

 <p>Rama Judicial Consejo Superior de la Judicatura República de Colombia</p>	<p>PROCESO: GESTION DOCUMENTAL</p>	<p>CÓDIGO: CSJCF-GD-F04</p>	
	<p>ACUSE DE RECIBIDO: ACUSE DE RECIBIDO PARA LOS DOCUMENTOS ENTRANTES PARA LOS DESPACHOS</p>	<p>VERSIÓN: 2</p>	

Centro de Servicios Judiciales Civil y Familia - Manizales

Acuse de Recibido

FECHA: Lunes 09 de Agosto del 2021

HORA: 4:17:20 pm

Se ha registrado en el sistema, la carga de 1 archivo suscrito a nombre de; **JUAN CARLOS YEPES ALZATE**, con el radicado; **202100036**, correo electrónico registrado; **contacto@lealtis.com**, dirigido al **JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO**.

Si necesita comunicarse con el Centro de Servicios, puede hacerlo dentro de los horarios establecidos al teléfono de atención al usuario, **(+57) 321 576 5914**

Archivo Cargado

ContestacionDemandaEXP202100036.pdf

CÓDIGO DE RECIBIDO: AR-17001-20210809161720-RJC-18915

Palacio de Justicia 'Fany Gonzales Franco'

Carrera 23 # 21-48 Oficina 108 Manizales - Caldas

csjcfma@cendoj.ramajudicial.gov.co

8879620 ext. 11600

Señor Juez

Dr. GEOVANNY PAZ MEZA

JUEZ TERCERO (3) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES

JUZGADO TERCERO (3) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES

CIRCUITO JUDICIAL DE MANIZALES

cserjcfmzl@notificacionesrj.gov.co

E. S. D.

RADICADO: 17001310300320210003600

PROCESO: DECLARATIVO DE NULIDAD DE CONTRATO de SEGURO

DEMANDANTE: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. REP. LEGAL EN MANIZALES JAVIER IGNACIO WOLFF
CANO O QUIEN HAGA SUS VECES

DEMANDADOS: OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO
SEBASTIÁN YEPES ALZATE
JUAN CARLOS YEPES ALZATE

FECHA DEL AUTO QUE
SE NOTIFICA: 08 DE ABRIL DE 2021 -

ACTUACIÓN CONTESTACIÓN DE DEMANDA

JUAN CARLOS YEPES ALZATE mayor de edad, con domicilio laboral en la Carrera 16 # 88-81 oficina 705 de la ciudad de Bogotá, abogado en ejercicio, identificado con la cédula de ciudadanía número 10.282.095 expedida en Manizales, con tarjeta profesional No. 63.812 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi propio nombre y representación, y como apoderado especial de los señores **SEBASTIAN YEPES ALZATE**, mayor de edad e identificado con cédula de ciudadanía No. 75.794.082 expedida en Manizales, con domicilio en la ciudad de Medellín, y **OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO** mayor de edad e identificado con cédula de ciudadanía No. 75.099.335 expedida en Manizales, con domicilio en la ciudad de Manizales, según poder que me han conferido, y se adjuntan al presente escrito, respetuosamente y dentro de la oportunidad legal, por medio del presente memorial, procedo a dar respuesta a la demanda que pretende la declaratoria de **NULIDAD RELATIVA del Contrato de Seguro adquirido por el demandado OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO**, mediante el **Contrato de Seguro de Vida Grupo, PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO N° 0790768-6** y en el cual figuraba como **asegurada MI Señora MADRE**

Dra. MELIDA YEPES ALZATE, quien en vida respondió al número de cédula de ciudadanía 24.305.788, y teniendo como **beneficiarios a sus hijos SEBASTIÁN YEPES ALZATE y JUAN CARLOS YEPES ALZATE**, aquí demandados, la cual se formula en los siguientes términos:

I. A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

En relación con los hechos narrados en la demanda, debe indicarse que en cuanto concierne al suscrito, así como a mis representados, estos han sido presentados de manera especulativa por la entidad demandante como se expondrá en su oportunidad y algunos de ellos no le constan a los demandados, razón por la cual, se atenderá a lo que de ellos resulte probado en legal forma dentro del proceso, siempre y cuando guarden relación con las pretensiones de la demanda, y que efectivamente correspondan con la presunta responsabilidad de la parte demandada por las aseveraciones de la parte actora, advirtiendo que las actuaciones realizadas por la causante, por el suscrito y por mis representados se encuentran amparadas en los principios de legalidad y buena fe.

Ahora, respecto de cada uno de ellos y en su orden, se manifiesta:

- **Hecho 1º:** Es un hecho real, obrante en la copia del documento emitido por la aseguradora demandante.
- **Hecho 2º:** No le consta a los demandados, y por lo tanto se atiende a lo que de ello resulte probado en el proceso.
- **Hecho 3º:** Es un hecho real, obrante en la copia del documento emitido por la aseguradora demandante.
- **Hecho 4º:** No le consta al demandado, y por lo tanto se atiende a lo que de ello resulte probado en el proceso.

Sin embargo, en este hecho presentado por la demandante, se observa que en los anexos aportados con la demanda, el formulario en el cual se diligenció la vinculación a la citada póliza de vida grupo de la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, aparece con fecha de diligenciamiento la del 2016/01/18, pero no se adjuntan los formularios de las respectivas renovaciones anuales de la referida póliza, por lo cual no es posible conocer con certeza la fecha de inicio de la vigencia, ni las fechas de la renovación con las condiciones requeridas en el contrato de seguros, ni la fecha de terminación, salvo porque es un hecho notorio el fallecimiento de la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, que acaeció en la ciudad de Manizales el 3 de abril del año 2020 como se acredita con el respectivo certificado de defunción.

Desde ya, debe advertirse que el diligenciamiento del formulario de aseguramiento, no pareciera haber sido realizado por la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, al menos la caligrafía de los espacios diligenciados, y en este hecho puntual de la fecha de diligenciamiento, NO corresponde a la misma de la asegurada.

- **Hecho 5º:** Es un hecho real, obrante en la copia del documento emitido por la aseguradora demandante y aportado por esta en la demanda.
- **Hecho 6º:** Es un hecho real, obrante en la copia del documento emitido por la aseguradora demandante y aportado por esta en la demanda.
- **Hecho 7º:** Es un hecho real, obrante en la copia del documento emitido por la aseguradora demandante y aportado por esta en la demanda.
- **Hecho 8º:** Es un hecho parcialmente cierto, y por constituir el eje central de la discusión, deberá probarse por la demandante, pues el único espacio diligenciado por la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, y que es reconocible a simple vista, es el referido a su firma, número de cédula y huella dactilar, obrantes al final del formato de SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO.

El resto del formulario NO fue diligenciado por la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, como podrá testimoniarlo el tomador del seguro y aquí demandado Señor OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO, a quien le consta que quien diligenció el formulario en cuestión fue la Señorita NATALLY GIRALDO R., Gestora de la compañía aseguradora con Código 29804, quien atendió a la asegurada y por lo tanto NO puede asegurarse cual fue la respuesta de la asegurada a un cuestionario sobre el Estado del Riesgo.

- **Hecho 9º:** No le consta a los demandados lo dicho por la demandante respecto de este hecho, por cuanto como se indicó en el hecho anterior y se reitera en el presente, la DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD NO fue diligenciada por la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, sino por una persona delegada por la compañía de seguros que se encargó de tomar únicamente la firma y huella de la asegurada, y por su cuenta y riesgo diligenció el formulario como lo estimó procedente.

La demandante deberá probar este hecho, mediante el cual la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, al decir de la demandante, y no obstante conocer la condición personal de la asegurada que para la época de los hechos ostentaba la calidad de NOTARIA PÚBLICA como titular del despacho de la NOTARÍA 3 DEL CÍRCULO DE MANIZALES, y por lo tanto fedataria de la FE PÚBLICA, según su dicho, decidió omitir “declarar respecto a su verdadero estado de salud, de sus antecedentes de salud, exámenes, estudios actuales para diagnosticar alguna novedad en su salud, enfermedades e incapacidades, por lo que se hizo entender a la aseguradora que gozaba de un buen estado de salud y que no tenía ninguna novedad que pudiera indicar que podía sufrir una enfermedad o que al menos existía alguna duda sobre su estado de salud.”

Nada más alejado de la realidad, y carente de toda prueba esta afirmación de la demandante, pues si hubiese actuado con la diligencia que le era menester, y hubiese ordenado o bien la práctica de un examen médico para la admisión del seguro de la asegurada, o si hubiera solicitado la copia de la respectiva historia clínica, hubiera perfectamente podido verificar el estado de salud de la asegurada y las preexistencias

médicas diagnosticadas al momento de la toma del seguro por primera vez, así como al momento de cada renovación de la misma.

- **Hecho 10º:** Una vez más, y en la misma línea de la respuesta a los hechos 8 y 9, NO le consta a los demandados lo dicho por la demandante respecto de este hecho, por cuanto como se indicó en el hecho anterior y se reitera en el presente, la DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD NO fue diligenciada por la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, sino por una persona delegada por la compañía de seguros que se encargó de tomar únicamente la firma y huella de la asegurada, y por su cuenta y riesgo diligenció el formulario como lo estimó procedente.

Sin ninguna prueba contundente, y distinto al hecho de que el formulario de DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD aparece firmado por la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, con su huella y número de cédula, esta defensa debe indicar, y si fuera necesario hacerlo bajo la gravedad de juramento, que el citado formulario NO FUE DILIGENCIADO por la asegurada, y por lo tanto NO es dable afirmar que lo allí indicado corresponda a la DECLARACIÓN DE LA ASEGURADA, sino más bien que responde a una información plasmada por la persona que tuvo a cargo la misión de gestionar el proceso de vinculación de los asegurados al seguro colectivo, pero que claramente omitió elementos esenciales del proceso como lo son la orden para realizarse un examen médico de ingreso para verificar el estado de salud general del potencial asegurado, y/o la presentación de la correspondiente historia clínica del asegurado. Allí si, hubiera podido establecerse con plena certeza si hubo o no un interés de la asegurada por ocultar su condición de salud como lo quiere hacer ver subrepticamente la demandante.

- **Hecho 11º:** No le consta a los demandados, y por lo tanto se atienen a lo que de ello resulte probado en el proceso, pues de conformidad con la Ley de seguros, le corresponde a la aseguradora el adoptar todas las medidas previas necesarias para acreditar el cumplimiento de las condiciones de asegurabilidad de sus potenciales asegurados. No bastaba con la información aportada en el formulario de DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD para que como lo indica la demandante, "la aseguradora permitió el ingreso de la Dra. MELIDA YEPES ALZATE a la póliza N°
-

0790768-6 en calidad de asegurada”, pues es evidente que al tratarse de una póliza de vida grupo, y al tratarse de un potencial asegurada que a la fecha de ingreso contaba con 65 años de edad, era necesario que la aseguradora verificara la condición de salud de la misma, lo cual podía haber realizado como se indicó en el hecho anterior, o bien con la solicitud de la práctica de un examen médico de ingreso para verificar el estado de salud general de la potencial asegurada, y/o con la presentación de la correspondiente historia clínica de la asegurada.

- **Hecho 12º:** Es un hecho real, que no admite discusión alguna y se encuentra acreditado en el plenario.

- **Hecho 13º:** Es un hecho real, obrante en la copia del documento aportado por la aseguradora demandante en la demanda, y consecuente de lo indicado en el hecho 12 precedente.

- **Hecho 14º:** No le consta a los demandados, y por lo tanto se atienden a lo que de ello resulte probado en el proceso. Sobre este particular hecho, los demandados deben indicar, que conforme lo podrá certificar el tomador principal del seguro y aquí también demandado Señor OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO, la aseguradora tuvo siempre conocimiento de la condición de salud de la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, y en particular de las enfermedades adquiridas antes de tomar la póliza, pues durante el proceso de renovación de la misma, la asegurada dispuso a la aseguradora copia de la historia clínica en la cual consta todo su historial médico y sus antecedentes de salud, y no obstante ello, la aseguradora procedió a renovar año tras año la póliza de seguro de vida grupo, estando esta vigente hasta la fecha de fallecimiento de la asegurada.

Tal y como se indicó en el hecho 10 y los demás hechos correlacionados, el formulario de DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD fue diligenciado por la propia aseguradora en cabeza de su delegada, y es a ella a quien debe la aseguradora reclamar el porqué NO solicitó, si es que no lo hizo así, a la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE que declarara sus condiciones de salud existentes, y/o por qué no le solicitó la práctica de

un examen médico de ingreso, y/o por qué no le solicitó que adjuntara al citado formulario una copia de su historial clínico, toda vez que la asegurada contaba con 65 años de edad al momento de la vinculación y es fácilmente predecible la presencia de condiciones de salud previas.

- **Hecho 15º:** Es un hecho real, con constancia de su existencia en la copia de la historia clínica aportada en la demanda, sobre el cual es procedente indicar que allí mismo consta que la asegurada era una paciente con las siguientes características:

“ADULTO:

EDAD: 63 AÑOS

OCUPACION: NOTARIA

COMORBILIDADES DE BASE:

1. EPOC DE GRUPO C

2. PACEINTE CON OBSTRUCCIN SEVERA POR ESPIROMETRIA

3. PACEINTE QUE REQUIERE DE OXIGENO POR FACIL DE DESATURACION.”

La aseguradora en su demanda no hace el más mínimo esfuerzo, como no lo hizo en el proceso de reclamación de la respectiva indemnización por el fallecimiento de la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, por indagar cual fue el protocolo adoptado por la aseguradora y/o sus empleados y/o la agencia intermediaria, para la vinculación de la Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE a la PÓLIZA DE VIDA GRUPO PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO N° 0790768-6, y se limita a afirmar, sin ningún acervo probatorio, que la citada asegurada OCULTÓ su condición de salud preexistente a la fecha de la vinculación al seguro de vida adquirido, lo cual como ya se ha dicho de diversas formas, está alejado de la realidad.

Fue la propia aseguradora, la que de manera negligente, por una parte diligenció al formulario de vinculación, que fuera firmado por la asegurada, incluso sin saber que sucedió primero, si fue una firma en un formato en blanco sin diligenciar, o si efectivamente la asegurada tuvo oportunidad de conocer el contenido del formato, situación que no parece posible, pues por su condición de salud, era fácilmente

evidenciable su padecimiento, y en cualquier caso, por su avanzada edad, hubiera sido necesaria la práctica de un examen médico de admisión y/o la exigencia de aportar la historia clínica de la asegurada, lo cual evidentemente no sucedió por una falta de diligencia endilgable a la aseguradora.

- **Hecho 16º:** No les consta a los demandados, y por lo tanto se atienen a lo que de ello resulte probado en el proceso.

Como se ha insistido en la respuesta a los anteriores hechos narrados en la demanda, en el curso del proceso podrá demostrarse que la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE en ningún momento fue reticente ni inexacta en el proceso de vinculación del seguro de la PÓLIZA DE VIDA GRUPO PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO N° 0790768-6, y lo que pudo haber sucedido, como ya se ha indicado, es la acción negligente de la aseguradora al no corroborar las condiciones de salud de una potencial asegurada que contaba con 65 años de edad al momento de elevar la solicitud de aseguramiento, pues NI ordenó la práctica de un examen médico de admisión, ni tampoco obra en el expediente, ni en la demanda, que hubiese solicitado previo a la aprobación de la póliza, la historia de clínica de la asegurada.

Lo que si consta en el proceso, y en la historia clínica, y constituye parte fundamental de esta defensa para solicitar el rechazo de las pretensiones de la demanda, es que la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, durante el proceso de renovación de la póliza de seguros, por intermedio de la agencia intermediaria de seguros, allegó la copia de la historia clínica completa, donde consta su historial médico como lo describe la demandante, y a finales del año 2018, tras el diagnóstico del Cáncer de Páncreas detectado en octubre de 2018, solicitó el reconocimiento de la indemnización por enfermedad grave, trámite que fuera rechazado injustificadamente por la aseguradora, pero que en cualquier caso hace ver que la compañía de seguros SI conoció la condición médica de la asegurada, y no obstante las preexistencias anotadas (EPOC y Diabetes), continuó renovando la vigencia de la póliza para las vigencias 2019 y 2020, hasta que sobrevino su deceso en abril 3 de 2020.

También es procedente indicar en este hecho, que la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, falleció por circunstancias ajenas NO asociadas con las referidas preexistencias (EPOC y Diabetes), al dictaminarse la causa de su deceso como “CÁNCER DE PÁNCREAS”.

- **Hecho 17º:** No les consta a los demandados, y por lo tanto se atienen a lo que de ello resulte probado en el proceso, sin embargo, debe indicarse al respecto que la demandante NO despliega ningún esfuerzo probatorio respecto del protocolo de diligenciamiento del formulario de DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, que como ya se ha dicho en múltiples oportunidades, fue diligenciado por persona distinta a la asegurada y por lo tanto NO se le puede endilgar a esta ningún tipo de omisión.

Sin embargo, es procedente reiterar que la sola avanzada edad de la potencia asegurada solicitante del seguro, era mérito suficiente para que la aseguradora adelantara las diligencias mínimas de verificación de las condiciones de salud de la asegurada y no se limitara exclusivamente a un formato que NO había sido diligenciado por la asegurada.

- **Hecho 18º:** No les consta a los demandados, y por lo tanto se atienen a lo que de ello resulte probado en el proceso, advirtiéndolo que como claramente se indica en este hecho, “SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura”, lo que claramente indica que para que se perfeccione el contrato de seguro, además del formulario de DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, la aseguradora estaba obligada a adelantar un proceso adicional para conceder el aseguramiento de vida solicitado, como por ejemplo la orden de la práctica de una valoración médica por los médicos de la aseguradora; y/o el requerimiento a la futura asegurada del aporte de la historia clínica para el expediente del seguro de vida a conceder, y a partir de allí tomar la decisión sobre el otorgamiento del seguro.

No es procedente entonces, transmitirle la carga de la prueba al asegurado, ni mucho menos a los beneficiarios del seguro cuando la asegurada ha fallecido y no puede

defenderse, para acusarla de reticente o inexacta, sin ni siquiera mediar una mínima investigación de las circunstancias de tiempo, modo y lugar con las que se llevó a cabo el diligenciamiento del formato de DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD.

- **Hecho 19º:** Los demandados se atienen a lo que resulte decidido en el proceso sobre este hecho, advirtiendo que la mera enunciación de un hecho valorativo a todas luces unilateral e incompleto, no otorga la entidad jurídica suficiente para pretender una declaratoria de nulidad por reticencia o inexactitud, menos aun cuando el resultado pretendido afecta los intereses de unos terceros de buena fe, residiendo en este caso en cabeza de entidad demandante la obligación de cumplir con las cargas procesales y probatorias previstas en la ley como lo establece el artículo 164 y siguientes del C.G.P. y el artículo 103 del C.P.A.C.A.
- **Hecho 20º:** Los demandados hemos insistido ante la aseguradora, que la objeción a la reclamación indemnizatoria solicitada a la demandante, resulta abiertamente arbitraria y contraria a la Ley, de una parte porque no se probó la existencia de estas conductas en cabeza de la asegurada, al estar afectado el proceso con la intervención de la propia aseguradora a través de sus mandatarios; y al no haber adoptado las medidas mínimas razonables para avanzar en el proceso de aseguramiento, cuando se trata de una póliza de vida que sería otorgada a una persona considerada mayor adulto (65 años de edad), con condiciones de salud evidentes, ante lo cual debería haber realizado un examen médico de valoración del estado de salud para el aseguramiento, y/o haber requerido a la asegurada y/o al tomador principal, el aporte de la historia clínica; y como si fuera poco, porque la causa del fallecimiento de la asegurada, no estuvo asociado a la preexistencias alegadas por la demandante como estructuradoras de la reticencia o la inexactitud.
- **Hecho 21º:** No les consta a los demandados, y por lo tanto se atienen a lo que de ello resulte probado en el proceso, que la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, consintió en ocultar su condición de salud con intención de vulnerar el consentimiento del asegurador. En cambio si consta en el expediente que reposa en la aseguradora, que la asegurada dio a conocer su condición de salud y su historia clínica, por lo

menos durante el proceso de reclamación de la indemnización por enfermedad grave, presentado a finales del año 2018 cuando le fuera diagnosticado el Cáncer de Páncreas por el que finalmente se suscitara su deceso; y esto automáticamente hace conocedor a la aseguradora de estas circunstancias particulares que hoy alega como generadoras de desequilibrio contractual.

Si así fuera, la aseguradora NO hubiera debido renovar el seguro para las vigencias 2019 y 2020 como en efecto lo realizó, y en contrario, mantuvo el cobro de las respectivas primas, sin realizar ningún requerimiento adicional, ni ninguna observación respecto de preexistencias de salud o algún causal de terminación del seguro, siendo consecuente el derecho a la indemnización por el fallecimiento de la asegurada en favor de los beneficiarios.

- **Hecho 22º:** No les consta a los demandados, y por lo tanto se atienen a lo que de ello resulte probado en el proceso, que la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, dio respuestas negativas respecto de su estado de salud incurriendo en acciones reticentes y/o inexactas. Por el contrario, y como se indicó en la respuesta al hecho 21, consta en el expediente que reposa en la aseguradora, que la asegurada dio a conocer su condición de salud y su historia clínica, por lo menos durante el proceso de reclamación de la indemnización por enfermedad grave, presentado a finales del año 2018 cuando le fuera diagnosticado el Cáncer de Páncreas por el que finalmente se suscitara su deceso; y esto automáticamente hace conocedor a la aseguradora de estas circunstancias particulares que hoy alega como causales de nulidad y generadoras de la sanción de retención de las primas percibidas a título de pena, al tenor de los artículos 1058 y 1059 del Código de Comercio.

