Señores
Superintendencia Financiera de Colomb
Delegatura para Funciones Jurisdiccion
Calle 7 No. 4 – 49
E. S. D.

sfc Superintendencia Financiera de Colombia
2018064436-011-000
018 04:01 PM Sec. Dia: 2330
Trámite: 506-FUNCIONES JURISDICCIONALES Anexos: Si Entrada
Tipo Doc: 26-26 CONTESTACIÓN DEMANDA Folios: 27
Aplica A: 14-26 BBVA SEGUROS DE VIDA COL Encadenado: NO
Remitente: 14-26 BBVA SEGUROS DE VIDA CO Solicitud: Exp.2018-1060
Destinatario: 80001 Secretaria Delegatur Teléfono: 594 02 00
Carro: Ent: Caja: Pos: 13/09/2018

REF. ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO

DEMANDANTE: JHODINSON ALED TARQUINO SÁNCHEZ
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A
EXPEDIENTE: 2018-1060
RADICACIÓN: 2018064436

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

SANTIAGO ROJAS BUITRAGO, mayor de edad, domiciliado y residente en Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía número 1.015.429.338 de Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 264.396 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado sustituto 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 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por el señor Jhodinson Aled Tarquino Sánchez en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones del demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Al hecho 1: En este punto el actor presenta varios hechos respecto de los cuales me pronuncio así:

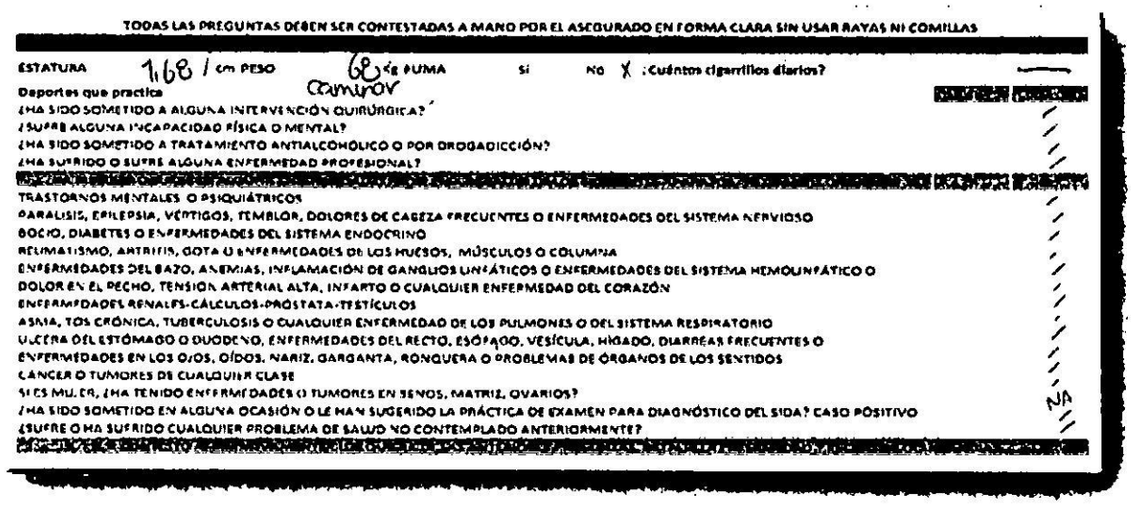
(i) No me consta si el señor Jhodinson Aled Tarquino Sánchez con anterioridad al crédito adquirido con el Banco BBVA, tenía una acreencia con el Banco de Bogotá, razón por la cual, solicito que la parte actora pruebe su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

(ii) Por otro lado, debe aclararse que no hubo una suscripción de una póliza de seguro entre el señor Jhodinson Aled Tarquino Sánchez y la Compañía Aseguradora, hubo es un ingreso en calidad de asegurado, al seguro contratado entre mi representada y la entidad bancaria. Sin embargo, es fundamental que desde ahora la honorable Superintendencia Financiera de Colombia tome en consideración que el señor Tarquino Sánchez fue reticente, debido a que en el momento de solicitar su inclusión en la póliza, 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 a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Para el día 28 de octubre de 2016, fecha en la cual el Accionante solicitó su inclusión al contrato de seguro identificado con el No. 0110043, mi representada le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el Accionante las respondió negativamente en la totalidad del cuestionario, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor Tarquino Sánchez conocía de sus padecimientos de salud desde por lo menos el mes de marzo del año 2016, fecha a partir de la cual su historial médico refleja la existencia de una cardiomiopatía dilatada, negó la existencia de esta enfermedad a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas negativas y falsas del Accionante, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

1. Declaración de asegurabilidad que data del 28 de octubre de 2016:



TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS

ESTATURA 1.68 / cm PESO 68 Kg PUMA Si No X ¿Cuántos cigarrillos diarios? —

Deportes que practica caminar

¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?

¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?

¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS

PARALISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO

REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA

ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O

DOLOR EN EL PECHO, TENSION ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN

ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS

ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO

ULCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O

ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE

SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?

¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO

¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?

NA

En otras palabras, no existe duda alguna que en el presente caso el Accionante respondió negativamente a las preguntas de 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 de la vinculación, debido a que el Accionante había padecido y/o sufrido varias enfermedades que sin lugar a dudas debió haber informado a mi representada, máxime cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor Tarquino Sánchez, es de gran importancia abordar lo señalado por el dictamen de calificación de invalidez aportado al proceso por la misma parte Accionante. En este dictamen, el ente de Calificación es muy claro al establecer, como criterios para fijar la pérdida de capacidad laboral en un 100%, las siguientes enfermedades:

(AFECCIÓN POR EVALUAR- DIAGNÓSTICO- ETIOLOGÍA- TRATAMIENTOS VERIFICADOS- ESTADO ACTUAL- PRONÓSTICO- FIRMA MÉDICO)

Fecha: 03/02/2017 Servicio: CARDIOLOGIA
FECHA DE INICIO PACIENTE CON SINDROME DE FALLA CARDIACA DE APROXIMADAMENTE 1 1/2 AÑOS DE EVOLUCION SIGNOS Y SINTOMAS CUADRO CLINICO DE DETERIORO PROGRESIVO DE SU CLASE FUNCIONAL HASTA III/IV ORTOPEDIA EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES CON EVIDENCIA ECOCARDIOGRAFIA DE DISTENCION VENTRICULAR SEVERA POR FEVI 30% ETIOLOGIA IDIOPATICA ESTADO ACTUAL COMOPENSADO DE SU FALLA CARDIACA DIAGNOSTICO FALLA CARDIACA PRONOSTICO MALO PATOLOGIA CONALTA MORBIMORTALIDAD Null FDO MEDICO ESPECIALISTA 112476.-

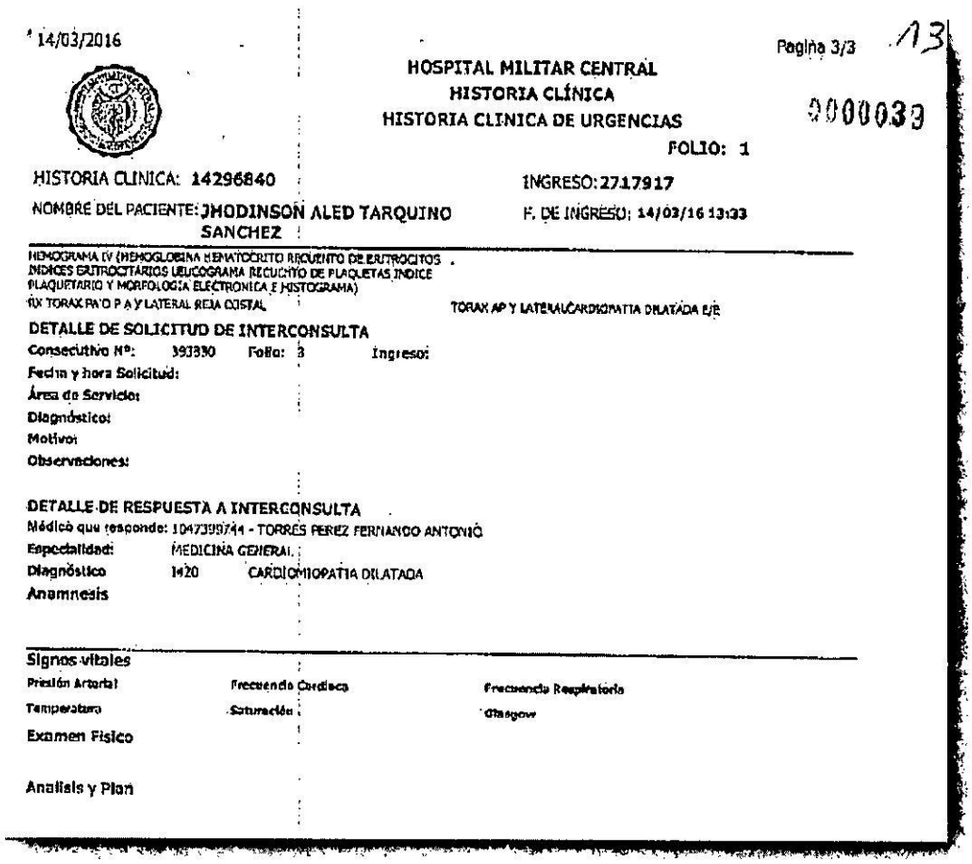
Fecha: 07/12/2016 Servicio: PSIQUIATRIA (COMITE BASAN)
FECHA DE INICIO PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DIAGNOSTICO DE HACE UN AÑO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CON FEVI 30% DE ETIOLOGIA INDETERMINADA LUEGO DE LO CUAL REFIERE CUADRO CLARO DE ANSIEDAD INICIO TRISTE IDEAS DE DESESPERANZA NO HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR PSIQUIATRIA PENDIENTE TRASPLANTE DE CORAZON SIGNOS Y SINTOMAS NO REFERIDO EN ITEM 1 ETIOLOGIA MULTICASUAL ESTADO ACTUAL PACIENTE COLABORADOR PACIENTE SIN ALTERACION AFECTO EUTIMICO PENSAMIENTO LOGICO COHERENTE CON IDEAS DELIRANTES ANSIOSO MEMORIA CONSERVADA INTRSOPECCION POBRE DIAGNOSTICO DEPRESION REACTIVA PRONOSTICO PACIENTE ACTUALMENTE ASINTOMATICO Null FDO MEDICO ESPECIALISTA 115258.-

Documento: Dictamen de Calificación.
Transcripción parte esencial: "*Fecha: 03/02/2017 Servicio Cardiología*
Fecha de inicio paciente con síndrome de ***falla cardiaca de aproximadamente 1 ½ años de evolución*** *signos y síntomas cuadro clínico de deterioro progresivo de su clase funcional hasta ortopedia (...)*

Fecha: 07/12/2016 Servicio: Psiquiatría (Comité Basan)
Fecha de inicio paciente con antecedente de diagnóstico de hace un año de insuficiencia cardiaca congestiva con lev 30% de etiología indeterminada luego de lo cual refiere cuadro claro de ansiedad inicio triste ideas de desesperanza no ha recibido tratamiento por psiquiatría ***pendiente trasplante de corazón*** *(...)* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, como se ilustrará a continuación, resulta imperioso que la honorable Superintendencia Financiera tenga en cuenta que varias de las enfermedades, entre las que se encuentran las más determinantes para alcanzar el porcentaje de 100% de pérdida de capacidad laboral, eran padecidas y conocidas por el señor Tarquino Sánchez con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro No. 0110043. En este sentido, al analizar la información médica del señor Jhodinson Aled, que se aporta al presente proceso mediante la contestación de la demanda, es evidente que los padecimientos que generaron la incapacidad datan incluso desde el mes de marzo de 2016. A continuación, se evidencian los documentos médicos más representativos, sin perjuicio de los demás que también deben ser tenidos en cuenta, que acreditan que las patologías del Accionante son anteriores al mes de octubre del año 2016, fecha de su inclusión al contrato de seguro:

- **Cardiomiopatía Dilatada:**



14/03/2016 Página 3/3 13

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
HISTORIA CLÍNICA
HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS
FOLIO: 1

0000039

HISTORIA CLINICA: 14296840 INGRESO: 2717917

NOMBRE DEL PACIENTE: JHODINSON ALED TARQUINO SANCHEZ F. DE INGRESO: 14/03/16 13:33

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICE PLAQUETARIO Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA)
RX TORAX PA O P A Y LATERAL REJA COSTAL TORAX AP Y LATERALCARDIOPATIA DILATADA E/E

DETALLE DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA
Consecutivo Nº: 393330 Folio: 3 Ingreso:
Fecha y hora Solicitud:
Área de Servicio:
Diagnóstico:
Motivo:
Observaciones:

DETALLE DE RESPUESTA A INTERCONSULTA
Médico que responde: 1047399744 - TORRES PEREZ FERNANDO ANTONIO
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Diagnóstico I420 CARDIOMIOPATIA DILATADA
Anamnesis

Signos vitales
Presión Arterial Frecuencia Cardiaca Frecuencia Respiratoria
Temperatura Saturación Glasgow
Examen Físico

Analisis y Plan

Documento: Historia Clínica Hospital Militar Central
Transcripción parte esencial: "***F. de ingreso: 14/03/16 13:33***.
(...)
Diagnóstico: 1420 ***Cardiomiopatía Dilatada***". (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de estos primeros documentos se demuestra fehacientemente que desde el mes de marzo del año 2016 el señor Tarquino Sánchez padecía de una Cardiomiopatía Dilatada. 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 C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que si mi procurada hubiera conocido de la existencia de este padecimiento, con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Vale la pena agregar, que no se puede pasar por alto que, tal y como fue evidenciado en las consideraciones del dictamen de calificación, esta enfermedad fue un criterio fundamental para declarar una pérdida de capacidad laboral en un 100%. Lo que quiere decir, que dicha patología tiene todas las características y sobre todo la envergadura requerida, para anular la vinculación al contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co. En otras palabras, las consecuencias de la mencionada enfermedad en la salud del Asegurado fueron tan representativas y graves, que el ente calificador la valoró como un elemento esencial para señalar una pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, esto acredita indefectiblemente, que si mi prohijada hubiera conocido de la Cardiomiopatía Dilatada en el momento oportuno, definitivamente se hubiere retraído de celebrar la vinculación al contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

De este modo es de suma importancia tomar en consideración que, según se expone en el dictamen de calificación, las consecuencias del padecimiento son tan graves, que incluso es necesario llevar a cabo un trasplante de corazón. Es más, en el hecho segundo de la demanda el mismo Accionante expone que su enfermedad no tiene cura, sino únicamente puede ser tratada sin que ello conlleve una mejoría absoluta. Por todo lo anterior, es más que claro que haber ocultado esta patología a la Compañía de Seguros indefectiblemente vició su consentimiento en los términos del artículo 1058 del C.Co.

