXCLUSIONES DE LA POLIZA CONTRATADA.

El señor JOSE BENJAMIN COMETA GUARNIZO identificado (a) con la cedula de ciudadanía N° 19.353.208 de Bogotá D.C., adquirió con la entidad financiera BANCOLOMBIA, un crédito bajo el N° 4550087662 por la suma de \$ 215.000.000, con pago mensual de \$ 5.050.000. y el crédito de LEASING 1234 COD. No. 19353208-84 por la suma de \$184.000.000, con pago mensual de \$2.050.000.

Las dos obligaciones fueron adquiridas en diferentes tiempos, sin embargo pese a ello vemos, que respecto a la primer obligación de la cual suscribió la respectiva póliza de seguro de deuda, del cual mi poderdante informo su estado de salud, al cual la compañía de seguros decidió extraprimar, sin embargo no quedo claro ni establecido realmente a que se refería dicha extraprima, situación que en ningún momento le fue notificada a mi poderdante, pues solo se tuvo conocimiento que a mi cliente le había sido excluida la cobertura por ITP, situación que se puso de presente al despacho de primera instancia, pero que desestimo y no presto la atención debida, por cuanto ante la falta o ausencia de información que ni la compañía de seguros ni la entidad financiera le explicaron a mi cliente, es que con sorpresa vemos que la aseguradora expone su excepción de ausencia de cobertura, la cual no debía haberse tenido en cuenta en razón a la falta de correcta notificación de las condiciones pactadas que solo fueron conocidas de ante mano por la entidad financiera, pero jamás por el asegurado, quien hoy se ve afectado por dicha desidia.

La interpretación más favorable al consumidor, es una gran novedad del nuevo Estatuto (ley 1480 de 2011), es la consagración de la interpretación más favorable al consumidor, en el artículo 34, en

los siguientes términos: “Las condiciones generales de los contratos serán interpretadas de la manera más favorable al consumidor. En caso de duda, prevalecerán las cláusulas más favorables al consumidor sobre aquellas que no lo sean.” Las reglas de interpretación de los contratos aplicables en Colombia antes de este nuevo estatuto eran las contenidas en el Código Civil, que apuntaban en primer lugar a desentrañar la voluntad de las partes en desarrollo del principio de autonomía

Respecto de las cláusulas ambiguas, señala el artículo 1624 del Código Civil que las mismas debían interpretarse a favor del deudor y contra la parte que las redactó. Esta nueva norma constituye una razón de más para que la redacción de las cláusulas sea clara y comprensible. Actualmente, en todos los casos, las cláusulas deben interpretarse en favor del consumidor.

La modificación del valor asegurado de que trata el artículo 23 otra norma del actual Estatuto del Consumidor aplicable al sector asegurador es el artículo 23, cuyo texto indica: “Artículo 23. ... Cuando en los contratos de seguros la compañía aseguradora modifique el valor asegurado contractualmente, de manera unilateral, tendrá que notificar al asegurado y proceder al reajuste de la prima, dentro de los treinta (30) días siguientes.” (Subrayado fuera de texto original).

Con anterioridad a la expedición de la norma en comento, el asegurador no estaba facultado para hacer esta modificación unilateral. La deficiente redacción del artículo produjo un resultado diferente del propuesto y por el momento es muy escasa su aplicación. • Los deberes de información y de explicación al consumidor de que trata el artículo 37 El artículo 37 es otra de las normas del Estatuto del Consumidor que hace mención expresa al contrato de seguro. A diferencia del artículo 23, los meses subsiguientes a la expedición de la ley dieron lugar a un amplio debate sobre la forma de implementarla, a partir del 12 de abril de 2012.

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. 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.” (Negrilla fuera de texto original).

Las principales inquietudes que se suscitan en relación con la aplicación de esta norma se derivan de la exigencia de la entrega anticipada del clausulado al tomador y la explicación del contenido de la cobertura, las exclusiones y las garantías.

Desde la perspectiva de la Jurisprudencia, el Doctor Jaime Alberto Arrubla Paucar, magistrado de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia hace referencia a la sentencia del alto tribunal de fecha 14 de diciembre de 2011, dictada antes de la entrada en vigencia del Estatuto del Consumidor, señalando: “Se ocupa la corte del tema de la posición dominante en los contratos, marcando una nueva ruta de lo que debe hacerse judicialmente para procurar el equilibrio de estos. En primer lugar insiste en que hay posición dominante cuando; 1. Una de las partes mantiene el privilegio de disponer unilateralmente el contenido del contrato y 2. Cuando esa misma parte administra la ejecución del contrato. Advierte además la Corte que el hecho de ejercer dicha posición de privilegio en el contrato le exige a quien la detenta, un mayor miramiento con los usuarios, de tal manera la buena fe no le permite abusar de su posición de privilegio.