- **Hecho 23:** No se trata de un hecho, sino de una referencia doctrinaria, adaptada por el demandante en su propio favor, sin que allí se haga alusión a ninguna acusación, y quedando incompleta respecto de los derechos que le asisten al asegurado y a sus beneficiarios respecto del mismo trato de Buena Fe, y la asunción de las cargas procesales que le son atinentes a las aseguradoras en el proceso asegurador, como por ejemplo la de verificación de la condición de salud de los futuros asegurados.

- **Hecho 24:** No se trata de un hecho, sino de una referencia doctrinaria.
- **Hecho 25:** No se trata de un hecho, sino de una referencia jurisprudencial que no resulta aplicable para el caso en debate.
- **Hecho 26:** No se trata de un hecho, sino de una declaración de voluntad del demandante, que se contradice con los hechos narrados en este memorial donde se ha demostrado que no obstante la aseguradora haber conocido el historial clínico de la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, decidió mantener la vigencia del seguro y renovarlo en dos vigencias adicionales 2019 y 2020.
- **Hecho 27:** Es un hecho real, obrante en la copia del documento emitido por la Cámara de Comercio de Manizales y aportado por la demandante.

II. A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

SOBRE LA PRETENSIÓN PRIMERA:

Se solicita respetuosamente al Señor Juez sea descartada de plano, por cuanto la demandante no ha demostrado como es su deber que la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, haya sido reticente en el contrato de aseguramiento cuya nulidad se demanda, pues no adelantó las actividades mínimas para verificar las condiciones previas de salud de la asegurada, no ordenó exámenes médicos de valoración, ni le solicitó el aporte de la historia clínica, ni tampoco ha demostrado probatoriamente que la asegurado haya actuado de mala fe en el proceso asegurador. Y por el contrario, como se demostrará más adelante, la aseguradora conocía las condiciones de salud preexistentes de la asegurada, al punto tal que incluyó en el contrato de seguro la exclusión de la indemnización por enfermedad grave, que a la postre aplicó cuando la asegurada presentó la respectiva reclamación por el sobreviniente diagnóstico de cáncer de páncreas a finales del año 2018, y definitivamente conoció las condiciones de salud de la asegurada, incluidas aquellas que hoy sustenta como reticentes, y las aceptó tácitamente al prorrogar la

vigencia de la póliza para los períodos 2019 a 2020, y 2020 a 2021, período este último durante el cual se produjo el deceso de la asegurada.

SOBRE LA PRETENSIÓN SEGUNDA:

Solicito respetuosamente al Señor Juez sea descartada de plano, por las mismas razones expuestas para la pretensión primera, y porque la referida póliza goza del amparo de legalidad de que están dotados esta clase de contratos hasta tanto la aseguradora demuestre la mala fe de la asegurada.

SOBRE LA PRETENSIÓN TERCERA:

Solicito respetuosamente al Señor Juez sea descartada de plano, por cuanto el contrato de seguros al que se encontraba vinculada la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, es perfectamente válido y la asegurada cumplió con todas y cada una de las obligaciones a su cargo, incluido el pago de las respectivas primas, siendo procedente el reconocimiento de la respectiva indemnización por la muerte de la asegurada, en favor de los demandados SEBASTIÁN YEPES ALZATE y JUAN CARLOS YEPES ALZATE, como se solicitará de manera sustitutiva en la presente contestación de la demanda.

SOBRE LA PRETENSIÓN CUARTA:

Solicito respetuosamente al Señor Juez sea descartada de plano, y en su reemplazo sea condenada en costas y agencias en derecho la parte demandante.

III. EXCEPCIONES

DE MÉRITO

(i) Presunción de legalidad

La demandante fundamenta su pretensión sobre un presunto vicio del consentimiento que no está plenamente probado, ni acreditado por autoridad judicial competente, mientras que el propio Código de Comercio en su precepto legal del artículo 1508 invocado por la demandante, claramente se estipula en su inciso final que “ 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”

¿Qué formalidades tiene el contrato de seguro de vida grupo para su perfeccionamiento? y ¿Qué obligaciones tienen a su cargo el asegurado y la aseguradora al momento de la suscripción del contrato de seguro de vida grupo?, y ¿cuáles son los requisitos para hacer exigible la reclamación del contrato de seguro de vida grupo tras el fallecimiento del tomador?

Esta modalidad contractual hace referencia al acuerdo de voluntades que realizan el tomador de una póliza y la entidad aseguradora, donde el primero se obliga al pago de una prima destinada a integrar un fondo que, en caso de invalidez o muerte, habrá de amparar los perjuicios que sufran aquellos que estaban a su cargo, que serán llamados beneficiarios de la póliza. El desarrollo legal de este contrato se enmarca dentro del régimen establecido en los artículos 1151 a 1162 del Código de Comercio.

Igualmente, el artículo 1045 del mismo estatuto menciona los elementos que integran esta modalidad contractual, discriminados así:

- (i) el interés asegurable;
- (ii) el riesgo asegurable;
- (iii) la prima o precio del seguro, y
- (iv) la obligación condicional del asegurador.

La Honorable Corte Constitucional en Sentencia T-751 del 2012, M.P. H.M. María Victoria Calle Correa, expuso en detalle sobre la naturaleza y características del contrato de seguro:

“ 4. Naturaleza y características del contrato de seguro

4.1. Desde el punto de vista legal, el contrato de seguro se rige, principalmente, por las normas de derecho civil y comercial que lo regulan y constituye una concreción del principio de autonomía de la voluntad, de manera que prima la intención de las partes. Además, la Corporación ha negado que las aseguradoras presten un servicio público, reconociendo así el carácter comercial de sus actividades.

4.2. En el marco del derecho comercial, el contrato de seguros es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva (art. 1036, Co. de Co) y de acuerdo con el

artículo 1047 del Código de Comercio¹ sus cláusulas comprenden las condiciones generales de la póliza de seguro, así como las condiciones particulares que acuerdan los contratantes, en las cuales se hacen expresas las especificidades del contrato en relación con un determinado asegurado. Resulta ilustrativo citar la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en donde se explican las diferencias entre las anotadas condiciones de los contratos de seguros:

“Las condiciones generales de contratación, denominadas comúnmente condiciones o cláusulas generales del negocio o del contrato, son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato de seguros conforman el contenido de éste negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanar.

*De otro lado, las condiciones particulares del contrato de seguro se elaboran de manera individual y específica para cada contrato y de manera conjunta entre el asegurador y el tomador y reflejan asimismo, pero en forma específica para el negocio acordado, la voluntad de los contratantes”.*²

4.3. Por lo tanto, es posible diferenciar entre dos clases de condiciones de los contratos de seguros. De un lado, están las condiciones generales, es decir, las cláusulas aplicables a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por un asegurador, las cuales obedecen al formato tipo que debe depositarse en la Superintendencia Financiera de conformidad con lo establecido en el numeral 1 del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. De otro lado, están las condiciones particulares, que definen el alcance de la relación frente a cada caso concreto. Por consiguiente, para definir el

¹ Código de Comercio. “Artículo 1047. CONDICIONES DE LA PÓLIZA. La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:

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

11) Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes.

PARÁGRAFO. En los casos en que no aparezca expresamente acordadas, se tendrán como condiciones del contrato aquellas de la póliza o anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Bancaria para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo”. (Negrilla y subrayas fuera del texto).

² Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil y Agraria -. Sentencia del 2 de mayo de 2000. Expediente No. 6291. M.P. Jorge Santos Ballesteros.

alcance de la cobertura no basta con referirse a las condiciones generales sino que es necesario determinar además las condiciones particulares y específicas.

4.4. Ahora bien, desde una perspectiva constitucional, la Corte ha destacado diversos aspectos relevantes de este vínculo: de una parte, el contrato se caracteriza por la exigencia de una buena fe calificada de los contratantes, aspecto que se proyecta en la interpretación de sus cláusulas. De otra, pero en íntima relación con lo expresado, cuando el contrato se suscribe en el marco más amplio de las actividades financieras y crediticias, o cuando se asocia al goce efectivo del derecho a la salud, es deber de quien lo elabora eliminar cualquier ambigüedad, mediante la expresión precisa y taxativa de las preexistencias excluidas de la cobertura del seguro.

4.5. Para analizar el cumplimiento de esa condición no basta con referirse a las condiciones generales del contrato, sino que deben tomarse en cuenta aquellas particulares de cada negocio, las cuales se encuentran en la solicitud de aseguramiento efectuada en cada caso, y por medio de la cual se definen con precisión los contornos de la relación.

4.6. De acuerdo con las normas que rigen el contrato de seguros y la interpretación de la Corte Suprema de Justicia, las obligaciones de las partes deben entenderse de manera armónica con los elementos y características esenciales del contrato. En ese marco, el artículo 1058 del C. de Co., norma en la que sustentan las partes accionadas la objeción a la reclamación de cada una de las peticionarias, establece la obligación de declarar de forma abierta y sincera sobre los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, obligación que se deriva del carácter bilateral, oneroso y aleatorio del contrato.

Así, en la medida en que el asegurador va a asumir un riesgo, debe conocer razonablemente su naturaleza, como condición para la manifestación libre de su voluntad o consentimiento, y para determinar el alcance de la contraprestación que exigirá a manera de prima por parte del tomador, lo que explica y justifica la obligación citada, siempre que esto sea exigido en la solicitud de aseguramiento.

4.7. Sin embargo, desde la otra orilla de la relación, la carga de declarar sinceramente la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud) no puede traducirse en una imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de un establecimiento ambiguo de la cobertura, mediante cláusulas simplemente genéricas o mediante una alusión descontextualizada de las condiciones generales del contrato, carente de la precisión que se obtiene mediante las condiciones específicas del mismo.

4.8. Por tales razones, en concepto de esta Corporación, cuando las cláusulas no definen de la manera explícita las condiciones de la cobertura debido a la incorporación de textos de excesiva vaguedad o exclusiones de carácter eminentemente genérico, se vulnera la buena fe del tomador en tanto no resulta posible establecer el alcance de la cobertura.

En ese marco, y en síntesis, las partes del contrato de seguro deben tener un acceso equitativo a la información relevante, sobre el alcance del riesgo asegurado -por una parte- y la cobertura real del contrato -por otra-.”(cursiva y subrayado no son del texto)

En materia de Jurisprudencia constitucional relativa al contrato de seguro expuso:

“5. Jurisprudencia constitucional relativa al contrato de seguro

5.1. Dada la naturaleza primordialmente legal (civil y comercial) del contrato de seguros, la Corte Constitucional sólo se ha pronunciado en discusiones derivadas de su cumplimiento cuando se demuestra que el asunto tiene incidencia en la vigencia de derechos fundamentales, y se cumplen las condiciones generales del principio de subsidiariedad.

5.2. En ese marco, la jurisprudencia constitucional se ha pronunciado principalmente sobre controversias derivadas de la suscripción de contratos de medicina prepagada, en los que se encuentra inmerso tanto un interés comercial como el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Reglas que, posteriormente, y precisamente en torno a la eficacia del derecho a la salud, fueron aplicadas por la Corporación a discusiones asociadas al cubrimiento de contratos de seguros de salud. En escenarios como estos, a la autonomía de la voluntad (fundamento y guía de todo contrato), y la buena fe calificada (aspecto cardinal del contrato de seguros), la Corte añadió la existencia de determinados límites necesarios para la protección de derechos fundamentales, que deben ser asumidos por las empresas aseguradoras, debido al interés público que conlleva el giro de sus actividades.

Esos límites se concretan en la inoponibilidad de preexistencias que no fueron planteadas en el contrato de seguro, cuando la entidad aseguradora no efectuó un examen al momento de la suscripción del contrato.³

5.3. Posteriormente, en sentencia T-832 de 2010,⁴ en un caso similar a los que ahora corresponde resolver a la Sala, la Corporación consideró necesario extender las reglas citadas a un evento en que se suscribió un contrato de seguro con el propósito de cubrir el saldo de un crédito, en caso de invalidez o muerte.

En aquella oportunidad el Banco Agrario de Colombia le había otorgado un crédito a la accionante, que amparó con un seguro de vida de la compañía Colseguros S.A. Con posterioridad, a la peticionaria le dictaminaron pérdida de la capacidad laboral del 77.5%,

³ En el caso de los contratos de seguros, esta Corporación ha expresado: “la oposición de preexistencias que no se consignaron de manera explícita en el contrato de seguros en salud para negar el cubrimiento del riesgo reclamado, tiene efectos similares a los que se ocasionan cuando en los contratos de medicina prepagada se pretende utilizar tal posición con la misma intención, es conducta donde hay ejercicio de posición dominante con la que la compañía aseguradora elude la responsabilidad contractual, inobservando de paso el principio de buena fe y con la que se afecta la salud de los asegurados poniendo en riesgo en conexión con ella, sus derechos fundamentales a la vida e integridad personal y por tanto, es viable prodigar su amparo a través de la acción de tutela.” Sentencia T-271 de 2006 (M.P. Clara Inés Vargas Hernández).

⁴ M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

por lo que solicitó a la entidad aseguradora hacer efectiva la póliza que amparaba el crédito. Sin embargo, la entidad objetó la reclamación argumentando que la disfonía que padecía provenía de tiempo anterior al momento en que tomó la póliza.

La Corte Constitucional tuteló los derechos fundamentales de la actora y ordenó a Colseguros S.A. efectuar el trámite necesario para pagar al Banco Agrario de Colombia, como tomador de la póliza de seguro de vida grupo deudores, el saldo insoluto de la obligación crediticia adquirida por la actora con dicho Banco. Al respecto dijo esta Corporación:

“De las pruebas allegadas al expediente, se deduce que simultáneamente a la adquisición del crédito, la actora llenó el formulario para ingresar a la póliza como asegurada, con el fin de garantizarle a la entidad bancaria que en caso de muerte o como efectivamente ocurrió, por incapacidad total y permanente, Colseguros S. A. se ha[ría] cargo del saldo insoluto de la deuda que registre en la respectiva fecha de la ocurrencia del siniestro.|| Igualmente, no se observa que Colseguros S. A. haya realizado algún tipo de examen médico, ni exigido que la accionante como asegurada allegara uno, esto con el fin de determinar su estado de salud, para así indicar desde un principio y dejar constancia de las exclusiones y preexistencias del contrato que son responsabilidad de la compañía establecer (...) || En el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Colseguros S. A. fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la Dra. Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores”.

5.4. Es importante precisar el alcance de lo expresado por la Sala Sexta, pues no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud. La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público.

Sin embargo, es de la naturaleza del contrato de seguro la posibilidad de un cálculo probabilístico del riesgo como medio para estimar la adecuada contraprestación del asegurador (de esa forma se concreta el carácter oneroso, bilateral y aleatorio del contrato), lo que explica la regla legal establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio.

5.5. Por ello, lo establecido en aquella oportunidad (sentencia T-832 de 2010) debe entenderse en el marco del caso concreto: es decir, en un escenario en que se pretendieron hacer valer cláusulas genéricas y ambiguas con el propósito de establecer supuestas preexistencias excluidas de cobertura, lo que riñe con el principio de buena fe. Esa ambigüedad no fue reducida expresamente mediante exclusiones taxativas y

precisas, ni mediante exámenes adecuados para establecer el estado de salud de la peticionaria.” (cursiva y subrayado no son del texto)

De los pronunciamientos de la Corte Constitucional anteriormente esbozados se pueden extraer los principios y criterios a tener en cuenta para determinar la legalidad de la invocación de la figura de la reticencia por parte de la aseguradora al momento de estudiar la reclamación indemnizatoria por la ocurrencia del siniestro en el seguro de vida:

- i) en virtud del principio de buena fe, las aseguradoras tienen la obligación de redactar precisa y taxativamente todas las exclusiones posibles;**
- ii) las aseguradoras tienen la obligación de realizar exámenes médicos con anterioridad a la suscripción del contrato, con el objetivo de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador;**
- iii) en caso de que no se practiquen los exámenes médicos, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador, y**
- iv) si el asegurador conocía, podía conocer o no demuestra los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia, no podrá eximirse de la obligación del pago del seguro.**

Por consiguiente, las aseguradoras sólo podrán eximirse de la responsabilidad de realizar el pago de la indemnización por razón de la presunta configuración del fenómeno de la “reticencia”, cuando se encuentre debidamente probada la mala fe del tomador, es decir, la voluntad de ocultar la existencia de una condición médica al momento de adquirir el seguro.

(ii) Buena Fe

La buena fe es un principio constitucional, el cual se desarrolla a través de todo el ordenamiento jurídico. El artículo 83 de la Carta Magna reza que “Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas.”

PRINCIPIO DE LA BUENA FE DEL TOMADOR:

“ . . . En la Sentencia T-751 de 2012 la Corte analizó dos casos de personas que habían adquirido créditos con diferentes bancos, los cuales estaban garantizados con pólizas de seguros de vida de grupo de deudores que configuraban el riesgo asegurado en caso de incapacidad o muerte. La Corporación desarrolló el **principio de buena fe** en materia de seguros y manifestó que las aseguradoras tienen el deber de redactar de forma precisa el clausulado, con el fin de que los tomadores tengan la posibilidad real y efectiva de declarar cualquier tipo de padecimiento, y, de esta forma, no hacer nugatorio su derecho de recibir la indemnización en caso de ocurrencia del siniestro. En dicha oportunidad, la Corte amparó los derechos fundamentales de los accionantes. Particularmente, en uno de los casos, la Corte no encontró probada la reticencia por cuanto el accidente que había dado origen a la invalidez no era uno de los padecimientos alegados por la aseguradora como preexistente. . .”(cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . En la Sentencia T-222 de 201428 la Corte analizó tres casos similares a los anteriormente expuestos, en los cuales las aseguradoras se negaban a pagar el valor del seguro de deudores por cuanto, presuntamente, los tomadores habían incurrido en reticencia al no exponer todos sus padecimientos preexistentes. En dicha providencia, la Corte volvió a aplicar los criterios anteriormente expuestos y, además, estableció que la “reticencia” involucra necesariamente el componente de la mala fe. En este sentido, señaló que el asegurador debe probar no sólo la preexistencia de una dolencia o enfermedad, sino la motivación del tomador de ocultar dicha situación. Así, en la mencionada providencia, la Corte amparó los derechos fundamentales de los accionantes, toda vez que no encontró probada el elemento subjetivo de la reticencia. Al respecto, indicó:” (cursiva y subrayado no son del texto)

“Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”. (cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . A su vez, en la sentencia T-830 de 201429, la Corte estudió el caso de una docente a quien la aseguradora se negó a pagar el valor del seguro, por cuanto, a juicio de la compañía, la accionante había sido reticente y no había manifestado que tenía enfermedades psiquiátricas al momento de tomar el seguro. Pese a que en este caso el siniestro ocurrió por razón de una grave enfermedad psiquiátrica, la Corte resolvió amparar los derechos fundamentales de la accionante. Específicamente, reiteró que es deber de las aseguradoras probar la preexistencia, la mala fe, y además, realizar los exámenes médicos de ingreso correspondientes al momento de suscribir el contrato de seguro. . .” (cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . Finalmente, en la Sentencia T-393 de 201531, la Corte Constitucional analizó la situación de una docente que había adquirido un crédito de libranza con una entidad financiera, y, adicionalmente, un seguro de vida de grupo de deudores para amparar las obligaciones. Con posterioridad a la suscripción del contrato, la accionante perdió en más

del 95% su capacidad laboral por razón de una disfonía. La compañía aseguradora se negaba a pagar la indemnización, por cuanto consideró que la accionante padecía de varias enfermedades con anterioridad a la firma del contrato, de las cuales no había informado a la entidad. En dicha oportunidad, la Corte reiteró las dos reglas aplicables en caso de reticencia: i) en primer lugar, el deber de la aseguradora de practicar el examen médico de ingreso, y, adicionalmente, ii) la obligación de probar la mala fe del tomador en el supuesto ocultamiento de la información. En tanto en este caso dichos elementos no fueron probados, la Sala resolvió conceder la protección de los derechos de la tutelante. . . (cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . Por vía jurisprudencial se ha afirmado que este es un contrato especial de buena fe, en el que las partes se sujetan al contrato con lealtad y honestidad. En este sentido, en sentencia T-086 de 2012, la Corte sostuvo que: “ambas partes en las afirmaciones relacionadas con el riesgo y las condiciones del contrato se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1058 del C.Co., el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, puesto que ello constituye la base de la contratación. En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro. El asegurador también debe cumplir con el principio de buena fe evitando cláusulas que sean lesivas al asegurado, cumpliendo con la prestación asegurada a la ocurrencia del siniestro y comprometiéndose a declarar la inexactitud al momento en que la conozca y no esperar a la ocurrencia del siniestro para alegarla como una excepción al pago de la indemnización.”

De conformidad con lo anterior, el principio de la buena fe que ampara el contrato de seguro obliga a las partes a comportarse con honestidad y lealtad desde la celebración hasta que termine la vigencia del mismo, porque de ello depende la eficacia y cumplimiento de las cláusulas en el previstas.”(Sentencia T-670/16 M.P. H.M. JORGE IVÁN PALACIO PALACIO) (cursiva y subrayado no son del texto)

El negocio jurídico del contrato de seguros celebrado por la asegurada Dra. MÉLIDA YEPÈS ALZATE, está dotado de esta presunción, al ceñirse al cumplimiento de los requerimientos de la Entidad Aseguradora.

A manera conclusiva, y en caso de no tener prosperidad las excepciones formuladas por la parte demandada, se solicita respetuosamente que las pretensiones de la demanda sean despachadas negativamente, por las razones aquí explicadas, y cuya sustentación de la defensa será desarrollada en el libelo IV del presente escrito de contestación.

IV. RAZONES FÁCTICAS Y JURÍDICAS DE LA DEFENSA.

Para respaldar la oposición a la demanda, se exponen las siguientes razones de defensa, que deben servir para que se denieguen las pretensiones de la demanda de **DECLARATORIA DE NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGUROS** pretendida en contra de los intereses de los beneficiarios **Señores SEBASTIÁN YEPES ALZATE Y JUAN CARLOS YEPES ALZATE**.