Adicionalmente, de la historia clínica se observa que una de las consecuencias de la enfermedad cardiaca que padece el señor Tarquino, es que en el mes de mayo del año 2016 fue sometido a un procedimiento quirúrgico tendiente a la implantación de un cardiodesfirilador. En este sentido, nuevamente se acredita la gravedad del padecimiento, que sin lugar a ningún tipo de dudas comporta todas las características necesarias para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo dicho previamente encuentra sustento en el siguiente fragmento de la Historia Clínica:

14/03/2016 Pagina 1/3

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
HISTORIA CLÍNICA
HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS
FOLIO: 1

HISTORIA CLINICA: **14296840** INGRESO: **2717917**

NOMBRE DEL PACIENTE: **JHODINSON ALED TARQUINO SANCHEZ** F. DE INGRESO: **14/03/16 13:33**

DATOS PERSONALES **FECHA DE REGISTRO:** 14/03/2016 03:32:45 p.m.

Identificación: 14296840 Sexo: Masculino

Fecha Nacimiento: 26/11/1985 Edad en atención: 30 Años \ 3 Meses \ 17 Días Estado Civil: Casado

Dirección: BARRIO VILLAMARIN CASA 9 MAN 1 IBAGUE Teléfono: 3118263443 3006024625COMPAÑERA

Procedencia: IBAGUE Ocupación: TENIENTE

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad: FUERZAS MILITARES Régimen: Regimen_Simplificado

Plan Beneficios: DGSM 2016 EJERCITO NACIONAL Nivel - Estrato: ESTRATO GENERAL

DATOS DEL INGRESO **FOLIO Nº 1** **(Fecha: 14/03/2016 03:32 p.m.)**

Responsable: YESID OMEN Teléfono Resp: 3015614152

Dirección Resp: Nº Ingreso: 2717917 Fecha: 14/03/16 13:33:15

Finalidad Consulta: No_Aplica Causa Externa: Enfermedad_General

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	27/02/2017	CARDIOPATIA DILATADA DESDE 2016
Quirúrgicos	27/02/2017	IMPLANTE CARDIODESFIRILADOR MAYO 2016
Farmacológicos	27/02/2017	ENALAPRIL CADSA 12 HORAS, CARVEDILOL 25 MG CADA 12 HORAS, FUROSEMIDA 40 MG DIA, ESPIRONOLACTONA CADA 12 HORAS, SERTRALINA 1 TAB EN LA NOCHE

MOTIVO DE LA CONSULTA

REMITIDO POR CARDIOPATIA DILATADA E/E

Documento: Historia Clínica Hospital Militar Central
Transcripción parte esencial: "***F. de ingreso: 14/03/16 13:33***.
(...)
Antecedentes
Médicos 27/02/2017 Cardiopatía Dilatada desde 2016.
Quirúrgicos 27/02/2017 Implante Cardiodesfirilador mayo 2016
Motivo de la consulta: remitido por cardiopatía Dilatada E/E Cardiomiopatía Dilatada". (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En este orden de ideas, es de suma importancia tener en cuenta que, según las reglas de la experiencia, las Compañías de Seguros se abstienen de asegurar, o lo hacen pero en condiciones más onerosas, a las personas que están sufriendo de un padecimiento del corazón. En consecuencia, en el caso concreto la voluntad de mi representada se vio

viciada en su consentimiento, debido a que creyó estar asegurando una persona en óptimas condiciones de salud, cuando realmente vinculó a la póliza a una que adolecía de una Cardiomiopatía Dilatada, lo que a su vez implica, la citada nulidad consagrada en el artículo 1058 del C.Co.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** el señor Tarquino Sánchez ya sufría de una Cardiomiopatía Dilatada con anterioridad al mes de octubre del año 2016, fecha en la que se dio la inclusión en el contrato de seguro Póliza Vida Grupo Deudores, y **(ii)** que esta patología terminó siendo esencial en la declaración de la pérdida de capacidad laboral del Accionante en un 100%. 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. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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 éstas claramente incluyen varias de las enfermedades que padece el señor Tarquino Sánchez, y que por supuesto él debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma o por lo menos la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Expresamente se le preguntó al Accionante lo siguiente:

> *"¿Ha sido sometido a alguna **intervención quirúrgica**?*
>
> *(...)*
>
> *¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes, aparatos, sistemas u órganos?*
>
> *(...)*
>
> *Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o **cualquier enfermedad del corazón**.*
>
> *(...)*
>
> *¿**Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente**?" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: **(i)** que a pesar de que el señor Tarquino Sánchez había sufrido de una *"Cardiomiopatía Dilatada"* con anterioridad al mes de octubre del 2016, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que le cuestionó acerca de la existencia cualquier enfermedad del corazón, **(ii)** que aunque el Asegurado fue sometido a una intervención quirúrgica para el implante de un cardiodesfirilador en el mes de mayo del año 2016, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que le interrogó acerca de si había sido sometido a alguna intervención médica de este tipo, y **(iii)** que pese a que el Accionante padecía de sendas enfermedades, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, el Accionante padecía y conocía de la existencia de varias de las enfermedades que posteriormente fueron la causa, en mayor medida, de su pérdida de capacidad laboral. 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 le fueron preguntadas expresamente.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación que el señor Tarquino Sánchez no informó a mi procurada de la existencia de la Cardiomiopatía Dilatada en el momento que diligenció su declaración de asegurabilidad. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co, por cuanto, la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en buenas condiciones de salud, cuando estaba asegurando una persona con enfermad muy grave del corazón, que no hace falta decir, es uno de los órganos más importantes del cuerpo.

En conclusión, el señor Tarquino Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la enfermedad que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, fue la que posteriormente causó, en mayor medida, su pérdida de capacidad laboral en un 100%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la Cardiomiopatía Dilatada y sus riesgos con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

<u>Al hecho 2:</u> En este punto el actor presenta varios hechos respecto de los cuales me pronuncio así:

(i) No me consta si el señor Jhodinson Aled Tarquino Sánchez es o fue oficial del ejército, razón por la cual, solicito que la parte actora pruebe su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

(ii) En este punto es sumamente relevante que su honorable Despacho tome en consideración que, por medio del escrito presentado por la parte Accionante, se ha configurado la institución jurídica de la "confesión por apoderado judicial" consagrada en el artículo 193 del Código General del Proceso, según el cual:

> *"La confesión por apoderado judicial valdrá cuando para hacerla haya recibido autorización de su poderdante, la cual se entiende otorgada para la demanda y las excepciones, las correspondientes contestaciones, la audiencia inicial y la audiencia del proceso verbal sumario. Cualquier estipulación en contrario se tendrá por no escrita"*

En el escrito de demanda el Accionante expuso claramente lo siguiente:

"***<u>En el mes de marzo del 2016</u>*** *fue hospitalizado en el hospital militar central* ***<u>donde le diagnosticaron una enfermedad grave del corazón que se llama cardiopatía dilatada</u>****, la cual no tiene cura sino tratamiento y ya en las últimas trasplante de corazón (...). (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** el señor Tarquino Sánchez ya sufría de una Cardiomiopatía Dilatada con anterioridad al mes de octubre del año 2016, fecha en la que se dio la inclusión en el contrato de seguro Póliza Vida Grupo Deudores, y **(ii)** que esta patología terminó siendo esencial en la declaración de la pérdida de capacidad laboral del Accionante en un 100%.

Adicionalmente, lo explicado por el Accionante debe ser analizado a la luz con lo que se expone en el dictamen de calificación, esto es, que las consecuencias del padecimiento son tan graves, que incluso es necesario llevar a cabo un trasplante de corazón. Es más, en este hecho segundo de la demanda el mismo Asegurado expone que su enfermedad no tiene cura, sino únicamente puede ser tratada sin que ello conlleve una mejoría absoluta. Por todo lo anterior, es más que claro que haber ocultado esta patología a la Compañía de Seguros indefectiblemente vició su consentimiento en los términos del artículo 1058 del C.Co.

En conclusión, el señor Tarquino Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la enfermedad que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, fue la que posteriormente causó, en mayor medida, su pérdida de capacidad laboral en un 100%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la Cardiomiopatía Dilatada y sus riesgos con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

<u>Al hecho 3:</u> No me constan las afirmaciones esgrimidas en este hecho debido a que las mismas no tienen relación alguna con la actividad principal a la que se dedica mi representada, por esta razón, solicito que la parte actora pruebe su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes. Lo anterior, toda vez que a mi representada no le consta cuando notificaron al Accionante de su disminución absoluta de capacidad laboral en un 100%.

No obstante, en este punto se debe explicar que del Acta de Junta Médica Laboral No 97366 se observa, como criterios para fijar la pérdida de capacidad laboral en un 100%, las siguientes enfermedades:

(AFECCIÓN POR EVALUAR- DIAGNÓSTICO- ETIOLOGÍA- TRATAMIENTOS VERIFICADOS- ESTADO ACTUAL- PRONÓSTICO- FIRMA MÉDICO)

Fecha: 03/02/2017 Servicio: CARDIOLOGIA
FECHA DE INICIO PACIENTE CON SINDROME DE FALLA CARDIACA DE APROXIMADAMENTE 1 1/2 AÑOS DE EVOLUCION SIGNOS Y SINTOMAS CUADRO CLINICO DE DETERIORO PROGRESIVO DE SU CLASE FUNCIONAL HASTA III/IV ORTOPEDIA EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES CON EVIDENCIA ECOCARDIOGRAFIA DE DISTENCION VENTRICULAR SEVERA POR FEVI 30% ETIOLOGIA IDIOPATICA ESTADO ACTUAL COMOPENSADO DE SU FALLA CARDIACA DIAGNOSTICO FALLA CARDIACA PRONOSTICO MALO PATOLOGIA CONALTA MORBIMORTALIDAD Null FDO MEDICO ESPECIALISTA 112476.-

Fecha: 07/12/2016 Servicio: PSIQUIATRIA (COMITE BASAN)
FECHA DE INICIO PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DIAGNOSTICO DE HACE UN AÑO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CON FEVI 30% DE ETIOLOGIA INDETERMINADA LUEGO DE LO CUAL REFIERE CUADRO CLARO DE ANSIEDAD INICIO TRISTE IDEAS DE DESESPERANZA NO HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR PSIQUIATRIA PENDIENTE TRASPLANTE DE CORAZON SIGNOS Y SINTOMAS NO REFERIDO EN ITEM 1. ETIOLOGIA MULTICASUAL ESTADO ACTUAL PACIENTE COLABORADOR PACIENTE SIN ALTERACION AFECTO EUTIMICO PENSAMIENTO LOGICO COHERENTE CON IDEAS DELIRANTES ANSIOSO MEMORIA CONSERVADA INTRSOPECCION POBRE DIAGNOSTICO DEPRESION REACTIVA PRONOSTICO PACIENTE ACTUALMENTE ASINTOMATICO Null FDO MEDICO ESPECIALISTA 115258.-

Documento: Dictamen de Calificación.
Transcripción parte esencial: "*Fecha: 03/02/2017 Servicio Cardiología*
Fecha de inicio paciente con síndrome de ***falla cardiaca de aproximadamente 1 ½ años de evolución*** *signos y síntomas cuadro clínico de deterioro progresivo de su clase funcional hasta ortopedia (…)*

Fecha: 07/12/2016 Servicio: Psiquiatría (Comité Basan)
Fecha de inicio paciente con antecedente de diagnóstico de hace un año de insuficiencia cardiaca congestiva con lev 30% de etiología indeterminada luego de lo cual refiere cuadro claro de ansiedad inicio triste ideas de desesperanza no ha recibido tratamiento por psiquiatría ***pendiente trasplante de corazón*** *(…)* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En este sentido, nuevamente se demuestra que el señor Tarquino Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la enfermedad que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, fue la que posteriormente causó, en mayor medida, su pérdida de capacidad laboral en un 100%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la Cardiomiopatía Dilatada y sus riesgos con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Al hecho 4: No es cierto tal y como está formulado.

Si bien el Accionante solicitó hacer efectiva la póliza de seguro, debe decirse que no es cierto en la forma en la que está expuesto este hecho, por cuanto esa aseveración así presentada omite la mención de que el aparente aseguramiento en realidad es invalido. Lo anterior, debido a que el señor Tarquino Sánchez fue reticente, debido a que en el momento

de solicitar su inclusión en la póliza, 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 a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Al hecho 5: En este punto el actor presenta varios hechos respecto de los cuales me pronuncio así:

(i) En cuanto a que el 02 de enero de 2018 la Compañía de Seguros objetó la solicitud del señor Tarquino Sánchez, según lo que se acredita con las documentales aportadas por medio de la contestación a la demanda, es parcialmente cierto en lo que respecta a ese suceso.

(ii) A lo anterior hay que agregar, que el señor Tarquino Sánchez para obtener su aseguramiento no solo no informó de su situación de salud, pese a que le era exigible hacerlo como se ha venido esgrimiendo, sino que además presentó con su firma, como se establece en la demanda, el formulario de solicitud individual de seguro, haciendo suyas con su rúbrica todas las respuestas que aparecen incorporadas en esa proforma.