Si lo hace, introduciendo cláusulas abusivas, éstas deberán ser invalidadas por el juez, a la luz del artículo 13 de la C.N.”¹⁵ Citamos algunos apartes de la mencionada sentencia, dictada en una controversia entre unos consumidores y un banco, pero con conclusiones para todas las entidades vigiladas en materia de cláusulas abusivas, anunciando anticipadamente la interpretación de las

normas del nuevo Estatuto del Consumidor, lo que nos permite avizorar la posición de este alto tribunal frente al tema que nos ocupa:

“En cuanto al entendimiento de lo que es una cláusula abusiva, bien podrá acudirse como referencia al llamado sistema de “lista negra”, acogido en el sistema jurídico patrio en el artículo 133 de Ley 142 de 1994, o también a la idea general adoptada en la Ley 1480 de 2011, próxima a entrar en vigencia, la cual, en su artículo 42, considera como tal aquellas conductas que producen desequilibrio injustificado en contra del consumidor.” (...)

“El sentenciador, en todo caso, en su labor interpretativa, deberá mantener como norte, precisamente, que las condiciones generales en el contrato por adhesión deben interpretarse a favor del adherente y en el sentido más favorable, por razones de equidad, mientras entra en vigencia el nuevo Estatuto del Consumidor, donde se dispone expresamente, en el artículo 34, que dichas cláusulas se interpretan a favor de la parte adherente y que en caso de duda prevalecen las cláusulas más favorables para éste” (Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, 14 de diciembre de 2011, M.P. Jaime Alberto Arrubla Paucar).

Respecto a estos temas, la Honorable Corte Suprema de Justicia ha dicho de manera reciente que:

“Ante esa ambigüedad, lo natural era interpretar el acuerdo de voluntades siguiendo las pautas que por vía de doctrina la Corte ha señalado, según las cuales existen diversas reglas hermenéuticas que atenúan la intención de los contratantes (art. 1618 Código Civil), dando prevalencia, ante la oscuridad de un contrato, a las circunstancias que lo rodean (CSJ SC de 4 nov. 2009, rad. 1998-4175).

En esta misma decisión la Sala recordó que, aplicable a todo tipo de convenios, está la interpretación «*prevalente*», que da preponderancia a la cláusula particular o negociada cuando entra en conflicto con otra de carácter general; la «*más compatible a la finalidad y naturaleza del negocio*», en caso de que una estipulación no se acompañe con otras siendo ambas genéricas; y la «*más beneficiosa*», que da prelación a la disposición más benéfica para el consumidor, cuando existe enfrentamiento entre condiciones generales o entre una de estas y otra particular.

Específicamente en tratándose de contratos de adhesión, como lo es el de seguros, está la interpretación «*pro consumatore*» o favorable al consumidor (art. 78 Constitución Nacional); la «*contra preferentem*» en virtud de la cual las cláusulas ambiguas dictadas por una de las partes debe interpretarse en su contra (art. 1624 *ib*); la de confianza del adherente, según la cual las disposiciones deben comprenderse en su acepción corriente o habitual desde el punto de vista del destinatario; entre otras (sentencia citada).” **(SC129-2018- Radicación n° 11001-31-03-036-2010-00364-01- Del 12 de febrero de dos mil dieciocho (2018)-M.P AROLDO WILSON QUIROZ MONSALVO)**

Lo anterior concluye que ante la falta de notificación de las coberturas que había contratado el tomador y/o asegurado con la compañía de seguros demandada, en razón a que no le informaron debidamente sobre la ausencia de la cobertura de ITP, no podemos aceptar que ahora la compañía con el beneplácito del despacho de primera instancia, se abstenga de reconocer el valor asegurado pretendido en razón a una supuesta exclusión que jamás le fue informada a mi poderdante y contraría sus derechos como consumidor financiera, existiendo una duda la cual debía haberse resuelto a favor del demandante en virtud de lo mencionado anteriormente, decisión a la cual debe modificarse en favor de mi cliente.