Es deber de la defensa, entrar a sustentar de fondo las circunstancias jurídicas y las circunstancias fácticas de tiempo, modo y lugar que acreditarán que no existe mérito suficiente para dictar un fallo de nulidad adverso a los intereses de los aquí demandados, como respetuosamente lo solicito al Señor Juez, por la presencia de vías de hecho en la configuración argumentativa de la misma, como ya se explicó en el acápite de excepciones del presente escrito de contestación de la demanda.

Planteamiento del problema jurídico:

- (i) Puede la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A. invocar legalmente la figura de la reticencia de que trata el artículo 1058 del Código de Comercio, para negarse a atender la reclamación del SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO”, identificado con el Número 0790768-6, con ocasión del fallecimiento de la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, en invocación de una alegada preexistencia médica presuntamente no informada por la tomadora al momento de suscribir el seguro de acuerdo a la Declaración de Asegurabilidad?*

NO LE ASISTE RAZÓN LEGAL SUSTENTADA a la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., al negarse el reconocimiento de la indemnización a que tienen derecho los Señores **JUAN CARLOS YEPES ALZATE y SEBASTIÁN YEPES ALZATE**, por concepto de la reclamación del “**SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO**”, identificado con el Número 0790768-6, tras el fallecimiento de su tomadora titular, **Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE**, en invocación de la figura de la reticencia alegada por la compañía debido a la preexistencia médica presuntamente no informada por la tomadora al momento de suscribir el seguro de acuerdo a la Declaración de Asegurabilidad con fundamento en los siguientes:

HECHOS:

La Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, fue suscriptora el 18 de enero de 2016, de un “**SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO**”, identificado con el **Número 0790768-6**, expedido por la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A. con NIT 890.903.790-5, vigente desde el 30 de enero de 2016 al 30 de enero de 2017, prorrogado automáticamente cada año hasta la fecha actual, como se desprende del formulario de solicitud No. 1298766, que reposa en el expediente de la tomadora, y el cual figura con fecha de elaboración del 18 de enero de 2016.

La Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, falleció el día 3 de abril de 2020 en la ciudad de Manizales, registrándose su causa de deceso como “NATURAL”, a consecuencia de la patología diagnosticada y tratada por los médicos adscritos a la EPS SÁNITAS: “adenocarcinoma ductal de páncreas”.

La Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, tiene como herederos sobrevivientes a sus hijos JUAN CARLOS YEPES ALZATE C.C. 10.282.095 y SEBASTIÁN YEPES ALZATE C.C. 75.094.782, quienes figuran en calidad de beneficiarios del contrato de “SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO”, identificado con el Número 0790768-6.

Los Señores JUAN CARLOS YEPES ALZATE y SEBASTIÁN YEPES ALZATE, presentaron ante la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., reclamación de la indemnización del referido seguro, solicitud que fue contestada negativamente por la aseguradora el 17 de mayo de 2020, con la siguiente conclusión:

*“ . . . Concluido el estudio de su reclamación presentada por el amparo de Vida, con motivo del fallecimiento de la asegurada Melida Yepes Alzate, les informamos que Seguros de Vida Suramericana S.A., **no atenderá favorablemente su solicitud de indemnización.**”*

*Nuestra decisión toma fundamento en el antecedente referido en las historias clínicas de E.P.S. Colsanitas, de las cual **se pudo establecer que la Dra. Melida Yepes Alzate tenía antecedente de: "Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) del grupo C diagnóstico desde el año 2014.....de acuerdo a historia clínica consulta el 17/07/2015: paciente de 64 años con antecedentes de EPOC grado C, OXIGENOREQUIRIENTE 12 horas en la noche. En manejo con Neumología"; Es decir desde antes de diligenciar la solicitud para la póliza 083000790768, situación que no fue informada por el afiliado al momento de suscribir el seguro de acuerdo a la Declaración de Asegurabilidad, donde se le preguntaba: 1) "Tiene(n) ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado: Efisemia (EPOC)" A lo que ella respondió negativamente.***

Es de anotar que de haber sido conocido este aspecto por la Compañía, esta se hubiera retraído de celebrar el presente contrato, lo que con fundamento en el Artículo 1058 de Código de Comercio produce la nulidad relativa del mismo.

La Reticencia está definida en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuyo inciso primero se transcribe: "Art.1058- 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".

Por lo anteriormente expuesto Seguros de Vida Suramericana S.A. objeta la presente reclamación. (cursiva, subrayado y negritas fuera de texto)

Para absolver la situación reportada por la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., en la que sustentó su negativa a reconocer la indemnización de ley, y ahora se pretende la nulidad del contrato de seguro, debe realizarse una revisión exhaustiva de los antecedentes del proceso de aseguramiento, así como de la ejecución del contrato de seguro, con fundamento en los documentos aportados por la demandante, los que tenga pendiente por aportar de conformidad con lo que sea ordenado por el Despacho, y los que puedan ser aportados por los demandados JUAN CARLOS YEPES ALZATE, SEBASTIÁN YEPES ALZATE y OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO, a saber:

- a.- Formulario de solicitud de póliza de seguro No. 1298766
- b.- Copia de la Póliza de "SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO", identificado con el Número 0790768-6.
- c.- Copia de anexo de la Póliza de "SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO", identificado con el Número 0790768-6, con la descripción general de las coberturas, derechos y obligaciones del seguro.
- d.- Copia del histórico de los comprobantes de pago realizado a la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., por concepto de la prima de seguro de la Póliza de "SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO", identificado con el Número 0790768-6.
- e.- Copia de la solicitud de reclamación de indemnización por "enfermedad grave" presentada por la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, ante la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., con ocasión del seguro de la Póliza de "SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO", identificado con el Número 0790768-6.
- f.- Copia de la historia clínica de la Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, emitida por la EPS SÁNITAS.

g.- Registros Civiles de Defunción de la Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, y de Nacimiento de los señores JUAN CARLOS YEPES ALZATE y SEBASTIÁN YEPES ALZATE.

Una vez realizado el estudio de los documentos referenciados, así como de las declaraciones y testimonios que se solicitará sean decretadas a practicarse a los beneficiarios de la asegurada JUAN CARLOS YEPES ALZATE y SEBASTIÁN YEPES ALZATE, y al tomador principal del seguro OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO, así como a la funcionaria que tramitó la DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD NATALLY GIRALDO R., se procede a detallar los elementos estructurales de la defensa.

Sobre el contrato de “SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO”, identificado con el Número 0790768-6, tomado por la Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, y conforme a la información suministrada por los beneficiarios de la asegurada JUAN CARLOS YEPES ALZATE y SEBASTIÁN YEPES ALZATE, así como de la oficina intermediaria OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO (Código 19463 – Oficina 2638), los formularios previos de solicitud, y la ejecución del contrato, debe indicarse lo siguiente:

1.- Su fecha de vigencia va desde el 30 de enero de 2016 al 20 de enero de 2017, con cláusula de renovación automática por iguales períodos, conforme al estándar de este tipo de contratos de seguro.

2.- La Gestora de la compañía aseguradora que atendió a la asegurada, es la Señorita NATALLY GIRALDO R., con Código 29804.

3.- Según información obtenida en entrevista telefónica del beneficiario Señor JUAN CARLOS YEPES ALZATE, a la Señorita NATALLY GIRALDO R., fue esta funcionaria de la aseguradora quien atendió el proceso de vinculación de la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, sin que le sea posible recordar con exactitud las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se produjo esta atención personalizada, pero puede evidenciarse en el formulario diligenciado, que este NO contiene la escritura de la suscriptora MÉLIDA YEPES ALZATE, y únicamente contiene su firma y su huella, que son reconocidos por sus hijos como propios de su Señora Madre, así como el número de su identificación al pie de su firma. Sobre el resto del contenido del formulario, indican que con toda certeza, NO corresponde a la grafía de su Señora Madre, y no puede indicar quien pudo haber diligenciado el formulario.

Esta circunstancia no permite establecer con certeza si la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, fue interrogada de manera detallada y recibió una explicación clara sobre las llamadas prexistencias del listado contenido en el capítulo de “DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD”.

4.- No reposa en poder de los reclamantes, hoy demandados, copia alguna sobre otros documentos y/o formularios que pueda haber suscrito en vida la Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE con relación al “SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO”, identificado con el Número 0790768-6, expedido por la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., en especial los relacionados con la renovación de las referida póliza, que debería realizarse anualmente, de manera automática como lo indica el contrato de seguro suscrito entre las partes, en el formato estándar dispuesto por la compañía aseguradora.

5.- La gestión relacionada con el “SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO”, identificado con el Número 0790768-6, expedido por la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., desde su entrada en vigencia, ha estado a cargo de la oficina intermediaria OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO (Código 19463 – Oficina 2638), habiéndose cumplido cabalmente con el pago de la prima asignada a dicha póliza, por lo que puede asegurarse que estamos en presencia de un cabal cumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo de la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE.

6.- No reposa en el expediente de la póliza, que la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., hubiese desplegado actividad de ninguna clase para solicitarle a la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, la práctica de exámenes médicos de ninguna naturaleza para establecer su condición de salud previa a la aprobación y suscripción del “SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO”, así como tampoco durante las renovaciones de este, así como tampoco para la aceptación del riesgo asegurado.

7.- Al momento de la suscripción del formato de DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD para la firma del contrato de “SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO”, 18 de enero de 2016, la tomadora Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE contaba con 65 años de edad, por lo que fue objeto de exclusión del interés asegurable el elemento de “enfermedad grave”.

8.- En septiembre del año 2018, a la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE le fue diagnosticado un “adenocarcinoma ductal de páncreas”, condición de salud que fue inmediatamente reportada a la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., con el propósito de obtener la respectiva indemnización por “enfermedad grave”, a lo cual la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., se negó por encontrarse excluida esta cobertura debido a la edad de la tomadora del seguro.

9.- En la solicitud de reclamación indicada en el punto anterior, presentada a finales del año 2018, la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, adjuntó ante la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., la historia clínica personal, con el diagnóstico formulado por el médico tratante, obrante en el registro de historias clínicas de la EPS Sánitas, en la cual puede evidenciarse el reporte de su condición de salud, y concretamente relacionado con la preexistencia motivo del rechazo de la aseguradora a la reclamación (EPOC).

10.- La póliza del “SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO”, identificado con el Número 0790768-6, expedido por la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., tomada por la Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, fue renovada de manera automática a partir del 30 de enero de 2019, con vigencia al 30 de enero de 2020, y consecutivamente, el 30 de enero de 2020 al 30 de enero de 2021, por lo que se puede evidenciar con claridad que para el momento de las renovaciones enunciadas, la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., Si conocía de la presencia de la preexistencia del EPOC en la asegurada, y no formuló ningún tipo de reparos, ni realizó ninguna exclusión de coberturas en el proceso de renovación del respectivo seguro, entendiéndose con ello, que aceptaba el interés asegurable, así como el riesgo asegurado.

Análisis Jurídico:

Están debidamente documentados los elementos constitutivos de la relación contractual en el contrato de seguro que vinculó a la Dra. Mérida Yepes Alzate con la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., por lo que nos abstendremos de profundizar sobre estos elementos, indicando únicamente que el contrato de seguro se encuentra regulado en el Título V del Libro Cuarto del Código de Comercio, y demás normas reglamentarias.

Respecto del contrato de seguros, la H. Corte Constitucional ha sido enfática en indicar que en este tipo de negocios jurídicos existe una relación de asimetría entre las partes, caracterizada, de un lado, por la posición dominante de la aseguradora, y de otro, por la indefensión del tomador, quien se obliga a aceptar en su totalidad las cláusulas del contrato de seguro sin que le sea posible ni siquiera opinar sobre su contenido, convirtiéndose en contratos de adhesión. En tanto este tipo de relaciones puede devenir en la grave afectación de los derechos fundamentales de los tomadores, la Corte Constitucional ha definido una línea jurisprudencial sólida frente a las prácticas abusivas adelantadas por las aseguradoras en detrimento de las garantías constitucionales de los usuarios.

En efecto, la jurisprudencia de la Corte Constitucional se ha ocupado de la renuencia de aseguradoras a efectuar el pago de pólizas de seguros en diferentes escenarios. Uno de los argumentos que alegan las entidades apunta a que los tomadores han incurrido en “reticencia”, al omitir proveer la información cierta y completa sobre su estado de salud en la declaración de asegurabilidad, y, consecuentemente, resuelven negar el pago de la póliza.

En términos generales, la Corte Constitucional ha hecho referencia a las características del contrato de seguro, y ha resaltado que éstos **deben pactarse y ejecutarse de buena fe**. No obstante, **el deber de actuar de buena fe no se predica exclusivamente del tomador**. Por el contrario, la Corte Constitucional ha indicado que en tanto los contratos de seguro son, en general, contratos de adhesión, es exigible de forma especial a la aseguradora el cumplimiento del principio de buena fe. De esta manera, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha reiterado que **es obligación de las aseguradoras indicar de forma clara y taxativa todas las exclusiones del contrato y realizar exámenes médicos de ingreso antes de la suscripción del contrato de seguro**.

Por lo tanto, en aquellos casos en que la aseguradora incumple sus obligaciones mínimas, ésta no podrá objetar el pago de la indemnización bajo el argumento de la configuración del fenómeno de la reticencia. De esta forma, la aseguradora deberá probar suficientemente el elemento subjetivo de la mala fe del tomador, es decir, la intención deliberada del tomador de ocultar su condición médica.

En conclusión, la Honorable Corte Constitucional se ha referido en múltiples ocasiones en que ha tenido la oportunidad de pronunciarse respecto de las acciones constitucionales iniciadas en contra de compañías de seguros que se niegan al reconocimiento de la indemnización reclamada por el beneficiario del seguro de vida, basándose en la figura de la Reticencia de que trata el artículo 1058 del Código de Comercio con fundamento en la presencia de preexistencias médicas no declaradas por los asegurados, y respecto de los cuales ha sido enfática en defender tres premisas esenciales que deben cumplir las aseguradoras para que su rechazo al pago indemnizatorio esté amparado en la legalidad y por consiguiente llamado a prosperar, **a) Carga de la prueba y exámenes médicos para la suscripción del contrato de seguro; b) Buena Fe; y c) nexos de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro;** y los cuales se concretan de la siguiente forma:

CARGA DE LA PRUEBA Y EXÁMENES MÉDICOS PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

“ . . . Así, en la **Sentencia T-832 de 2010**, la Corte Constitucional analizó el caso de una aseguradora que se negó a pagar el valor de un seguro de grupo de deudores, bajo el argumento de que la accionante contaba con una preexistencia. En dicho proceso, la tutelante era una profesora madre cabeza de familia de 54 años y afectada por disfonía, con una pérdida de su capacidad laboral del 77.5%. La Corte Constitucional falló en favor de la accionante y protegió sus derechos fundamentales al debido proceso, mínimo vital y vida digna, por cuanto consideró que la omisión en la realización de los exámenes por parte de la aseguradora le impedía oponerse a la reclamación formulada por la tomadora. En dicha providencia la Corporación fijó dos reglas aplicables en materia de preexistencias y reticencia en los contratos de seguros, a saber: en primer lugar, que la carga de la prueba en estos aspectos es de la aseguradora, y, por otro lado, que las aseguradoras no podían alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades para hacerlo, no solicitaban exámenes médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato. . . .” (cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . En similar sentido, en la Sentencia T-1018 de 2010 la Corte analizó el caso de una aseguradora que se negó a pagar el saldo insoluto de la deuda de una persona de 72 años con una incapacidad certificada del 58.12%. La aseguradora argumentaba que la enfermedad causante del siniestro era anterior a la celebración del contrato y, en consecuencia, se había presentado reticencia. La Corte aplicó el criterio esbozado en la Sentencia T-832 de 2010 e indicó que la aseguradora no podía oponer al tomador la supuesta “reticencia” si había omitido practicar los exámenes correspondientes al momento de que éste adquirió el seguro. . . .” (cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . Las aseguradoras no pueden alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades de hacerlo, omiten solicitar exámenes médicos a los usuarios al momento de la venta de la póliza. Más que los asegurados, las aseguradoras tienen la opción de conocer el verdadero estado de salud de aquellos, a través de los correspondientes exámenes, por lo que, si negligentemente no lo hacen, luego no les es dable rechazar el pago del seguro a causa de una supuesta preexistencia. . . .” (aclaración de voto H.M. Luis Ernesto Vargas Silva, en Sentencia T-240 de 2016) (cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . En lugar de los anteriores razonamientos, a mi juicio, el asunto planteaba un caso típico de preexistencia no oponible al asegurado. Conforme a una de las subreglas indicadas en la Sentencia C-222 de 2014, las aseguradoras no pueden alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades de hacerlo, omiten solicitar exámenes médicos a los usuarios al momento de la venta de la póliza. Más que los asegurados, las aseguradoras tienen la opción de conocer el verdadero estado de salud de aquellos, a través de los correspondientes exámenes, por lo que, si negligentemente no lo hacen, luego no les es dable rechazar el pago del seguro a causa de una supuesta preexistencia. . . .” (aclaración de voto H.M. Luis Ernesto Vargas Silva, en Sentencia T-240 de 2016) (cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . Por lo anterior, la Corte ha establecido que si bien es cierto sobre el tomador del seguro recae el deber de informar acerca de las circunstancias reales que determinan la

situación de riesgo, también lo es que corresponde a las aseguradoras dejar constancia de las preexistencias o de la exclusión de alguna cobertura al inicio del contrato, para evitar en un futuro ambigüedades en el texto del mismo, es más, se determinó que si no hubo una exclusión y no hay prueba de que se haya practicado un examen de ingreso “la carga de las preexistencias está en cabeza de la entidad aseguradora o de medicina prepagada y no del asegurado, constituyéndose en un imperativo jurídico que consten en el contrato”.” (Sentencia T-670/16 M.P. H.M. JORGE IVÁN PALACIO PALACIO) (cursiva y subrayado no son del texto)

PRINCIPIO DE LA BUENA FE DEL TOMADOR:

“ . . . En la Sentencia T-751 de 2012 la Corte analizó dos casos de personas que habían adquirido créditos con diferentes bancos, los cuales estaban garantizados con pólizas de seguros de vida de grupo de deudores que configuraban el riesgo asegurado en caso de incapacidad o muerte. La Corporación desarrolló el **principio de buena fe** en materia de seguros y manifestó que las aseguradoras tienen el deber de redactar de forma precisa el clausulado, con el fin de que los tomadores tengan la posibilidad real y efectiva de declarar cualquier tipo de padecimiento, y, de esta forma, no hacer nugatorio su derecho de recibir la indemnización en caso de ocurrencia del siniestro. En dicha oportunidad, la Corte amparó los derechos fundamentales de los accionantes. Particularmente, en uno de los casos, la Corte no encontró probada la reticencia por cuanto el accidente que había dado origen a la invalidez no era uno de los padecimientos alegados por la aseguradora como preexistente. . . .”(cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . En la Sentencia T-222 de 201428 la Corte analizó tres casos similares a los anteriormente expuestos, en los cuales las aseguradoras se negaban a pagar el valor del seguro de deudores por cuanto, presuntamente, los tomadores habían incurrido en reticencia al no exponer todos sus padecimientos preexistentes. En dicha providencia, la Corte volvió a aplicar los criterios anteriormente expuestos y, además, estableció que la “reticencia” involucra necesariamente el componente de la mala fe. En este sentido, señaló que el asegurador debe probar no sólo la preexistencia de una dolencia o enfermedad, sino la motivación del tomador de ocultar dicha situación. Así, en la mencionada providencia, la Corte amparó los derechos fundamentales de los accionantes, toda vez que no encontró probada el elemento subjetivo de la reticencia. Al respecto, indicó:” (cursiva y subrayado no son del texto)

“Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”. (cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . A su vez, en la sentencia T-830 de 201429, la Corte estudió el caso de una docente a quien la aseguradora se negó a pagar el valor del seguro, por cuanto, a juicio de la

compañía, la accionante había sido reticente y no había manifestado que tenía enfermedades psiquiátricas al momento de tomar el seguro. Pese a que en este caso el siniestro ocurrió por razón de una grave enfermedad psiquiátrica, la Corte resolvió amparar los derechos fundamentales de la accionante. Específicamente, reiteró que es deber de las aseguradoras probar la preexistencia, la mala fe, y además, realizar los exámenes médicos de ingreso correspondientes al momento de suscribir el contrato de seguro. . .” (cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . Finalmente, en la Sentencia T-393 de 201531, la Corte Constitucional analizó la situación de una docente que había adquirido un crédito de libranza con una entidad financiera, y, adicionalmente, un seguro de vida de grupo de deudores para amparar las obligaciones. Con posterioridad a la suscripción del contrato, la accionante perdió en más del 95% su capacidad laboral por razón de una disfonía. La compañía aseguradora se negaba a pagar la indemnización, por cuanto consideró que la accionante padecía de varias enfermedades con anterioridad a la firma del contrato, de las cuales no había informado a la entidad. En dicha oportunidad, la Corte reiteró las dos reglas aplicables en caso de reticencia: i) en primer lugar, el deber de la aseguradora de practicar el examen médico de ingreso, y, adicionalmente, ii) la obligación de probar la mala fe del tomador en el supuesto ocultamiento de la información. En tanto en este caso dichos elementos no fueron probados, la Sala resolvió conceder la protección de los derechos de la tutelante. . .” (cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . Por vía jurisprudencial se ha afirmado que este es un contrato especial de buena fe, en el que las partes se sujetan al contrato con lealtad y honestidad. En este sentido, en sentencia T-086 de 2012, la Corte sostuvo que: “ambas partes en las afirmaciones relacionadas con el riesgo y las condiciones del contrato se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1058 del C.Co., el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, puesto que ello constituye la base de la contratación. En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro. El asegurador también debe cumplir con el principio de buena fe evitando cláusulas que sean lesivas al asegurado, cumpliendo con la prestación asegurada a la ocurrencia del siniestro y comprometiéndose a declarar la inexactitud al momento en que la conozca y no esperar a la ocurrencia del siniestro para alegarla como una excepción al pago de la indemnización.”