Para el momento en el que suscribió ese formato que contiene la "*declaración de asegurabilidad*" respectiva, él tenía plena conciencia de su situación particular, es decir, de las circunstancias y hechos que determinaban la precaria condición en que verdaderamente estaba el riesgo que quería trasladarle a la Aseguradora. Por ende, con su firma hizo suyas todas y cada una de las respuestas a las preguntas sobre sus patologías o antecedentes médicos que aparecen descritos e interrogados en ese cuestionario.

En otras palabras, el Asegurado, al firmar ese formulario de solicitud individual de seguro y declaración de asegurabilidad, ciertamente se apropió y empoderó de las respuestas que a lo largo del mismo están consignadas, toda vez que incluso en el hipotético caso de que hubiese solicitado que otra persona fuese colocando cada una de las respuestas correspondientes para finalmente suscribirlo, lo mínimo exigible al solicitante del amparo era que leyese lo que iba a rubricar como propio sobre su estado de salud y las respuestas que él de esa manera hizo suyas.

(iii) Al respecto, recuérdese también que en el régimen de protección al consumidor financiero, es sobresaliente el correlativo deber jurídico que tienen los mencionados consumidores de auto protegerse, lo cual aplicado al caso comporta la necesaria conclusión de que los documentos y formularios puestos a su disposición sean efectivamente leídos.

Vale la pena resaltar el artículo sexto de la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, los cuales crean la obligación en cabeza de los consumidores de informarse acerca de los productos o servicios que piensan adquirir y de leer juiciosamente los términos y condiciones de sus contratos. El tenor literal de la mencionada disposición señala expresamente:

> "*ARTÍCULO 6o. PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN PROPIA POR PARTE DE LOS CONSUMIDORES FINANCIEROS. Las siguientes constituyen buenas prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros:*
>
> *(...)*

*b) **Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación;** es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas.*

(...)

*d) **Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato** y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos.* (subrayado y negrilla fuera del texto original)"

En otros términos, la norma previamente expuesta crea la obligación en cabeza de los consumidores de informarse con rigurosidad sobre los productos financieros que han adquirido o sobre los que piensan obtener. En consecuencia, no resulta jurídicamente admisible establecer que no se leyeron los documentos que se firmaron para intentar enervar el contenido y efecto de los mismos.

Al hecho 6: No es cierto.

Nuevamente es indispensable tomar en consideración que el señor Tarquino Sánchez para obtener su aseguramiento no solo no informó de su situación de salud, pese a que le era exigible hacerlo como se ha venido esgrimiendo, sino que además presentó con su firma, como se establece en la demanda, el formulario de solicitud individual de seguro, haciendo suyas con su rúbrica todas las respuestas que aparecen incorporadas en esa proforma.

Para el momento en el que suscribió ese formato que contiene la "*declaración de asegurabilidad*" respectiva, él tenía plena conciencia de su situación particular, es decir, de las circunstancias y hechos que determinaban la precaria condición en que verdaderamente estaba el riesgo que quería trasladarle a la Aseguradora. Por ende, con su firma hizo suyas todas y cada una de las respuestas a las preguntas sobre sus patologías o antecedentes médicos que aparecen descritos e interrogados en ese cuestionario.

En otras palabras, el Asegurado, al firmar ese formulario de solicitud individual de seguro y declaración de asegurabilidad, ciertamente se apropió y empoderó de las respuestas que a lo largo del mismo están consignadas, toda vez que incluso en el hipotético caso de que hubiese solicitado que otra persona fuese colocando cada una de las respuestas correspondientes para finalmente suscribirlo, lo mínimo exigible al solicitante del amparo era que leyese lo que iba a rubricar como propio sobre su estado de salud y las respuestas que él de esa manera hizo suyas.

Al respecto, recuérdese también que en el régimen de protección al consumidor financiero, es sobresaliente el correlativo deber jurídico que tienen los mencionados consumidores de auto protegerse, lo cual aplicado al caso comporta la necesaria conclusión de que los documentos y formularios puestos a su disposición sean efectivamente leídos.

Vale la pena resaltar el artículo sexto de la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, los cuales crean la obligación en cabeza de los consumidores de informarse acerca de los productos o servicios que piensan adquirir y de leer juiciosamente los términos y condiciones de sus contratos. El tenor literal de la mencionada disposición señala expresamente:

"ARTÍCULO 6o. PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN PROPIA POR PARTE DE LOS CONSUMIDORES FINANCIEROS. Las siguientes constituyen buenas prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros:

(...)

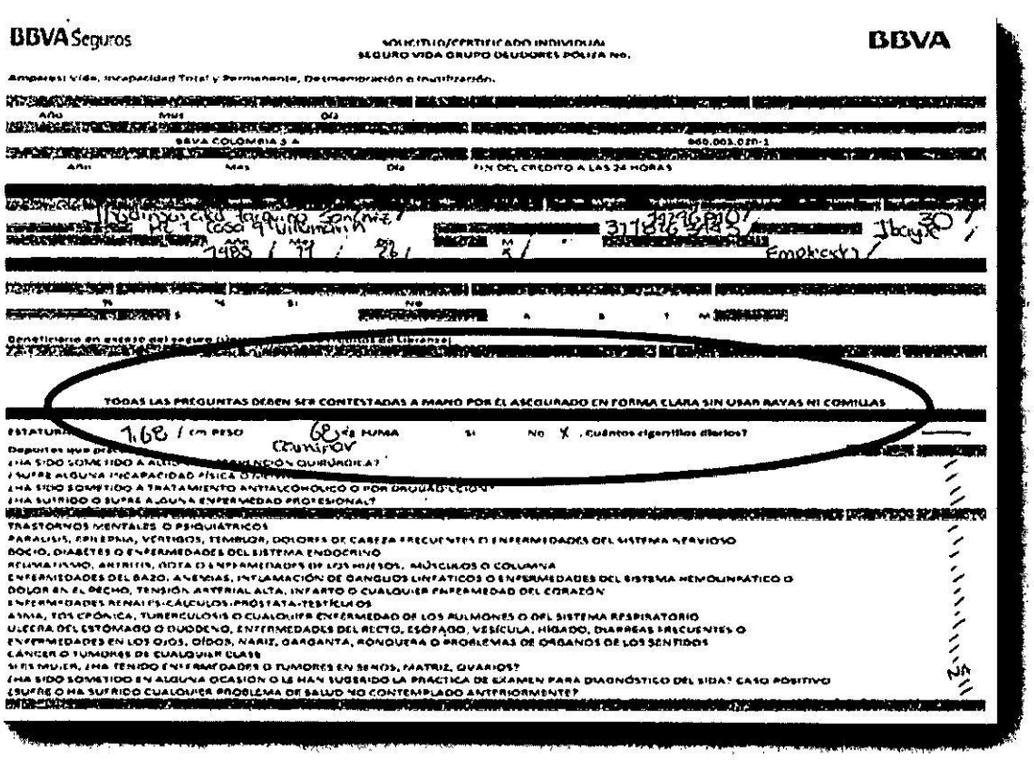
*b) **Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación;** es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes que le posibiliten la toma de decisiones informadas.*

(...)

*d) **Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato** y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos.* (subrayado y negrilla fuera del texto original)"

En otros términos, la norma previamente expuesta crea la obligación en cabeza de los consumidores de informarse con rigurosidad sobre los productos financieros que han adquirido o sobre los que piensan obtener. En consecuencia, no resulta jurídicamente admisible establecer que no se leyeron los documentos que se firmaron para intentar enervar el contenido y efecto de los mismos.

Finalmente, no se puede pasar por alto que en el certificado individual de seguro vida grupo deudores que fue suscrito por el hoy Demandante, reza una instrucción que expresamente establece: "*Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas*". Es decir, en el documento firmado por el señor Tarquino Sánchez se incorpora la obligación de que el mismo sea diligenciado únicamente por el asegurado, tal y como se acredita a continuación:


BBVA Seguros

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES POLIZA No.

BBVA

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración e Inutilización.

Año Mes Día

BBVA COLOMBIA S.A. 860.003.020-1

Año Mes Día FIN DEL CREDITO A LAS 24 HORAS

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS

ESTATURA 1.68 / cm PESO 68 kg FUMA SI NO X ¿Cuántos cigarrillos diarios?

Deportes que pr...

¿HA SIDO SOMETIDO A ALI... MANTENCIÓN O QUIRÚRGICA?

¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O ENFERMEDAD?

¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?

¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS

PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO

REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA

ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O

DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN

ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS

ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO

ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O

ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE

SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?

¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO

¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?

Al hecho 7: Es parcialmente cierto.

Si bien el 29 de enero de 2018 la Compañía Aseguradora se reafirmó en los argumentos fácticos y jurídicos expuestos en la comunicación del 02 de enero de esa misma anualidad, es menester agregar que el señor Tarquino Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la enfermedad que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, fue la que posteriormente causó, en mayor medida, su pérdida de capacidad laboral en un 100%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la Cardiomiopatía Dilatada y sus riesgos con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Al hecho 8: No es cierto que la respuesta brindada por la Compañía Aseguradora carezca de sentido, todo lo contrario, en la misma se evidencia un análisis juicioso, responsable y riguroso de la relación contractual que se tiene con el hoy Demandante, que valga la pena decirlo, se encuentra viciada de nulidad relativa en los términos del artículo 1058 del C.Co.

Mi representada mediante documento de fecha del 08 de febrero de 2018, explicó puntualmente que no era jurídicamente viable exigir prestación alguna derivada del contrato de seguro, toda vez que debe darse aplicación a lo preceptuado por el artículo 1058 del C.Co. Es fundamental que desde ahora la honorable Superintendencia Financiera de Colombia tome en consideración que el señor Tarquino Sánchez fue reticente, debido a que en el momento de solicitar su inclusión en la póliza, 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 a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Al hecho 9: No es cierto. No es cierto que mi representada haya solicitado una prórroga argumentando que se estaba investigando a fondo el caso. A simple vista es claro que la comunicación del 14 de febrero de 2018, a la que hace referencia el Accionante, es una documental que parece haber sido emitida por el Banco BBVA Colombia S.A, que es una persona jurídica diferente de la Compañía de Seguros.

Al hecho 10: A partir de las documentales que obran en el plenario se observa que no se encuentra la del 16 de febrero de 2018 a la que hace referencia el Accionante.

No obstante, es menester recordar que el señor Tarquino Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la enfermedad que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, fue la que posteriormente causó, en mayor medida, su pérdida de capacidad laboral en un 100%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la Cardiomiopatía Dilatada y sus riesgos con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar la

misma, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Al hecho 11: No me constan las afirmaciones esgrimidas en este hecho debido a que las mismas no tienen relación alguna con la actividad principal a la que se dedica mi representada, por esta razón, solicito que la parte actora pruebe su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes. Lo anterior, toda vez que a mi representada no le consta si el señor Tarquino Sánchez radicó una queja ante la Superintendencia Financiera de Colombia el 20 de febrero de 2018.

Al hecho 12: Es parcialmente cierto.

Si bien el 04 de abril de 2018 la Compañía Aseguradora se reafirmó en los argumentos fácticos y jurídicos expuestos en las comunicaciones del 02 y 29 de enero de esa misma anualidad, es menester agregar que el señor Tarquino Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la enfermedad que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, fue la que posteriormente causó, en mayor medida, su pérdida de capacidad laboral en un 100%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la Cardiomiopatía Dilatada y sus riesgos con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Al hecho 13: Es parcialmente cierto.

Si bien el 04 de abril de 2018 la Compañía Aseguradora se reafirmó en los argumentos fácticos y jurídicos expuestos en las comunicaciones del 02 y 29 de enero de esa misma anualidad, es menester agregar que el señor Tarquino Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la enfermedad que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, fue la que posteriormente causó, en mayor medida, su pérdida de capacidad laboral en un 100%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la Cardiomiopatía Dilatada y sus riesgos con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Al hecho 14: En este punto el actor presenta varios hechos respecto de los cuales me pronuncio así:

(i) Es completamente cierto que todos los funcionarios del Banco BBVA y de la Compañía Aseguradora se encuentran plenamente capacitados para aclarar cualquier interrogante de sus clientes, así como para informar los términos, condiciones, coberturas y exclusiones del contrato de seguro.

(ii) No es cierto que BBVA Seguros sea responsable de que el Demandante no haya informado de su estado real de salud en la etapa precontractual. El señor Tarquino Sánchez para obtener su aseguramiento no solo no informó de su situación de salud, pese a que le era exigible hacerlo como se ha venido esgrimiendo, sino que además presentó con su firma, como se establece en la demanda, el formulario de solicitud individual de seguro, haciendo suyas con su rúbrica todas las respuestas que aparecen incorporadas en esa proforma.

Para el momento en el que suscribió ese formato que contiene la "*declaración de asegurabilidad*" respectiva, él tenía plena conciencia de su situación particular, es decir, de las circunstancias y hechos que determinaban la precaria condición en que verdaderamente estaba el riesgo que quería trasladarle a la Aseguradora. Por ende, con su firma hizo suyas todas y cada una de las respuestas a las preguntas sobre sus patologías o antecedentes médicos que aparecen descritos e interrogados en ese cuestionario.

En otras palabras, el Asegurado, al firmar ese formulario de solicitud individual de seguro y declaración de asegurabilidad, ciertamente se apropió y empoderó de las respuestas que a lo largo del mismo están consignadas, toda vez que incluso en el hipotético caso de que hubiese solicitado que otra persona fuese colocando cada una de las respuestas correspondientes para finalmente suscribirlo, lo mínimo exigible al solicitante del amparo era que leyese lo que iba a rubricar como propio sobre su estado de salud y las respuestas que él de esa manera hizo suyas.

Todo lo anterior permite concluir, que el señor Tarquino Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la enfermedad que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, fue la que posteriormente causó, en mayor medida, su pérdida de capacidad laboral en un 100%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la Cardiomiopatía Dilatada y sus riesgos con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a la totalidad de las pretensiones incoadas por el Accionante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que la vinculación al contrato de seguro identificado con el No.