DESCONOCIMIENTO DE LA PRESUNCION CONSTITUCIONAL DE LA BUENA FE Y DESCONOCIMIENTO DE SENTENCIAS DE LA CORTE CONSTITUCIONAL Y DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE NEIVA-HUILA

La primera es cuanto el despacho de primera instancia desconoce la existencia de la presunción constitucional de la buena fe de mi cliente, que el asegurador no logro desvirtuar, pues contrario a ello solo se encargó de probar y se limitó a que existían enfermedades preexistente que tenía mi poderdante antes del siniestro y a demostrar la existencia del cuestionario que se practicó al actor como requisito de asegurabilidad con preguntas generales sobre la existencia de enfermedades, pero no logro probar dentro del trámite del presente proceso, que de haber conocido los hechos o circunstancias no hubiera celebrado el contrato, por ser este un riesgo aparentemente inasegurable

(tener enfermedades preexistentes) o que de haberlo celebrado lo hubiera hecho en condiciones de asegurabilidad más onerosas al tomador...

Es claro que mi cliente antes de suscribir la póliza de seguros de vida deudor con SURA, mi cliente ya tenía las enfermedades presuntamente omitidas a su cargo, las cuales sin intención o sin mala fe de mi cliente aparece en el formulario de asegurabilidad como si la hubiese omitido, sin embargo mi cliente autorizo de forma expresa a la compañía de seguros el estudio o consulta del estudio del estado del riesgo, fue la aseguradora quien no realizó su estudio en confirmar el estado del riesgo al no consultar en la base de datos de Fasescolda la existencia de otros seguros de vida y así confirmar el estado del riesgo declarado al momento de suscribir el contrato, pues no se entiende o comprende la razón por la cual la aseguradora busco la autorización del tomador o asegurado para indagar su estado del riesgo, si en ultimas no la ejecuto para obtener la información necesaria para que le permitiera el conocimiento pleno del estado del riesgo y así adoptara las condiciones contractuales que mejor se adecuaran al caso concreto, teniendo las herramientas necesarias para verificar el estado del riesgo y su esclarecimiento.

En expresiones de la Corte Constitucional, es deber de la aseguradora probar mala fe en los casos de la preexistencia o la reticencia, pues solo ella podía o debía conocer los hechos para no hacer el contrato o podía hacerlo más oneroso, en todo caso no puede ser sancionada la reticencia o preexistencia si el aseguradora conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia. (T-684 de 2015)

Por manera que, reitera la Sala, la entidad aseguradora fue negligente, pues pudiendo averiguar la información desde el momento de la suscripción del contrato, sólo vino a oponerse cuando se efectuó la reclamación, por lo que la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado sólo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora, quien en el momento del acuerdo pese al control realizado, es engañada al esconderse el estado de salud del deudor, lo que en este asunto no se configura, pues además de que el formulario no fue diligenciado de manera completa, demostrando con ello falta de cuidado en la información, no se verificó el estado de salud de la activa, y aunque posteriormente se acreditó que existían ciertos antecedentes de la enfermedad, para la invalidez sólo fue determinante el padecimiento con posterioridad a la firma del aseguramiento, desvirtuándose con ello la mala fe en el actuar del tomador.

Quiere destacar la Sala, que ese tipo de comportamientos de la aseguradora, configuran una discriminación para toda persona que por alguna razón presenta una afección a su estado de salud, pues bastaría que se indague cualquier consulta o chequeo al médico para establecer la mala fe en ella, desconociendo que la posibilidad de recuperación y acceso al mercado laboral es propio del principio de la dignidad humana para garantizar unos ingresos económicos para satisfacer las necesidades básicas; de paso, esa conducta también implicaría que cualquier persona con cierta dolencia no puede acceder al crédito, ni al amparo del mismo mediante una póliza de seguro que cubra la invalidez derivada de una enfermedad que ha evolucionado, hasta el punto de deteriorar la salud física y mental de la persona, erigiéndose igualmente en un acto discriminatorio. (sala de casación laboral M.P GERARDO BOTERO ZULUAGA, PROVIDENCIA [STL7955-2018 EN ACCION DE TUTELA DE MARTINA PITRE COBO DEL 20/06/2018 CONTRA SALA CIVIL-FAMILIA DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CÚCUTA](#))

En virtud de lo anterior, es posible concluir que quienes deben probar la reticencia son las aseguradoras, es decir, demostrar que el tomador actuó de mala fe al momento de suscribir el contrato de seguro. En cuanto a las preexistencias, las compañías de seguros actúan negligentemente si no realizan los exámenes médicos o exigen la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado. En suma, a pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato, ello no implica reticencia porque el deber de desvirtuar la buena fe estaría en cabeza de la compañía de seguros. (**Sentencia T-251/17 M.P IVÁN HUMBERTO ESCRUCERÍA MAYOLO**).