De conformidad con lo anterior, el principio de la buena fe que ampara el contrato de seguro obliga a las partes a comportarse con honestidad y lealtad desde la celebración hasta que termine la vigencia del mismo, porque de ello depende la eficacia y cumplimiento de las cláusulas en el previstas.”(Sentencia T-670/16 M.P. H.M. JORGE IVÁN PALACIO PALACIO) (cursiva y subrayado no son del texto)

NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA PREEXISTENCIA ALUDIDA Y LA CONDICIÓN MÉDICA QUE DIO ORIGEN AL SINIESTRO:

“ . . . la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, en un fallo del día 21 de abril de 2015, expuso que la preexistencia es un fenómeno definido por la RAE como: “existencia anterior, con alguna de las prioridades de naturaleza u origen”, que al ser aplicado al concepto de contrato de seguro, se refiere a una situación previa al perfeccionamiento del seguro que no encaja como un “hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, ocurrido después de haberse propuesto la demanda.

En ese mismo sentido, explicó que no basta la simple preexistencia del hecho para que la entidad aseguradora pueda abstenerse de ejecutar la póliza, sino que resulta necesario establecer el nexo causal entre la afección preexistente y la muerte del tomador. . .” (Sentencia T-240-2016) (cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . la obligación de las aseguradoras para determinar el pago o no de una indemnización excede la de demostrar la ocurrencia de una presunta preexistencia no comunicada por el tomador. En virtud del derecho fundamental al debido proceso y del principio de responsabilidad en la valoración de las pruebas, la entidad también deberá valorar las pruebas aportadas en el trámite adelantado por el tomador a la luz de los principios de la sana crítica. . .” (cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . Es por esto que, en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la “reticencia”, deberá demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización. . .” (cursiva y subrayado no son del texto)

. . . El hecho de que la carga de la prueba de la relación de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro recaiga en la aseguradora previene que los usuarios reciban objeciones por razón de preexistencias que en nada inciden con la ocurrencia del siniestro. Esta medida tiene como propósito evitar que las aseguradoras adopten una posición ventajosa y potencialmente atentatoria de los derechos fundamentales de los tomadores, los cuales se encuentran en una especial situación de indefensión en virtud de la suscripción de contratos de adhesión. . .” (cursiva y subrayado no son del texto)

. . . Ahora bien, la Sala resalta que, tal y como lo ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, además de probar este elemento objetivo: a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro, tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la

mala fe del tomador. En consecuencia, la aseguradora tiene una doble carga: i) por un lado, probar que existe una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición. . .” (cursiva y subrayado no son del texto)

De los pronunciamientos de la Corte Constitucional anteriormente esbozados se pueden extraer los principios y criterios a tener en cuenta para determinar la legalidad de la invocación de la figura de la reticencia por parte de la aseguradora al momento de estudiar la reclamación indemnizatoria por la ocurrencia del siniestro en el seguro de vida:

- i) en virtud del principio de buena fe, las aseguradoras tienen la obligación de redactar precisa y taxativamente todas las exclusiones posibles;**
- ii) las aseguradoras tienen la obligación de realizar exámenes médicos con anterioridad a la suscripción del contrato, con el objetivo de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador;**
- iii) en caso de que no se practiquen los exámenes médicos, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador, y**
- iv) si el asegurador conocía, podía conocer o no demuestra los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia, no podrá eximirse de la obligación del pago del seguro.**

Por consiguiente, las aseguradoras sólo podrán eximirse de la responsabilidad de realizar el pago de la indemnización por razón de la presunta configuración del fenómeno de la “reticencia”, cuando se encuentre debidamente probada la mala fe del tomador, es decir, la voluntad de ocultar la existencia de una condición médica al momento de adquirir el seguro.

(ii) ¿Qué formalidades tiene el contrato de seguro de vida grupo para su perfeccionamiento? y ¿Qué obligaciones tienen a su cargo el asegurado y la aseguradora al momento de la suscripción del contrato de seguro de vida grupo?, y ¿cuáles son los requisitos para hacer exigible la reclamación del contrato de seguro de vida grupo tras el fallecimiento del tomador?

Esta modalidad contractual hace referencia al acuerdo de voluntades que realizan el tomador de póliza y la entidad aseguradora, donde el primero se obliga al pago de una prima destinada a integrar un fondo que, en caso de invalidez o muerte, habrá de amparar los perjuicios que sufran aquellos que estaban a su cargo, que serán llamados

beneficiarios de la póliza. El desarrollo legal de este contrato se enmarca dentro del régimen establecido en los artículos 1151 a 1162 del Código de Comercio.

Igualmente, el artículo 1045 del mismo estatuto menciona los elementos que integran esta modalidad contractual, discriminados así: (i) el interés asegurable; (ii) el riesgo asegurable; (iii) la prima o precio del seguro, y (iv) la obligación condicional del asegurador.

La Honorable Corte Constitucional en Sentencia T-751 del 2012, M.P. H.M. María Victoria Calle Correa, expuso en detalle sobre la naturaleza y características del contrato de seguro:

“ 4. Naturaleza y características del contrato de seguro

4.1. Desde el punto de vista legal, el contrato de seguro se rige, principalmente, por las normas de derecho civil y comercial que lo regulan y constituye una concreción del principio de autonomía de la voluntad, de manera que prima la intención de las partes. Además, la Corporación ha negado que las aseguradoras presten un servicio público, reconociendo así el carácter comercial de sus actividades.

4.2. En el marco del derecho comercial, el contrato de seguros es consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva (art. 1036, Co. de Co) y de acuerdo con el artículo 1047 del Código de Comercio⁵ sus cláusulas comprenden las condiciones generales de la póliza de seguro, así como las condiciones particulares que acuerdan los contratantes, en las cuales se hacen expresas las especificidades del contrato en relación con un determinado asegurado. Resulta ilustrativo citar la jurisprudencia de la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia en donde se explican las diferencias entre las anotadas condiciones de los contratos de seguros:

“Las condiciones generales de contratación, denominadas comúnmente condiciones o cláusulas generales del negocio o del contrato, son la columna vertebral de la relación asegurativa y junto con las condiciones o cláusulas particulares del contrato

⁵ Código de Comercio. “Artículo 1047. CONDICIONES DE LA PÓLIZA. La póliza de seguro debe expresar además de las condiciones generales del contrato:

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

11) Las demás condiciones particulares que acuerden los contratantes.

PARÁGRAFO. En los casos en que no aparezca expresamente acordadas, se tendrán como condiciones del contrato aquellas de la póliza o anexo que el asegurador haya depositado en la Superintendencia Bancaria para el mismo ramo, amparo, modalidad del contrato y tipo de riesgo”. (Negrilla y subrayas fuera del texto).

de seguros conforman el contenido de éste negocio jurídico, o sea el conjunto de disposiciones que integran y regulan la relación. Esas cláusulas generales, como su propio nombre lo indica, están llamadas a aplicarse a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por el mismo asegurador o aún por los aseguradores del mismo mercado y están destinadas a delimitar de una parte la extensión del riesgo asumido por el asegurador de tal modo que guarde la debida equivalencia con la tarifa aplicable al respectivo seguro y, de otra, a regular las relaciones entre las partes vinculadas al contrato, definir la oportunidad y modo de ejercicio de los derechos y observancia de las obligaciones o cargas que de él dimanen.

De otro lado, las condiciones particulares del contrato de seguro se elaboran de manera individual y específica para cada contrato y de manera conjunta entre el asegurador y el tomador y reflejan asimismo, pero en forma específica para el negocio acordado, la voluntad de los contratantes”.⁶

4.3. Por lo tanto, es posible diferenciar entre dos clases de condiciones de los contratos de seguros. De un lado, están las condiciones generales, es decir, las cláusulas aplicables a todos los contratos de un mismo tipo otorgados por un asegurador, las cuales obedecen al formato tipo que debe depositarse en la Superintendencia Financiera de conformidad con lo establecido en el numeral 1 del artículo 184 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. De otro lado, están las condiciones particulares, que definen el alcance de la relación frente a cada caso concreto. Por consiguiente, para definir el alcance de la cobertura no basta con referirse a las condiciones generales sino que es necesario determinar además las condiciones particulares y específicas.

4.4. Ahora bien, desde una perspectiva constitucional, la Corte ha destacado diversos aspectos relevantes de este vínculo: de una parte, el contrato se caracteriza por la exigencia de una buena fe calificada de los contratantes, aspecto que se proyecta en la interpretación de sus cláusulas. De otra, pero en íntima relación con lo expresado, cuando el contrato se suscribe en el marco más amplio de las actividades financieras y crediticias, o cuando se asocia al goce efectivo del derecho a la salud, es deber de quien lo elabora eliminar cualquier ambigüedad, mediante la expresión precisa y taxativa de las preexistencias excluidas de la cobertura del seguro.

4.5. Para analizar el cumplimiento de esa condición no basta con referirse a las condiciones generales del contrato, sino que deben tomarse en cuenta aquellas particulares de cada negocio, las cuales se encuentran en la solicitud de aseguramiento efectuada en cada caso, y por medio de la cual se definen con precisión los contornos de la relación.

4.6. De acuerdo con las normas que rigen el contrato de seguros y la interpretación de la Corte Suprema de Justicia, las obligaciones de las partes deben entenderse de manera armónica con los elementos y características esenciales del contrato. En ese marco, el

⁶ Corte Suprema de Justicia – Sala de Casación Civil y Agraria -. Sentencia del 2 de mayo de 2000. Expediente No. 6291. M.P. Jorge Santos Ballesteros.

artículo 1058 del C. de Co., norma en la que sustentan las partes accionadas la objeción a la reclamación de cada una de las peticionarias, establece la obligación de declarar de forma abierta y sincera sobre los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, obligación que se deriva del carácter bilateral, oneroso y aleatorio del contrato.

Así, en la medida en que el asegurador va a asumir un riesgo, debe conocer razonablemente su naturaleza, como condición para la manifestación libre de su voluntad o consentimiento, y para determinar el alcance de la contraprestación que exigirá a manera de prima por parte del tomador, lo que explica y justifica la obligación citada, siempre que esto sea exigido en la solicitud de aseguramiento.

4.7. Sin embargo, desde la otra orilla de la relación, la carga de declarar sinceramente la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud) no puede traducirse en una imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de un establecimiento ambiguo de la cobertura, mediante cláusulas simplemente genéricas o mediante una alusión descontextualizada de las condiciones generales del contrato, carente de la precisión que se obtiene mediante las condiciones específicas del mismo.

4.8. Por tales razones, en concepto de esta Corporación, cuando las cláusulas no definen de la manera explícita las condiciones de la cobertura debido a la incorporación de textos de excesiva vaguedad o exclusiones de carácter eminentemente genérico, se vulnera la buena fe del tomador en tanto no resulta posible establecer el alcance de la cobertura.

En ese marco, y en síntesis, las partes del contrato de seguro deben tener un acceso equitativo a la información relevante, sobre el alcance del riesgo asegurado -por una parte- y la cobertura real del contrato -por otra-.”(cursiva y subrayado no son del texto)

Y en materia de Jurisprudencia constitucional relativa al contrato de seguro expuso:

“5. Jurisprudencia constitucional relativa al contrato de seguro

5.1. Dada la naturaleza primordialmente legal (civil y comercial) del contrato de seguros, la Corte Constitucional sólo se ha pronunciado en discusiones derivadas de su cumplimiento cuando se demuestra que el asunto tiene incidencia en la vigencia de derechos fundamentales, y se cumplen las condiciones generales del principio de subsidiariedad.

5.2. En ese marco, la jurisprudencia constitucional se ha pronunciado principalmente sobre controversias derivadas de la suscripción de contratos de medicina prepagada, en los que se encuentra inmerso tanto un interés comercial como el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Reglas que, posteriormente, y precisamente en torno a la eficacia del derecho a la salud, fueron aplicadas por la Corporación a discusiones asociadas al cubrimiento de contratos de seguros de salud. En escenarios como estos, a

la autonomía de la voluntad (fundamento y guía de todo contrato), y la buena fe calificada (aspecto cardinal del contrato de seguros), la Corte añadió la existencia de determinados límites necesarios para la protección de derechos fundamentales, que deben ser asumidos por las empresas aseguradoras, debido al interés público que conlleva el giro de sus actividades.

Esos límites se concretan en la inoponibilidad de preexistencias que no fueron planteadas en el contrato de seguro, cuando la entidad aseguradora no efectuó un examen al momento de la suscripción del contrato.⁷

5.3. Posteriormente, en sentencia T-832 de 2010,⁸ en un caso similar a los que ahora corresponde resolver a la Sala, la Corporación consideró necesario extender las reglas citadas a un evento en que se suscribió un contrato de seguro con el propósito de cubrir el saldo de un crédito, en caso de invalidez o muerte.

En aquella oportunidad el Banco Agrario de Colombia le había otorgado un crédito a la accionante, que amparó con un seguro de vida de la compañía Colseguros S.A. Con posterioridad, a la peticionaria le dictaminaron pérdida de la capacidad laboral del 77.5%, por lo que solicitó a la entidad aseguradora hacer efectiva la póliza que amparaba el crédito. Sin embargo, la entidad objetó la reclamación argumentando que la disfonía que padecía provenía de tiempo anterior al momento en que tomó la póliza.

La Corte Constitucional tuteló los derechos fundamentales de la actora y ordenó a Colseguros S.A. efectuar el trámite necesario para pagar al Banco Agrario de Colombia, como tomador de la póliza de seguro de vida grupo deudores, el saldo insoluto de la obligación crediticia adquirida por la actora con dicho Banco. Al respecto dijo esta Corporación:

“De las pruebas allegadas al expediente, se deduce que simultáneamente a la adquisición del crédito, la actora llenó el formulario para ingresar a la póliza como asegurada, con el fin de garantizarle a la entidad bancaria que en caso de muerte o como efectivamente ocurrió, por incapacidad total y permanente, Colseguros S. A. se ha[ría] cargo del saldo insoluto de la deuda que registre en la respectiva fecha de la ocurrencia del siniestro.|| Igualmente, no se observa que Colseguros S. A. haya realizado algún tipo de examen médico, ni exigido que la accionante como asegurada allegara uno, esto con el fin de determinar su estado de salud, para así indicar desde un principio y dejar constancia de las exclusiones y preexistencias del contrato que son responsabilidad de la compañía establecer (...) || En el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Colseguros S. A. fue

⁷ En el caso de los contratos de seguros, esta Corporación ha expresado: “la oposición de preexistencias que no se consignaron de manera explícita en el contrato de seguros en salud para negar el cubrimiento del riesgo reclamado, tiene efectos similares a los que se ocasionan cuando en los contratos de medicina prepagada se pretende utilizar tal posición con la misma intención, es conducta donde hay ejercicio de posición dominante con la que la compañía aseguradora elude la responsabilidad contractual, inobservando de paso el principio de buena fe y con la que se afecta la salud de los asegurados poniendo en riesgo en conexión con ella, sus derechos fundamentales a la vida e integridad personal y por tanto, es viable prodigar su amparo a través de la acción de tutela.” Sentencia T-271 de 2006 (M.P. Clara Inés Vargas Hernández).

⁸ M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la Dra. Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores”.

5.4. Es importante precisar el alcance de lo expresado por la Sala Sexta, pues no resulta plausible suponer que la Corporación extendió a todos los contratos de seguros las reglas propias de los contratos de medicina prepagada, previamente ampliadas al contrato de seguro de salud. La relevancia constitucional del segundo tipo de negocio implica la existencia de reglas particulares que obedecen a límites y vínculos constitucionalmente impuestos a una actividad a la que se asocia un claro interés público.

Sin embargo, es de la naturaleza del contrato de seguro la posibilidad de un cálculo probabilístico del riesgo como medio para estimar la adecuada contraprestación del asegurador (de esa forma se concreta el carácter oneroso, bilateral y aleatorio del contrato), lo que explica la regla legal establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio.

5.5. Por ello, lo establecido en aquella oportunidad (sentencia T-832 de 2010) debe entenderse en el marco del caso concreto: es decir, en un escenario en que se pretendieron hacer valer cláusulas genéricas y ambiguas con el propósito de establecer supuestas preexistencias excluidas de cobertura, lo que riñe con el principio de buena fe. Esa ambigüedad no fue reducida expresamente mediante exclusiones taxativas y precisas, ni mediante exámenes adecuados para establecer el estado de salud de la peticionaria.” (cursiva y subrayado no son del texto)

REQUISITOS PARA LA RECLAMACIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS VIDA GRUPO:

No son pocos los casos en los que la H. Corte Suprema de Justicia y la H. Corte Constitucional han debido pronunciarse sobre las condiciones y requisitos bajo los cuales se celebra el contrato de seguros, advirtiendo que suele constituirse en un contrato de adhesión donde por la especialidad del mismo, el asegurado se encuentra en desigualdad de condiciones frente a la posición dominante de las aseguradoras.

Por tal razón y trayendo a conocimiento del presente concepto la providencia contenida en la Sentencia T-024/16 Magistrada Ponente: MARÍA VICTORIA CALLE CORREA, puede afirmarse que el contrato de seguros estará siempre regido por los postulados de la buena fe calificada, tras lo cual y una vez ocurrido el siniestro que ampara la garantía asumida por el titular del seguro, en su propio beneficio o en el de los beneficiarios, es deber de la empresa aseguradora proceder a indemnizar el amparo asegurado sin buscar argucias legales para abstraerse de sus obligaciones, a menos que cuente con las

pruebas necesarias para demostrar, como es su deber, que se ha incurrido en conductas engañosas, o de mala fe por parte del asegurado para defraudar la relación contractual, estando en cabeza de la aseguradora la carga de la prueba.

Así lo ha dicho la Honorable Corte Constitucional al estudiar las acciones constitucionales sobre la reclamación de seguros en que la aseguradora ha invocado la figura de la reticencia para negarse al pago de la indemnización debida:

“ . . . En el contexto descrito la Corporación también se ha referido a cuatro deberes que tienen las aseguradoras en relación con los tomadores y asegurados, para la adecuada prestación del servicio de aseguramiento, y con miras a garantizar, especialmente, que se mantengan las condiciones inicialmente pactadas, y que en caso de duda, la interpretación de las cláusulas contractuales sea la más beneficiosa al interesado. Estos deberes se resumen en: (i) claridad, (ii) información, (iii) confirmación y (iv) lealtad, que debe existir por parte de la aseguradora y del tomador en el momento de la suscripción de la póliza.

Los deberes antes enunciados fueron establecidos en la sentencia T-316 de 015(43)9. En esa oportunidad la Sala Primera de Revisión conoció el caso de una acción de tutela que presentó una mujer contra la aseguradora con la cual había suscrito un contrato de aseguramiento, que la amparaba frente a los riesgos de muerte e invalidez total y permanente o incapacidad asimilada. De forma posterior la accionante fue diagnosticada con un 71.14% de pérdida de capacidad laboral, por lo cual solicitó el pago del seguro, pero la aseguradora negó el reconcomiendo aduciendo que la tutelante contaba con una serie de preexistencias como hipertensión arterial, trastornos de ansiedad, depresión y dislipidemia, entre otras.

A propósito de la respuesta dada a la accionante, especialmente, haber alegado preexistencia sobre la base de que aquella sufría diversas enfermedades que no fueron excluidas expresamente del contrato, la Sala de Revisión explicó cada uno de los deberes enunciados: (i) claridad: hace referencia a que las cláusulas contractuales. La póliza debe estar escrita en un lenguaje accesible para la parte interesada y contener conceptos precisos, para que no se presenten confusiones en la aplicación de sus cláusulas, (ii) información: la aseguradora debe suministrarle al tomador en forma completa las condiciones, coberturas y exclusiones del seguro. Este deber incluye la asesoría en todas las etapas del trámite, inclusive en la reclamación cuando se materializa el riesgo asegurado; (iii) confirmación: consiste en la necesidad de corroborar la información suministrada por el tomador del seguro, por medio de la realización de exámenes médicos o la exigencia de aportar su historia clínica o exámenes recientes sobre pruebas clínicas que considere necesarias; y (iv) lealtad: se traduce en que en el

⁹ 43 Corte Constitucional, sentencia T-316 de 2015 (M.P. María Victoria Calle Correa). En similar sentido se pueden revisar las sentencias T-196 de 2007 (M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra), T-751 de 2012 (M.P. María Victoria Calle Correa), T-136 de 2013 (M.P. Jorge Iván Palacio Palacio), T-268 de 2013 (M.P. Jorge Iván Palacio Palacio), T-222 de 2014 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva) y T-865 de 2014 (M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado).

marco de la relación contractual cada parte cumpla sus deberes conforme fueron pactados originalmente, sujetándose al principio de buena fe en las actuaciones que desplieguen, con miras a no afectar los derechos fundamentales de la contraparte(44)¹⁰. .
 .”(cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . Un último asunto a tratar como parte de los argumentos jurisprudenciales que fundamentan la decisión a adoptar por la Sala, y en estrecha relación con el deber de confirmación antes enunciado, es el hecho de que las aseguradoras no pueden objetar válidamente el pago de un siniestro alegando la figura de la preexistencia, cuando no existe mala fe del tomador al momento de suscribir la póliza y sus anexos. En ese sentido se pronunció la Sala Segunda de Revisión en la sentencia T-684 de 2015(45)¹¹ al decidir sobre la acción de tutela presentada por una familia contra una compañía aseguradora porque aquella negó el pago de la deuda insoluta pese a que la tomadora falleció, aduciendo que al momento de suscribir el aseguramiento la interesada había sido reticente en la declaración sobre algunas enfermedades que padecía.

