

Señores:

**JUZGADO SEXTO (6°) CIVIL MUNICIPAL DE IBAGUE**

[i06cmpaliba@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:i06cmpaliba@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

**REFERENCIA:** VERBAL  
**RADICADO:** 730014003006-2022-00141-00  
**DEMANDANTES:** MARTA YULIET SANCHEZ DE CASTRO Y OTROS  
**DEMANDADOS:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT No. 800.240.882-0, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C. como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el presente, manifiesto que dentro del término legal, presento **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por los señores MARTA YULIET SANCHEZ DE CASTRO, DAVID RICARDO CASTRO SÁNCHEZ y NICOLÁS FERNANDO CASTRO SÁNCHEZ, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de los Demandantes, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

**CAPITULO I**  
**SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA**

De conformidad con las disposiciones de orden público contenidas en el artículo 278 del Código General del Proceso, y en consideración a los principios de economía procesal y legalidad

comedidamente se solicita al Despacho proferir sentencia anticipada como quiera que se encuentra vastamente acreditada la configuración de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro (artículo 1081 del C.Co.).

Así las cosas, el Código General del Proceso fija para el juzgador el deber de proferir sentencia anticipada, cuando se encuentre probada entre otras excepciones, como la de prescripción en los siguientes términos:

*“ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS. (...)*

*En cualquier estado del proceso, **el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:***

- 1. Cuando las partes o sus apoderados de común acuerdo lo soliciten, sea por iniciativa propia o por sugerencia del juez.*
- 2. Cuando no hubiere pruebas por practicar.*
- 3. **Cuando se encuentre probada** la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, **la prescripción** extintiva y la carencia de legitimación en la causa (...)” - (Subrayado y negrilla por fuera de texto).*

Es por esto, que respetuosamente solicito al Honorable Despacho emitir sentencia anticipada en el presente caso, como quiera que en el litigio que nos ocupa se encuentra probado que operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. En ese sentido, debe tenerse en cuenta que el primer requerimiento que recibí mi procurada fue la solicitud de indemnización radicada el día **01 de junio de 2021**. Ahora bien, teniendo en cuenta que la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro opera dentro de los dos (2) años siguientes a la reclamación judicial o extrajudicial de la víctima, no hay lugar a dudas de que la acción se encuentra totalmente prescrita. Lo anterior, por cuanto el referido término bienal se entendería surtido el día

**01 de junio de 2023.** No obstante, descontando el término de 1 mes y 12 días<sup>1</sup>, la prescripción se habría presentado el **13 de julio de 2023**, sin que el término bienal hubiera sido interrumpido, pues si bien con la presentación de la demanda se entendería en primera medida que la parte actora interrumpió el término de prescripción, lo cierto es que para que dicho presupuesto opere, los demandantes debían haber notificado a mi representada del auto admisorio de la demanda dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tal providencia de acuerdo a lo estipulado en el artículo 94 del Código General del Proceso, no obstante tal como quedo constatado en Auto fechado del 27 de julio de 2023 y publicado en los estados electrónicos del Despacho el día **28 de julio de 2023**, la notificación fue declarada nula y no fue hasta la expedición del referido Auto en que la Compañía Aseguradora se entendió notificada por conducta concluyente, fecha para la cual claramente ya había operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

## CAPITULO II CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

### I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

**AL HECHO 1:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Lo anterior, toda vez que BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y por ende no le consta ningún hecho relativo a la colocación de los productos financieros. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

---

<sup>1</sup> Teniendo en cuenta la suspensión de términos referida en el artículo 56 de la Ley 2220 de 2022, esto es, el término entre la fecha de presentación de solicitud de conciliación (16 de diciembre de 2021) y audiencia de conciliación (28 de enero de 2022).

Sin embargo, una vez analizadas las pruebas documentales obrantes en el plenario del proceso, se observa que es cierto según la certificación de productos bancarios aportada que, el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), adquirió la obligación crediticia con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., identificada así:

CONCEPTO	No. DE CREDITO
CREDITO DE LIBRANZA	9621163906

En igual medida, una vez analizada la información que obra en el archivo de mi representada, se verifica que es efecto el causante también adquirió la tarjeta de crédito terminada en \*\*\*\*5854 con numero de contrato terminado en \*\*\*\*8083. Sin embargo, en el entendido de que la misma ya fue sufragada y no se encuentra relacionada como crédito base del litigio, no le asiste a mi representada la obligación de pronunciarse sobre la misma.

**AL HECHO 2:** Es cierto que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), tomo la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02-262-0000025874 con certificado No. 0013 0158 67 4017977390, la cual respaldaba la obligación No. 9621163906. Sin embargo, desde ya el Despacho deberá considerar que dicho seguro no podrá afectarse comoquiera que, para la fecha en la cual el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el asegurado las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) conocía de sus padecimientos de salud, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial las de Angina de Pecho, Hipertensión Arterial (HTA) y Obesidad, enfermedades diagnosticadas con anterioridad al mes de octubre del año 2020. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 29 de octubre de 2020.**

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				Si	No
Estatura	1,75 cms	Peso	77 Kg		
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?					✓
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?					✓
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?					✓
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?					✓
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?					✓
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:					
* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.					

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del seguro. Debido a que el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocido el precario estado en que se encontraba el riesgo que se le quería trasladar, la Compañía de Seguros definitivamente se habría retraído de celebrar el contrato con el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), o en su defecto, habría pactado condiciones mucho más onerosas. Es decir, a pesar de que el asegurado conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al perfeccionamiento del seguro, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

En resumen, el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el asegurado negó en el momento de su inclusión en dicho contrato son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Angina de pecho, así como de la Hipertensión Arterial (HTA) y la Obesidad con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de

celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. En consecuencia, no puede nacer ninguna obligación a cargo de mi representada.

**AL HECHO 3:** Si bien es cierto que la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02-262-0000025874 fue formalizada el día 18 de noviembre de 2020 y prestaba una cobertura temporal para la fecha del deceso, no es menos cierto que en el caso concreto a pesar de que el asegurado conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al perfeccionamiento del seguro, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Lo anterior cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. En consecuencia, no puede nacer ninguna obligación a cargo de mi representada.

**AL HECHO 4:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, es cierto que con el registro civil de defunción allegado con la demanda se puede corroborar que la fecha de fallecimiento del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) corresponde al 22 de mayo de 2021.

**AL HECHO 5:** Es cierto. Una vez verificadas las pruebas documentales obrantes en el plenario del proceso junto con la información que registra en las bases de datos de mi representada, se constata que el día 01 de junio de 2021 se recibió solicitud de indemnización por parte del señor NICOLAS FERNANDO CASTRO SANCHEZ, a fin de que fueran afectadas las pólizas que amparaban los productos financieros adquiridos por el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) con BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

**AL HECHO 6:** Es cierto. Una vez verificadas las pruebas documentales obrantes en el plenario del proceso junto con la información que registra en las bases de datos de mi representada, se constata que el día 09 de junio de 2021 se estableció que el trámite había sido aprobado y se procedería con el pago, no obstante, es de precisar que esto se refería a la tarjeta de crédito, dado que se trata de un producto de naturaleza distinta, con políticas distintas de comercialización y tratamiento.

**AL HECHO 7:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Lo anterior, toda vez que BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** y por ende no le consta ningún hecho relativo a la colocación de los productos financieros. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO 8:** Es cierto. Una vez verificadas las pruebas documentales obrantes en el plenario del proceso junto con la información que registra en las bases de datos de mi representada, se constata que el día 23 de junio de 2021 se informo al señor NICOLAS FERNANDO CASTRO SANCHEZ, el pago efectuado a través de Orden No. 25373026 del 11 de junio de 2021 en lo concerniente al cubrimiento de la obligación financiera de la tarjeta de crédito terminada en \*\*\*\*5854 con número de contrato terminado en \*\*\*8083, en el entendido que se trata de un producto de naturaleza distinta

a una póliza grupo deudores, al que se le da un tratamiento diferente según las políticas de la compañía. Así como que, se manifestó estar bajo estudio el siniestro No. VGDB-21566 respecto a la solicitud de cobertura de la obligación crediticia No. 9621163906.