Sumado a ello, esta misma postura de la Corte Constitucional , fue revaluada , reconsiderada y aceptada por el Honorable Tribunal Superior de Neiva-Sala Civil Familia, quien en pronunciamientos judiciales sumamente recientes (abril de 2018) , dentro del proceso verbal de MYRIAM CUTIVA BEDOYA vs BANCOLOMBIA Y SURAMERICANA DE SEGUROS RAD: 2016-261 y en sentencia dentro

del proceso ordinario de ALVARO DIAZ SANDOVAL VS SURAMERICANA DE SEGUROS RAD: 2014-332 y otras, revocaron las sentencias de primera instancia, en otras palabras se ordenó reconocer y pagar los valores asegurados, indicando que era obligación de la aseguradora probar la mala fe del tomador o asegurado en los casos de preexistencia o reticencia o que podía conocer el estado de riesgo efectuando exámenes médicos o pedir la historia clínica del paciente antes de aceptar el riesgo convenido, pues al omitir dicha actividad, estarían aceptando el riesgo y por ende deben pagar los valores asumidos en los contratos de seguro.

Lo expuesto por la asegurada respecto a la falta a la verdad, presuntamente expuesta por la parte demandada y que sin lugar a dudas pese a la preexistencia de las enfermedades omitidas, la carga de la prueba en demostrar la mala fe en materia de reticencia y/o preexistencia por parte de la aseguradora no ocurrió para el presente asunto, por cuanto a voces de la marcada línea jurisprudencial de la Corte Constitucional en sentencias T-684 de 2015, T-251 de 2017 entre otras ya mencionadas, lo que se castiga es la mala fe del tomador y/o asegurado, contrario a ello se expresa que la buena fe es una presunción constitucional del cual la carga en desvirtuarla para estos eventos le corresponde es a la compañía de seguros, sin embargo contrario a ello la compañía para el presente asunto solo se limitó a demostrar la existencia del formulario de asegurabilidad de las preguntas generales que se le indagaron sobre el padecimiento de ciertas enfermedades generales y que contestó No frente a la diabetes, hipertensión etc y a la preexistencia de enfermedades, situación que para el presente caso es claro que se ha estructurado un caso más de PREEXISTENCIA antes que de reticencia, pues es indiscutible que con anterioridad al convenio de la vigencia de la(s) póliza(s) del seguro de vida deudor que amparaba sus obligaciones con el Bancolombia los años de adquisición de los créditos, mi cliente ya sufría de diabetes, hipertensión arterial que omitió declararlas, no obstante como mi cliente autorizo de forma expresa en las declaraciones de asegurabilidad el estudio de su historia clínica, se puede colegir que su intención no fue ocultar a toda costa las enfermedades padecidas para obtener la expedición de la póliza, ocurriendo que fue la aseguradora quien no realizó el estudio médico ni practicó los exámenes médicos al momento de la suscripción del contrato de seguros con el propósito de confirmar el estado de salud que fuera declarado, es decir no se entiende o comprende la razón por la cual la aseguradora buscó la autorización del tomador o asegurado para indagar su estado del riesgo, si en últimas no la ejecuto para obtener la información necesaria para que le permitiera el conocimiento pleno del estado del riesgo y así adoptara las condiciones contractuales que mejor se adecuaban al caso concreto, teniendo las herramientas necesarias para verificar el estado del riesgo y su esclarecimiento.

En este orden de ideas, Se considera que no existe mala fe de mi cliente y al haberse propiciado por la misma aseguradora, el desconocimiento de la misma reticencia y/o preexistencia, pues no cabe dudas que no era la primera vez que mi cliente era asegurado por la compañía de seguros en amparo de créditos antes el Bancolombia, pues mi cliente ya había mantenido o celebrado anteriormente otros productos con la misma entidad financiera y por ende con la misma compañía de seguros como créditos de consumo, tarjeta de crédito, por lo que al asegurar a mi cliente para las dos pólizas en cuestión con el fin de cubrir las deudas adquirida con Bancolombia, a la demandada le asistía el deber de verificar el tantas veces enunciado estado del riesgo, pues contaba con las herramientas para su esclarecimiento, por tanto en este orden de ideas al no haber existido mala de la demandante y al haberse propiciado por la misma aseguradora el desconocimiento de las preexistencias, no tiene cabida la nulidad relativa alegada por aquella y por lo y que por lo tanto no guarda prosperidad las excepciones propuestas en la contestación de la demanda, debe revocarse la decisión de primera instancia, ordenarse se acceda a las pretensiones de la demanda y condenar a la aseguradora al cumplimiento de sus obligaciones contractuales.