Con respecto a la figura de la buena fe en los contratos de seguro, la Sala afirmó que para sustentar la objeción al pago las aseguradoras no pueden alegar que el tomador incurrió en reticencia si conocían o podían acceder a conocer los hechos que dieron lugar a la reticencia alegada, como en aquellos eventos en los que se abstuvieron de comprobar el estado de salud del asegurado al momento de tomar el seguro. Específicamente sostuvo: “destaca la Corte que en virtud del principio de buena fe calificada, que caracteriza al contrato de seguro, y en cumplimiento de la carga de lealtad, las objeciones presentadas a las solicitudes de pago de las indemnizaciones derivadas de una póliza de seguro, deben tener fundamento fáctico y probatorio, pues de lo contrario, se presentaría un abuso de la posición dominante, que vulneraría los

¹⁰ 44 En concreto, la Sala Primera de Revisión afirmó sobre los deberes enunciados: “[l]a carga de claridad se refiere a la 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. En los contratos de seguro la claridad en la definición de las condiciones de celebración y ejecución del acto jurídico reviste especial importancia, debido a que la ambigüedad de los acuerdos pactados tiene la potencialidad de afectar el equilibrio contractual que rige las relaciones entre las partes. La carga de claridad es, en este sentido, una salvaguarda que pretende evitar la vulneración de derechos fundamentales de los particulares y garantizar el correcto desarrollo del objeto negocial. De igual forma, a las compañías de seguros les resulta exigible una carga de información, referida a 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. La carga de información implica que esta sea veraz y completa, de tal suerte que se evite inducir a error al usuario del servicio. Ello implica, a su vez, un deber de prestar asistencia al asegurado en relación con los trámites y procedimientos necesarios para adquirir la póliza y solicitar su ejecución. Debido a las dificultades que puede representar la complejidad de la documentación referida al contrato de seguro para el tomador, es deber de la aseguradora explicarle a este último cualquier situación que el mismo no comprenda e incluso aquellas cuestiones que, por su propia naturaleza, pueden resultar confusas para el particular. Adicionalmente, las aseguradoras tienen una carga de comprobación, que consiste en 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. Debido a la necesidad de velar por la efectividad del principio de autonomía privada de la voluntad, las compañías de seguro han de cerciorarse que la condición de salud declarada por el cliente sí corresponde a la realidad. Esta carga se fundamenta en que las personas, al adquirir una póliza de seguro, pueden no estar al tanto de su estado actual de salud, por lo que se hace necesario corroborar lo declarado por el cliente. De igual forma, la carga de comprobación también se encuentra justificada en que es la aseguradora la que conoce qué tipos de condiciones médicas son relevantes a la hora de decidir celebrar un contrato de seguro, por lo que es aquella quien debe indagar por dichas condiciones. El deber de comprobación puede materializarse de múltiples formas, incluyendo la práctica de exámenes médicos o la exigencia de presentar unos recientes para certificar sus condiciones vitales. Por último, existe una carga de lealtad que puede entenderse como un 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, en desconocimiento de los mandatos constitucionales.”

¹¹ 45 Corte Constitucional, sentencia T-684 de 2015 (M.P. Myriam Ávila Roldán). Ver en similar sentido las sentencias T-832 de 2010 (M.P. Nilson Pinilla Pinilla), T-751 de 2012 (M.P. María Victoria Calle Correa) y T-222 de 2014 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva), entre otras.

derechos fundamentales de los asegurados, entre ellos, el mínimo vital.”(cursiva y subrayado no son del texto)

“ . . . Con base en las anteriores consideraciones, la Sala estima que carece de fundamento constitucional la objeción a una reclamación de reconocimiento de una póliza de seguro de vida grupo deudores o a una solicitud para hacer efectiva un amparo indemnizatorio, cuando el interesado padece una incapacidad permanente o se ha producido su muerte, bajo el argumento de que hubo reticencia en declarar una situación de salud consolidada con anterioridad a la vigencia del contrato, con fundamento en cláusulas genéricas y ambiguas que excluyen la cobertura de cualquier tipo de preexistencia, y cuando la empresa aseguradora ha incumplido los deberes correlativos con respecto al tomador, especialmente el de confirmación.” (cursiva, negrilla y subrayado no son del texto)

V. CONTRADICCIÓN DE LA PRUEBA

Respecto de las pruebas aportadas y solicitadas por el demandante en su escrito de demanda, respetuosamente me permito presentar las siguientes observaciones y objeciones que deberán ser consideradas por el Despacho para su sana valoración:

A las pruebas documentales:

1.- Respecto de las documentales:

Es menester observar esta prueba para que se ordene la complementación de la misma a cargo de la demandante de conformidad con los artículos 243 y siguientes del Código General del Proceso, toda vez que como se enuncia en el presente escrito la póliza No. 0790768-6 fue objeto de una exclusión por enfermedad grave, aplicada durante su vigencia ante la reclamación por el diagnóstico de cáncer de páncreas que padeciera la asegurada desde finales de 2018, y que a la postre resultara en la causa de su muerte, pero que en su oportunidad ocasionó que la aseguradora tuviera conocimiento de la historia clínica plena de la asegurada y a la luz del artículo 1058 del Código de Comercio debe entenderse como la aprobación tácita de lo alegado en su demanda como vicios de la declaración.

1.1. Concretamente se le solicita al Señor Juez, ordenar a la parte demandante a que aporte la totalidad del expediente de la asegurada, y en particular los documentos

aportados para la reclamación indemnizatoria que por enfermedad grave presentó la asegurada a finales de diciembre de 2018, así como los antecedentes por los cuales la aseguradora decidió establecer esta exclusión dentro del interés asegurable de la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE.

Con ello se pretende demostrar que la aseguradora SI conocía la condición de salud de la asegurada durante la vigencia del contrato de seguro, y no obstante decidió aprobar su suscripción y mantener sus renovaciones periódicas, y fue su decisión unilateral el NO ordenar la práctica de exámenes médicos a la asegurada para evaluar su condición de salud, ni solicitarle la historia clínica formalmente de manera previa a la suscripción del contrato de seguro.

- 1.2. Se solicita respetuosamente al Despacho, ordenar a la Demandante para que allegue al expediente, copia de los formatos de DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD diligenciados para la póliza de Seguro de Vida Grupo – Plan Vida Integral Contributivo No. 0790768-6, correspondiente a los asegurados que integran el citado plan de seguros, a saber:

YEPES ALZATE JUAN CARLOS;	C.C. 10282095
CASTAÑO GÓMEZ ALBA SONIA;	C.C. 24433312
CASATAÑO GÓMEZ NORA LILIANA;	C.C. 24434074
CASTAÑO GÓMEZ DIANA PIEDAD;	C.C. 24434779
FRANCO YEPES VALENTINA;	C.C. 25235092
ARANGO JIMÉNEZ BEATRIZ CLEMENCIA;	C.C. 30324499
CASTILLO CASTILLO CESAR HERNEY;	C.C. 75070580
GIRALDO CASTAÑO OSCAR EVELIO;	C.C. 75099335

Esta prueba aportará luces al Despacho respecto del proceso de diligenciamiento de los documentos de validación y aprobación del seguro de vida grupo por los integrantes del mismo, dentro de los cuales se encuentra la asegurada hoy fallecida Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE

2.- A las pruebas oficiosas solicitadas en la demanda, deberá el Señor Juez considerarlas conforme a la carga dinámica que reposa en cabeza de la demandante, a quien le corresponde la obligación de aportar todos estos documentos aquí solicitados, y en todo caso respetuosamente se solicita aplicar los preceptos del artículo 260 del C.G.P. sobre el alcance probatorio de los documentos privados.

3.- A los interrogatorios solicitados: respetuosamente se solicita al Señor Juez, en adición a los solicitados por la parte demandante, se decrete el interrogatorio al funcionario de la Aseguradora Suramericana de Seguros, competente para el estudio de los programas de Seguro de Vida Grupo – Plan Vida Integral Contributivo, responsable y encargado del estudio, revisión y aprobación de la solicitud de seguro presentada por la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, para que absuelva el cuestionario que le formularé por medio de cuestionario verbal o escrito, que se presentará en la audiencia que para tal fin señale el despacho, previa citación del absolvente.

A los testimonios solicitados: Respetuosamente se solicita considerar su conducencia y pertinencia, para que estos sean otorgados según lo estime procedente el Señor Juez.

Se solicita adicionalmente al Señor Juez, de manera respetuosa, se decrete y ordene la práctica de testimonio de la Señorita NATALLY GIRALDO R., Gestora de la compañía aseguradora que atendió a la asegurada, quien se identifica dentro de la compañía aseguradora con el Código 29804, para que deponga sobre lo que le conste respecto del diligenciamiento del formato de DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD de la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE.

VI. FUNDAMENTO LEGAL Y JURISPRUDENCIAL

Invoco como soporte legal y jurisprudencial de la presente contestación de demanda:

Normas:

1º.- Constitución Política de Colombia

- 2º.- Código de Procedimiento Civil y Ley 1564 de 2012 C.G.P. artículo 260, y demás concordantes con la materia.
- 3º.- Código de Comercio de Colombia artículo 1058 y siguientes, y artículos 1151 y siguientes, y demás artículos invocados en el cuerpo de la contestación de la demanda.
- 4º.- Sentencia T-024/16 Magistrada Ponente: MARÍA VICTORIA CALLE CORREA
Sentencia T-751 del 2012, M.P. H.M. María Victoria Calle Correa

VI. MEDIOS DE PRUEBA

Comedidamente solicito al Señor Juez se sirva tener como tales, además de las aportadas por la demandante y no objetadas en este escrito parte V., las siguientes:

DOCUMENTALES:

1.- Se solicita respetuosamente al Señor Juez, ordenar a la parte demandante a que aporte la totalidad del expediente de la asegurada, y en particular los documentos aportados para la reclamación indemnizatoria que por enfermedad grave presentó la asegurada a finales de diciembre de 2018, así como los antecedentes por los cuales la aseguradora decidió establecer esta exclusión dentro del interés asegurable de la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE.

Con ello se pretende demostrar que la aseguradora SI conocía la condición de salud de la asegurada durante la vigencia del contrato de seguro, y no obstante decidió aprobar su suscripción y mantener sus renovaciones periódicas, y fue su decisión unilateral el NO ordenar la práctica de exámenes médicos a la asegurada para evaluar su condición de salud, ni solicitarle la historia clínica formalmente de manera previa a la suscripción del contrato de seguro.

2.- Se solicita respetuosamente al Despacho, ordenar a la Demandante para que allegue al expediente, copia de los formatos de DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD diligenciados

para la póliza de Seguro de Vida Grupo – Plan Vida Integral Contributivo No. 0790768-6, correspondiente a los asegurados que integran el citado plan de seguros, a saber:

YEPES ALZATE JUAN CARLOS;	C.C. 10282095
CASTAÑO GÓMEZ ALBA SONIA;	C.C. 24433312
CASATAÑO GÓMEZ NORA LILIANA;	C.C. 24434074
CASTAÑO GÓMEZ DIANA PIEDAD;	C.C. 24434779
FRANCO YEPES VALENTINA;	C.C. 25235092
ARANGO JIMÉNEZ BEATRIZ CLEMENCIA;	C.C. 30324499
CASTILLO CASTILLO CESAR HERNEY;	C.C. 75070580
GIRALDO CASTAÑO OSCAR EVELIO;	C.C. 75099335

Esta prueba aportará luces al Despacho respecto del proceso de diligenciamiento de los documentos de validación y aprobación del seguro de vida grupo por los integrantes del mismo, dentro de los cuales se encuentra la asegurada hoy fallecida Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE.

3.- Interrogatorio de parte: respetuosamente se solicita al Señor Juez, en adición a los solicitados por la parte demandante, se decrete el interrogatorio al funcionario de la Aseguradora Suramericana de Seguros, competente para el estudio de los programas de Seguro de Vida Grupo – Plan Vida Integral Contributivo, responsable y encargado del estudio, revisión y aprobación de la solicitud de seguro presentada por la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, para que absuelva el cuestionario que le formularé por medio de cuestionario verbal o escrito, que se presentará en la audiencia que para tal fin señale el despacho, previa citación del absolvente.

4.- Testimonio: Respetuosamente se solicita al Señor Juez, se decrete y ordene la práctica de testimonio de la Señorita NATALLY GIRALDO R., Gestora de la compañía aseguradora que atendió a la asegurada, quien se identifica dentro de la compañía aseguradora con el Código 29804, para que deponga sobre lo que le conste respecto del diligenciamiento del formato de DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD de la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE.

5.- Prueba Pericial: En caso de ser requerido, se solicita respetuosamente al Señor Juez ordenar y decretar la práctica de la prueba pericial consistente en el dictamen grafológico sobre el formulario de DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD, firmado por la asegurada Dra. MÉLIDA YEPES ALZATE, el cual fue diligenciado por la Gestora de la Aseguradora Señorita NATALLY GIRALDO R., Código 29804, con lo cual se demostrará la autoría de las declaraciones diligenciadas en este formato en cabeza de la citada funcionaria de la aseguradora, sin que pueda endilgarse directamente a la asegurada omisión de ninguna naturaleza en el diligenciamiento del referido formato.

VII. ANEXOS

- .- Copias electrónicas de la contestación de la demanda para el traslado al demandante y para el archivo del Juzgado
- .- Soporte magnético (archivo electrónico) que contiene los archivos con el texto de la contestación de la demanda, poder y anexos.
- .- Los documentos relacionados en el acápite de pruebas.

VIII. NOTIFICACIONES

Los demandados:

OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO, recibirá notificaciones en la Carrera 21 # 64 A 33 de la ciudad de Manizales, correo electrónico oscar.giraldo@odg.com.co celular 3136830372.

SEBASTIÁN YEPES ALZATE, recibirá notificaciones en la Carrera 16 # 88-81 Oficina 705 de la ciudad de Bogotá, correo electrónico sebasyepes10@yahoo.com celular 3116435586.

El suscrito demandado **JUAN CARLOS YEPES ALZATE** y mandatario judicial, las oirá en la Secretaría de su Despacho, o en mi oficina ubicada en la Carrera 16 No. 88 – 81 oficina 705 de Bogotá, correo electrónico contacto@lealtis.com – celular 3216442616

Autorizamos expresamente a que se realicen las notificaciones pertinentes a la dirección electrónica señalada, así mismo manifestamos que contamos con todos los elementos necesario para atender las diligencias necesarias de forma virtual según como lo considere el despacho en cumplimiento de las medidas dictadas en el marco de la emergencia declarada por el gobierno nacional con ocasión de la pandemia de COVID-19

En los anteriores términos dejo contestada la demanda.

DE EL USO DE MECANISMOS ELECTRONICOS NO PRESENCIALES

Se constituye, a estas alturas, como hecho notorio la pandemia ocasionada por el virus denominado COVID-19 o Coronavirus, en este orden de ideas el gobierno nacional por medio del decreto 417 de 2020 declaro la emergencia económica, social y ecológica dentro del territorio nacional.

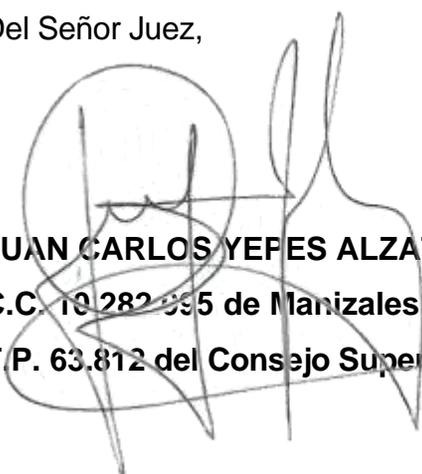
Lo anterior tuvo como consecuencia la restricción a los servicios presenciales y la acumulación de personas con medidas como cuarentenas obligatorias y restricciones a la movilidad, en materia judicial el Honorable Consejo Superior de la Judicatura a través de los acuerdos PCSJA20-11517, PCSJA20-11518, PCSJA20-11519, PCSJA20-11521, PCSJA20-11526, PCSJA20-11527, PCSJA20-11528, PCSJA20-11529, PCSJA20-11532, PCSJA20-11546, PCSJA20-11549 y PCSJA20-11556 en concordancia con las disposiciones emitidas por el gobierno nacional, declaro la suspensión de todos los términos que las normas sustanciales y procesales prevén para el ejercicio de acciones judiciales.

En tal sentido, el gobierno nacional ha dispuesto mediante el decreto 806 del 4 de junio del año 2020 dispuso la utilización de medios electrónicos para la efectiva prestación de los servicios de acceso a la justicia, permitiendo la presentación de las demandas por medios

electrónicos y la presunción de autenticidad de los documentos que requieren presentación personal u otros requisitos de forma.

Habida cuenta de la comunicación de prensa por parte del Consejo Superior De la Judicatura del 5 de junio del año 2020, donde se anuncia el levantamiento de la suspensión de los términos judiciales y presenta el plan de normalización, dentro de esta demanda se incluyen los medios electrónicos necesarios para efectos de notificación.

Del Señor Juez,



JUAN CARLOS YEPES ALZATE
C.C. 10.282.995 de Manizales
T.P. 63.812 del Consejo Superior de la Judicatura

Señor Juez
Dr. GEOVANNY PAZ MEZA
JUEZ TERCERO (3) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES
JUZGADO TERCERO (3) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES
CIRCUITO JUDICIAL DE MANIZALES
cserjcfmzl@notificacionesrj.gov.co
E. S. D.

Referencia: Poder especial para Proceso Declarativo Ordinario
Proceso: Demanda Nulidad de Contrato de Seguro
Radicación: 17001310300320210003600
Demandante: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Demandado: OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO y OTROS

Respetado Señor Juez;

OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO, mayor de edad, domiciliado y residenciado en la ciudad de Medellín, identificado con la cedula de ciudadanía Nro.75.099.335 de Manizales, actuando en mi propio nombre y representación, por medio del presente escrito otorgo poder especial, amplio y suficiente al Abogado **JUAN CARLOS YEPES ALZATE**, identificado con la **Cédula de Ciudadanía No. 10.282.095 y Tarjeta Profesional No. 63812 del C. S. de la J.**, para que en mi nombre y representación adelante ante el **JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES**, o el Despacho que corresponda, la defensa de mis intereses dentro del proceso de **DEMANDA DE NULIDAD CONTRACTUAL EN PROCESO DECLARATIVO ORDINARIO** con **radicación No. 17001310300320210003600**, promovida en mi contra a través de apoderado, por la compañía **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, conforme al auto proferido por el Señor Juez Civil del Circuito.

El apoderado queda expresamente facultado para que en mi nombre y representación en calidad de demandado, pueda notificarse del auto admisorio y todas las demás actuaciones del proceso, conteste la demanda, interponga toda clase de recursos y excepciones, solicite pruebas, interrogatorios y peritajes, presente demanda de reconvención en caso de ser procedente, así como dar contestación en debida forma, dentro de los términos concedidos y con arreglo a la ley, a toda clase de requerimiento que pueda hacer las autoridades judiciales, formular peticiones respetuosas, hacer llamamientos en garantía, atender las citaciones y convocatorias que a bien tengan hacer todas las autoridades cualquiera que sea su naturaleza, ofrecer cualquier clase de garantías requeridas en el proceso, y en general para recibir, desistir, transigir, conciliar, renunciar a términos, presentar recursos, sustituir y reasumir este poder, y ejecutar todas las demás actuaciones inherentes a este encargo, de tal forma que mis derechos y obligaciones estén representados en todo momento.

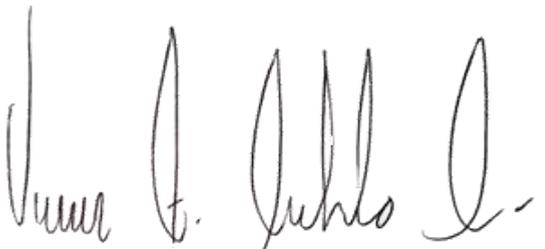
De conformidad con el artículo 5º del Decreto 806 del 4 de junio de 2020, indico el correo electrónico del apoderado **Dr. JUAN CARLOS YEPES ALZATE** que reposa en el Registro Nacional de Abogados: contacto@lealtis.com, y el del suscrito otorgante del poder: oscar.giraldo@odg.com.co

Autorizamos expresamente a que se realicen las notificaciones pertinentes a la dirección electrónica señalada, así mismo manifestamos que contamos con todos los elementos necesario para atender las diligencias necesarias de forma virtual según como lo considere el despacho en cumplimiento de las medidas dictadas en el marco de la emergencia declarada por el gobierno nacional con ocasión de la pandemia de COVID-19 y conforme a lo establecido en el Decreto 806 del 4 de junio de 2020.

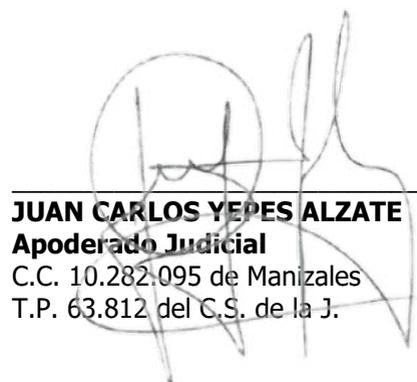
Agradezco al Señor Juez reconocerle personería para actuar al apoderado designado.

Cordialmente,

Acepto;



OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO
C.C. 75.099.335 de Manizales



JUAN CARLOS YEPES ALZATE
Apoderado Judicial
C.C. 10.282.095 de Manizales
T.P. 63.812 del C.S. de la J.

Señor Juez
Dr. GEOVANNY PAZ MEZA
JUEZ TERCERO (3) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES
JUZGADO TERCERO (3) CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES
CIRCUITO JUDICIAL DE MANIZALES
cserjcfmzl@notificacionesrj.gov.co
E. S. D.