**AL HECHO 9:** Es cierto. En respuesta a la solicitud de indemnización identificada como siniestro No. VGDB-21566, concerniente a la afectación de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02-262-0000025874, se objetó el respectivo pago en el entendido que de acuerdo con la Historia Clínica de SALUD TOTAL EPS-S S.A., se encontró que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), tenía antecedentes patológicos de Angina de Pecho diagnosticada desde el 13 de agosto de 2003, Hipertensión Arterial (HTA) diagnosticada desde el 27 de octubre de 2012 y Obesidad diagnosticada desde el 03 de diciembre de 2012. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivaron la objeción al pago del respectivo seguro.

**AL HECHO 10:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Cabe precisar que si bien en el plenario se visualiza que el escrito de la solicitud de reconsideración que se relaciona en este hecho data del 21 de julio de 2021, con el mismo no se aporta una constancia de radicación la cual indique que en efecto dicha solicitud fue radicada en la misma fecha de emisión ante mi procurada.

**AL HECHO 11:** Si bien lo aquí manifestado no atiende a un hecho sino a una transcripción del escrito de solicitud de reconsideración, aprovechara el suscrito la oportunidad para dilucidar al Despacho la clara malinterpretación que efectúa la parte actora con el fin de inducir al error al Juzgado con suposiciones que carecen de sustento jurídico y lógico, siendo así, es necesario

esclarecer el trámite que se adelantó frente a cada obligación crediticia:

- **Frente a la tarjeta de crédito terminada en \*\*\*\*5854 con numero de contrato terminado en \*\*\*\*8083.**

Sea lo primero indicar que cuando los usuarios de la entidad BANCO BBVA COLOMBIA S.A. adquieren el producto financiero denominado Tarjeta de Crédito y en consecuencia una Póliza que lo ampare, frente al mismo por política interna de la Compañía Aseguradora no se requiere la suscripción de la declaración de asegurabilidad, en la medida que no es necesario declarar el estado del riesgo. En ese orden de ideas, al no existir una declaración de asegurabilidad, no hay lugar a alegar reticencia en la información y no existe motivos para que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. objete el pago, *contrario sensu* de lo que sucede con otro tipo de productos financieros como los créditos hipotecarios, de libranza, entre otros.

- **Frente a la obligación crediticia de libranza No. 9621163906.**

Ahora, tal como expuso en precedencia, cuando hablamos de obligaciones crediticias como la que es objeto de litis en este caso, es decir, el crédito de libranza, es requisito para el deudor la adquisición de una Póliza de Vida para la cual es necesaria la suscripción de la declaración de asegurabilidad, a fin de poder ilustrar a la Compañía Aseguradora sobre el estado del riesgo que le buscan trasladar, más aún, cuando es el asegurado quien conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo, luego entonces es claro que en caso de existir inconsistencias en la información suministrada esto traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la pérdida del derecho a cualquier indemnización.

Dicho lo anterior, no es bajo ningún precepto viable que los accionantes deduzcan arbitraria e infundadamente que por el hecho de haber sido cubierta la obligación crediticia contenida en la tarjeta de crédito terminada en \*\*\*\*5854 con numero de contrato terminado en \*\*\*\*8083, mi prohijada se encuentre obligada a amparar en igual medida el crédito de libranza No. 9621163906, pues este

último se encuentra supeditado a las condiciones generales y particulares de su aseguramiento, como lo es la debida suscripción de la declaración de asegurabilidad.

**CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN  
INEXACTA O RETICENTE**

El tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por “LA COMPAÑÍA”.

La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por “LA COMPAÑÍA”, la hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del presente contrato. Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud produce igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

**Documento:** Clausulado de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No.  
02-262-0000025874

Adicionalmente, contrario a lo esgrimido por la parte actora, existe una evidente inaplicación del inciso cuarto del artículo 1058 del Código de Comercio, por cuanto en ningún momento con anterioridad a la suscripción del contrato de seguros mi procurada conoció los hechos o circunstancias sobre los que versaban los vicios de la declaración, así como tampoco, ya celebrado el contrato, se allanó a subsanarlos o los aceptó expresa o tácitamente. Como prueba de ello **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** no tuvo conocimiento de la Historia Clínica del asegurado hasta su deceso y la consecuente reclamación presentada por el señor NICOLAS FERNANDO CASTRO SANCHEZ, así como tampoco obra en el plenario prueba de que el entonces asegurado hubiera expuesto sus patologías a mi representada.

**AL HECHO 12:** Igualmente lo aquí manifestado no atiende a un hecho sino a una transcripción del escrito de solicitud de reconsideración, por lo que en la misma medida aprovechara el suscrito la oportunidad para desvirtuar a partir de este momento lo allí expuesto:

- **Frente a los exámenes médicos.**

La parte actora en un intento infructuoso de tratar de endilgar a **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** la responsabilidad que únicamente recaía en cabeza del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), desconoce los preceptos normativos que dan de cuenta la inexistente obligación a cargo de la aseguradora de practicar y/o exigir exámenes médicos en la etapa precontractual. Lo aquí expuesto será desarrollado ampliamente en el transcurso de la presente contestación.

- **Frente a la ubérrima buena fe.**

En línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo. Pese a ello, en el caso concreto no se puede presumir que el actuar del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) haya estado revestido de buena fe, habida cuenta que, aun conociendo sus padecimientos, decidió no ponerlos en conocimiento de la aseguradora, aun cuando en la declaración de asegurabilidad declaro conocer las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en la información allí plasmada.

Tanto es así que dispuso su firma dos (2) veces en dicha declaración, y una de ellas concierne a la constancia de haber recibido la información relativa al producto de forma clara y completa:

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. toda información que posea sobre mi salud y/o episodios o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://www.bbva.com.co)

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en ésta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.

Para constancia se firma en Ibaque a los 29 días del mes de octubre de 2020

Firma del Solicitante

Firma Autorizada  
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882 - 0

**Documento: SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO –  
DECLARACION DE ASEGURABILIDAD.**

**Transcripción parte esencial:** “Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.” – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

**AL HECHO 13:** Lo expuesto por el apoderado de la parte demandante no es un hecho sino apreciaciones subjetivas. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO 14:** No es cierto. Si bien el día 02 de agosto de 2021 mi procurada dio respuesta a la solicitud de reconsideración, en sentido contrario a lo esgrimido por la parte demandante, dicha respuesta fue clara y de fondo, mediante la cual se estableció lógica y jurídicamente las razones por las cuales no se podía acceder a la solicitud impetrada y se ratificaba la objeción inicialmente

planteada. Por lo tanto, bien es de recordarle a la parte accionante que el elevar una solicitud no presupone que la respuesta deba ser favorable a la petición ya sea principal o subsidiaria, pues claro está que no había lugar a que prosperara dicha solicitud en tanto existió reticencia de la información por parte del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.).

Siendo así, la presunción de que la respuesta brindada por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. había sido “evasiva o elusiva”, atiende a una aseveración temeraria que carece abiertamente de sustento probatorio.