0110043 debe ser declarada nula, como consecuencia de la reticencia del señor Jhodinson Aled Tarquino Sánchez.

En efecto, me opongo a la **PRIMERA** pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto, la negativa de mi representada para hacer efectivo el contrato de seguro, obedeció principalmente a la reticencia con la que el señor Tarquino Sánchez diligenció su declaración de asegurabilidad. En otras palabras, no es jurídicamente viable declarar que se han vulnerado los derechos que como consumidor tiene el hoy Demandante, toda vez que el Asegurado fue reticente, debido a que en el momento de solicitar su inclusión en la póliza, 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 a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

En efecto, me opongo a la **SEGUNDA** pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad por las siguientes razones:

- *Nulidad del contrato de seguro:* El señor Tarquino Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la enfermedad que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, fue la que posteriormente causó, en mayor medida, su pérdida de capacidad laboral en un 100%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la Cardiomiopatía Dilatada y sus riesgos con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de 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 como consecuencia de la reticencia del asegurado. La vinculación del señor Tarquino Sánchez debe declararse nula, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual a la inclusión en el contrato de seguro. Más aun, cuando no solo varias de sus patologías, que negó informar, faltando así a la verdad, fueron la causa de la declaratoria de pérdida de capacidad laboral, sino que también estas le fueron peguntadas expresamente en el cuestionario / declaración de asegurabilidad.

En efecto, me opongo a la **TERCERA** pretensión elevada por la parte Accionante, por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que mi procurada no debe cancelar ningún rubro por concepto de intereses moratorios.

En efecto, me opongo a la **CUARTA** pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad por las siguientes razones:

- *Nulidad del contrato de seguro*: El señor Tarquino Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la enfermedad que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, fue la que posteriormente causó, en mayor medida, su pérdida de capacidad laboral en un 100%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la Cardiomiopatía Dilatada y sus riesgos con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de 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 como consecuencia de la reticencia del asegurado. La vinculación del señor Tarquino Sánchez debe declararse nula, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual a la inclusión en el contrato de seguro. Más aun, cuando no solo varias de sus patologías, que negó informar, faltando así a la verdad, fueron la causa de la declaratoria de pérdida de capacidad laboral, sino que también estas le fueron peguntadas expresamente en el cuestionario / declaración de asegurabilidad.

En efecto, me opongo a la **QUINTA** pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, por cuanto, la negativa de mi representada para hacer efectivo el contrato de seguro, obedeció principalmente a la reticencia con la que el señor Tarquino Sánchez diligenció su declaración de asegurabilidad. En otras palabras, no es jurídicamente viable imponer la sanción consagrada en el numeral 10 del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, toda vez a que el Asegurado fue reticente, debido a que en el momento de solicitar su inclusión en la póliza, 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 a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

En efecto, me opongo a la **SEXTA** pretensión elevada por la parte Accionante, por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que mi procurada no debe cancelar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho

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

OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Antes de presentar la objeción al juramento estimatorio de la acción, es importante que la honorable Superintendencia Financiera de Colombia tenga en cuenta que en la misma no existe un acápite de ésta naturaleza. El Accionante se limita a enunciar el valor de sus pretensiones dentro del título de la Acción que se denomina "*Cuantía*", sin seguir las formalidades que la ley y la jurisprudencia fijan en el momento de presentar el ya dicho, juramento estimatorio.

No obstante, si el honorable juzgador considera que lo establecido en la cuantía de la demanda sí representa un juramento estimatorio, me permito oponerme a lo predicado en el mismo por las siguientes razones:

- *Nulidad del contrato de seguro:* El señor Tarquino Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la enfermedad que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, fue la que posteriormente causó, en mayor medida, su pérdida de capacidad laboral en un 100%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la Cardiomiopatía Dilatada y sus riesgos con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de 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 como consecuencia de la reticencia del asegurado. La vinculación del señor Tarquino Sánchez debe declararse nula, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual a la inclusión en el contrato de seguro. Más aun, cuando no solo varias de sus patologías, que negó informar, faltando así a la verdad, fueron la causa de la declaratoria de pérdida de capacidad laboral, sino que también estas le fueron peguntadas expresamente en el cuestionario / declaración de asegurabilidad.

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

10

EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

I. NULIDAD DE LA VINCULACIÓN AL CONTRATO DE SEGURO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.

Es fundamental que desde ahora la honorable Superintendencia Financiera de Colombia tome en consideración que el señor Tarquino Sánchez fue reticente, debido a que en el momento de solicitar su inclusión en la póliza, 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 a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

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 informar 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***"[1]. (Subrayado fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el Accionante, 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:

---

[1] 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.

"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.

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 su 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 del 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 fuera del texto original)

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 C.Co. 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 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****.*

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 dicientes 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.

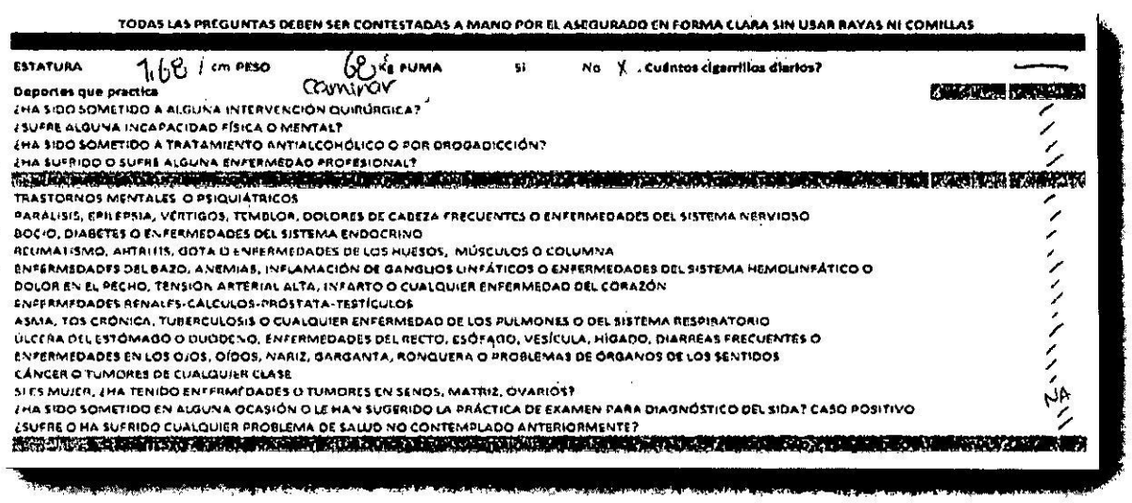
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. 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 28 de octubre de 2016, fecha en la cual el Accionante solicitó su inclusión al contrato de seguro identificado con el No. 0110043, mi representada le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el Accionante las respondió negativamente en la totalidad del cuestionario, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor Tarquino Sánchez conocía de sus padecimientos de salud desde por lo menos el mes de marzo del año 2016, fecha a partir de la cual su historial médico refleja la existencia de una cardiomiopatía dilatada, negó la existencia de esta enfermedad a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas negativas y falsas del Accionante, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

1. Declaración de asegurabilidad que data del 28 de octubre de 2016:



TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS

ESTATURA 1.68 / cm PESO 68 Kg FUMA Si No X . Cuántos cigarrillos diarios? —

Deportes que practica caminar

¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?

¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?

¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?

¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?

TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS

PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO

REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA

ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O

DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN

ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS

ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO

ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O

ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE

SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?

¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO

¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?

NA

En otras palabras, no existe duda alguna que en el presente caso el Accionante respondió negativamente a las preguntas de 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 de la vinculación, debido a que el Accionante había padecido y/o sufrido varias enfermedades que sin lugar a dudas debió haber informado a mi representada, máxime cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor Tarquino Sánchez, es de gran importancia abordar lo señalado por el dictamen de calificación de invalidez aportado al proceso por la misma parte Accionante. En este dictamen, el ente de Calificación es muy claro al establecer, como criterios para fijar la pérdida de capacidad laboral en un 100%, las siguientes enfermedades:

(AFECCIÓN POR EVALUAR- DIAGNÓSTICO- ETIOLOGÍA- TRATAMIENTOS VERIFICADOS- ESTADO ACTUAL- PRONÓSTICO- FIRMA MÉDICO)

Fecha: 03/02/2017 Servicio: CARDIOLOGIA
FECHA DE INICIO PACIENTE CON SINDROME DE FALLA CARDIACA DE APROXIMADAMENTE 1 1/2 AÑOS DE EVOLUCION SIGNOS Y SINTOMAS CUADRO CLINICO DE DETERIORO PROGRESIVO DE SU CLASE FUNCIONAL HASTA III/IV ORTOPEDIA EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES CON EVIDENCIA ECOCARDIOGRAFIA DE DISTENCION VENTRICULAR SEVERA POR FEVI 30% ETIOLOGIA IDIOPATICA ESTADO ACTUAL COMOPENSADO DE SU FALLA CARDIACA DIAGNOSTICO FALLA CARDIACA PRONOSTICO MALO PATOLOGIA CONALTA MORBIMORTALIDAD Null FDO MEDICO ESPECIALISTA 112476.-

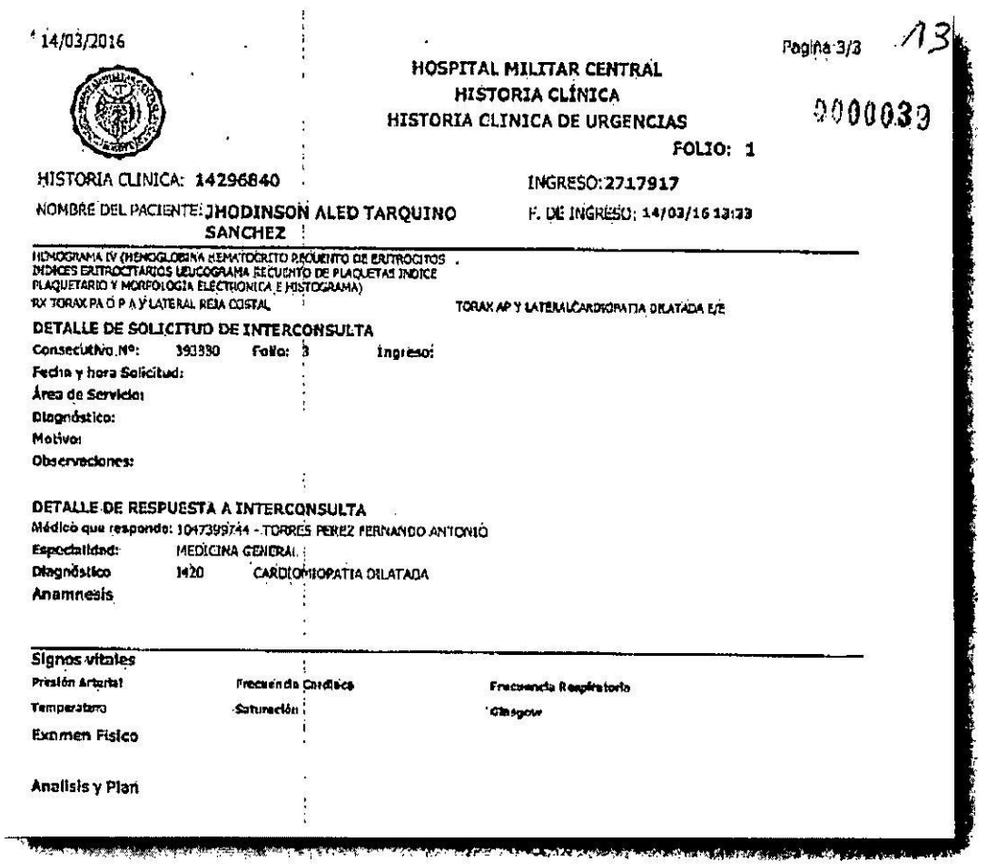
Fecha: 07/12/2016 Servicio: PSIQUIATRIA (COMITE BASAN)
FECHA DE INICIO PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DIAGNOSTICO DE HACE UN AÑO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA CON FEVI 30% DE ETIOLOGIA INDETERMINADA LUEGO DE LO CUAL REFIERE CUADRO CLARO DE ANSIEDAD INICIO TRISTE IDEAS DE DESESPERANZA NO HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR PSIQUIATRIA PENDIENTE TRASPLANTE DE CORAZON SIGNOS Y SINTOMAS NO REFERIDO EN ITEM 1. ETIOLOGIA MULTICASUAL ESTADO ACTUAL PACIENTE COLABORADOR PACIENTE SIN ALTERACION AFECTO EUTIMICO PENSAMIENTO LOGICO COHIREMTE CON IDEAS DELIRANTES ANSIOSO MEMORIA CONSERVADA INTRSOPECCION POBRE DIAGNOSTICO DEPRESION REACTIVA PRONOSTICO PACIENTE ACTUALMENTE ASINTOMATICO Null FDO MEDICO ESPECIALISTA 115258.-

Documento: Dictamen de Calificación.
Transcripción parte esencial: "*Fecha: 03/02/2017 Servicio Cardiología*
Fecha de inicio paciente con síndrome de ***falla cardiaca de aproximadamente 1 ½ años de evolución*** *signos y síntomas cuadro clínico de deterioro progresivo de su clase funcional hasta ortopedia (…)*