Referencia: **Poder especial para Proceso Declarativo Ordinario**
Proceso: Demanda Nulidad de Contrato de Seguro
Radicación: 17001310300320210003600
Demandante: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Demandado: SEBASTIAN YEPES ALZATE y OTROS

Respetado Señor Juez;

SEBASTIÁN YEPES ALZATE, mayor de edad, domiciliado y residenciado en la ciudad de Medellín, identificado con la cedula de ciudadanía Nro.75.094.782 de Manizales, actuando en mi propio nombre y representación, por medio del presente escrito otorgo poder especial, amplio y suficiente al Abogado **JUAN CARLOS YEPES ALZATE**, identificado con la **Cédula de Ciudadanía No. 10.282.095 y Tarjeta Profesional No. 63812 del C. S. de la J.**, para que en mi nombre y representación adelante ante el **JUZGADO 3 CIVIL DEL CIRCUITO DE MANIZALES**, o el Despacho que corresponda, la defensa de mis intereses dentro del proceso de **DEMANDA DE NULIDAD CONTRACTUAL EN PROCESO DECLARATIVO ORDINARIO** con **radicación No. 17001310300320210003600**, promovida en mi contra a través de apoderado, por la compañía **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**, conforme al auto proferido por el Señor Juez Civil del Circuito.

El apoderado queda expresamente facultado para que en mi nombre y representación en calidad de demandado, pueda notificarse del auto admisorio y todas las demás actuaciones del proceso, conteste la demanda, interponga toda clase de recursos y excepciones, solicite pruebas, interrogatorios y peritajes, presente demanda de reconvencción en caso de ser procedente, así como dar contestación en debida forma, dentro de los términos concedidos y con arreglo a la ley, a toda clase de requerimiento que pueda hacer las autoridades judiciales, formular peticiones respetuosas, hacer llamamientos en garantía, atender las citaciones y convocatorias que a bien tengan hacer todas las autoridades cualquiera que sea su naturaleza, ofrecer cualquier clase de garantías requeridas en el proceso, y en general para recibir, desistir, transigir, conciliar, renunciar a términos, presentar recursos, sustituir y reasumir este poder, y ejecutar todas las demás actuaciones inherentes a este encargo, de tal forma que mis derechos y obligaciones estén representados en todo momento.

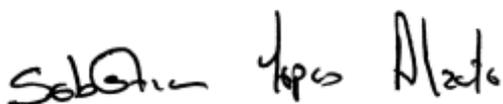
De conformidad con el artículo 5º del Decreto 806 del 4 de junio de 2020, indico el correo electrónico del apoderado **Dr. JUAN CARLOS YEPES ALZATE** que reposa en el Registro Nacional de Abogados: contacto@lealtis.com, y el del suscrito otorgante del poder: sebasyepes10@yahoo.com.

Autorizamos expresamente a que se realicen las notificaciones pertinentes a la dirección electrónica señalada, así mismo manifestamos que contamos con todos los elementos necesario para atender las diligencias necesarias de forma virtual según como lo considere el despacho en cumplimiento de las medidas dictadas en el marco de la emergencia declarada por el gobierno nacional con ocasión de la pandemia de COVID-19 y conforme a lo establecido en el Decreto 806 del 4 de junio de 2020.

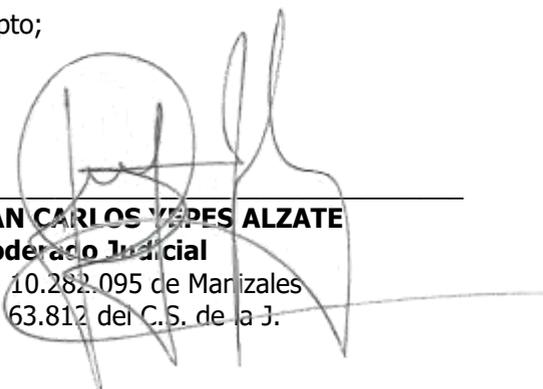
Agradezco al Señor Juez reconocerle personería para actuar al apoderado designado.

Cordialmente,

Acepto;



SEBASTIÁN YEPES ALZATE
 C.C. 75.094.782 de Manizales



JUAN CARLOS YEPES ALZATE
Apoderado Judicial
 C.C. 10.282.095 de Manizales
 T.P. 63.812 del C.S. de la J.



UD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO - ASEGURADO



suramericana 000051

02

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR)

Ofic Radicación: 2638 Póliza No.: 083000790768 Fecha Inicio de Vigencia: 20160130 Fecha Fin de Vigencia: 20170130 Número Solicitud: 1298766

Plan Vida Integral Contributivo [X] Plan Vida Integral No Contributivo [] Plan Vida Clásico Contributivo [] Plan Vida Clásico No Contributivo [] Plan Vida Deudores []

Ingreso [X] Modificación [] Porcentaje de crecimiento [] SI [] NO [X] % Forma de pago prima Mensual [X] Trimestral [] Semestral [] Anual []

Continuidad de vida Individual Sura [] SI [] NO [X] No. Póliza Vida Individual Sura: 83

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR Y/O GESTOR) RAMO: 83

Asesores que participan en el seguro. Indique los datos del Líder: Razón Social o Nombre del Asesor (Código Asesor) % Participación Oscar Evelio Giraldo 19463 100

INFORMACIÓN GESTOR Gestores que participan en el seguro. (Primero Nombres, luego Apellidos) Manizales RECIBO: 94207413 Código Gestor: C.29.305389 29804

INFORMACIÓN DEL TOMADOR Tipo de Identificación [X] C.C. [] C.E. [] PA. [] NIT [] Número de Identificación: 75099335

Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos) Oscar Evelio Giraldo Tipo de Institución [] Pública [X] Privada

Dirección Correspondencia: Manizales/Caldas Ciudad / Departamento Correo Electrónico Teléfono (sin indicativo)

INFORMACIÓN DEL AFILIADO PRINCIPAL Tipo de Identificación [X] C.C. [] C.E. [] PA. [] NIT [] Número de Identificación: 24305788

Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos) Melida Yepes Alzate Sexo [X] F [] M Fecha de Nacimiento: 1950-10-25

Peso (kg) 57 Estatura (cm) 1.56 Ciudad: Manizales Departamento: Caldas Teléfono (sin indicativo) Celular: 3216442639

Dirección Correspondencia Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO (*El valor asegurado por amparo de cada uno de los integrantes del grupo familiar, no puede ser superior al valor asegurado por amparo del Asegurado Principal.)

Valor Solicitado Amparo de Vida Amparos Vida Grupo Coberturas Amparos Adicionales Coberturas

Asegurado Principal \$ 150.000.000.000. Invalidez por Accidente o Enfermedad [] Indemnización Adicional por Muerte [] Lesiones con armas [] SI [] NO []

Cónyuge \$ Hijos \$ Hermanos \$ Otros \$ Parentesco de otros con el Asegurado Principal

Valor Prima (según forma de pago pactada) \$

INFORMACIÓN DE OTROS ASEGURADOS

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS DEL AFILIADO PRINCIPAL (*La suma de los porcentajes debe ser igual al 100%)

Beneficiario Tipo | Número Nombre y Apellidos % Parentesco Juan Carlos Yepes A. 50 hijo Sebastian Yepes A. 50 hijo

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Usted o alguno de su grupo asegurado)

1. ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado: Enfermedades cardiovasculares [] Infarto del miocardio [] Arritmias [] Hipertensión arterial [] Colesterol (Tratado con medicamentos) [] Triglicéridos altos (Tratados con medicamentos) []

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información: [] SI [X] NO

No. de identificación del Asegurado Nombre del Médico tratante Nombre de la Institución Médica EPS Enfermedad / Especificar Padecimiento

2. ¿Ha(n) estado incapacitado(s) u hospitalizado(s) en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentra(n) en algún tratamiento o estudio médico o sabe(n) si será(n) hospitalizado(s) o intervenido(s) quirúrgicamente? [] SI [X] NO

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información: [] SI [X] NO

No. de identificación del Asegurado Nombre del Médico tratante Nombre de la Institución Médica EPS Enfermedad / Especificar Padecimiento

3. ¿A alguno de sus hermanos(as), padre o madre les han diagnosticado algunos de los siguientes padecimientos antes de los 50 años de edad: Cáncer de colon, Cáncer de recto, Cáncer de mama? [] SI [X] NO

En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deben diligenciar la siguiente información: [] SI [X] NO

No. de identificación del Asegurado Parentesco Enfermedad / Tipo de cáncer Edad diagnóstico

Observaciones

El seguro entrará en vigor cuando en virtud de la aprobación y evaluación de esta solicitud y de los documentos requeridos SURAMERICANA acepte el riesgo.

CLÁUSULA DE GARANTÍA Declaramos que gozamos de buena salud y que la información que suministramos en este documento solicitud de seguro, es cierta. Que mi (nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerz(cemos) actividades ilícitas, ni de alto riesgo.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Autorizo a SURAMERICANA S. A., su matriz, sus empresas filiales y subsidiarias, nacionales o extranjeras, presentes o futuras, en adelante SURAMERICANA, para el tratamiento de los datos personales que suministre, con los siguientes fines: El trámite de mi solicitud de seguro, incluyendo la determinación de primas y la selección de riesgos, la ejecución y el cumplimiento de los contratos que celebre, el control y la prevención del fraude, la liquidación y pago de siniestros; la elaboración de estudios técnico-actuariales, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado, el registro y compilación de mis datos en ficheros físicos o digitales. Para que compartan entre ellas y accedan a la información referente a mí con el fin de contactarme por cualquier medio para fines comerciales o de mercadeo, envío de información y publicidad.

Igualmente autorizo a SURAMERICANA para que comparta, transmita, entregue, transfiera a cualquier título, consulte información y/o documentación referente a mí, para las finalidades mencionadas a: los proveedores necesarios para el cumplimiento de derechos y obligaciones derivados de los contratos celebrados con SURAMERICANA, los intermediarios de seguros, defensor del consumidor financiero, FASECOLD e Inverfas, coaseguradores y reaseguradores, personas jurídicas que administran bases de datos para efectos de prevención y control de fraudes y selección de riesgos, a las entidades del Sistema General de Seguridad Social Integral y las Centrales de información y riesgo. De igual forma, autorizo a SURAMERICANA para consultar, acceder y obtener copia de mi historia clínica para las finalidades enunciadas, incluso después de fallecido.

Autorizo expresamente para que se lleve a cabo el tratamiento de mis datos sensibles, en especial, los relativos a la salud y a los datos biométricos. He sido informado que las respuestas a las preguntas sobre datos personales sensibles o sobre datos de niños y adolescentes son voluntarias. Sé que me asisten los derechos previstos en la ley 1581 de 2012, en especial, el derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos.

Se informa que el responsable del tratamiento de la información es Suramericana, cuya dirección es Suramericana para cualquier corrección, actualización o supresión de datos, comunicarse a la línea de atención al 437 9888 desde Medellín, Bogotá y Cali o al 01 8000 518888.

DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DEL COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUS FRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO.

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL TOMADOR

Declaro que he sido informado de las coberturas, exclusiones y garantías del producto y también que se me han informado las condiciones del mismo y que he leído y aceptado los términos y condiciones en la página web.

Firma del Afiliado: Melida Yepes Alzate Número de Identificación: 24.305.788

Huella Dactilar Derecho Afiliado

Fecha de diligenciamiento Formato (AAAA/MM/DD) 20160118 Número Solicitud 1298766

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.D.: Carné Diplomático - C.E.: Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - NI: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR: Progenitor (Padre-Madre) CP: Compañer(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar Am: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viuda - U: Unión Libre - D: Divorciado

SEGURO DE VIDA DE GRUPO
PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO



000052

Señor (a)
OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO

CL 59 # 24 A 14
MANIZALES
2638 - 19463

CIUDAD Y FECHA DE EXPEDICIÓN MANIZALES, 05 DE MARZO DE 2020	NÚMERO DE PÓLIZA 0790768-6	REFERENCIA DE PAGO 08397284418	
INTERMEDIARIO OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO	CÓDIGO 19463	OFICINA 2638	DOCUMENTO NÚMERO 97284418

TOMADOR OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO	CEDULA 75099335
--	---------------------------

ASEGURADO
VER CERTIFICADO INDIVIDUAL DOCUMENTO ADJUNTO

BENEFICIARIO
VER CERTIFICADO INDIVIDUAL DOCUMENTO ADJUNTO

DIRECCIÓN DE COBRO CL 59 # 24 A 14	CIUDAD MANIZALES	TELÉFONO 8968224
--	----------------------------	----------------------------

COBERTURAS	NRO. ASEGURADOS	VALOR ASEGURADO	PRIMA
VIDA	9	\$990.000.000	\$310.811
Inv., perdida o inutilización por EFG o Accidente	9	\$990.000.000	\$22.523
ENFERMEDADES GRAVES	8	\$420.000.000	\$99.372
GASTOS DE ENTIERRO	9	\$45.000.000	\$14.128
BONO CANASTA / EDUCATIVO	9	\$54.000.000	\$18.182
MUERTE ACC. ARMAS	9	\$990.000.000	\$146.847
renta por hospitalización	8	\$1.000.000	\$91.000
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	8	\$1.000.000	\$10.010
INV. ACC. CON ARMAS	9	\$990.000.000	\$39.640
renta por incapacidad	8	\$840.000	\$216.516

VIGENCIA DEL MOVIMIENTO DESDE 30-MAR-2020	VIGENCIA DEL MOVIMIENTO HASTA 30-ABR-2020	DÍAS 31	PRIMA MENSUAL \$969.027	I.V.A \$0	TOTAL A PAGAR \$969.027
---	---	-------------------	----------------------------	---------------------	-----------------------------------

VALOR A PAGAR EN LETRAS
NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL VEINTI SIETE PESOS M/L

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE 30-ENE-2020	VIGENCIA DEL SEGURO HASTA 30-ENE-2021	FORMA DE PAGO MENSUAL	FRECUENCIA DE AJUSTE DIARIO	TIPO DE AJUSTE AJUSTE NORMAL	PRODUCCIÓN ACTUAL \$ 11.628.326	PRODUCCIÓN PROYECTADA EN RENOVACIÓN \$11.628.326
---	---	---------------------------------	---------------------------------------	--	---	--

DOCUMENTO DE:
RECIBO DE COBRO PENDIENTE POR PAGO

GRANDES CONTRIBUYENTES.

RESPONSABLES DEL IMPUESTO A LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN.

LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009965

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DEL SEGURO: "LA MORA DEL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO".

EL PRESENTE CONTRATO SE RIGE POR LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES CONTENIDAS EN LA FORMA (F-14-11-0083-366) LAS CUALES SE ADJUNTAN.

EL TOMADOR, ASEGURADO, BENEFICIARIO O AFIANZADO, SE OBLIGAN A ACTUALIZAR ANUALMENTE O AL MOMENTO DE LA RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL FORMULARIO DE VINCULACIÓN DE CLIENTES Y SUS ANEXOS Y A ENTREGAR INFORMACIÓN VERAZ Y VERIFICABLE. A SU VEZ, LA COMPAÑÍA TIENE LA FACULTAD DE CANCELAR EL CONTRATO, DE CONFORMIDAD CON LO AUTORIZADO POR EL RÉGIMEN LEGAL PROPIO DE CADA CONTRATO, EN CASO DE DESATENCIÓN A ESTOS DEBERES.

103 - NEGOCIOS MEDIANA Y PEQUEÑA EMP

RAMO 083	PRODUCTO 066	OFICINA 2638	USUARIO 90511	OPERACIÓN 07	COASEGURO DIRECTO	MONEDA PESO COLOMBIANO	FIRMA AUTORIZADA 	RECIBÍ (Firma Cajero o Cobrador Autorizado)
NRO. PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO DE COMPAÑÍA LÍDER		OPERACIÓN COBRO PERIODICO		IMPORTANTE: ESTE DOCUMENTO SOLO ES VALIDO COMO RECIBO DE PRIMA, SI ESTA FIRMADO POR UN CAJERO O COBRADOR AUTORIZADO POR SURAMERICANA. SI SE ENTREGA A CAMBIO DE UN CHEQUE. LA PRIMA SOLO SERA ABONADA AL RECIBIR SURAMERICANA SU VALOR.			

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPAÑÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
19463	OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	INDEPENDIENTES	100,00	969.027

FECHA A PARTIR DE LA CUAL SE UTILIZA 01-02-2020	TIPO Y NÚMERO DE LA ENTIDAD 14-11	TIPO DE DOCUMENTO P	RAMO AL CUAL PERTENECE 34	IDENTIFICACIÓN INTERNA DE LA PROFORMA F-14-11-0083-366
---	---	-------------------------------	-------------------------------------	--

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CRA 23 NO. 75A-77
MANIZALES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.790-5
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN

000053

FECHA VIGENCIA DEL MOVIMIENTO		NÚMERO DE PÓLIZA	RECIBO
Desde 2020/03/30	Hasta 2020/04/30	0790768-6	97284418

TOMADOR
OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO

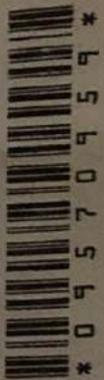
CEDULA
75099335

DET.	# PGO	ID AFILIADO	ID ASEGURADO	NOMBRE DEL ASEGURADO	EDAD	PAR	VALOR ASEGURADO VID	VALOR ASEGURADO AP	VALOR ASEGURADO RENTA	PRIMAS SEGÚN FORMA DE PAGO							TOTAL PRIMA AFILIADO	
										PRIMA VID	PRIMA INV	PRIMA EFG	PRIMA BON	PRIMA AP	PRIMA REN	PRIMA ITT		PRIMA ASEGURADO
35	10282095	10282095	10282095	YEPES ALZATE JUAN CARLOS	51	AF	150.000.000	150.000.000	170.000	47.093	3.413	17.745	3.590	28.256	17.172	38.903	156.170	156.170
17	24305788	24305788	24305788	YEPES ALZATE MELIDA	69	AF	150.000.000	150.000.000	0	47.093	3.413	0	3.590	28.256	0	0	82.350	82.350
36	24433312	24433312	24433312	CASTAÑO GOMEZ ALBA SONIA	55	AF	100.000.000	100.000.000	120.000	31.395	2.275	11.830	3.590	18.837	12.121	25.935	105.983	105.983
25	24434074	24434074	24434074	CASTAÑO GOMEZ NORA LILIANA	52	AF	60.000.000	60.000.000	80.000	18.837	1.365	7.098	3.590	11.302	8.081	15.561	65.834	65.834
26	24434779	24434779	24434779	CASTAÑO GOMEZ DIANA PIEDAD	49	AF	60.000.000	60.000.000	80.000	18.837	1.365	7.098	3.590	11.302	8.081	15.561	65.834	65.834
23	25235092	25235092	25235092	FRANCO YEPES VALENTINA	42	AF	100.000.000	100.000.000	120.000	31.395	2.275	11.830	3.590	18.837	12.121	25.935	105.983	105.983
34	30324499	30324499	30324499	ARANGO JIMENEZ BEATRIZ CLEMENCIA	47	AF	150.000.000	150.000.000	170.000	47.093	3.413	17.745	3.590	28.256	17.172	38.903	156.170	156.170
21	75070580	75070580	75070580	CASTILLO CASTILLO CESAR HERNEY	46	AF	70.000.000	70.000.000	90.000	21.977	1.593	8.281	3.590	13.186	9.091	16.817	74.534	74.534
16	75099335	75099335	75099335	GIRALDO CASTAÑO OSCAR EVELIO	39	AF	150.000.000	150.000.000	170.000	47.093	3.413	17.745	3.590	28.256	17.172	38.903	156.170	156.170
															TOTALES	969.027		

RESUMEN DE MOVIMIENTOS

OPERACIÓN	NÚMERO DE MOVIMIENTOS POR OPERACIÓN	VALOR PRIMA POR OPERACIÓN
Ingresos	0	\$0
Retiros	1	-\$55,797
Aumento Valor Asegurado	0	\$0
Disminución Valor Asegurado	0	\$0
Sin Modificaciones	9	
Total Resumen Movimientos	-	\$969,027

000054



REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial

09570959

Datos de la oficina de registro							
Clase de oficina:	Registraduría	Notaría	5	Consulado	Corregimiento	Insp. de Policía	Código
							E 6 T
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
***** COLOMBIA - CALDAS - MANIZALES *****							

Datos del inscrito	
Apellidos y nombres completos	
***** YEPES ALZATE MELIDA *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Sexo (en letras)
***** CC 24.305.788 *****	FEMENINO

Datos de la defunción			
Lugar de la defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía			
***** COLOMBIA - CALDAS - MANIZALES *****			
Fecha de la defunción		Hora	Número de certificado de defunción
Año	Mes	Día	
2 0 2 0	A B R	0 3	00:18 72307132-3 *****
Presunción de muerte			
Juzgado que profiere la sentencia		Fecha de la sentencia	
		Año	Mes
		X X X X	X X X
Documento presentado		Nombre y cargo del funcionario	
Autorización Judicial	Certificado Médico	DILBERTH DAVID BENITEZ JIMENEZ *****	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	MÉDICO *****	

Datos del denunciante	
Apellidos y nombres completos	
***** VALDERRAMA MEDINA ANDRES ESTEBAN *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
***** CC 1.006.514.441 *****	Andres Valderrama

Primer testigo	
Apellidos y nombres completos	

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

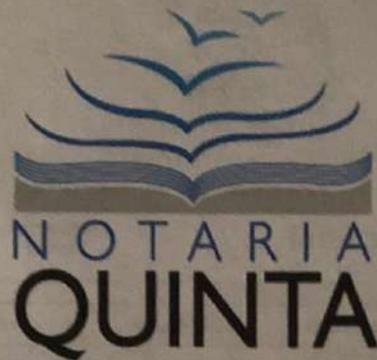
Fecha de inscripción		Nombre y firma del funcionario que autoriza	
Año	Mes	Día	
2 0 2 0	A B R	0 7	JAIR VILLEGAS SANCHEZ

ESPACIO PARA NOTAS	

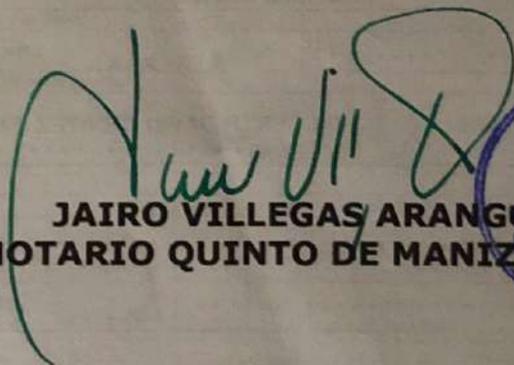


- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

000055



EL SUSCRITO NOTARIO QUINTO DEL CIRCULO DE MANIZALES, EXPIDE FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL DEL REGISTRO CIVIL DE DEFUNCION, EL CUAL REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA, OBRANTE EN EL INDICATIVO SERIAL NUMERO 9570959, MANIZALES 07 ABR. 2020. LAS COPIAS DE REGISTRO CIVIL NO TIENEN VENCIMIENTO (ARTICULO 21 LEY 962 DE 2005) VALIDEZ PERMANENTE.