**AL HECHO 15:** No es cierto. De la respuesta brindada se denota que se atendieron los presupuestos de hecho expuestos por los demandantes dentro de la solicitud pues: (i) Se determinó que para los seguros de vida se debía diligenciar la declaración de asegurabilidad a fin de declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que había padecido o padecía el asegurado, y que de no ser veraz la información allí contenida (reticencia) tendría como consecuencia la nulidad del contrato de seguros, hecho que a todas luces indicaba por qué no era viable dar cobertura a la obligación crediticia No. 9621163906, en los términos como se hizo con la contenida en la tarjeta de crédito terminada en \*\*\*\*5854 con numero de contrato terminado en \*\*\*\*8083, (ii) Igualmente se expuso que de acuerdo al principio de la buena fe en concordancia con lo dispuesto en el Artículo 1058 del Código de Comercio el asegurado estaba obligado a declarar sinceramente todos los hechos o circunstancias relevantes que determinaban su estado del riesgo, según el cuestionario que le fue propuesto por el asegurador, hechos que no fueron atendidos correctamente al obviar mencionar las enfermedades citadas anteriormente. Esto claramente demostró la ausencia de buena fe del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), aun cuando la nulidad relativa es una sanción legal que no requiere de la acreditación de la mala fe del asegurado como requisito *sine que non* para su configuración y posterior declaratoria, (iii) renglón seguido se indicó al reclamante que la Compañía aseguradora no se encuentra obligada a realizar exámenes médicos, pues claro es el Artículo 1158 del Código de Comercio al estipular que “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el Artículo 1058, ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.

Siendo así, nuevamente la parte actora realiza una aseveración temeraria que carece abiertamente de sustento probatorio, por cuanto no posee lógica argumentar que fueron vulnerados derechos tales como la igualdad, el debido proceso, la legalidad y la dignidad humana.

**AL HECHO 16:** Es cierto, no obstante, se trató de una acción de tutela por concepto de un derecho de petición que en su momento fue atendido y que no guarda relación con el presente litigio.

**AL HECHO 17:** Es cierto, no obstante, se trató de una acción de tutela por concepto de un derecho de petición que en su momento fue atendido y que no guarda relación con el presente litigio.

**AL HECHO 18:** Es cierto, no obstante, se trató de una acción de tutela por concepto de un derecho de petición que en su momento fue atendido y que no guarda relación con el presente litigio.

**AL HECHO 19:** Es cierto, no obstante, se trató de una acción de tutela por concepto de un derecho de petición que en su momento fue atendido y que no guarda relación con el presente litigio.

**AL HECHO 20:** Es cierto, no obstante, se trató de una acción de tutela por concepto de un derecho de petición que en su momento fue atendido y que no guarda relación con el presente litigio.

**AL HECHO 21:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO 22:** Lo aquí expuesto no guarda relación con el presente litigio.

**AL HECHO 23:** Lo aquí expuesto no guarda relación con el presente litigio, en tanto se trató de una acción constitucional por concepto de un derecho de petición.

**AL HECHO 24:** Lo aquí expuesto no guarda relación con el presente litigio, en tanto se trató de una acción constitucional por concepto de un derecho de petición.

**AL HECHO 25:** Lo aquí expuesto no guarda relación con el presente litigio, en tanto se trató de una acción constitucional por concepto de un derecho de petición.

**AL HECHO 26:** Lo aquí expuesto no guarda relación con el presente litigio, en tanto se trató de una acción constitucional por concepto de un derecho de petición. Por lo que lo referido por el demandante en lo concerniente a que se *“recibió un correo de parte de MANUEL JOSÉ CASTRILLÓN PINZÓN pretendiendo acatar el fallo”*, no era otra cosa más que responder la petición.

**AL HECHO 27:** Lo aquí expuesto no guarda relación con el presente litigio, en tanto se trató de una acción constitucional por concepto de un derecho de petición.

**AL HECHO 28:** No es cierto. Lo que se puede destacar de este hecho es la intención de los accionantes de descontextualizar la respuesta brindada por mi representada el día 23 de septiembre de 2023 y acomodarla convenientemente a su favor. En el entendido que se relacionan diferentes circunstancias, es necesario hacer referencia a cada una de ellas así:

- Tal como se explicó previamente, al estar frente a dos obligaciones crediticias enteramente diferentes, cada una se encontraba amparada en una Póliza independiente de la otra. Siendo así, se reitera que para el caso del crédito de libranza No. 9621163906, el mismo al momento de ser tomado debía estar cubierto por una Póliza de Vida, la cual se encontraba supeditada al diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad a fin de poner en conocimiento de la Compañía Aseguradora la existencia de enfermedades o patologías que había padecido o padecía el asegurado, que permitiera a la misma determinar el riesgo que

le estaba siendo trasladado. Así las cosas, es una falacia referir entonces que mi procurada elige arbitrariamente si sufraga o no una obligación crediticia en virtud de las Pólizas tomadas, pues ha sido bastante incisivo este escrito en resaltar que cada Póliza esta subsumida a sus condiciones generales y particulares, por lo que de esto dependerá si presta o no cobertura, atendiendo esto entonces al principio de *pacta sunt servanda*.

- Por otra parte, le asiste a la parte actora no desconocer los preceptos normativos que regulan el sector asegurativo, pues como ya le ha sido de presente, es determinante la Corte Suprema de Justicia al manifestar que para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. Pues aun cuando manifiestan los accionantes que lo anterior atiende a “disposiciones jurisprudenciales vetustas”, nada hacen con la finalidad de arrojar luz al Despacho y a mi procurada respecto a los presuntos nuevos lineamientos de las altas cortes sobre la materia, siendo esto entonces una afirmación huérfana de sustento.

**AL HECHO 29:** Se observa que lo aquí expuesto es cierto de acuerdo a las pruebas documentales aportadas al proceso.

**AL HECHO 30:** No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**AL HECHO 31:** Nos atenemos al tenor literal del documento aportado.

## II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES PRINCIPALES

**FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: ME OPONGO** a la pretensión esgrimida por la parte actora, habida cuenta que, la misma no tiene vocación de prosperidad, al no ser jurídicamente viable declarar la vigencia del seguro de vida a fin de solicitar su afectación y exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

- Nulidad del contrato de seguro: Es claro que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Angina de Pecho, Hipertensión Arterial (HTA) y Obesidad con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la

declaración de asegurabilidad que suscribió.

- Independencia de los contratos de seguro: No puede perderse de vista que cada contrato de seguro se encuentra sometido a las condiciones generales y particulares que los rigen, por lo tanto, no puede presumirse que dos Pólizas tomadas sobre dos obligaciones crediticias enteramente diferentes, deban operar de la misma manera, pues cada una ampara la respectiva obligación de acuerdo con los lineamientos que se hayan dispuesto entre las partes. Así las cosas, no es bajo ningún concepto viable que los accionantes deduzcan arbitraria e infundadamente que por el hecho de haber sido cubierta la obligación crediticia contenida en la tarjeta de crédito terminada en \*\*\*\*5854 con numero de contrato terminado en \*\*\*\*8083, mi prohijada se encuentre obligada a amparar en igual medida el crédito de libranza No. 9621163906, pues este último se encuentra supeditado a las condiciones generales y particulares de su aseguramiento, como lo es la debida suscripción de la declaración de asegurabilidad.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA:** En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión elevada por la parte demandante, lo anterior, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la pretensión en precedencia y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo.

### **III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES SUBSIDIARIAS**

**FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA:** **ME OPONGO** a la pretensión esgrimida por la parte actora, habida cuenta que, la misma no tiene vocación de prosperidad, al no ser jurídicamente viable declarar la vigencia del seguro de vida a fin de solicitar su afectación y exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

- Nulidad del contrato de seguro: Es claro que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con

anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Angina de Pecho, Hipertensión Arterial (HTA) y Obesidad con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

- Principio de la ubérrima buena fe: En línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo. Pese a ello, en el caso concreto no se puede presumir que el actuar del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) haya estado revestido de buena fe, habida cuenta que, aun conociendo sus padecimientos, decidió no ponerlos en conocimiento de la aseguradora, aun cuando en la declaración de asegurabilidad declaro conocer las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en la información allí plasmada.
- Inexistencia de la obligación de exigir exámenes médicos: Aun cuando los accionantes pretenden endilgar a **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** la responsabilidad que únicamente recaía en cabeza del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), es menester recordar que en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal

dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar”.

**FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA:** En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión elevada por la parte demandante, lo anterior, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la pretensión en precedencia y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo.

Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte demandante y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

#### **IV. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA**

Objeto el juramento estimatorio presentado por la parte demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso.

En primer lugar, no puede obviarse que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido la Angina de Pecho, así como la Hipertensión Arterial (HTA) y la Obesidad con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye

claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Así pues, en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias de mayor o menor relevancia que determinan el riesgo moral o subjetivo y el riesgo objetivo, las cuales están llamadas, según el caso, a influir sobre el juicio del asegurador de tal manera que en la medida en que sean relevantes y se omitan, o las mismas no correspondieran a la realidad, el contrato estará sujeto a la sanción legal que establece el precitado artículo 1058, y por ende, la compañía de seguros podrá aducirla como causal exonerativa de su responsabilidad de cumplir con la prestación contenida en el respectivo negocio jurídico, una vez perfeccionada la correspondiente reclamación.

Finalmente, sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de mi representada y únicamente en el remoto e hipotético evento en el Despacho considere que sí se debe hacer efectiva la póliza materia de litigio, de todos modos, deberá tomar en consideración que el único beneficiario a título oneroso del contrato de seguro es BANCO BBVA COLOMBIA S.A. En consecuencia, no es jurídicamente viable declarar que la Compañía de Seguros debe pagarle rubro alguno a la parte demandante, pues se reitera, el único beneficiario a título oneroso del Seguro de Vida Grupo Deudores es la entidad financiera BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

Por las razones antes expuestas, me opongo enfáticamente al juramento estimatorio de la demanda.

## **V. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA**

### **1. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.**

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que el asegurado, el señor

REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en este.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras, y, en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado***

**de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**<sup>2</sup>. – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. La Corte Constitucional, en Sentencia T - 437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

*“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.*

*Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.*

---

<sup>2</sup> BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

**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.**” (Subrayado fuera del texto original)

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (Sentencia T - 196 de 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

*“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.*

*Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los*

*hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro** o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora". - (Subrayado por fuera de texto)*

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

*“Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las “declaraciones de asegurabilidad” de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.**”*

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”<sup>3</sup> - (Subrayado por fuera de texto)*

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del año 2017, la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

---

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”<sup>4</sup> - (Subrayado por fuera de texto)*

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, analizando lo siguiente:

*“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.***

*Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.*

<sup>4</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

*En ese contexto, **no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.***

*Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.<sup>5</sup> - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

No obstante, y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del Código de Comercio. La Sentencia C - 232 de 1997 expresa lo siguiente:

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador**, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio*

---

<sup>5</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001- 22-14-000-2019-00181-01.

del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**" - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicentes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito *sine qua non* para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.

- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima buena fe, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 29 de octubre de 2020, fecha en la cual el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en la cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del asegurado y que se aportan al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 29 de octubre de 2020.**



relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. A continuación, se muestran los fragmentos más representativos de la historia clínica en los cuales queda acreditado que la Angina de Pecho, así como de la Hipertensión Arterial (HTA) y la Obesidad son anteriores al mes de octubre de 2020:

- **ANGINA DE PECHO**

TA: 110 / 80    FC: 72 / min    FR: 18 / min

Examen físico:  
Dr(a). Hugo Fernando Rojas Rojas (08/13/2003 06:35:20 PM)  
BCG, AFEBRIL, HIDRATADO  
C/C SIN HALLAZGOS  
C/P RUIDOS CARDIACOS DENTRO DE LIMITES NORMALES Abdomen sin megalias  
Extermidades sin edemas Neurolgico sin deficit

Sala de observación:  
Dr(a). FANNY RODRIGUEZ GARZON (08/13/2003 06:55:00 PM)  
se reinterroga ell paciente, refiere el dolor tipopunzada hace tres días y que se intensificó el día de hoy.  
al examen hay dolor a la palpacion de reja costal a nivel de t3 y t4 con linea axilar anterior.  
resto normal.

OBSERVACIONES GENERALES:  
Dr(a). Hugo Fernando Rojas Rojas (08/13/2003 06:29:49 PM)  
rx s no refiere

DIAGNÓSTICO:  
(I20 ) Angina de pecho  
Tipo de Dx: IMPRESION DIAGNOSTICA - DX  
Clase de Dx: INGRESO URGENCIAS

**Documento:** Registro de Historia Clínica – 13/08/2003

**Transcripción parte esencial:** “DIAGNOSTICO: (I20) Angina de pecho”

A partir de estos documentos se demuestra fehacientemente que el día 13 de agosto de 2003, el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) fue diagnosticado con Angina de Pecho y se encontraba en tratamiento. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de la Angina de Pecho no es un

evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad, en donde se observa claramente registro de Angina de Pecho, lo que indiscutiblemente significa, que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por varios años, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó. Pues en principio, la historia clínica del paciente demuestra que el asegurado fue diagnosticado con esta enfermedad el día 08 de marzo de 2003 y que aun en el año 2013 el diagnostico persistía incluso con controles médicos, como se observa en los siguientes apartes:

**Antecedentes**

Antecedentes Personales

Patológicos: HIPERTENSION ARTERIAL E1 NO CONTROLADA OBESIDAD G. DOLOR TORACICO Y  
ANGINA DENGUE HEMORRAGICO. NO Dr(a). Luis Fernando Bautista Riveros (03/08/2013 17:56:26)

**Documento:** Registro de Historia Clínica – 08/03/2013

**Transcripción parte esencial:** *“Antecedentes personales (...) DOLOR TORACICO Y ANGINA”*

El Despacho deberá advertir entonces, que la historia clínica de la paciente contiene anotaciones que indican que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) sufría de una Angina de Pecho a la cual se le realizaba seguimiento continuo lo que permite inferir que no es un evento aislado o un acontecimiento de fácil olvido. Tanto así, que se encuentran notas clínicas que demuestran que al señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) se le diagnosticó dicha enfermedad el día 13 de agosto de 2003 y que sus controles se extendieron en el tiempo. Además, que tomaba medicamentos que fueron ordenados para el tratamiento de la Angina de Pecho como el “Ácido Acetilsalicílico (ASA)” y “Losartan”, confirmando que esta no era una enfermedad de difícil recordación para el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), pues es claro que el tratamiento y seguimiento continuo por esta patología.