INDEBIDA ACEPTACION DEL DESPACHO DE PRIMERA INSTANCIA DE UNA NULIDAD RELATIVA AL CONTRATO DE SEGUROS SIN UNA EXISTENCIA ADECUADA DE PRUEBAS TENDIENTES A DEMOSTRAR UN MALA FE DEL ASEGURADO. LO CUAL LA ASEGURADORA NO DESVIRTUO PROBATORIAMENTE LA BUENA FE DEL SEÑOR ALEXANDER DIAZ CLAROS.

Es el demandado quien debe demostrar que las posibles omisiones lo hubieren retraído a no celebrar el contrato o que en su defecto lo hubiese hecho en condiciones más onerosas, situación que no se enmarca dentro del presente asunto, pues las afirmaciones del demandante son efímeras, ilógicas y sumamente desatinadas al contexto del contrato de seguros, incumpliendo lo pregonado

por el artículo 1757 del Código Civil, el cual reza que “*Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta*”, situación que no se encuentra probada.

La excepción o acción de nulidad por reticencia prospera si se demuestra que «*el asegurador de haber conocido la realidad sobre el estado del riesgo asegurado se hubiera sustraído de la celebración del contrato, o lo hubiera hecho en unas condiciones más onerosas*», como se dijo en CSJ SC 19 dic. 2005, rad. 1997-5665-01. pues aunado a ello la Honorable Corte Constitucional, ha dicho que:

En concepto de esta Corte, deberá ser la aseguradora. Y es que no puede ser de otra manera, pues solo ella es la única que puede decir con toda certeza (i) que por esos hechos el contrato se haría más oneroso y (ii), que se abstendrá de celebrar el contrato. Precisamente, la Corte Suprema también ha entendido que esta carga le corresponde a la aseguradora. Por ejemplo, en Sentencia del once (11) de abril del 2002, sostuvo que “las inexactitudes u omisiones del asegurado en la declaración del estado de riesgo, se deben sancionar con la nulidad relativa del contrato de seguro, salvo que, como ha dicho la jurisprudencia, dichas circunstancias hubiesen sido conocidas del asegurador o pudiesen haber sido conocidas por él de haber desplegado ese deber de diligencia profesional inherente a su actividad” (subraya por fuera del texto). Lo anterior significa que la reticencia solo existirá siempre que la aseguradora en su deber de diligencia, no pueda conocer los hechos debatidos. (Sentencia T-222/14 M.P LUIS ERNESTO VARGAS SILVA).

MENOSPRECIO PROBATORIO AL(OS) INTERROGATORIO(S) Y TESTIMONIALES RENDIDO(S) DENTRO DEL PROCESO

El aquo no tuvo en cuenta el interrogatorio de mi cliente, quien adujo que el no lleno el formulario, quien lo lleno fue la(el) asesor de seguros o del banco y así se demuestra en los formularios de asegurabilidad, el cual ha sido llenado con dos tipos de letras y la imposición de la X en los espacios son distintos, púes se desconoció en la declaración que rindió mi cliente, quien de buena fe adujo que el si había firmado el documento e inclusive para el primero seguro de deuda informo sobre la existencia de su diabetes, situación que no se presentó en el segundo contrato de seguros donde no le fue preguntado sobre dichas enfermedades, y pese a ello la compañía al recibir los documentos del segundo contrato de seguros, simplemente se allano aun sabiendo que ya tenía información del mismo cliente y pese a ello quedo claro con la declaración de la testigo técnico de la compañía INES ELVIRA, quien no como medica sino como jefe de enfermería informo al despacho que la aseguradora tenía la facultad discrecional de consultar la historia clínica de sus asegurados pero, como vemos esto no se hizo, situación que no fue tenida en cuenta por el despacho de primera instancia.

Con todo esto vemos Honorables Magistrados, que las compañías de seguros son unas captadoras legales de dineros del público y su fin es a cualquier lugar objetar y no cumplir sus obligaciones contractuales.

Por todo lo anterior, se debe revocar la sentencia recurrida y en consecuencia acceder a las excepciones de mérito propuestas y así mismo acceder a las pretensiones de la demanda, garantizando los derechos de mi cliente bajo el principio pro consumatore por ser la parte más débil del contrato de seguros.

Con sentimientos de consideración y respeto.

Atentamente,

LUIS FELIPE OBANDO PARRA
C.C 1.081.156.475 de Rivera - Huila
T.P 326.499 C.S.J.