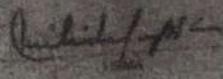

JAIRO VILLEGAS ARANGO
NOTARIO QUINTO DE MANIZALES



000056

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.305.78B
YEPES ALZATE
APELLIDOS
MELIDA
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-1980
GENOVA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
ESTATURA 1.53 O+ F
SEXO
03-NOV-1972 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EMISIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
CALLE 100A, TORRE 1000, BOGOTÁ

A-030100-0100495-F-004005796-00081122 006230402A 2 4513016618

000058

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
75.094.782
NUMERO

YEPES ALZATE
APELLIDOS

SEBASTIAN
NOMBRES

SEBASTIAN YEPES ALZATE
FIRMA



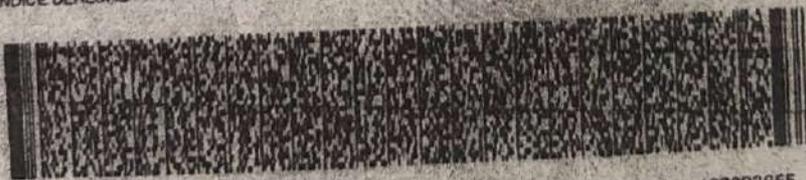
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUN-1980
MANIZALES
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.78 A+
ESTATURA G.S. RH SEXO M

29-JUL-1998 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VACHA



A-0900100-35090801-M-0075094782-20071018 0000807290P 01 102093655

000059

REGISTRO CIVIL

IDENTIFICACION No.

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

14161910

1) Parte básica	2) Parte compl.
68-09-06	

3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.)	4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría	5) Código
NOTARIA PRIMERA	MANIZALES	2001

SECCION GENERAL

6) Primer apellido	7) Segundo apellido	8) Nombres
YEPES	ALZATE	JUAN CARLOS.
9) Masculino o Femenino	10) <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	11) Día
MASCULINO		06
		12) Mes
		SEPTIEMBRE
		13) Año
		1.968
14) País	15) Departamento, Int., o Com.	16) Municipio
COLOMBIA	CALDAS	MANIZALES.

SECCION ESPECIFICA

17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento	18) Hora
CLINICA DE LA PRESENTACION.	12 am
19) Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.)	20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento
SENTENCIA Noviembre 11/88	JUZGADO SEGUNDO CIVIL DEL CLO.
21) No. licencia	
22) Apellidos (de soltera)	23) Nombres
YEPES ALZATE	MELIDA.
24) Edad actual	
38	
25) Identificación (clase y número)	26) Nacionalidad
C# 24.305.788 de Mles	COLOMBIANA
	27) Profesión u oficio
	ABOGADA.
28) Apellidos	29) Nombres
*****	*****
30) Edad actual	
31) Identificación (clase y número)	32) Nacionalidad
*****	*****
	33) Profesión u oficio

34) Identificación (clase y número)	35) Firma (autógrafa)
C# 24.305.788 de Mles.	<i>Melida Yepes Alzate</i>
36) Dirección postal y municipio	37) Nombre: MELIDA YEPES ALZATE.
CLL 57 # 24A-66	38) Firma (autógrafa)
38) Identificación (clase y número)	*****
*****	41) Nombre:
40) Domicilio (Municipio)	42) Firma (autógrafa)
*****	*****
42) Identificación (clase y número)	43) Nombre:
*****	44) Firma (autógrafa)
*****	*****
44) Domicilio (Municipio)	45) Nombre:
*****	*****
FECHA DE INSCRIPCIÓN	(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)
46) Día	47) Mes
19	SEPTIEMBRE
	48) Año
	1.989

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

49) Firma del notario y del funcionario ante quien se hace el registro
Firma DAKE IPIC 20/11/77



000061

Medellín, 17 de mayo de 2020

Señor(a)

Juan Carlos Yepes Alzate - Sebastian Yepes Alzate

Melida Yepes Alzate

CALLE 21 # 23 48

Teléfono: 8803568

Caldas - Manizales

Asunto: Respuesta a la reclamación 0830089038664 del Seguro (Plan vida integral contributivo) No. 083000790768.

Tomador: Oscar Evelio Giraldo Castaño

Concluido el estudio de su reclamación presentada por el amparo de Vida, con motivo del fallecimiento de la asegurada Melida Yepes Alzate, les informamos que Seguros de Vida Suramericana S.A., no atenderá favorablemente su solicitud de indemnización.

Nuestra decisión toma fundamento en el antecedente referido en las historias clínicas de E.P.S. Colsanitas, de las cual se pudo establecer que la señora Melida Yepes Alzate tenía antecedente de: "Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) del grupo C diagnostico desde el año 2014.....de acuerdo a historia clínica consulta el 17/07/2015: paciente de 64 años con antecedentes de EPOC grado C, OXIGENOREQUIRIENTE 12 horas en la noche. En manejo con Neumología"; Es decir desde antes de diligenciar la solicitud para la póliza 083000790768, situación que no fue informada por el afiliado al momento de suscribir el seguro de acuerdo a la Declaración de Asegurabilidad, donde se le preguntaba: 1) "Tien(e)n ha(n) tenido o le(s) han diagnosticado: Efisemia (EPOC)" A lo que ella respondió negativamente.

Es de anotar que de haber sido conocido este aspecto por la Compañía, esta se hubiera retraído de celebrar el presente contrato, lo que con fundamento en el Artículo 1058 de Código de Comercio produce la nulidad relativa del mismo.

La Reticencia esta definida en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuyo inciso primero se transcribe: "Art.1058- 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".

Por lo anteriormente expuesto Seguros de Vida Suramericana S.A. objeta la presente reclamación.

Para atender sus inquietudes puede comunicarse con su asesor o en nuestra Línea de Atención marcando 437 8888 para las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín, desde celular marcando #888 o sin costo desde cualquier lugar del país al 01 800 051 8888.

Atentamente,



000062

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sebastian Yepes Alzate".

DIRECCIÓN CENTRO DE OPERACIONES VIDA
Seguros de Vida Suramericana S.A.
Medellín

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA NIT 890.903.790-5

Señor(a)
Juan Carlos Yepes Alzate - Sebastian Yepes Alzate
CALLE 21 # 23 48
Teléfono: 8803568

Melida Yepes Alzate

Caldas - Manizales,

Bogotá D.C., 12 de agosto de 2020

Señores

DIRECCIÓN CENTRO DE OPERACIONES VIDA

Seguros de Vida Suramericana S.A.

Medellín

SEGUROS

lineacrmseguros@suramericana.com.co

Referencia: **Derecho Fundamental de Petición**
Solicitud de reconsideración a reclamación de indemnización 0830089038664 del Seguro (Plan vida integral contributivo) No. 083000790768.
Tomador: Oscar Evelio Giraldo Castaño
Asegurada: MÉLIDA YEPES ALZATE C.C. 24.305.788
Beneficiarios: JUAN CARLOS YEPES ALZATE C.C. 10.282.095
SEBASTIÁN YEPES ALZATE C.C. 75.094.782
Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo – CPACA – Ley 1755 de 2015

Yo, **JUAN CARLOS YEPES ALZATE**, abogado en ejercicio, identificado con cédula de ciudadanía No. 10.282.095 de Manizales, portador de la T.P. No. 63.812 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en nombre propio, y en representación de mi hermano el Señor **SEBASTIAN YEPES ALZATE**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 75.094.782 de Manizales, en calidad de hijos de la Señora **MÉLIDA YEPES ALZATE**, quien en vida se identificaba con la cédula de ciudadanía No. 24.305.788 de Manizales, y como beneficiarios del **Seguro (Plan vida integral contributivo) No. 083000790768**, por medio del presente escrito respetuosamente elevo ante ustedes **Derecho Fundamental de Petición**, consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y los artículos 13 y subsiguientes de la Ley 1437 de 2011 – Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo¹ – CPACA, modificado por la Ley 1755 de 2015 y demás normas concordantes, para solicitar respetuosamente la RECONSIDERACIÓN de la decisión comunicada por la compañía Seguros de Vida Suramericana S.A. mediante oficio del 17 de mayo de 2020, notificado a los suscritos en correo electrónico del 3 de junio de 2020, y mediante el cual resolvió que **“no atenderá favorablemente su solicitud de indemnización”**, por las razones anotadas en la citada comunicación; petición que fundamento en lo siguiente:

¹ En adelante, CPACA.

La Honorable Corte Constitucional en Sentencia T-024/16 con ponencia de la Honorable Magistrada MARÍA VICTORIA CALLE CORREA, reiteró lo expresado en múltiples sentencias referidas a la misma materia respecto de que “el contrato de seguros estará siempre regido por los postulados de la buena fe calificada, tras lo cual y una vez ocurrido el siniestro que ampara la garantía asumida por el titular del seguro, en su propio beneficio o en el de los beneficiarios, es deber de la empresa aseguradora proceder a indemnizar el amparo asegurado sin buscar argucias legales para abstraerse de sus obligaciones, a menos que cuente con las pruebas necesarias para demostrar, como es su deber, que se ha incurrido en conductas engañosas, o de mala fe por parte del asegurado para defraudar la relación contractual, estando en cabeza de la aseguradora la carga de la prueba”.

Puntualmente y sobre el particular expresó:

“ . . . Con base en las anteriores consideraciones, la Sala estima que carece de fundamento constitucional la objeción a una reclamación de reconocimiento de una póliza de seguro de vida grupo deudores o a una solicitud para hacer efectiva un amparo indemnizatorio, cuando el interesado padece una incapacidad permanente o se ha producido su muerte, bajo el argumento de que hubo reticencia en declarar una situación de salud consolidada con anterioridad a la vigencia del contrato, con fundamento en cláusulas genéricas y ambiguas que excluyen la cobertura de cualquier tipo de preexistencia, y cuando la empresa aseguradora ha incumplido los deberes correlativos con respecto al tomador, especialmente el de confirmación.”

Para fundamentar la presente solicitud, hemos acudido a la opinión erudita de una experta en seguros, la Doctora Silvia Juliana Villamizar Becerra, quien ha emitido el concepto jurídico que anexamos a la presente, y que concluye de manera contundente lo que a continuación se transcribe:

“

CONCLUSIONES

Una vez hechos los análisis descritos en los puntos 1) y 2) del aparte titulado “CARACTERIZACIÓN DE NECESIDADES” de este concepto, puede afirmarse con ajuste a las normas y a la práctica mercantil, lo siguiente;

1.- CARGA DE LA PRUEBA Y EXÁMENES MÉDICOS PARA LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA.

Derivado del hecho probado en el estudio, que la Señora MÉLIDA YEPES ALZATE fue atendida por una funcionaria de la compañía aseguradora para la suscripción del formulario de solicitud del “SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO”, y aceptando que este formulario NO fue diligenciado en su integridad por la tomadora, quien únicamente procedió a estampar su firma, huella y número de Cédula, y que la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A. NO ordenó, ni exigió a la tomadora del seguro, la realización de ningún examen médico para la aprobación de los riesgos, ni requirió el aporte por parte de esta de su historia clínica, para verificar su condición de salud, más aún habiendo reconocido que la tomadora tenía la edad de 65 años al momento de suscribir el seguro, y que llevó a pactar la exclusión de la cobertura de “enfermedad grave” para el reconocimiento de incapacidad permanente, **es procedente asegurar en aplicación a la jurisprudencia copiosa y veterada de la Honorable Corte Constitucional, que la carga de la prueba de la reticencia invocada por la aseguradora como causal para rechazar la indemnización a que se tiene derecho, recae exclusivamente en la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A.,** sin que le sea endilgable a la asegurada ni a los beneficiarios, ninguna responsabilidad en perjuicio de su interés legítimo en el reconocimiento y pago de la respectiva indemnización.

2.- PRINCIPIO DE LA BUENA FE.

El derecho de la asegurada Señora MÉLIDA YEPES ALZATE y sus beneficiarios hijos JUAN CARLOS YEPES ALZATE y SEBASTIÁN YEPES ALZATE, para que les sea reconocida la indemnización procedente del “SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO” como consecuencia del fallecimiento de la tomadora asegurada, **se encuentra amparado en el principio de la BUENA FE,** advirtiendo que la aseguradora NO ha desplegado, como es su deber, ninguna actuación para demostrar el elemento subjetivo de la reticencia alegada, consistente en la motivación que pudo haber tenido la asegurada para no reportar al momento de la suscripción del formulario de solicitud del seguro, preexistencia del EPOC, y por el contrario, **reposa prueba en el expediente, de que la tomadora, si puso en conocimiento de la aseguradora, antes de la renovación automática de la póliza para la vigencia 30-01-2019 a 30-01-2020; su historia clínica integral donde se evidencia no solo el padecimiento de un “adenocarcinoma ductal de páncreas” detectado en septiembre del año 2018, sino también se reporta el EPOC padecido por la asegurada, información que no mereció ningún pronunciamiento de la**

compañía aseguradora, quien aprobó la renovación de la póliza y del riesgo asegurado, sin ninguna exclusión. Con ello queda demostrado que la asegurada señora MÉLIDA YEPES ALZATE, no pudo haber obrado de mala fe respecto de la reticencia invocada por la aseguradora como causal para el rechazo de la indemnización reclamada, por lo que es dable afirmar que este rechazo se deviene en improcedente e ilegal.

3.- NEXO DE CAUSALIDAD ENTRE LA PREEXISTENCIA ALUDIDA Y LA CONDICIÓN MÉDICA QUE DIO ORIGEN AL SINIESTRO.

Como lo ha sostenido reiteradamente la jurisprudencia abundante de la H. Corte Constitucional, y de la H. Corte Suprema de Justicia, al resolver acciones de tutela en que se reclama la violación de los derechos de los asegurados por la resistencia de las aseguradoras a reconocer la indemnización reclamada por el beneficiario de la póliza de seguro de vida, **“en caso de que la aseguradora alegue la existencia de la figura de la “reticencia”, deberá demostrar el nexo de causalidad entre la preexistencia aludida y la condición médica que dio origen al siniestro, de forma clara y razonada, y con fundamento en las pruebas aportadas en el expediente. De esta manera, la aseguradora es la parte contractual que tiene la carga de probar dicho elemento objetivo para efectos de exonerarse de su responsabilidad en el pago de la indemnización”.**

En el caso particular de la Señora MÉLIDA YEPES ALZATE, está demostrado en su historia clínica, y en el expediente aportado a la compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A., que **la causa de su fallecimiento, obedeció a su patología de “adenocarcinoma ductal de páncreas”** y que **no existe nexo de causalidad entre la causa de la muerte ocurrida en 3 de abril de 2020, con el EPOC alegado por la aseguradora como causal de la reticencia motivo de la negación de la indemnización reclamada,** por lo que de manera arbitraria y en claro abuso del derecho, la aseguradora se está valiendo de un hecho inexcusable y no probado, para abstenerse de pagar la indemnización a que se encuentra obligada.

EN RESUMEN:

En opinión de la suscrita abogada, y haciendo propia y aplicable al caso concreto aquí estudiado lo señalado por la jurisprudencia de la H. Corte Constitucional, la aseguradora que alega reticencia, además de probar este elemento objetivo: a saber, el nexo de causalidad entre la preexistencia alegada y la ocurrencia del siniestro, tiene la obligación de probar el elemento subjetivo, esto es, la mala fe del tomador. En consecuencia, la aseguradora tiene una doble carga: i) por un lado, probar que existe

una relación inescindible entre la condición médica preexistente y el siniestro acaecido, y ii) por otro, demostrar que el tomador actuó de mala fe, y que voluntariamente omitió la comunicación de dicha condición.

La compañía Aseguradora Seguros de Vida Suramericana S.A. 1) no ha probado como es su deber, y no podría hacerlo por imposibilidad material, que la causa del siniestro acaecido a la Señora MÉLIDA YEPES ALZATE, tenga un nexo causal con la preexistencia del EPOC alegado por la aseguradora en invocación de la figura de la reticencia; 2) tampoco fue diligente para ordenar la presentación de exámenes médicos de la Señora MÉLIDA YEPES ALZATE, para confirmar su estado de salud al momento de aprobar los riesgos aceptados en la póliza de seguro, y expedir la respectiva póliza del “SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO”; 3) NO ha demostrada la mala fe de la asegurada en el proceso de aseguramiento, ni el ocultamiento voluntario de la Señora MÉLIDA YEPES ALZATE sobre su condición de salud referida al EPOC ; y 4) NO existe motivo con sustento legalmente válido para objetar la reclamación indemnizatoria presentada por los beneficiarios del “SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO” adquirido por la Señora MÉLIDA YEPES ALZATE, quien además cumplió a cabalidad, con lealtad y buena fe, con todas sus obligaciones contractuales establecidas en la póliza y anexos del contrato de “SEGURO DE VIDA GRUPO – PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO”, identificado con el Número 0790768-6, como se evidencia del expediente y documentos aportados al mismo.

.....”

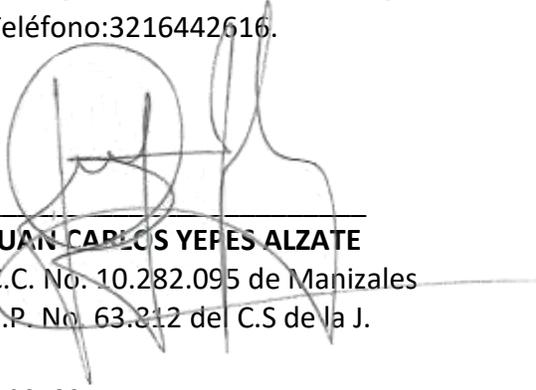
Así las cosas, consideramos, el suscrito abogado JUAN CARLOS YEPES ALZATE, junto con mi hermano SEBASTIÁN YEPES ALZATE, que nos asiste razón para procurar las acciones legales pertinentes para reclamar el justo derecho que nos está siendo negado de manera inconstitucional por la compañía Seguros de Vida Suramericana S.A., al objetar la reclamación de la indemnización que nos corresponde por el seguro de vida que amparaba a nuestra Señora Madre MÉLIDA YEPES ALZATE, y que defenderemos de ser necesario hasta las más altas instancias judiciales del país, no solamente por el aspecto material que desde luego tiene una relevancia importante en su cuantía, pero principalmente por el agravio moral con el que está siendo deshonrada la memoria de nuestra Madre al adjudicarle un comportamiento mentiroso y de mala fe que en nada se compadece con su intachable trayectoria como ciudadana y como abogada, y que culminó su vida con un padecimiento de cáncer, tras un largo período como guardadora de la FE PÚBLICA como NOTARIA TERCERA del CÍRCULO DE MANIZALES que fue, y ahora se ve mancillada su memoria y su nombre por Ustedes al endilgarle injustificadamente una

conducta reticente en la suscripción de la póliza que de buena fe adquirió con su organización.

Agradecemos una pronta respuesta al presente derecho de petición.

NOTIFICACIONES

Recibiremos notificaciones a través de la dirección de correo electrónico juan.yepes@lealtis.com, sebasypes10@yahoo.com y/o contacto@lealtis.com inscrita en el registro nacional de abogados, de conformidad con el Decreto 806 de 2020. Teléfono:3216442616.



JUAN CARLOS YEPES ALZATE

C.C. No. 10.282.095 de Manizales

T.P. No. 63.212 de C.S de la J.

Anexos:

Oficio de fecha 17 de mayo de 2020

Formulario 1298766 - Póliza de Seguro de Vida Grupo 083000790768.

Concepto técnico legal.

Medellín, 11 de septiembre de 2020

Señor

JUAN CARLOS YEPES ALZATE

Teléfono: 3216442616

juan.yepes@lealtis.com

sebasyepes10@yahoo.com

contacto@lealtis.com

Manizales

Asunto: Respuesta derecho de petición – solicitud de consideración
Reclamación 0830089038664 del Seguro (Plan vida integral contributivo) No.
083000790768 – Asegurada: Melida Yepes Alzate

Cordial saludo,

Hemos recibido solicitud de reconsideración presentada por usted en nombre propio y en representación del señor Sebastian Yepes Alzate, con ocasión a la objeción emitida por Seguros de Vida Suramericana S.A. a la reclamación presentada con ocasión al fallecimiento de la asegurada Melida Yepes Alzate (q.e.p.d), al respecto, la Compañía le informa que no atenderá favorablemente su solicitud de reconsideración y en consecuencia ratifica la **OBJECCIÓN** formal de acuerdo a las siguientes consideraciones:

Como se indicó en las comunicaciones enviadas anteriormente, se identificó que la asegurada Melida Yepes Alzate (q.e.p.d) fue reticente al momento de declarar su estado del riesgo, teniendo en cuenta que contestó de forma negativa el formulario propuesto por la Compañía, específicamente negando la patología denominada Eufemias (EPOC), situación que de haber sido conocida por Seguros de Vida Suramericana S.A. la hubiese retraído de celebrar el contrato de seguro en cuestión.

De otra parte, nos permitimos precisar que los argumentos y fallos de la Honorable Corte Constitucional citados en su escrito de reconsideración constituyen sentencias de tutela, es decir, fallos judiciales con efectos **Inter partes** que únicamente vinculan a quienes concurren a dicho trámite tutelar atendiendo a las particularidades del caso concreto y **sin efecto vinculante** frente a terceros, es decir, en conclusión, los referidos fallos no constituyen precedente judicial, por demás, resulta importante indicar lo consagrado en el artículo 1158 del Código de Comercio que estipula lo siguiente:

“Artículo 1158. Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar.” (subrayado fuera del texto original).