Ahora bien, la Angina de Pecho, es una enfermedad crónica que ocurre por una falta de oxígeno en el corazón provocado por un estrechamiento de las arterias, lo que puede inducir la aparición de eventos cardiovasculares en ocasiones fatales. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como resultado de la reticencia con la que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Consulta de **sábado 27 de octubre de 2012 06:10 PM en UAB CADIZ**  
Nombre del Profesional: Yeismi Geovanni Padilla de la Hoz - MEDICINA GENERAL (Registro No. 565/2004)  
Número de Autorización: 03574-1221912446  
Tipo de Consulta: CONSULTA EXTERNA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

**Identificación**

Datos de la Consulta  
Fecha de la Consulta: **10/27/2012 18:10:00** Tipo de Consulta: De Control

Datos Complementarios  
Datos del Paciente  
Edad: 61 Raza: Mestiza Escolaridad: Secundaria  
Estado Civil : Casado Ocupación: PENSIONADOS  
Responsable del Usuario  
Nombre: él mismo

<b>DIAGNOSTICO:</b>	(I10X) HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)	Tipo de Dx:IMPRESION
DIAGNOSTICA - DX	Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)	
<b>DIAGNOSTICO:</b>	(R07.4) DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO	Tipo de Dx:IMPRESION
DIAGNOSTICA - DX	Clase de Dx:INICIAL (CONSULTA)	

**Documento:** Registro de Historia Clínica – 27/10/2012

**Transcripción parte esencial:** “DIAGNOSTICO: (I10X) HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)”

A partir de estos documentos se demuestra fehacientemente que el día 27 de octubre de 2012, el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) fue diagnosticado con Hipertensión Arterial y se

encontraba en tratamiento. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de Hipertensión Arterial no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad, lo que indiscutiblemente significa, que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por varios años, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó. Pues en principio, la historia clínica del paciente demuestra que este fue diagnosticado con esta enfermedad el 27 de octubre de 2012 y que el diagnóstico persistió incluso con controles médicos, como se observa en los siguientes apartes:

Consulta del **martes 27 de abril de 2021 11:47 AM en VS MACARENA**  
Nombre del Profesional: Henry Andres Quimbayo Forero - MEDICINA GENERAL (Registro No. 540/2010)  
Número de Autorización: 02068-2105485016  
Tipo de Consulta: CONSULTA GENERAL CONSULTA DE CONTROL POR LIDER SALUD CARDIOVASCULAR

**Identificación**

Datos de la Consulta  
Fecha de la Consulta: 04/27/2021 11:47:00  
Causa Externa: Enfermedad General  
Finalidad Consulta: **ATENCION EN HIPERTENSION ARTERIAL**

**Documento:** Registro de Historia Clínica – 27/04/2021

**Transcripción parte esencial:** “Finalidad Consulta: ATENCION EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

El Despacho deberá advertir entonces, que la historia clínica del paciente contiene anotaciones que indican que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) sufría de una Hipertensión Arterial a la cual se le realizaba seguimiento continuo lo que permite inferir que no es un evento aislado o un acontecimiento de fácil olvido. Tanto así, que se encuentran notas clínicas que demuestran que

al señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) se le diagnosticó dicha enfermedad el 27 de octubre de 2012 y que sus controles se extendieron en el tiempo. Además, que tomaba medicamentos que fueron ordenados en propios para el tratamiento de la hipertensión como el “Ácido Acetilsalicílico (ASA)”, “Losartan” y “Atorvastatina”, confirmando que esta no era una enfermedad de difícil recordación para el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), pues es claro que el tratamiento y seguimiento continuo por esta patología.

Ahora bien, respecto de la relevancia de la Hipertensión Arterial, encontramos que el padecimiento resulta de particular importancia para el estado de salud de una persona que la padece. Se debe aclarar que la literatura médica que ha desarrollado ampliamente el concepto y definición de este tipo de padecimiento, así como las posibles consecuencias de una persona que la padece, resaltando los siguientes aspectos:

*“La hipertensión arterial (HTA) es un trastorno de carácter multicausal, lo cual determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial”<sup>6</sup>*

*“La HTA se define como una PAS  $\geq$  140 mmHg o una PA diastólica (PAD)  $\geq$  90 mmHg medidas en consulta”<sup>7</sup>*

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de Hipertensión Arterial es una enfermedad prolongada en el tiempo que padeció la paciente desde antes del año 2021. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio,

<sup>6</sup> Osana Molerio Pérez, Manuel Antonio Arce González, Idania Otero Ramos, Zaida Nieves Achón. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Volumen 43. Numero 1. Ciudad de la Habana. Enero – Abril 2005. <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/723/719>

<sup>7</sup> 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. – Grupo de Trabajo de Colegio Americano de Cardiología (ACC) y la Asociación Americana del Corazón (AHA). [https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000923?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000923?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)

como resultado de la reticencia con la que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

- **OBESIDAD**

Consulta del **Lunes 3 de diciembre de 2012 03:19 PM** en UPP LA MACARENA  
Nombre del Profesional: Luis Fernando Bautista Riveros - MEDICINA GENERAL (Registro No. 5430/19993)  
Número de Autorización: 01050-1224567658  
Tipo de Consulta: CONSULTA GENERAL CONSULTA LIDER SALUD CARDIOVASCULAR

**Identificación**

Datos de la Consulta  
Fecha de la Consulta: 12/03/2012 15:19:00  
Datos Complementarios  
Datos del Paciente  
Edad: 61

**DIAGNOSTICO:** (E66) Obesidad Tipo de Dx:CONFIRMADO REPETIDO Clase de Dx:INICIAL  
(CONSULTA)

**Documento:** Registro de Historia Clínica – 03/12/2012

**Transcripción parte esencial:** “*DIAGNOSTICO: E66 Obesidad*”

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que el 03 de diciembre de 2012, el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) fue diagnosticado con Obesidad. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de Obesidad no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad, lo que indiscutiblemente significa, que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por varios años, y, aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó. Pues en

principio, la historia clínica del paciente demuestra que este fue diagnosticado con esta enfermedad el 03 de diciembre de 2012 y que el diagnóstico persistió incluso con controles médicos, como se observa en los siguientes apartes:

### Antecedentes

Alergias

Causa de Alergia:

Antibióticos

Ant. farmacoterapéutico (SFT):

Antecedentes Personales

Refiere Nuevos: No

Patológicos: HTA, HIPERLIPIDEMIA, OBESIDAD, G I, ARTROSIS COLUMNA DORSOLUMBAR Y DISCOPATIA L5-S1 Dr(a). Grettel Vanessa Cantillo Charris (05/13/2021 06:09:25)

**Documento:** Registro de Historia Clínica – 13/05/2021

**Transcripción parte esencial:** “*Antecedentes (...) Patológicos: HTA, HIPERLIPIDEMIA, OBESIDAD (...)*”

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico Obesidad se registra en la historia clínica desde el 03 de diciembre de 2012 con una evolución, de modo que es evidente que esta es una enfermedad prolongada en el tiempo pues el asegurado la padeció con anterioridad a la solicitud de aseguramiento de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02-262-0000025874. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como resultado de la reticencia con la que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) ya contaba con una serie de diagnósticos de Angina de Pecho, Hipertensión Arterial y Obesidad con anterioridad al mes de octubre de 2020, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste

último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C - 232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C-232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

*“Séptima.- Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.*

*En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.*

**Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa**

**omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.** En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual, lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto el asegurado debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Expresamente se le preguntó al entonces asegurado, lo siguiente:

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

(...)

- ¿HA PADECIDO O ESTA EN TRATAMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD RELACIONADA CON: INFARTO AL MIOCARDIO, ENFERMEDAD CORONARIA, TROMBOSIS O ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, EPOC, ASMA, DIABETES, **HIPERTENSION**, DISFONIA, ¿DISCOPATIA? (NO)
- ¿PRESENTA O HA PRESENTADO CANCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE? (NO)
- ¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA? (NO)
- ¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FISICA O MENTAL? (NO)
- ¿SUFRE O A SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE? (NO)

**DOCUMENTO: Declaración de asegurabilidad - Póliza de Seguro Vida Grupo**

**Deudores No. 02-262-0000025874**

Cali - Av. 6A Bis #35N-100, Oficina 212, Cali, Valle del  
Cauca, Centro Empresarial Chipichape  
+57 315 577 6200 - 602-6594075  
Bogotá - Calle 69 No.04-48 Oficina 502, Ed. Buro 69  
+57 3173795688 - 601-7616436

**GHA**  
ABOGADOS & ASOCIADOS

Página 40 | 71

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) había sido diagnosticado con una Hipertensión Arterial, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba por la Hipertensión, (ii) que a pesar de que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) había sido diagnosticado con Angina de Pecho y Obesidad, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba sobre la existencia de cualquier enfermedad no contemplada en el cuestionario, situación que claramente dista con la realidad tal como se contrasta con la historia clínica.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) padecía y conocía de la existencia de su Angina de Pecho, Hipertensión Arterial, y Obesidad. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.**

Si bien la parte actora pretende tratar de endilgar a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. la

responsabilidad que únicamente recaía en cabeza del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro.

Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos Tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del Código de Comercio señala, sin lugar a una interpretación diferente, que el asegurado debe cumplir con la carga de ubérrima buena fe y lealtad, y así informar a la compañía aseguradora de todos los aspectos que conforman el riesgo trasladado, so pena que se dé aplicación a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del Código de Comercio. Al respecto, el artículo 1158 del referido código indica lo siguiente

*“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”.*

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de

igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es más, la Corte Constitucional en Sentencia T - 058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

*“Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.*

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico<sup>8</sup>.*

*Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer*

---

<sup>8</sup> Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

*condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales<sup>9</sup>. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer<sup>10</sup>”.* - (Subrayado por fuera de texto)

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso:

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo,** por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.”<sup>11</sup>* - (Subrayado y negrilla)

<sup>9</sup> Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

<sup>10</sup> Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

<sup>11</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez.

por fuera de texto)

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 04 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez<sup>12</sup>, en donde estableció lo siguiente:

*“De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 id previene que «aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».*

*No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».*

*Esto por cuanto, se reitera, el tomador está compelido a «declarar sinceramente los hechos o circunstancias» que lo determinan y los efectos adversos por inexactitud se reducen si hay «error inculpable» o se desvanecen por inadvertir el asegurador las serias señales de alerta sobre inconsistencias en lo que aquel*

---

<sup>12</sup> Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

reporta.

(...)

Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.” -  
(Subrayado por fuera de texto)

Ahora bien, no sobra resaltar que la doctrina más reconocida en el tema se ha pronunciado en el mismo sentido que los fallos anteriormente expuestos, al establecer:

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe (...)”<sup>13</sup> (Subrayado por fuera de texto).*

No puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C - 232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del Código de

---

<sup>13</sup> LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

Comercio, explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de*

*seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.* - (Subrayado por fuera de texto)

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio.

Así las cosas, se desvirtúa lo indicado por la parte actora en lo referente a que recaía en cabeza de la Compañía Aseguradora el efectuar exámenes médicos al señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) en la etapa precontractual a fin de determinar el riesgo que le estaba siendo trasladado, pues clara es la jurisprudencia de las altas cortes al establecer que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

### **3. NO ES NECESARIA LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LA RETICENCIA E INEXACTITUD Y LA CAUSA DEL SINIESTRO**

Aun cuando los demandantes consideran vetustos los preceptos normativos que regulan el sector asegurativo, de ninguna manera puede interferir con la línea jurídica de aplicación que se ha mantenido hasta la fecha, habida cuenta que en Colombia es factible señalar mediante la ley, jurisprudencia y doctrina que, no es necesaria la relación causal entre los factores que constituyen

la inexactitud, reticencia o informaciones no sinceras del asegurado con la causa del siniestro, para que se configure la sanción de nulidad relativa o anulabilidad del contrato.

Dicho de otra manera, una puede ser la razón u origen de la patología que ocultó el asegurado para concurrir a celebrar el contrato y otra sustancialmente diferente la causa del siniestro, para que de todas maneras aflore la sanción de nulidad relativa del contrato, como quien oculta un problema cardíaco y luego de celebrado el contrato de seguro, fallece por un accidente de tránsito, caso en el cual, indefectiblemente una vez atendida la carga probatoria que cobija a la aseguradora, se producirán los efectos de la nulidad relativa del contrato.

En palabras del tratadista Andrés Ordoñez:

*“surge con frecuencia la pregunta de si las sanciones derivadas de la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo solamente proceden en la medida en que el siniestro que afecta la cobertura del seguro esté relacionada con ellas, o si, por el contrario, esas sanciones proceden independientemente de la causa que haya dado lugar al siniestro. Frente a la legislación colombiana, es indudable que ocurre esto último. Definitivamente el artículo 1058 C. Co., no exige en ningún momento que esa relación exista para que se produzca la nulidad del contrato o la reducción de la prestación del asegurador, como consecuencias características de la inexactitud o reticencia relevantes en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador.”*

Asimismo, la Corte Constitucional al respecto de la relación de causalidad ha manifestado lo siguiente:

*“Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o*

*tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostiene los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.”<sup>14</sup>*

En consecuencia, para el presente caso, se configura la sanción consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio así la causa de deceso del asegurado, el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), haya sido distinta a los antecedentes patológicos omitidos en la declaración de asegurabilidad.

#### **4. LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

Ahora, pese a que se alega que no se encuentra demostrada la mala fe del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) por parte de los accionantes, lo cual a su consideración es un punto fundamental para declarar la nulidad del contrato de seguro, resulta fundamental confirmarle al Honorable Juez que la prueba de la mala fe no es un requisito *sine qua non* para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

Al respecto, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ha sido muy clara al explicar lo siguiente:

---

<sup>14</sup> Corte Constitucional, Sentencia C.232/1997, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía. Expediente D-1485.

**“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)**

4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”<sup>15</sup>. - (Subrayado por fuera de texto)

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 04 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez<sup>16</sup>, expuso con

<sup>15</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

<sup>16</sup> Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

*“Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», **ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración**, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma.» - (Subrayado por fuera de texto)*

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado.

Ahora, si bien se tiene conocimiento de pronunciamientos constitucionales frente a la carga de la prueba de la mala fe, debe entenderse que en estos se está cometiendo un yerro, en la medida que la buena fe es exigible del asegurado en el momento precontractual de la declaración del estado del riesgo, y no cuando la aseguradora se encuentra demostrando la reticencia del contrato de seguro.

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del Código de Comercio basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o

circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

**5. BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que el Despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

*“ARTÍCULO 1059. <RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA>. Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.”*

En conclusión, dado que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A** tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## 6. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA.

En el presente caso, el demandante carece de legitimación en la causa por activa para promover la acción que nos ocupa y pretender el reconocimiento de la prestación derivada de los contratos de seguro expedidos por mi representada, comoquiera que no ostentan la calidad de beneficiario en los aseguramientos. En tal sentido, se advierte que dicha legitimación radica únicamente en el beneficiario de la mentada póliza, lo que significa que, para el caso concreto, el único sujeto que podrá exigir el eventual cumplimiento del contrato de seguro es la entidad bancaria. En este orden de ideas no puede perderse de vista que la legitimación en la causa es el primer presupuesto que debe evaluarse antes de realizar cualquier estudio sobre un caso en particular. Puede ser activa o pasiva y ambas son un presupuesto procesal para que se dicte una sentencia de fondo favorable a las pretensiones. En palabras del Consejo de Estado:

*“Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, **consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda -legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-**, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. Corresponde a **un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones**, toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante (...)”<sup>17</sup> - (Subrayado y negrilla por fuera de texto).*

---

<sup>17</sup> Expediente No.13.356. M.P. María Elena Giraldo Gómez.