Fecha: 07/12/2016 Servicio: Psiquiatría (Comité Basan)
Fecha de inicio paciente con antecedente de diagnóstico de hace un año de insuficiencia cardiaca congestiva con lev 30% de etiología indeterminada luego de lo cual refiere cuadro claro de ansiedad inicio triste ideas de desesperanza no ha recibido tratamiento por psiquiatría ***pendiente trasplante de corazón*** *(…)* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, como se ilustrará a continuación, resulta imperioso que la honorable Superintendencia Financiera tenga en cuenta que varias de las enfermedades, entre las que se encuentran las más determinantes para alcanzar el porcentaje de 100% de pérdida de capacidad laboral, eran padecidas y conocidas por el señor Tarquino Sánchez con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro No. 0110043. En este sentido, al analizar la información médica del señor Jhodinson Aled, que se aporta al presente proceso mediante la contestación de la demanda, es evidente que los padecimientos que generaron la incapacidad datan incluso desde el mes de marzo de 2016. A continuación, se evidencian los documentos médicos más representativos, sin perjuicio de los demás que también deben ser tenidos en cuenta, que acreditan que las patologías del Accionante son anteriores al mes de octubre del año 2016, fecha de su inclusión al contrato de seguro:

- **Cardiomiopatía Dilatada:**



14/03/2016 Página 3/3 13

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
HISTORIA CLÍNICA
HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS 0000039
FOLIO: 1

HISTORIA CLINICA: 14296840 INGRESO:2717917
NOMBRE DEL PACIENTE: JHODINSON ALED TARQUINO SANCHEZ F. DE INGRESO: 14/03/16 13:33

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICE PLAQUETARIO Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA)
RX TORAX PA O P A Y LATERAL REJA COSTAL TORAX AP Y LATERALCARDIOPATIA DILATADA E/E

DETALLE DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA
Consecutivo Nº: 393330 Folio: 3 Ingreso:
Fecha y hora Solicitud:
Área de Servicio:
Diagnóstico:
Motivo:
Observaciones:

DETALLE DE RESPUESTA A INTERCONSULTA
Médico que responde: 1047399744 - TORRES PEREZ FERNANDO ANTONIO
Especialidad: MEDICINA GENERAL
Diagnóstico 1420 CARDIOMIOPATIA DILATADA
Anamnesis

Signos vitales
Presión Arterial Frecuencia Cardiaca Frecuencia Respiratoria
Temperatura Saturación Glasgow
Examen Físico

Analisis y Plan

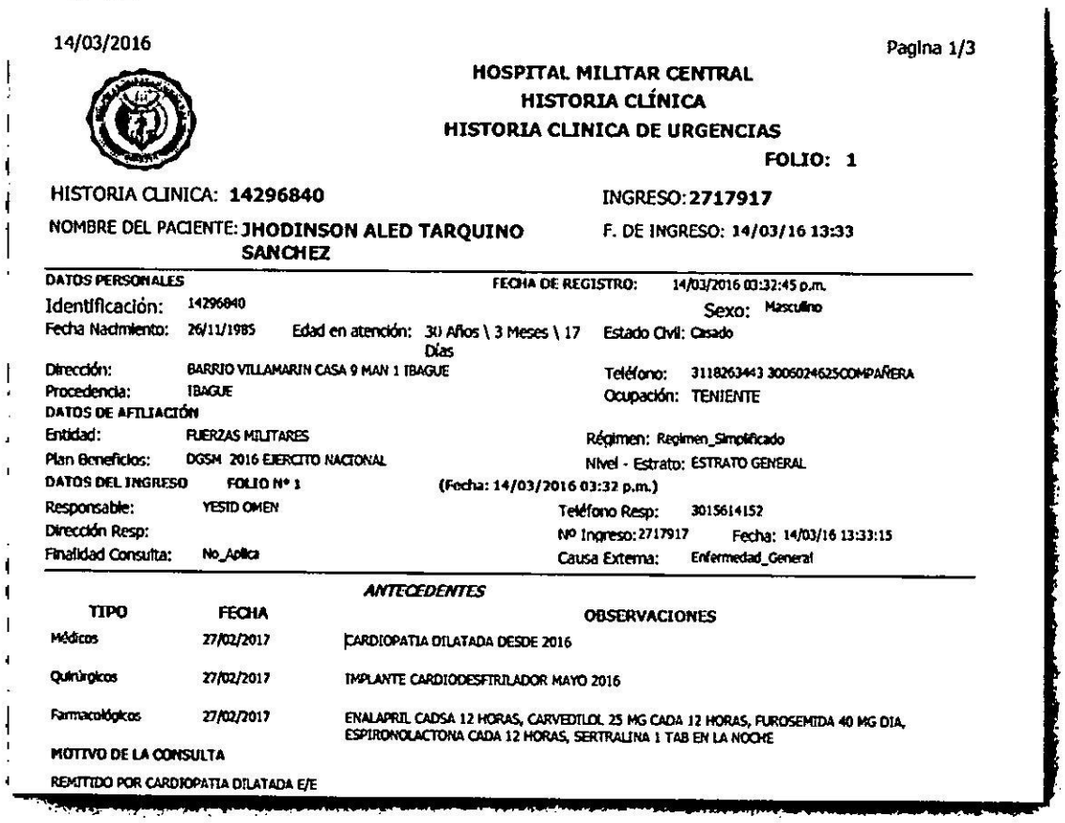
Documento: Historia Clínica Hospital Militar Central
Transcripción parte esencial: "***F. de ingreso: 14/03/16 13:33***.
(...)
Diagnóstico: 1420 ***Cardiomiopatía Dilatada***". (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de estos primeros documentos se demuestra fehacientemente que desde el mes de marzo del año 2016 el señor Tarquino Sánchez padecía de una Cardiomiopatía Dilatada. 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 C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de la vinculación al contrato de seguro. Lo anterior, debido a que si mi procurada hubiera conocido de la existencia de este padecimiento, con anterioridad a la vinculación al contrato de seguro, la hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

Vale la pena agregar, que no se puede pasar por alto que, tal y como fue evidenciado en las consideraciones del dictamen de calificación, esta enfermedad fue un criterio fundamental para declarar una pérdida de capacidad laboral en un 100%. Lo que quiere decir, que dicha patología tiene todas las características y sobre todo la envergadura requerida, para anular la vinculación al contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co. En otras palabras, las consecuencias de la mencionada enfermedad en la salud del Asegurado fueron tan representativas y graves, que el ente calificador la valoró como un elemento esencial para señalar una pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, esto acredita indefectiblemente, que si mi prohijada hubiera conocido de la Cardiomiopatía Dilatada en el momento oportuno, definitivamente se hubiere retraído de celebrar la vinculación al contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella.

De este modo es de suma importancia tomar en consideración que, según se expone en el dictamen de calificación, las consecuencias del padecimiento son tan graves, que incluso es necesario llevar a cabo un trasplante de corazón. Es más, en el hecho segundo de la demanda el mismo Accionante expone que su enfermedad no tiene cura, sino únicamente puede ser tratada sin que ello conlleve una mejoría absoluta. Por todo lo anterior, es más que claro que haber ocultado esta patología a la Compañía de Seguros indefectiblemente vició su consentimiento en los términos del artículo 1058 del C.Co.

Adicionalmente, de la historia clínica se observa que una de las consecuencias de la enfermedad cardiaca que padece el señor Tarquino, es que en el mes de mayo del año 2016 fue sometido a un procedimiento quirúrgico tendiente a la implantación de un cardiodesfirilador. En este sentido, nuevamente se acredita la gravedad del padecimiento, que sin lugar a ningún tipo de dudas comporta todas las características necesarias para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co. Lo dicho previamente encuentra sustento en el siguiente fragmento de la Historia Clínica:



14/03/2016 Pagina 1/3

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
HISTORIA CLÍNICA
HISTORIA CLINICA DE URGENCIAS
FOLIO: 1

HISTORIA CLINICA: **14296840** INGRESO: **2717917**
NOMBRE DEL PACIENTE: **JHODINSON ALED TARQUINO SANCHEZ** F. DE INGRESO: **14/03/16 13:33**

DATOS PERSONALES FECHA DE REGISTRO: 14/03/2016 03:32:45 p.m.
Identificación: 14296840 Sexo: Masculino
Fecha Nacimiento: 26/11/1985 Edad en atención: 30 Años \ 3 Meses \ 17 Días Estado Civil: Casado
Dirección: BARRIO VILLAMARIN CASA 9 MAN 1 IBAGUE Teléfono: 3118263443 3006024625COMPAÑERA
Procedencia: IBAGUE Ocupación: TENIENTE
DATOS DE AFILIACIÓN
Entidad: FUERZAS MILITARES Régimen: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: DGSM 2016 EJERCITO NACIONAL Nivel - Estrato: ESTRATO GENERAL
DATOS DEL INGRESO FOLIO Nº 1 (Fecha: 14/03/2016 03:32 p.m.)
Responsable: YESID OMEN Teléfono Resp: 3015614152
Dirección Resp: Nº Ingreso: 2717917 Fecha: 14/03/16 13:33:15
Finalidad Consulta: No_Aplica Causa Externa: Enfermedad_General

ANTECEDENTES

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
Médicos	27/02/2017	CARDIOPATIA DILATADA DESDE 2016
Quirúrgicos	27/02/2017	IMPLANTE CARDIODESFIRILADOR MAYO 2016
Farmacológicos	27/02/2017	ENALAPRIL CADSA 12 HORAS, CARVEDILOL 25 MG CADA 12 HORAS, FUROSEMIDA 40 MG DIA, ESPIRONOLACTONA CADA 12 HORAS, SERTRALINA 1 TAB EN LA NOCHE

MOTIVO DE LA CONSULTA
REMITIDO POR CARDIOPATIA DILATADA E/E

Documento: Historia Clínica Hospital Militar Central
Transcripción parte esencial: "***F. de ingreso: 14/03/16 13:33***.
(...)
Antecedentes
Médicos 27/02/2017 Cardiopatía Dilatada desde 2016.
Quirúrgicos 27/02/2017 Implante Cardiodesfirilador mayo 2016
Motivo de la consulta: remitido por cardiopatía Dilatada E/E Cardiomiopatía Dilatada". (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En este orden de ideas, es de suma importancia tener en cuenta que, según las reglas de la experiencia, las Compañías de Seguros se abstienen de asegurar, o lo hacen pero en condiciones más onerosas, a las personas que están sufriendo de un padecimiento del corazón. En consecuencia, en el caso concreto la voluntad de mi representada se vio

viciada en su consentimiento, debido a que creyó estar asegurando una persona en óptimas condiciones de salud, cuando realmente vinculó a la póliza a una que adolecía de una Cardiomiopatía Dilatada, lo que a su vez implica, la citada nulidad consagrada en el artículo 1058 del C.Co.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** el señor Tarquino Sánchez ya sufría de una Cardiomiopatía Dilatada con anterioridad al mes de octubre del año 2016, fecha en la que se dio la inclusión en el contrato de seguro Póliza Vida Grupo Deudores, y **(ii)** que esta patología terminó siendo esencial en la declaración de la pérdida de capacidad laboral del Accionante en un 100%. 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. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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 éstas claramente incluyen varias de las enfermedades que padece el señor Tarquino Sánchez, y que por supuesto él debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma o por lo menos la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Expresamente se le preguntó al Accionante lo siguiente:

> *"¿Ha sido sometido a alguna **intervención quirúrgica**?*
>
> *(...)*
>
> *¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes, aparatos, sistemas u órganos?*
>
> *(...)*
>
> *Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o **cualquier enfermedad del corazón**.*
>
> *(...)*
>
> *¿**Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente**?" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: **(i)** que a pesar de que el señor Tarquino Sánchez había sufrido de una "*Cardiomiopatía Dilatada*" con anterioridad al mes de octubre del 2016, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que le cuestionó acerca de la existencia cualquier enfermedad del corazón, **(ii)** que aunque el Asegurado fue sometido a una intervención quirúrgica para el implante de un cardiodesfirilador en el mes de mayo del año 2016, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que le interrogó acerca de si había sido sometido a alguna intervención médica de este tipo, y **(iii)** que pese a que el Accionante padecía de sendas enfermedades, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, el Accionante padecía y conocía de la existencia de varias de las enfermedades que posteriormente fueron la causa, en mayor medida, de su pérdida de capacidad laboral. 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 le fueron preguntadas expresamente.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación que el señor Tarquino Sánchez no informó a mi procurada de la existencia de la Cardiomiopatía Dilatada en el momento que diligenció su declaración de asegurabilidad. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co, por cuanto, la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en buenas condiciones de salud, cuando estaba asegurando una persona con enfermad muy grave del corazón, que no hace falta decir, es uno de los órganos más importantes del cuerpo.

En resumen, el señor Tarquino Sánchez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro en calidad de asegurado. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que la enfermedad que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, fue la que posteriormente causó, en mayor medida, su pérdida de capacidad laboral en un 100%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la Cardiomiopatía Dilatada y sus riesgos con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar la misma, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de 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 como consecuencia de la reticencia del asegurado. La vinculación del señor Tarquino Sánchez debe declararse nula, debido a que él negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual a la inclusión en el contrato de seguro. Más aun, cuando no solo varias de sus patologías, que negó informar, faltando así a la verdad, fueron la causa de la declaratoria de pérdida de capacidad laboral, sino que también estas le fueron peguntadas expresamente en el cuestionario / declaración de asegurabilidad.

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

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

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 C.Co 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 de aplicación a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del C.Co. Al respecto, el artículo 1158 del Código de Comercio 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, en una reciente providencia, 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[2].*

[2] 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,*

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 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 fundamentales3. 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 conocer4". (Subrayado fuera del texto original)

Es decir, en el pronunciamiento más reciente 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 aun, 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 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez[5], 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 reporta.*

(...)

---

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."

[3] Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

[4] 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.

[5] Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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 fuera del texto original)

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****..."*[6] (subrayado fuera del texto original).

Ahora, 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 C.Co., 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

[6] LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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 fuera del texto original)

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. Lo anterior, en vista de 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 aun, 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.

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

Resulta fundamental confirmarle a la Superintendencia Financiera de Colombia 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.

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 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez[7], expuso con 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»."* (Subrayas fuera del texto original).

[7] Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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. Es más, la Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997, que es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co, ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

> *"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 fuera del texto original)

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 éste 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 C.Co., 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 más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

IV. 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 la honorable Superintendencia Financiera de Colombia 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 Tarquino Sánchez fue reticente debido a que en el momento de su inclusión en dicho contrato omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, falto 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 a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas, 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.

V. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el artículo 1081 del Estatuto Comercial establece que las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben en el término de dos años. 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)

En el caso concreto, de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C.Co.

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

VI. PRESCRIPCIÓN Y/O CADUCIDAD: APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011

La Ley 1480 de 2011, específicamente en su artículo 58, fijó el procedimiento que debe seguir ésta Superintendencia, cuando en cumplimiento de sus facultades jurisdiccionales, deba tramitar y resolver una Acción de Protección al Consumidor Financiero. En el numeral tercero del nombrado artículo 58, el legislador consagró que los consumidores financieros tendrán un año contado a partir de la terminación de la relación contractual, para interponer la referida acción so pena que opere el fenómeno de la caducidad y/o prescripción. El tenor literal de la norma nombrada señala lo siguiente:

"ARTÍCULO 58. PROCEDIMIENTO. Los procesos que versen sobre violación a los derechos de los consumidores establecidos en normas generales o especiales en todos los sectores de la economía, a excepción de la responsabilidad por producto defectuoso y de las acciones de grupo o las populares, se tramitarán por el procedimiento verbal sumario, con observancia de las siguientes reglas especiales:

(...)

Las demandas para efectividad de garantía, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a la expiración de la garantía y ***las controversias netamente contractuales, a más tardar dentro del año siguiente a la terminación del contrato****, En los demás casos, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a que el consumidor tenga conocimiento de los hechos que motivaron la reclamación. En cualquier caso deberá aportarse prueba de que la reclamación fue efectuada durante la vigencia de la garantía."* (Subrayado fuera del texto original)

En el caso concreto, en el evento en el que el Despacho encuentre probado que la Acción de Protección al consumidor financiero se interpuso con posterioridad al año siguiente a la terminación del contrato, indefectiblemente deberá darle aplicación al artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, decretando así la prescripción y/o caducidad de la acción, y en este sentido, deberá desestimar la totalidad de las pretensiones del Accionante.

VII. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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 C.Co).

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

I. 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 la honorable Superintendencia Financiera de Colombia considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al tomador y beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares de la vinculación del Accionante al contrato de seguro identificado con el No. 0110043.

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

II. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER LOS SALDOS INSOLUTOS DE LAS OBLIGACIONES.

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 la honorable Superintendencia Financiera de Colombia considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al tomador y beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente a los saldos insolutos de las obligaciones. Es decir, tal reconocimiento no puede comprender las sumas ya pagadas por el Asegurado, sino que tiene que limitarse únicamente a las que todavía se adeudan.

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

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

1.1. Declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Jhodinson Aled Tarquino Sánchez.

1.2. Condiciones Generales del Contrato de Seguro 0110043.

1.3. Copia de la comunicación de fecha del 02 de enero de 2018 de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A dirigida al Banco BBVA Colombia S.A.

1.4. Copia de la comunicación de fecha del 29 de enero de 2018 de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A dirigida al señor Jhodinson Aled Tarquino Sánchez.

1.5. Copia de la comunicación de fecha del 08 de febrero de 2018 de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A dirigida al señor Jhodinson Aled Tarquino Sánchez.

1.6. Copia de la comunicación de fecha del 04 de abril de 2018 de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A dirigida al señor Jhodinson Aled Tarquino Sánchez.

1.7. Copia del Acta de Junta Médica Laboral No 97366 de fecha del 09 de octubre de 2017, del señor Jhodinson Aled Tarquino Sánchez.

1.8. Documentación médica relevante del señor Jhodinson Aled Tarquino Sánchez, que incluye, historia clínica, diagnósticos de consultas médicas externas, generales y particulares, entre otros.

Los anteriores documentos se aportan en copia simple, siguiendo lo señalado por el artículo 246 del Código General del Proceso, disposición mediante la cual se les asigna a este tipo de copias el mismo valor probatorio que a los documentos aportados en original. Además se debe tener en cuenta que el fragmento de la historia clínica fue aportada con la solicitud de indemnización, y en la póliza, en efecto, se autoriza a la compañía Aseguradora a consultar tal información.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **JHODINSON ALED TARQUINO SÁNCHEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 14.296.840, en su calidad de Accionante, a fin de que absuelva 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 Jhodinson Aled Tarquino Sánchez podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. TESTIMONIALES

3.1. Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **CESAR AUGUSTO CARRASCAL**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No.19.143.319, profesional médico adscrito a la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia clínica, evidencie como hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del demandante.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho desde la óptica de un profesional en salud, como habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías clínicas de la parte demandante, así como de la relevancia o no de las prexistencias 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 15 No. 95 – 65 piso 6 en la ciudad de Bogotá.

3.2. Sírvase citar y hacer comparecer la Doctora **MARÍA CAMILA CÁRDENAS LONDOÑO**, identificada con la cédula de ciudadanía 1.020.768.046, abogada portadora de la Tarjeta Profesional 272.875, abogada asesora externa de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie como hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del demandante.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho como habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la parte demandante, así como de la relevancia o no de las prexistencias médicas no declaradas por el Asegurado, de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en la calle 142 No. 11-43, apto 310 en la ciudad de Bogotá.

3.3. Sírvase citar y hacer comparecer al Doctor **ALEXANDER SAAVEDRA VASQUEZ**, Gerente Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie como hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del demandante. 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 como habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la parte demandante, así como de la relevancia o no de las prexistencias 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 15 No. 95 – 65 piso 6 en la ciudad de Bogotá.

4. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

4.1. 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 CGP, se sirva ordenar al Accionante para que exhiba su Historia Clínica, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que el demandante sufrió en años anteriores y al momento de diligenciar la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores No. 0110043; y así mostrar la reticencia con que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad.

ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Carrera 11A No. 94A-56, Oficina 204 de la ciudad de Bogotá, o en las direcciones de correo electrónico gherrera@gha.com.co y srojas@gha.com.co.

- Mi procurada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados, en Bogotá.

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

Del Señor Juez, Atentamente,

SANTIAGO ROJAS BUITRAGO
C.C. No 1.015.429.338 de Bogotá D.C.
T.P. No. 264.396 del C.S. de la J.

BBVA Seguros

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES PÓLIZA No.

BBVA

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización.

[redacted]
Año Mes Día
[redacted]
BBVA COLOMBIA S.A 860.003.020-1
[redacted]
Año Mes Día FIN DEL CREDITO A LAS 24 HORAS

[redacted] Inodinson aldo Jarquino Sanchez 14796890 [redacted]
[redacted] Mz 1 casa 9 Villamarin [redacted] 3778263443 [redacted] Ibagué 30
[redacted] Año 1985 Mes 11 Día 26 [redacted] M X F [redacted] Empleado
[redacted]

[redacted]
% % SI NO
[redacted] $ [redacted] A S T M [redacted]

Beneficiario en exceso del seguro (Únicamente para créditos de Libranza)
[redacted]

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS

[redacted]

ESTATURA 1,68 cm PESO 68 Kg FUMA SI No X ¿Cuántos cigarrillos diarios? —
Deportes que practica Caminar [redacted]
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? /
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL? /
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN? /
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL? /
[redacted]
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS /
PARALISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO /
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO /
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA /
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O /
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN /
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS /
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO /
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O /
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS /
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE /
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS? NA
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO /
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE? /
[redacted]

Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.
En créditos de libranza, si hay lugar a pago de indemnización que exceda el valor de la deuda, la proporción en exceso se entregará a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto a los beneficiarios de ley.
Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o azarosidad contra mi vida.

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 o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

[redacted]

BBVA Seguros recolectará, usará y tratará sus datos personales principalmente para fines relacionados con la actividad y prestación de servicios afines a la actividad aseguradora, así como para actividades de marketing, mercadeo, atención al cliente y demas establecidas en nuestra política de tratamiento de datos personales disponible en www.bbvaseguros.com. El cliente imparte de manera previa, expresa e informada las siguientes autorizaciones: A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y a BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A, cómo responsables del tratamiento, a los encargados del mismo o a quien represente sus derechos, para las siguientes finalidades: El cumplimiento de obligaciones establecidas en la ley, en normas extranjeras e internacionales, análisis de riesgos, generación de estadísticos, de control, supervisión, muestreos, mercadeo y comercialización de productos, verificación y actualización de información. En todo caso, el cliente se reserva el derecho de solicitar que no se utilice la información con fines de mercadeo y/o promoción de productos o servicios. en desarrollo de lo anterior los mismos podrán: a) almacenar, consultar, procesar, reportar, obtener, actualizar, compilar, tratar, intercambiar, compartir, enviar, modificar, emplear, utilizar, eliminar, ofrecer, suministrar, grabar, conservar y divulgar a responsables o encargados del tratamiento de datos personales, los operadores, centrales o bases de información y/o cualquier otra entidad nacional o extranjera que tenga los mismos fines así como a contratistas y/o terceras personas con las cuales se establezcan relaciones comerciales, legales, contractuales, que permitan el desarrollo del objeto social de la Aseguradora, la información de carácter personal, incluida la de carácter financiero, así como aquella que se derive de la relación y/u operaciones que llegue a celebrar con el responsable del tratamiento o que llegaren a conocer, siempre que a tales compañías, contratistas y/o terceros se les exija cumplir la ley Colombiana sobre protección o tratamiento de datos personales y las políticas internas del BBVA; b) transferir o transmitir, nacional o internacionalmente, y suministrar toda la información para los fines indicados y el desarrollo, prestación de los servicios principales, accesorios y conexos del responsable, los encargados y demás sujetos citados. Igualmente, se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012 los cuales puede ejercer observando igualmente nuestra política de tratamiento de datos personales que se encuentre en nuestra página web. El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros entregando los soportes y documentos correspondientes.

"Terminación automática del contrato de seguro, la mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato" Art. 1068 Código de Comercio.
El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvaseguros.com.co y www.bbva.com.co

FAVOR VERIFICAR LAS CONDICIONES Y ASEGURARSE DE DILIGENCIAR COMPLETAMENTE EL PRESENTE DOCUMENTO ANTES DE FIRMAR

Para constancia se firma en Ibagué a los 28 días del mes de Octubre de 2016

ASEGURADO BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 15 No. 95 - 65 Teléfono 2191100
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 4282224
Consumidor Financiero Carrera 9 N 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.: Teléfono 3428385, e-mail:defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co
ORIGINAL CLIENTE-COPIA 1 BANCO COPIA 2 ASEGU

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO
M026300110236201589609111592

BBVA Seguros

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

AMPARO BÁSICO

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., EN ADELANTE DENOMINADA "LA COMPAÑÍA", CUBRE A LOS MIEMBROS DEL GRUPO ASEGURADO CONTRA EL RIESGO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA, INCLUYENDO EL SUICIDIO, HASTA POR LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTE AMPARO.

EXCLUSIONES

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA – EL TOMADOR

Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza para asegurar un número determinado de personas.

CLÁUSULA SEGUNDA – GRUPO ASEGURADO

Es el constituido por un conjunto de personas naturales vinculadas bajo una misma personería jurídica en virtud de una situación legal reglamentaria, o que tienen con una tercera persona (TOMADOR) relaciones estables de la misma naturaleza, cuyo vínculo no tenga relación con el único propósito de contratar el seguro de vida.

CLÁUSULA TERCERA – PAGO DE PRIMAS

El pago de la primera prima o cuota es condición indispensable para la iniciación de la vigencia del seguro.

Para el pago de las demás primas anuales o fraccionadas, "LA COMPAÑÍA" concede sin recargo de intereses un plazo de de gracia de un mes a partir de la fecha de cada vencimiento. Durante dicho plazo se considerará el seguro en vigor y por consiguiente si ocurriere algún siniestro, "LA COMPAÑÍA" tendrá la obligación de pagar el valor asegurado correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas pendientes de pago por parte del tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

Si las primas posteriores a la primera no fueran pagadas antes de vencerse el plazo de gracia, se producirá la terminación del contrato y "LA COMPAÑÍA" quedara libre de toda responsabilidad por siniestros ocurridos después de la expiración de dicho plazo.

CLÁUSULA CUARTA – FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

Las primas están calculadas con forma de pago anual, pero pueden ser pagadas en fracciones semestrales, trimestrales o mensuales, mediante aplicación de recargos.

En grupo deudores la primas dependen de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, por lo tanto estas primas no están sujetas a recargo por pago fraccionado.

CLÁUSULA QUINTA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO

Si el Tomador avisa por escrito a "LA COMPAÑÍA" para que esta póliza sea revocada, será responsable de pagar todas las primas causadas hasta la fecha de la revocación. El contrato quedará revocado en la fecha del recibo de tal comunicación por "LA COMPAÑÍA" o en la fecha especificada por el tomador para tal terminación, la que ocurra última y el tomador será responsable de pagar a "LA COMPAÑÍA" todas las primas adeudadas en esa fecha.

"LA COMPAÑÍA" devolverá la parte proporcional de las primas pagadas y no devengadas desde la fecha de revocación. El valor de la prima devengada y de la devolución se calculará a prorrata.

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.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero "LA COMPAÑÍA" sólo estará obligada en caso de siniestro a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicarán las mismas sanciones, respecto de su seguro individual.

CLÁUSULA SÉPTIMA - IRREDUCTIBILIDAD

BBVA Seguros

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionismo del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad.

CLÁUSULA OCTAVA – TERMINACIÓN DEL AMPARO INDIVIDUAL

El seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos, termina por las siguientes causas:

a. Por falta de pago de prima.
b. Cuando el tomador solicite por escrito la exclusión del seguro, excepto en el seguro de deudores.
c. Un mes después de haber dejado de pertenecer al grupo asegurado.
d. Al vencimiento de la póliza si ésta no se renueva.
e. A la terminación o revocación del contrato por parte del tomador.
f. En el aniversario de la póliza más próximo a la fecha en que el asegurado cumpla la edad de 70 años.
g. Por la extinción total de la obligación en el caso de seguros de deudores.
h. Al momento en que a un asegurado se le indemnice los porcentajes de la suma asegurada contemplados en el anexo de Incapacidad Total y Permanente, o en el anexo de Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración, si han sido contratados por el tomador.
i. En el momento de disolución del grupo asegurado.