Por lo expuesto anteriormente, Seguros de Vida Suramericana S.A. ratifica su decisión inicial de OBJECCIÓN a la reclamación presentada con ocasión al fallecimiento de la señora Melida Yepes Alzate (q.e.p.d), quién fungía como asegurada en la póliza 083000790768.

Usted cuenta además con un equipo experto dispuesto a atenderles en nuestra Línea de Atención, marcando 437 8888 para las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín, también pueden comunicarse con nosotros sin costo desde cualquier lugar del país al 01 800 051 8888 o desde su celular marcando #888.

Atentamente,



GERENCIA DE PROCESOS VIDA Y RENTAS
Seguros de Vida Suramericana S.A.

Asesor: 54484-SUPROTECCION LTDA PROFESIONALES EN SEGUROS

deam

CENTRO DE ARBITRAJE Y CONCILIACION
Aprobado por la resolución 1371 del 14 de agosto de 1991
Emanada del Ministerio de Justicia

Referencia: Audiencia de Conciliación
No. Radicación: 005/ 2021
Solicitante: SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
Citados: JUAN CARLOS YEPES ALZATE, SEBASTIAN YEPES ALZATE,
OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO
Conciliadora: SARA MARÍA CORRALES LAVERDE
Fecha de Solicitud: Enero 20 de 2021

CONSTANCIA DE NO ACUERDO

Siendo las 2:30 pm del día miércoles veinticuatro (24) de febrero de 2021, hora y fecha fijadas para la realización de esta audiencia, en atención a las directrices del Decreto 491 de 2020, se citaron e hicieron presentes de forma virtual por medio de la plataforma zoom:

Por la parte solicitante: El abogado JUAN PABLO BOTERO ECHEVERRI en calidad de apoderado de la sociedad SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790-5, según poder debidamente conferido y a quien dentro de la presente audiencia se le reconoce personería para actuar.

Por la parte citada: Los señores JUAN CARLOS YEPES ALZATE, SEBASTIAN YEPES ALZATE, OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO.

Y la conciliadora del Centro abogada SARA MARÍA CORRALES LAVERDE, todos identificados como aparece al pie de sus firmas.

La conciliadora hace una presentación del Centro de Conciliación y Arbitraje de esta Cámara, de las ventajas que tiene el acudir a estos medios alternativos de administración de justicia, pone a las partes en conocimiento del caso que nos ocupa.

La solicitud de audiencia de conciliación se basa en los hechos y pretensiones narrados por la parte solicitante de la siguiente manera:

HECHOS

1. La señora MELIDA YEPES ALZATE celebró contrato de Seguro de Vida Grupo, PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO N° 083000790768., con vigencia desde el 30 de enero de 2016 a 30 de enero de 2021. Contrato mediante el cual se vinculaba en calidad de Asegurada.

2. El señor OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO en su calidad de tomador, celebro contrato de Seguro de Vida Grupo, PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO N° 083000790768., con vigencia desde el 30 de enero de 2016 a 30 de enero de 2021.

3. Los señores JUAN CARLOS YEPES ALZATE y SEBASTIÁN YEPES ALZATE ostentan la calidad de beneficiarios de la póliza de Seguro de Vida Grupo, PLAN VIDA INTEGRAL CONTRIBUTIVO N° 083000790768., con vigencia desde el 30 de enero de 2016 a 30 de enero de 2021.

4. Al momento de suscribirse el contrato de seguro se recibió la declaración de asegurabilidad por parte de la señora MELIDA YEPES ALZATE, Declaración de Asegurabilidad Dirigida, en la cual se dio respuesta a un cuestionario sobre el Estado del Riesgo.

5. En la DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD rendida por la señora MELIDA YEPES ALZATE, omitió declarar respecto a su verdadero estado de salud, de sus antecedentes de salud, exámenes, estudios actuales para diagnosticar alguna novedad en su salud, enfermedades e incapacidades, por lo que se hizo entender a la aseguradora que gozaba de un buen estado de salud y que no tenía ninguna novedad que pudiera indicar que podía sufrir una enfermedad

6. La señora MELIDA YEPES ALZATE declaró el 18 DE ENERO DEL 2016 en la solicitud de seguro, que era normal, que no sufría ni había sufrido de una serie de enfermedades, y en especial se le preguntó:

a)

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Usted o alguno de su grupo asegurado)

1. ¿Tiene(n), ha(n) tenido o le (s) han diagnosticado:

<input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Infarto del miocardio	<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Colesterol (tratado con medicamentos)	<input type="checkbox"/> Triglicéridos altos (tratados con medicamentos)
<input type="checkbox"/> Derrames	<input type="checkbox"/> Isquemia o trombosis cerebral	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfisema (EPOC)	<input type="checkbox"/> Bronquitis Crónica	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Tumores malignos	<input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo	<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Cirrosis	<input type="checkbox"/> Retardo mental
<input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Colitis ulcerativa	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Deformidades corporales	<input type="checkbox"/> Ceguera
<input type="checkbox"/> Sordera Parcial o total	<input type="checkbox"/> Hernia de columna	<input type="checkbox"/> Pérdida funcional o anatómica	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad ¿cual? _____	<input type="checkbox"/> Consume actualmente drogas estimulantes	<input type="checkbox"/> Ha estado en tratamiento para: alcoholismo
<input type="checkbox"/> Drogadicción					

Si caso que usted o alguno de los asegurados, hayan consumido previamente a la pregunta anterior, deben diligenciar la siguiente información: SI NO

Transcripción:

“DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (USTED O ALGUNO DE SU GRUPO ASEGURADO)

“1. Tiene(n), ha(n) tenido o le (s) han diagnosticado:

Enfermedades cardiovasculares, infarto del miocardio, arritmias, hipertensión arterial, Colesterol (tratado con medicamentos), Triglicéridos altos (tratados con medicamentos) derrames, isquemia o trombosis cerebral, epilepsia, enfisema (EPOC) bronquitis Crónica, cáncer, leucemia, lupus, tumores malignos, sida o VIH positivo, Insuficiencia renal, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea, diabetes, pancreatitis, Hepatitis B o C, Cirrosis, retardo mental, trastornos psiquiátricos, Colitis ulcerativa, hipertiroidismo, parálisis, deformidades corporales, ceguera, sordera Parcial o total, hernia de columna, pérdida funcional o anatómica, Otra enfermedad ¿cual? ... Consume actualmente drogas estimulantes, Ha estado en tratamiento para: alcoholismo, drogadicción.”

b)

¿Hubo evento incapacitador o hospitalización en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentran en algún tratamiento o estudio médico o saben si serán hospitalizado(s) o intervenidos quirúrgicamente?
En caso que usted o alguno de los asegurados hayan contestado positivamente a la pregunta anterior deberá diligenciar la siguiente información: SI NO

No. de identificación del Asegurado	Nombre del Médico tratante	Nombre de la Institución Médica	EPS	Enfermedad / Especificar Procedimiento

Transcripción:

“2. ¿Ha(n) estado incapacitado(s) u hospitalizado (s) en el último año por más de 60 días, en la actualidad se encuentran en algún tratamiento Médico o saben si será(n) hospitalizado(s) o intervenidos quirúrgicamente?”

✓

CLÁUSULA DE GARANTÍA

Declaramos que gozamos de buena salud y que la información que suministramos en este documento solicitud de seguro, es cierta. Que mi (nuestra) ocupación está permitida por la ley y no ejerzamos actividades ilícitas, ni de alto riesgo.
Aceptamos que esta declaración sea parte integrante del contrato de seguro y que SURAMERICANA no asume responsabilidad alguna sino mediante la expedición de la póliza o certificación expresa de cobertura.

Transcripción:

“Declaramos que gozo(amos) de buena salud y que la información que suministramos en este documento solicitud de seguro es cierta...”

7. Con fundamento en la declaración mencionada, la cual fue respondida de manera negativa, es decir, no declaró ninguna novedad y la suscribió, la aseguradora vendió la póliza N° 083000790768., correspondiente a la señora MELIDA YEPES ALZATE en calidad de Asegurada.

8. Los señores Juan Carlos Yepes Álzate y Sebastián Yepes Álzate presentaron reclamación el 24 de abril de 2020, como beneficiarios de la póliza, por un evento ocurrido el 3 de abril de 2020 correspondiente a la muerte de su madre y asegurada, la señora MELIDA YEPES ALZATE, en donde se reclamaba por el amparo de vida.

9. Así lo anterior, la compañía al estudiar la reclamación obtuvo la historia clínica en donde se enteró de los múltiples padecimientos y enfermedades de la señora MELIDA YEPES ALZATE, enfermedades que habían sido adquiridas antes de tomar la póliza y las cuales no fueron declaradas en el documento denominado, declaración de asegurabilidad.

A la señora YEPES ALZATE le habían diagnosticado antes de diligenciar la declaración de asegurabilidad del 30 de enero de 2016, EPOC severo y DIABTES MELLITUS, lo cual entre otras se evidencia en lo siguientes apartes de la historia clínica que se aporta:

“En historia clínica de pag 19 “ATENCION DEL PACIENTE 17/07/2015 17:21:00 EPS Sanitas -EPS SANITAS ENTRO MEDICO MANIZALES, MANIZALES

Datos del profesional de salud: César Omar Benavides Salazar. Reg Médico. 98379421. Medicina Familiar.

Historia clínica de Paciente Crónico. Admisión No. 7863117. No. De afiliación: E.P.S SANITAS – 000-0000100000-0000-00.



Edad del paciente: 64 años. Responsable: MELIDA YEPES ALZATE
– Paciente Teléfono: 8860788.

MOTIVO CONSULTA, ENFERMEDAD ACTUAL

Información suministrada por: Paciente, MELIDA YEPES ALZATE.

Motivo de consulta: Control de EPOC ,

Enfermedad Actual: Paciente 64 años con antecedente de EPOC grado C, oxígeno requerido 12 horas noche, en manejo con Neumología, con broncodilatador y antimuscarínico de larga duración, con buena respuesta, exfumadora pesada 18 meses. Acude para orden de vacuna y control neumología, Estable sin reagudización. . no otros síntomas.

SEGUIMIENTO EN EL PROGRAMA

EPOC

Fecha de ingreso al programa: 25/05/2015.

Clasificación de EPOC (GOLD): III (Severo)

Disnea: 1.

Limitación para el ejercicio:

Si. Dispositivo de Oxígeno que usa: Cánula.

Tiempo de oxígeno ordenado: Horas/noche: 12. Horas/total: 12.

Incidente o evento asociado a la medicación: No.

...

ANALISIS Y PLAN DE ATENCION

*EPOC severo, estable clínicamente, buena respuesta broncodilatador y antimuscarínico de larga acción, se da orden de control por Neumología,
Y vacuna pentavalente. Neumo 23.*

...

DIAGNOSTICO

Diagnostico Principal: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada (J449), Confirmado repetido, Enfermedad general, No Embarazada.

PLAN DE MANEJO – REFERENCIA – INTERCONSULTA – REMISIÓN

- 1. Se solicita interconsulta a Neumología Por solicitud del médico tratante. Justificación: EPOC severo con buena respuesta a manejo, valoración control, estable plan manejo continuo programa EPOC.*

DIABTESMELLITUS

Fecha de ingreso al programa: 03/12/2015

Riesgo cardiovascular: 6 (Framingham)."

Así lo anterior se puede evidenciar lo reiterativo y contundente de sus diagnósticos antes

Somos el mejor socio de los empresarios y de la región



Registros públicos y asuntos jurídicos, CAE Centro de Atención Empresarial
Servicio de afiliados
Fortalecimiento y desarrollo empresarial

Manizales Sede Principal	Aguadas	Cle 6 5-09	Teléfono	851 5520
Carrera 23 26-60	Anserma	Cra 4 9-14	Teléfono	853 1515
PBX: 884 1840	Riosucio	Cra 5 6-15	Teléfono	859 1676
Trámites registrales 896 2121	Salamina	Cra 6 7-30	Teléfono	859 6150

 www.ccmpc.org.co  @ccmpcoficial  [/CCManizales](https://www.facebook.com/CCManizales)  [@CCManizales](https://twitter.com/CCManizales)

VIGILADO Ministerio de Justicia y del Derecho

de tomar la póliza, y que estas dolencias no son acordes con lo afirmado en la declaración de asegurabilidad y en especial con lo transcrito en el hecho número **seis** (6) de la presente.

10. La reticencia o inexactitud por la cual se objetó y la cual ahora se pretende declarar, deviene de NO haber contestado de manera adecuada la declaración de asegurabilidad, pues en la misma se negó padecer alguna de las enfermedades descritas, aun cuando no era cierto, pues reiterativamente y por muchos años había sido diagnosticado por EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y diabetes mellitus.

Así lo anterior también fue reticente o inexacta al haber firmado, pues en dicha declaración de asegurabilidad, tal como se transcribió en el hecho 4 párrafo C. se le preguntó expresamente si gozaba de buena salud, lo cual evidentemente no era cierto pues contaba con EPOC como ya se expuso.

11. Por las anteriores razones la aseguradora objeto la cobertura de la póliza tal como consta en objeción del 17 de mayo de 2020, argumentando la reticencia e inexactitud.

12. El conocimiento de dichos estudios de posibles patologías, síntomas y demás hechos indicativos son de gran relevancia para el Asegurador al momento de establecer el estado del riesgo que asumirá, por esto se formulan preguntas relativas a las mismas en la declaración de asegurabilidad.

13. Al consentir que no tenía enfermedades y que gozaba de buena salud, la señora MELIDA YEPES ALZATE oculto y, por lo tanto, fue reticente e inexacta, vulnerando sin duda el consentimiento del asegurador, quién asumió un riesgo agravado que genera un desequilibrio en el contrato.

14. La conducta reticente del solicitante asegurado genera como sanción la nulidad relativa del contrato y la retención de las primas percibidas a título de pena tal como se establece el Código de Comercio en su artículo 1058 y 1059.

15. Conocida la información extractada de la historia clínica del paciente, y una vez efectuado el análisis médico, se procede a realizar la presente convocatoria, toda vez que el asegurado fue reticente en la información suministrada a la compañía al momento de declarar el riesgo.

16. Si la compañía aseguradora hubiese conocido los antecedentes y los estudios médicos a los que se sometía la señora MELIDA YEPES ALZATE, se habría abstenido de celebrar el contrato de seguro.

SOLICITUDES

1. Que se dirima la controversia en forma anticipada al proceso judicial.

2. Que los convocados en calidad de beneficiarios acepten que la señora MELIDA YEPES ALZATE asegurada, al declarar el estado del riesgo en las solicitudes que contienen las declaraciones de asegurabilidad, fue reticente e inexacta.



3. Como consecuencia de la aceptación anterior, se tenga como nula la póliza expedida por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., N° 083000790768, correspondiente a la señora MELIDA YEPES ALZATE en su calidad de Asegurada, y como beneficiarios los señores Juan Carlos Yepes Álzate y Sebastián Yepes Álzate de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio y por lo tanto que el mismo cesa en sus efectos.

4. Que el contrato se dé por resciliado, por lo tanto, según el artículo 1059 del Código de Comercio, el asegurador queda facultado para retener las primas causadas y percibidas a título de pena.

5. A efecto de la conciliación se levante el acta correspondiente de acuerdo con el artículo 1 de la Ley 640 de 2001.

Por lo antes expuesto, deben citarse a reunión conjunta las partes a efecto de procurar dirimir el conflicto que se plantea y en consecuencia dar cumplimiento a lo disciplinado por la Ley 640 de 2001.

Durante el desarrollo de la diligencia la parte convocante SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., mediante su apoderado JUAN PABLO BOTERO ECHEVERRY, modificó la solicitud segunda y tercera:

2. Que los convocados en calidad de beneficiarios acepten que la señora MELIDA YEPES ALZATE asegurada, al declarar el estado del riesgo en las solicitudes que contienen las declaraciones de asegurabilidad, fue reticente e inexacta.

3. Como consecuencia de la aceptación anterior, se tenga como nula la póliza expedida por SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A., N° 083000790768, correspondiente a la señora MELIDA YEPES ALZATE en su calidad de Asegurada, y como beneficiarios los señores Juan Carlos Yepes Álzate y Sebastián Yepes Álzate de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio y por lo tanto que el mismo cesa en sus efectos.

Se modifican y quedan así:

2. Que los convocados en calidad de beneficiarios y tomador acepten que la señora MELIDA YEPES ALZATE asegurada, al declarar el estado del riesgo en las solicitudes que contienen las declaraciones de asegurabilidad, fue reticente e inexacta.

3. Como consecuencia de la aceptación anterior, se tenga como nula la póliza expedida por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., NIT. N°890903790-5, correspondiente a la señora MELIDA YEPES ALZATE en calidad de asegurada, de los beneficiarios señores Juan Carlos Yepes Álzate y Sebastián Yepes Álzate y como tomador el señor Oscar Evelio Giraldo Castaño de conformidad con el artículo 1058 del Código de Comercio y, por lo tanto, que el mismo cesa en sus efectos.

DOCUMENTOS APORTADOS POR LA PARTE SOLICITANTE CON LA SOLICITUD DE AUDIENCIA DE CONCILIACIÓN

- Poder otorgado al Abogado JUAN PABLO BOTERO ECHEVERRI
- Copia caratula de la póliza con vigencia inicial de 30 de enero 2016 a 30 de enero de 2017
- Copia histórico de coberturas
- Copia certificado de movimiento de póliza
- Copia condiciones generales de la póliza
- Copia certificado de defunción de la señora Melida Yepes
- Copia cedula de la señora Melida Yepes
- Copia registros civiles y cedulas de los beneficiarios
- Copia objeción de la reclamación
- Copia historia clínica
- Copia certificado existencia y representación legal de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A expedido por la Cámara de Comercio de Medellín
- Copia certificado existencia y representación legal de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A expedido por la Superintendencia financiera de Colombia

DOCUMENTOS APORTADOS POR LA PARTE CITADA

La parte citada no aportó Ningún documento.

Tras un detenido intercambio de opiniones entre las partes, y después de haber escuchado la posición de cada una de éstas, los presentes NO lograron conciliar sus diferencias. La Conciliadora declara FALLIDA la presente audiencia de conciliación y le informa a la parte solicitante que puede acudir a la instancia judicial, por estar agotado el requisito de procedibilidad establecido en la ley 640 de 2001.

Para constancia se suscribe, a los veinticuatro (24) días del mes de febrero de 2021, siendo las 2:55 p.m., las partes aceptaron el contenido de la presente constancia mediante manifestación verbal y expresa a través de la plataforma zoom, y dicha grabación forma parte integral de la presente acta.

(Asiste por telepresencia)
JUAN PABLO BOTERO ECHEVERRI
C.C.16.078.791
T.P. 189753
Dir: Cra 21 No. 30-03 Of. 601
Cel. 3104590999
Email: boterojuanp@gmail.com

(Asiste por telepresencia)
JUAN CARLOS YEPES ALZATE
C.C 10.282.095
Dir. Diagonal 136 No.86-59 casa 57 Bogotá
Cel. 3216442616
Email. juan.yepes@lealtis.com

(Asiste por telepresencia)
SEBASTIAN YEPES ALZATE
C.C 75.094.782
Dir. Diagonal 136 No. 86-59 casa 57 Bogotá
Cel.3116435586
Email. sebasyepes10@yahoo.com

(Asiste por telepresencia)
OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO
C.C 75.099.335
Dir. Carrera 23 No.75-140 Torre C Apto 203 Conjunto Torres de Milan Manizales, Caldas
Cel. 3136830372
Email. oscar.giraldo@odg.com.co



SARA MARÍA CORRALES LAVERDE
C.C No. 24387081
Conciliadora

**CENTRO DE ARBITRAJE Y CONCILIACION DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE
MANIZALES POR CALDAS - AUTORIZADO PARA CONOCER DE LOS
PROCEDIMIENTOS DE INSOLVENCIA ECONÓMICA DE LA PERSONA NATURAL
NO COMERCIANTE**

**Código
Centro**

1008

CERTIFICADO DE REGISTRO DEL CASO

CONSTANCIA - NO ACUERDO

Número del Caso en el centro: 005/2021 **Fecha de solicitud:** 20 de enero de 2021
Cuantía: CUANTIA **Fecha del resultado:** 24 de febrero de 2021
INDETERMINADA

CONVOCANTE(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	ORGANIZACIÓN	NIT	890903790	SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA SA

CONVOCADO(S)				
#	CLASE	TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS/RAZÓN SOCIAL
1	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	10282095	JUAN CARLOS YEPES ALZATE
2	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	75094782	SEBASTIAN YEPES ALZATE
3	PERSONA	CÉDULA DE CIUDADANÍA	75099335	OSCAR EVELIO GIRALDO CASTAÑO

Area:	Tema: SEGUROS
CIVIL Y COMERCIAL	Subtema:

Conciliador: SARA MARIA CORRALES LAVERDE

Identificación: 24387081

El presente documento corresponde al registro del caso en el Sistema de Información de la Conciliación, el Arbitraje y la Amigable Composición -SICAAC del Ministerio de Justicia y del Derecho, de conformidad con lo señalado en el artículo 2.2.4.2.7.7 del Decreto 1069 de 2015. Una vez se ha verificado el cumplimiento de los requisitos formales establecidos en el artículo 1º de la Ley 640 de 2001 y corroborada la adscripción del (la) conciliador(a) a este Centro de Conciliación.

En constancia de lo anterior, se suscribe por el (la) Director(a) del Centro:

Identificador Nacional SICAAC	
N° Caso:	1518980
N° De Resultado:	1419341

Firma:

Sandra Salazar

Nombre:

SANDRA MARÍA SALAZAR ARIAS

Identificación: 30316836