En otra oportunidad, esa corporación afirmó que:

*“(...) la legitimación material en la causa activa y pasiva, es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado (...)”<sup>18</sup>.*

En el mismo sentido, la Corte Constitucional definió la falta de legitimación en la causa como una cualidad subjetiva de las partes, derivada de la relación de estas con el interés sustancial que se discute en el proceso:

*“La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. En resumen, la legitimación en la causa es una cualidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso. Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces simplemente declararse inhibido para fallar el caso de fondo.”<sup>19</sup>*

Ahora, en lo que concierne específicamente a casos análogos y coincidentes en materia de seguros de vida grupo deudores, la Corte Suprema de Justicia ha sido clara al pronunciarse en el mismo sentido, al indicar que:

*“A partir de dejar sentado, con vista en el contrato de seguro y sus anexos, que el causante era el asegurado, sin que figurara como “beneficiario de dicho contrato”, el sentenciador concluyó que los demandantes no tenían derecho a reclamar valor*

---

<sup>18</sup> Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 20 de septiembre 2001 C.P María Elena Giraldo, Rad: 10973.

<sup>19</sup> Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Rentería.

alguno por concepto de indemnización, porque el seguro de vida tenía como “especial destinación” cubrir el “saldo insoluto de la obligación” a la muerte del deudor asegurado. Por esto, al constatar que el tomador del seguro, esto es, el Banco Davivienda S.A., aparecía como el “exclusivo titular del crédito”, o lo que es lo mismo, del saldo de la obligación, el ad-quem señaló que dicho acreedor, en su calidad de beneficiario del seguro, como así constaba expresamente, era el **“único legitimado para efectuar la reclamación.”** (...)

En suma, **como en la sentencia se reconoció que el “único” beneficiario del seguro de vida grupo deudores, era el citado banco, por las razones que adujo, claramente se advierte que en ningún error de hecho, con las características de manifiesto y trascendente, pudo incurrir el Tribunal, porque el adjetivo “único” necesariamente descartaba que otras personas, incluidos los demandantes, por las circunstancias que fueren, pudieran serlo,** menos cuando expresamente se refirió, para confirmar la legitimación en causa de aquellos, a todos los hechos que en el cargo segundo se mencionan (...) Por supuesto que la anterior conclusión no fue insular, sino que es el producto de haber dejado sentado que **el beneficiario del seguro no podía ser persona distinta del “exclusivo titular del crédito”, porque se trataba de un “contrato de seguro destinado al pago de la deuda”** que el asegurado había contraído con el banco beneficiario, y porque lo que se aseguró fue el pago del “saldo insoluto de la obligación” que existiera al momento de ocurrir la muerte del deudor.

Para el Tribunal, entonces, fue intrascendente que los demandantes fueran la “cónyuge” e “hijos” del deudor fallecido, **porque el destino de la suma asegurada, convertían al tomador del seguro, beneficiario a su vez del mismo, como el “único” legitimado para reclamar la indemnización, inclusive frente al hecho de que éste no haya insistido en el pago ante la aseguradora y en su lugar hubiere acudido a demandar judicialmente el cobro insoluto de la obligación contra uno**

**de los codeudores solidarios.** Como se explicó en el precedente citado por el Tribunal (sentencia 025 de 23 de marzo de 2004, expediente 14576), al ocurrir el siniestro, el acreedor del crédito quedaba habilitado para hacer efectivo el valor del seguro de vida grupo deudores, sin menoscabo, claro está, del derecho que también le asistía de solicitar o exigir el pago de la deuda “contra los otros codeudores solidarios si los hay” (...) <sup>20</sup>. - (Subrayado y negrita por fuera de texto)

De este modo, para la nombrada Corte, especialmente en materia de seguros de vida grupo deudores, la legitimación en la causa por activa para reclamar el cumplimiento de las prestaciones que del contrato se derivan, recae únicamente sobre la persona, natural o jurídica, que ostente la calidad de beneficiaria en el seguro de vida. Descendiendo al caso concreto, a efectos de acreditar la falta de legitimación en la causa por activa, no puede perderse de vista que en la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02-262-0000025874, figuraba como beneficiario el BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

Lo anterior quiere decir que, teniendo en cuenta que los hoy demandantes no son beneficiarios del seguro de vida, no se encuentran legitimados en la causa para reclamar las prestaciones que del contrato se derivan. En otras palabras, el único sujeto que se encuentra legitimado para exigir en un proceso judicial el cumplimiento del contrato de seguro previamente identificado es aquel que ostente la calidad de beneficiario del mismo. Lo que en el presente caso implica que el cumplimiento del contrato de seguro únicamente puede ser pretendido por la entidad bancaria.

En conclusión, el Seguro de Vida Grupo Deudor que sirvió de base para formular esta acción no contempla como beneficiarios del mismo a los accionante, como se dijo, el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es el único beneficiario del seguro y, por tanto, el único sujeto legitimado para exigir el pago de las prestaciones que del seguro pudieran derivarse, situación que pone de manifiesto la falta de legitimación de los demandantes para pretender pago alguno en su propio

---

<sup>20</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Mp Jaime Alberto Arrubla Paucar, sentencia del 29 de septiembre de 2005, expediente C-1100131030162000-22940-01).

favor. En conclusión, teniendo en cuenta que la ley y la jurisprudencia reconocen expresamente que el único legitimado para solicitar el cumplimiento de un contrato de seguro de vida grupo de deudores es el beneficiario del mismo, lo que en nuestro caso representa única y exclusivamente al BANCO BBVA COLOMBIA S.A. y no a los demandantes, es claro que no se vislumbra el presupuesto material para emitir una sentencia a favor de estos.

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción.

## **7. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

Sin perjuicio de las excepciones que se formularan en lo sucesivo, solicito respetuosamente al Despacho declare que se configuró la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro toda vez que, desde el momento en que se presentó la solicitud de indemnización el día **01 de junio de 2021**, hasta la fecha en que se tuvo por notificada a mi procurada de la demanda, esto es, el **28 de agosto de 2023**, transcurrieron más de (2) dos años, operando así la prescripción ordinaria de la cual habla el artículo 1081 del Código de Comercio.

En ese sentido, es dable manifestar que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

***“ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>. La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.***

***La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del***

**hecho que da base a la acción.**

*La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*

*Estos términos no pueden ser modificados por las partes.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular, y en especial, para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

*“(…) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…)*

*La primera, según se acotó en líneas anteriores, de stirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el venero prescriptivo.*

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la **ordinaria correrá desde que se haya producido el***

**conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.**<sup>21</sup> (Subrayado fuera del texto original)

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que mi procurada tuvo conocimiento del hecho que dio base a la acción (el deceso del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.)) el día **01 de junio de 2021** con la radicación de la solicitud de indemnización de la parte actora. Ahora bien, teniendo en cuenta que la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro opera dentro de los dos (2) años siguientes a la formulación de reclamación de la víctima a la asegurada, no hay lugar a dudas que la acción se encuentra totalmente prescrita. Lo anterior, por cuanto el referido termino bienal se entendería surtido el día **01 de junio de 2023**, no obstante, descontando el termino de 1 mes y 12 días, concerniente a la suspensión de términos referida en el artículo 56 de la Ley 2220 de 2022, esto es, el término entre la fecha de presentación de solicitud de conciliación (16 de diciembre de 2021) y la audiencia de conciliación (28 de enero de 2022), la prescripción se habría presentado el **13 de julio de 2023**, sin que el término bienal hubiera sido interrumpido.

Pues es de precisar que, si bien con la presentación de la demanda se entendería en primera medida que la parte actora interrumpió el término de prescripción, lo cierto es que para que dicho presupuesto opere, los demandantes debían haber notificado a mi representada del auto admisorio de la demanda dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tal providencia de acuerdo a lo estipulado en el artículo 94 del Código General del Proceso, sin embargo, tal como quedo constatado en Auto fechado del 27 de julio de 2023 y publicado en los estados electrónicos del Despacho el día **28 de julio de 2023**, la notificación fue declarada nula y no fue hasta la expedición del referido Auto en que la Compañía Aseguradora se entendió notificada

---

<sup>21</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

por conducta concluyente, fecha para la cual claramente ya había operado la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

En conclusión, no existe duda alguna que ha operado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza de la asegurada en los términos de los artículos 1081 del Código de Comercio y 94 del Código General del Proceso. Por cuanto, es claro que el término prescriptivo feneció con creces, al haber transcurrido más de dos años desde la petición de resarcimiento efectuada por la parte actora a la Aseguradora (01 de junio de 2021) y la fecha en que esta última se entendió notificada por conducta concluyente (28 de julio de 2023), sin que se hubiera interrumpido el término de la prescripción ordinaria.