Se entenderá disuelto, cuando el grupo quede integrado por un número un inferior a 10 asegurados durante la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA NOVENA – RENOVACIÓN

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes, con anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestare lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la cláusula quinta de la presente póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA- CONVERTIBILIDAD

Los asegurados menores de 65 años que se separen del grupo tendrán derecho asegurarse sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite "LA COMPAÑÍA", con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán las pólizas individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra-prima que corresponda al seguro de vida individual.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza de vida individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de prima o no) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación aseguradora bajo la póliza respectiva.

CLÁUSULA ONCE – INEXACTIUD DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

a. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados de la tarifa de "LA COMPAÑÍA", el contrato quedará sujeto a la sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.
b. Si es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por "LA COMPAÑÍA".
c. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal b.

CLÁUSULA DOCE – CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

"LA COMPAÑÍA" o el Tomador cuando sea autorizado, expedirá para cada asegurado un certificado individual con aplicación a esta póliza. En caso de cambio de beneficiarios o de valor asegurado, se expedirá un nuevo certificado que reemplazara al anterior.

CLÁUSULA TRECE- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El beneficiario puede ser a título oneroso y debe nombrarse expresamente al suscribirse el seguro.

Cuando el beneficiario sea título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio sólo surtirá efecto a partir de la fecha de notificación escrita a "LA COMPAÑÍA".

Cuando no se designen los beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa; tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos legales de esté en la otra mitad. Igual solución se les dará si la designación del beneficiario ha sido a título gratuito y ocurre uno de los eventos siguientes: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero y si la designación ha sido a título oneroso y ocurre cualquiera de los dos últimos eventos mencionados, el seguro será provecho únicamente de los herederos del beneficiario.

BBVA Seguros

CLÁUSULA CATORCE – PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El asegurado o el beneficiario según el caso, quedará privado de todo derecho procedente de la presente póliza, cuando la reclamación presentada fuere de cualquier manera fraudulenta, o si en apoyo de ella se hicieran otros medios o documentos engañosos o dolosos.

CLÁUSULA QUINCE – AVISO DE SINIESTRO

En caso de siniestro de cualquiera de los asegurados, el tomador o beneficiario deberá dar aviso a "LA COMPAÑÍA" dentro de los 60 días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

CLÁUSULA DIEZ Y SEIS – PAGO DE INDEMNIZACIONES

"LA COMPAÑÍA" pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o el beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante "LA COMPAÑÍA". Vencido este plazo, "LA COMPAÑÍA" reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario además del valor a indemnizar, la tasa máxima de interés moratorio vigente en el momento en que se efectúe el pago.

Para el pago de la indemnización, el tomador o beneficiarios, entregarán a "LA COMPAÑÍA" las pruebas legales necesarias y cualquier otro documento indispensable que "LA COMPAÑÍA" esté en derecho de exigir para acreditar la ocurrencia del siniestro.

El tomador o el beneficiario, a petición de "LA COMPAÑÍA", deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, "LA COMPAÑÍA" podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le cause dicho incumplimiento.

"LA COMPAÑÍA" pagará por conducto del tomador a los beneficiarios, o directamente a estos la indemnización a que está obligada por la presente póliza y sus anexos, si los hubiere.

CLÁUSULA DIEZ Y SIETE – DERECHOS DE INSPECCIÓN

"LA COMPAÑÍA" se reserva el derecho de inspeccionar los libros y documentos del tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

CLÁUSULA DIEZ OCHO – ADHESIÓN

Si durante la vigencia de este seguro se presentan modificaciones a las condiciones generales de la póliza, legalmente aprobados y que representen un beneficio a favor del asegurado, estas modificaciones se considerarán automáticamente incorporadas a la póliza, siempre que el cambio no implique un aumento a la prima originalmente pactada.

CLÁUSULA DIEZ Y NUEVE – NOTIFICACIONES

Para cualquier notificación que deban hacerse las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá consignarse por escrito (cuando la ley así lo exija) y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío del aviso por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes.

CLÁUSULA VEINTE – PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de las parte de la presente póliza, se regirá de acuerdo con la ley.

CLÁUSULA VEINTIUNA – DISPOSICIONES LEGALES

Para los demás efectos contemplados en este contrato, la presente póliza se regirá por lo estipulado en el Código de Comercio y demás normas concordantes y complementarias.

CLÁUSULA VEINTIDOS – OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO

Con fundamento en normas legales el tomador o asegurado de la póliza mantendrá vigente la información que exige la Compañía como requisito para la vinculación de clientes según los formularios propuestos y, para efecto, la actualizará al momento de renovación o por lo menos anualmente. Cuando se trate de un beneficiario diferente al asegurado que reciba la indemnización del seguro, deberá suministrar la información como requisito previo para el respectivo pago.

CLÁUSULA VEINTITRÉS – DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes la ciudad de Bogotá, D.C. en la República de Colombia.

VI009-0403-1

VI009-0403-1

BBVA Seguros

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTALY PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

Por convenio entre LA COMPAÑÍA y el tomador, el presente anexo hace parte de la póliza de vida grupo arriba indicada y queda sujeto a sus estipulaciones y excepciones, lo mismo que a las siguientes condiciones:

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si durante la vigencia de la póliza a la cual accede y antes de cumplir el asegurado la edad de 70 años y 364 días, quedare incapacitado en forma total y permanente, la compañía pagará la indemnización hasta por el monto del valor asegurado contratado para esté anexo y que consta en la carátula de la póliza y/o en sus condiciones particulares.

Para efectos de este beneficio, incluyendo los regímenes especiales, se entiende por incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado como resultado de una lesión o enfermedad, que le impida total y permanentemente realizar cualquier actividad u ocupación. Dicha incapacidad se considerará siempre y cuando haya persistido por un periodo continuo no inferior a ciento veinte (120) días comunes y cuando la pérdida de incapacidad laboral calificada en primera instancia por el médico determinado por la aseguradora y en las demás instancias por las juntas regional y nacional de calificación de invalidez, sea superior al 50% y no haya sido provocada a sí mismo por el asegurado.

Sin perjuicio de cualquier causa de incapacidad total y permanente, para efectos de este amparo se considerará como tal: (i) la pérdida de la visión por ambos ojos, (ii) la pérdida de ambas manos o ambos pies, (iii) la pérdida de toda una mano y de todo un pie; (iv) la pérdida de toda una mano o de todo un pie junto con la visión por un ojo; (v) la pérdida del habla o de la audición.

Este amparo se configura exclusivamente con la fecha de Calificación de la incapacidad, la cual se considerará la fecha del siniestro, y su indemnización no es acumulable al seguro de vida; por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la compañía quedará liberada de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de vida del asegurado incapacitado

1.2 DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

Mediante el presente anexo, la compañía se obliga a pagar al asegurado las sumas que resulten de aplicar al valor asegurado señalado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares para dicho anexo, los porcentajes que a continuación se enlistan, si dentro de los 120 días calendario contados desde la fecha en que el asegurado sufra lesiones corporales, éstas dan lugar a una desmembración o inutilización en los términos que a continuación se señalan:

a.	POR LA PÉRDIDA DE UNA MANO	60%
b.	POR LA PÉRDIDA DE UN SOLO PIE	60%
c.	POR LA PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN POR UN OJO	60%

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO:

(I) Se considera pérdida de:

a. manos: la inutilización o amputación traumática o quirúrgica por la muñeca o parte proximal de ella.
b. pies: la inutilización o amputación traumática o quirúrgica por el tobillo o parte próxima de él.
c. visión: la pérdida total e irreparable de la visión
d. audición: la pérdida total e irreparable de la audición de ambos oídos.
e. habla: la pérdida total e irreparable del habla.

(II) Se considera "inutilización": la pérdida funcional total.

En ningún caso la indemnización acumulada por los beneficios del presente anexo podrá ser superior al 100% del valor asegurado señalado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares para dicho anexo

2. CONVERTIBILIDAD

El derecho de conversión previsto en la póliza no es aplicable a este anexo.

3. DISPOSICIÓN ESPECIAL

En el caso de que este anexo se expida en la aplicación a una póliza de seguro de vida grupo deudores, no se aplicará el límite den edad contemplado en el NUMERAL 1.1 de este anexo.

Para mayor información de nuestros productos y servicios, puede comunicarse al 01 8000 934-020 a nivel nacional, al 4 232 224 en Bogotá, para asistencia al #370 desde un celular, escribimos al buzón clientes@bbvaseguros.com.co o ingresar a nuestra página web www.bbvaseguros.com.co

BBVA Seguros

Bogotá D.C., 2 de enero de 2018

Señores
BBVA COLOMBIA S.A.
Gerente Sucursal 0236 SAN SIMON

REF:	TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
	PÓLIZA	0110043
	ASEGURADO	JHODINSON ALED TARQUINO SANCHEZ
	CÉDULA	14296840
	RECLAMO	VGDB-7500
	OBLIGACIÓN	00130158009609111592

Respetados señores,

Una vez analizados los documentos aportados para la reclamación relativa al seguro de Vida Deudores, afectando el amparo de Incapacidad Total y Permanente con calificación de pérdida de capacidad laboral de 100%, según Acta de Junta Médica Laboral No.97366 registrada en la Dirección de Sanidad del Ejército del 9 de octubre de 2017, nos permitimos manifestar lo siguiente:

De acuerdo con la Historia Clínica de la Dirección de Sanidad del Hospital Militar Central, con fecha 14 de marzo de 2016 el señor Jhodinson Aled Tarquino Sánchez registra diagnóstico de Cardiomiopatía Dilatada. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivan la objeción al pago del respectivo seguro.

En efecto, en la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declaró la enfermedad arriba indicada y, que de haberse reportado seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada y supeditado a los resultados de los exámenes que la Compañía hubiese realizado, pero como declaró no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un **riesgo normal**.

Ahora bien, la aseguradora en virtud del principio de la buena fe que gobierna el contrato de seguro, no presume que el asegurado este faltando a la verdad o tratando de engañar cuando diligencia el cuestionario, sino que se confía en que las respuestas consignadas en el mismo, son del todo ciertas. Si posteriormente se determina que el asegurado conociendo un hecho importante relativo a su salud, no declara, se configura la reticencia, que da lugar la objeción del pago del seguro.

De otra parte, con independencia de que la causa de la Incapacidad haya sido por un hecho diferente a las enfermedades conocidas y no declaradas, esto no excluye la obligación que le asistía al asegurado de haber declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes, como estipula el artículo 1058 del Código de Comercio, ya comentado.

El artículo 1058 del Código de Comercio establece que el tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre hechos o

BBVA Seguros

circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Adicionalmente, el Artículo 1158 del código de comercio estipula "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"

Teniendo en cuenta que el señor Jhodinson Aled Tarquino Sánchez al momento de diligenciar la declaración de asegurabilidad del seguro de Vida Deudores, el 28 de octubre de 2016 omitió declarar dichos hechos relevantes, obligado a hacerlo en virtud del mencionado artículo; BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A., dentro del término legal, se permite objetar integra y formalmente la presente reclamación, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Cordial Saludo,

Apoderado General
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

HJB

[redacted]

BBVA Seguros

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

HISTORIA CLÍNICA

EVOLUCION

CARDIOLOGIA CLINICA Y METODOS NO INVASIVOS

Número de Folio: 10
Fecha de Folio: 17/03/2016 1:12 p.m.

Historia clínica: 14296840 **Nombre del paciente:** JHODINSON ALED TARQUINO SANCHEZ
Ingreso: 2717917 **Fecha de Ingreso:** 14/03/2016 1:33 p.m.

COLESTEROL LDL

COLESTEROL HDL

TRIGLICERIDOS

ACIDO URICO (SUERO)

HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES PRE Y POST ESTIMULACIÓN (SUSTANCIA DE ESTIMULO)

MAGNESIO COLORIMETRICO (EN SUERO U OTROS FLUIDOS)

TRANSFERRINA

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS NO QUIRURGICOS

	NOMBRE	OBSERVACIONES
ECOCARDIOGRAMA MODO M	BIDIMENSIONAL Y DOPPLER	

INTERCONSULTAS

Médico Solicitante 80226971 - RUIZ RODRIGUEZ ANDRES
Área Solicitante: CARDIOLOGIA CLINICA Y METODOS NO INVASIVOS
Diagnostico: I420 - CARDIOMIOPATIA DILATADA
Especialidad Interconsultada: GASTROENTEROLOGIA
Motivo: PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE CARDIOMIOPATIA DILATADA, REFIERE ANTECEDENTE DE HIGADO GRASO, GASTROPATIA EROSIVA CON HELICOBACTER PYLORI PORITIVO POR ENDOSCOPIA EN TRATAMIENTO ERRADICADO, ACTUALMENTE REFIERE DOLOR ABDOMINAL DIFUSO PERMANENTE EN ESTUDIO.LESION DUODENAL PENDIENTE PATOLOGIA
Observaciones:

Médico Solicitante 80226971 - RUIZ RODRIGUEZ ANDRES
Área Solicitante: CARDIOLOGIA CLINICA Y METODOS NO INVASIVOS
Diagnostico: I420 - CARDIOMIOPATIA DILATADA
Especialidad Interconsultada: REHABILITACION CARDIOPULMONAR
Motivo: PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE CARDIOMIOPATIA DILATADA, CON SIGNOS Y SINTOMAS DE INSUFICEINCIA CARDIACA, SE INTERCONSULTA POR ENFERMEDAD CORONARIA
Observaciones:

[redacted]

BBVA Seguros

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
HISTORIA CLÍNICA
EVOLUCION
ELECTROFISIOLOGIA

Número de Folio: 92
Fecha de Folio: 18/04/2016 4:44 p.m.