Por todo lo anterior, se solicita al Despacho tener por probada esta excepción.

#### **8. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.**

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del Código General del Proceso solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del accionante (1081 Código de Comercio).

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

#### **VI. EXCEPCIONES DE MERITO SUBSIDIARIAS**

##### **1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.**

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna

por parte de mi representada, en el evento que el Despacho considere que mi representada sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **2. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.**

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Despacho considere que mi representada sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha de estructuración de la invalidez.

Por las razones expuestas, solicito respetuosamente declarar probada esta excepción.

## **VII. MEDIOS DE PRUEBA**

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

### **1. DOCUMENTALES**

- 1.1. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) que se relaciona con el crédito No. 9621163906.

- 1.2. Comunicación expedida por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** el día 25 de junio de 2021, mediante la cual objeta el pago de la reclamación No. VGDB-208.
- 1.3. Comunicación expedida por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** el día 02 de agosto de 2021, mediante la cual objeta el pago de la reclamación No. VGDB-208.
- 1.4. Comunicación expedida por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** el día 22 de septiembre de 2021, mediante la cual objeta el pago de la reclamación No. VGDB-208.
- 1.5. Derecho de petición elevado a SALUD TOTAL EPS-S S.A.
- 1.6. Derecho de petición elevado a la CLINICA NUESTRA SEDE IBAGUE.
- 1.7. Fragmento de la Historia Clínica del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.).

## 2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **MARTA YULIET SANCHEZ DE CASTRO**, en su calidad de accionante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

La señora MARTA YULIET SANCHEZ DE CASTRO podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

- 2.2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **DAVID RICARDO CASTRO SÁNCHEZ**, en su calidad de accionante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

El señor DAVID RICARDO CASTRO SÁNCHEZ podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

- 2.3. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **NICOLÁS FERNANDO CASTRO SÁNCHEZ**, en su calidad de accionante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

El señor NICOLÁS FERNANDO CASTRO SÁNCHEZ podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

### 3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado por el artículo 198 del Código General del Proceso, comedidamente solicito al Despacho ordenar la citación del representante legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso, y especialmente, para que evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.).

### 4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.). Este testimonio se solicita igualmente para que

deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 No. 72 – 21, Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C. y en el correo electrónico [judicialesseguros@bbva.com](mailto:judicialesseguros@bbva.com).

- 4.2. Sírvese citar y hacer comparecer a la Doctora **MARIA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesora externa de mi representada, para que teniendo en cuenta su experiencia, le ilustre al Despacho sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, los efectos de la reticencia en la declaración del estado de salud y en general sobre todos los hechos relacionados en el presente escrito. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas del Contrato de Seguro objeto del presente litigio.

El testigo podrá ser citado en la Carrera 72 C No. 22 A - 24 de la ciudad de Bogotá o en el correo electrónico [camilaortiz27@gmail.com](mailto:camilaortiz27@gmail.com).

No obstante, comedidamente solicito al honorable Juez que, en aplicación de los artículos 103, 171 y siguientes del Código General del Proceso, se autorice a los testigos en mención para comparecer ante su Despacho de forma remota en ejercicio del uso de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y/o medios electrónicos, con el objetivo de facilitar y agilizar el acceso a la

administración de justicia, así como ampliar su cobertura. Lo anterior, como quiera que los testigos actualmente se encuentran domiciliados y además residen en la ciudad de Bogotá D.C.

## 5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como *“un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”*; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del Código General del Proceso, se sirva ordenar al demandante para que exhiba la Historia Clínica, correspondiente al periodo comprendido entre el año 2003 y el año 2021, del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), en la audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro de la póliza; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad.

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene a **SALUD TOTAL EPS-S S.A.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), correspondiente al periodo que va desde el año 2003 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), entre los años 2003 a 2021.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. SALUD TOTAL EPS-S S.A. puede ser notificada en la Carrera 18 No. 109 - 15, en la ciudad de Bogotá D.C., y a través del correo electrónico [notificacionesjud@saludtotal.com.co](mailto:notificacionesjud@saludtotal.com.co).

- 5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene a la **CLINICA NUESTRA SEDE IBAGUE**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) correspondiente al periodo del año 2003 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) entre los años referidos como se desprende de la historia clínica parcial aportada con las reclamaciones elevadas a mi representada.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La CLINICA NUESTRA SEDE IBAGUE puede ser notificada en la Carrera 10 Sur No. 66 A - 70 Glorieta Varsovia, en la ciudad de Ibagué (Tolima), y a través del correo electrónico [contrataciones@clinicanuestra.com](mailto:contrataciones@clinicanuestra.com).

## 6. OFICIOS

- 6.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a **SALUD TOTAL EPS-S S.A.**, para que,

con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) correspondiente al periodo que va desde el año 2003 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) entre los años referidos como se desprende de la historia clínica parcial aportada con las reclamaciones elevadas a mi representada.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no es posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso, dado que son documentos sometidos a reserva.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. SALUD TOTAL EPS-S S.A. puede ser notificada en la Carrera 18 No. 109 - 15, en la ciudad de Bogotá D.C., y a través del correo electrónico [notificacionesjud@saludtotal.com.co](mailto:notificacionesjud@saludtotal.com.co).

- 6.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la **CLINICA NUESTRA SEDE IBAGUE**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.), correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) entre los años referidos como se desprende de la historia clínica parcial aportada con las reclamaciones elevadas a mi representada.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no es posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso, dado que son documentos sometidos a reserva.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. La CLINICA NUESTRA SEDE IBAGUE puede ser notificada en la Carrera 10 Sur No. 66 A - 70 Glorieta Varsovia, en la ciudad de Ibagué (Tolima), y a través del correo electrónico [contrataciones@clinicanuestra.com](mailto:contrataciones@clinicanuestra.com).

## **7. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL CODIGO GENERAL DEL PROCESO.**

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) Que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías del señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar el señor REINALDO CASTRO SANCHEZ (Q.E.P.D.) era absolutamente indispensable para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues

con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del Código Comercio son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del Código General del Proceso que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita al Despacho un término no inferior a un (1) mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas (SALUD TOTAL EPS-S S.A. y CLINICA NUESTRA SEDE IBAGUE) aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del asegurado. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de salud mencionadas pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

## VIII. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder conferido al suscrito.

3. Certificado de Existencia y Representación Legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
4. Certificado de Existencia y Representación Legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

#### IX. NOTIFICACIONES

- El suscrito en la Calle 69 No. 4 - 48, Oficina 502, en la ciudad de Bogotá D.C.

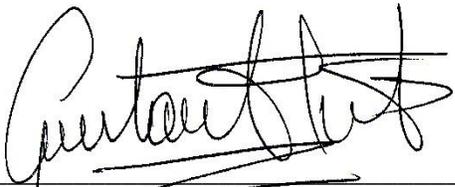
**Correo electrónico:** [notificaciones@gha.com.co](mailto:notificaciones@gha.com.co)

- Mi procurada, **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, recibirá notificaciones en la Carrera 9 No. 72 – 21, Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C.

**Correo electrónico:** [judicialesseguros@bbva.com](mailto:judicialesseguros@bbva.com)

- La parte demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relaciona en su libelo.

Atentamente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

T. P. No. 39.116 del C. S. de la J.