Historia clínica: 14296840 **Nombre del paciente:** JHODINSON ALED TARQUINO SANCHEZ
Ingreso: 2802593 **Fecha de Ingreso:** 18/04/2016 4:44 p.m.

04/04/2016 RMN DE CORAZON: SEVERA DILATACION Y DISFUNCIÓN SISTÓLICA VENTRICULAR IZQUIERDA CON HIPOQUINESIA GLOBAL, MAS SEVERA EN LOS SEGMENTOS INFERIORES. PEQUEÑA ZONA DE REALCE LINEAL, MESOCARDIO BASAL EN EL SEPTUM. AUNQUE ESTE PATRÓN DE REALCE ES INESPECÍFICO, SE HA ASOCIDO A CARDIOMIOPATIA DILATADA IDIOPÁTICA. NO HAY ZONA DE FIBROSIS/CICATRIZ. INSUFICIENCIA MITRAL Y TRICUSPIDEA CON SEVERA DILATACION BIAURICULAR. FEVI 15%. AI 70X66 MM, AD 59X66 MM. 09/03/2016 CORONARIOGRAFIA: DA TIPO III NORMAL. CIRCUNFLEJA NORMAL. CD DOMINANTE. ARTERIA EPICARDICAS SIN LESIONES. 18/03/2016 HOLTER ECG DE 24 HORAS: RITMO SINUSAL EN LA TOTALIDAD DEL REGISTRO. PR, QRS Y QTC NORMALES. TENDENCIA A LA TAQUICARDIA CON FC PROMEDIO 116XMIN, MINIMA 90XMIN Y MAXIMA 125XMIN. NO CARRERAS VENTRICULARES. EV REPRESENTAN MENOS DEL 1%.28/03/2016 PRUEBA DE ESFUERZO:INSUFICIENTE E INDETERMINADA PARA ISQUEMIA MIOCARDICA AL 61% DE LA FCME PARA EL PACIENTE. ***PACIENTE CON CARDIOPATIA DILATADA IDIOPÁTICA, DE ACUERDO A NOTA DE EPICRISIS SE DESCARTA ENFERMEDAD CORONARIA Y ENFERMEDAD DE CHAGAS, TIENE RMN DE CORAZON SIN ZONAS DE CICATRIZ. SE CONSIDERA CANDIDATO A IMPLANTE DE DESFIBRILADOR CARDIACO, SE LE EXPLICAN LAS INDICACIONES DEL PROCEDIMIENTO, LOS BENEFICIOS, RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES. SE LE ENTREGA CARTILLA DEL COLEGIO COLOMBIANO DE ELECTROFISIOLOGIA SOBRE DESFIBRILADORES Y MUERTE SÚBITA. SE ENTREGAN ÓRDENES MÉDICAS. SE DEBE SUSPENDER TRAZODONA. CELULAR: 3118263443 - 3508110674

PACIENTE REQUIERE CIRUGIA: NO **FECHA EN QUE REQUIERE CIRUGIA:**

DIAGNOSTICO

CODIGO	NOMBRE	OBSERVACIONES	PRINCIPAL	TIPO
I420	CARDIOMIOPATIA DILATADA		☑	Definitivo

MEDICAMENTOS

CANTIDAD	NOMBRE	OBSERVACION
15	LOSARTAN (POTASICO)	TOMAR MEDIA TABLETA CADA DIA.

25

BBVA Seguros

Bogotá D.C., 29 de enero de 2018

Señor
JHODINSON ALED TARQUINO SANCHEZ
tarquino_85@hotmail.com

REF:	TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
	PÓLIZA	0110043
	ASEGURADO	JHODINSON ALED TARQUINO SANCHEZ
	CÉDULA	14296840
	RECLAMO	VGDB-7500
	OBLIGACIÓN	00130158009609111592

Respetado señor,

En atención a su comunicación remitida el 23 de enero de 2018, con la cual manifiesta su inconformidad ante la objeción al pago de la obligación, afectando el amparo Incapacidad Total y Permanente con calificación de pérdida de capacidad laboral de 100%, según Acta de Junta Médica Laboral No.97366 registrada en la Dirección de Sanidad del Ejército del 9 de octubre de 2017, damos respuesta en los siguientes términos:

1. Según Historia Clínica de la Dirección de Sanidad del Hospital Militar Central, con fecha 14 de marzo de 2016 registra diagnóstico de Cardiomiopatía Dilatada.

2. La aseguradora no exigió la realización de exámenes médicos, ni solicitó historia clínica para acceder al seguro que respaldaba la obligación, debido a que no está obligada a ello. Sin embargo, la aseguradora sí le propuso diligenciar una declaración de asegurabilidad a objeto de verificar su estado de salud; dependiendo de esta información, la aseguradora tenía la potestad de practicar exámenes médicos a fin de conocer la realidad sobre su estado físico y así tomar una de tres decisiones: aceptar el riesgo en condiciones normales, imponer condiciones de primas más onerosas o, rechazar el seguro propuesto. Como en la declaración de asegurabilidad no se declaró ningún antecedente médico relevante, ni se consignó ninguna patología importante en curso, la aseguradora decidió aceptar el seguro en condiciones normales, vale decir se expidió la póliza como un riesgo normal, bajo el principio de la buena fe.

Nuestra legislación atribuye vital importancia con fundamento en el principio de máxima buena fe, a la carga contractual del tomador dentro del contrato de seguro, su obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, so pena de que el asegurador se vea precisado a objetar el pago de un seguro por la reticencia o el dolo negativo producida por la omisión de información.

3. Con independencia de que la causa de la incapacidad haya sido por un hecho diferente a las enfermedades conocidas y no declaradas, esto no excluye la obligación que le asistía al asegurado

BBVA Seguros

de haber declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes, como estipula el artículo 1058. En la solicitud individual para el seguro de Vida Grupo Deudores, con la firma del documento, el asegurado se sujeta a lo siguiente: *"Declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio".*

Por todo lo anterior, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., dentro del término legal se permite mantener la objeción del 2 de enero de 2018, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y /o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Cordial Saludo,

Apoderado General
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

HJB

BBVA Seguros

Bogotá D.C., 8 de febrero de 2018

Señor
JHODINSON ALED TARQUINO SANCHEZ
sada1101@hotmail.com

REF:	TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
	PÓLIZA	0110043
	ASEGURADO	JHODINSON ALED TARQUINO SANCHEZ
	CÉDULA	14296840
	RECLAMO	VGDB-7500
	OBLIGACIÓN	00130158009609111592

Respetado señor,

En atención a su comunicación recibida a través de la Superintendencia Financiera de Colombia, relacionada con la objeción de la reclamación al pago de la obligación, afectando el amparo Incapacidad Total y Permanente con calificación de pérdida de capacidad laboral de 100%, según Acta de Junta Médica Laboral No.97366 registrada en la Dirección de Sanidad del Ejército del 9 de octubre de 2017, nos permitimos manifestarle las siguientes precisiones en lo que tiene que ver con la extinción de la deuda:

Según Historia Clínica de la Dirección de Sanidad del Hospital Militar Central, con fecha 14 de marzo de 2016 registra diagnóstico de Cardiomiopatía Dilatada. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivaron la objeción al pago del respectivo seguro.

La figura jurídica que obró en el presente caso es la reticencia y la inexactitud. Es por lo tanto, el artículo 1058 del Código de Comercio el fundamento jurídico que da base a esta exigencia, el cual reza: "El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o inexactitud sobre los hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubiesen retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Al ser la institución del seguro un contrato con fundamento en la buena fe, el asegurador dirige una declaración que debe ser diligenciada por el tomador del seguro con el mayor escrúpulo intelectual y moral, y así lo plasma el artículo 1058 del Código de Comercio, norma que tiene el carácter de imperativo que trata el régimen especial de los vicios del consentimiento en el contrato de seguro, adicionales al error, la fuerza y el dolo referidos por los artículo 1502, 1508 y 1604 del Código Civil y el artículo 900 del Código de Comercio. Existiendo este formulario, no puede sustraerse el tomador del seguro o el asegurado de su obligación de suministrar los elementos de juicio necesarios para que el asegurador determine si acepta o no, y en qué condiciones asume el riesgo que se pretende trasladar con el contrato de seguro, que de diligenciarse con presencia de dolo negativo, sería determinante para la integridad del contrato, fuente de derechos y obligaciones.

En la solicitud individual para el seguro de Vida Grupo Deudores, con la firma del documento, el asegurado se sujeta a lo siguiente: *"Declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio"*. Adicionalmente en la Declaración de Asegurabilidad en unos de sus interrogantes se le indica al asegurado que *"Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?*

BBVA Seguros

En efecto, la Aseguradora, en virtud del principio de máxima buena fe que gobierna el contrato de seguro, no presume que usted haya obrado de mala fe o haya faltado a la verdad cuando diligenció el cuestionario, sino que confió en que las respuestas consignadas en el mismo eran del todo ciertas. Si posteriormente se determinó que el asegurado, conociendo un hecho importante relativo a su salud no lo declaró, se configuró la reticencia que da lugar a la objeción del pago del seguro.

De otra parte, con independencia de que la causa de la incapacidad haya sido por un hecho diferente a la enfermedad conocida y no declarada, esto no excluye la obligación que le asistía al asegurado de haber declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes, como estipula el artículo 1058 del Código de Comercio.

La Corte Suprema de Justicia también se ha pronunciado sobre este tema. Mediante fallo del primero (01) de septiembre de dos mil diez (2010) Exp. No. 05001-3103-001-2003-00400-01, aquella Corporación sostuvo que el deber de informar con exactitud la información relevante para celebrar el contrato de seguro, era una forma de materializar el principio de buena fe. En criterio de la Corte Suprema;

"dicha norma ha sido analizada como aplicación específica del principio de buena fe inherente al contrato de seguros, pues esta modalidad negocial supone que el interesado declare sinceramente cuál es el nivel de riesgo que asumirá la entidad aseguradora, comoquiera que esa manifestación estructura la base del consentimiento acerca de la concesión del amparo y no sólo eso, contribuye a establecer el valor de la póliza, en función de la probabilidad estadística de que el riesgo asegurado acontezca".

Las anteriores circunstancias llevaron a la Compañía Aseguradora a declinar el pago del seguro de vida deudores por reticencia, de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio, por lo que se mantiene la objeción del 2 y ratificación del 29 de enero de 2017.

Con lo anterior damos respuesta a su requerimiento.

Atentamente,

Apoderado General
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

HJB

27

BBVA | Seguros

Creando Oportunidades

Bogotá D.C., 4 de abril de 2018

Señor
JHODINSON ALED TARQUINO SANCHEZ
tarquino_85@hotmail.com

REF:	TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
	PÓLIZA	0110043
	ASEGURADO	JHODINSON ALED TARQUINO SANCHEZ
	CÉDULA	14296840
	RECLAMO	VGDB-7500
	OBLIGACIÓN	00130158009609111592

Respetado señor,

En atención a su comunicación de fecha 28 de marzo de 2018 radicada ante la Defensoría del Consumidor Financiero, con la cual manifiesta nuevamente su desacuerdo ante la objeción al pago de la obligación en referencia, por afectación del amparo de Incapacidad Total y Permanente calificada el 9 de octubre de 2017, damos respuesta.

Con respecto a su afirmación referente al diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad, es pertinente mencionar que la compañía no posee elementos probatorios suficientes para concluir la veracidad de lo manifestado, en cualquier caso debe mencionarse que la firma corresponde al asegurado que contrato el seguro y que hace a éste responsable de la información contenida en el documento. Es de señalar que todos los funcionarios de BBVA, están completamente capacitados para aclarar cualquier interrogante de nuestros clientes, así como informar los términos, condiciones, coberturas y exclusiones del seguro en referencia

En la solicitud individual para el seguro de Vida Grupo Deudores, con la firma del documento, el asegurado se sujeta a lo siguiente: *"Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de Comercio"*. Adicionalmente en la Declaración de Asegurabilidad en unos de sus interrogantes se le indica al asegurado que *"Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?*

De acuerdo con el Artículo 1058 del Código de Comercio el asegurado está 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 en la objeción (Cardiomiopatía Dilatada diagnosticado en marzo de 2016); diagnóstico que por su connotación tenía que ser de conocimiento para la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

Basado en lo anterior, nos ratificamos en lo expuesto en las comunicaciones del pasado 2, 29 de enero y ratificación del 8 de febrero de 2018, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 19 Ley 1755 de 2015, en lo que a peticiones reiterativas hace referencia.

Cordial saludo,

Apoderado General
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

HJB

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

sfc
Superintendencia Financiera de Colombia

sfc Superintendencia Financiera de Colombia
2018084436-012-000
018 05:27 PM Sec. Dia: 2883
Trámite: 506-FUNCIONES JURISDICCIONALES Anexos: No Entrada
Tipo Doc: 26-26 CONTESTACIÓN DEMANDA Folios: 1
Aplica A: 14-26 BBVA SEGUROS DE VIDA COL Encadenado: NO
Remitente: 14-26 BBVA SEGUROS DE VIDA CO Solicitud: Reserva
Destinatario: 80001 Secretaria Delegatur Teléfono: 594 02 00
Carro: Ent: Caja: Pos: 13/09/2018

PROFORMA INTERNA	A-PI-GDC-014
Radicación de Información sobre la cual se solicita reserva	Versión 1.0

Número de radicación 20180644436-011

Entidad 80000 Funciones Jurisdiccionales
Código Nombre

Fecha 31-07-2018 Ciudad Bogotá D.C
DD/MM/AAAA

El documento radicado bajo el número registrado en el rótulo corresponde a información sobre la cual se solicita autorización de reserva

Observaciones: A favor reserva de folios 28 al 292 JST

Autorizado ☐ No autorizado ☐

Secretaria

Nombre Representante Legal

Cargo Jefe Dependencia

Firma Representante Legal

Firma Jefe Dependencia

39.703.694