

Honorable
Señor (a) Juez
MARLENNE ARANDA CASTILLO Y/O QUIEN HAGA SUS VECES.
JUZGADO CINCUENTA Y SIETE CIVIL MUNICIPAL
cimpl57bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

REFERENCIA:	PRONUNCIAMIENTO EXCEPCIONES DE MÉRITO BBVA SEGUROS S.A.
RADICADO:	11001-40-03-057-2023-00233-00
CLASE DE PROCESO:	VERBAL
Demandante:	SANDRA MILENA CISNEROS ORTEGA CC. 52330472
Demandados:	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Nit. 800240882-0 BBVA SEGUROS SA Nit. 800226098-4

CHRIS EVELYN LADINO VASQUEZ, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.032.403.841 expedida en Bogotá, abogada en ejercicio titular de la tarjeta Profesional 189.066 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en nombre y representación de la Señora **SANDRA MILENA CISNEROS ORTEGA**, identificada con CC. 52.330.472, quien actúan en nombre propio en calidad de esposa y beneficiaria del Señor **VICTOR SAUL DELGADO PANTOJA (Q.E.P.D)** quien en vida se identificó con CC. 19.053.404, y del Sr. **VICTOR ANDRES DELGADO CHAVEZ**, identificado con CC. 79.858.546, quien actúan en nombre propio en calidad de hijo y beneficiario del **Señor VICTOR SAUL DELGADO PANTOJA (Q.E.P.D)** quien en vida se identificó con CC. 19.053.404 conforme al poder que se presentó al Juzgado en días anteriores, encontrándome dentro del término legal oportuno, DESCORRO TRASLADO DE LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS POR BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A SIGLA **BBVA SEGUROS Nit. 800226098-4**, en los siguientes términos:

A. TÉRMINO Y OPORTUNIDAD

Estando dentro de la oportunidad legal, en concordancia con lo señalado por el Despacho mediante Auto de fecha Veintiuno (21) de junio de dos mil veinticuatro (2024), se procede a presentar escrito con el fin de recorrer el traslado de las excepciones propuestas por BBVA SEGUROS S.A. es claro que, a la fecha nos encontramos en el término legal, comoquiera que este vence el día 02 de julio de 2024, atendiendo la notificación efectuada por estado el día 24 de junio de 2024.

B. PRONUNCIAMIENTO SOBRE LA SENTENCIA ANTICIPADA

Ruego a su Señoría no conceder solicitud de la pasiva sobre la declaratoria de SENTENCIA ANTICIPADA, por cuanto que no es cierto que el Demandado BBVA SEGUROS COLOMBIA SAS carece de legitimación en la causa por pasiva, debido a que esta sociedad sostuvo con los representantes de la reclamación completa interacción y respuesta, y porque en suficiente acervo probatorio se prueba que la razón social de BBVA SEGUROS, con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA, estaba completamente entremezclada, no pudiendo en su momento los herederos y la cónyuge distinguir con claridad una diferenciación entre la aseguradora o a quien se estaba elevando la reclamación que fue objetada.

Ahora que, si no fue parte del contrato de seguro de vida, entonces porqué respondía a los peticionarios como BBVA SEGUROS, cuando supuestamente éstos se tenían que entender era con BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA.

Ahora, en lo que tiene que ver con una supuesta consolidación del término prescriptivo, la misma no esta llamada a prosperar debido a que la demanda se interpuso en términos, y puntualmente quedó radicada ante la rama judicial en fecha 3 de marzo de 2023 como probatoriamente se encuentra acreditado.

C. PRONUNCIAMIENTO SOBRE CADA UNA DE LAS EXCEPCIONES PROPUESTAS.

1. A la excepción primera denominada **FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DE BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. POR NO SER QUIEN ASEGURÓ AL SEÑOR VICTOR SAUL DELGADO.**

La presente excepción **no está llamada a prosperar**, ya que alega la parte demandada que no están legitimados en la causa por pasiva atendiendo que no son los llamados a responder en virtud del contrato de seguros, no obstante, se pone en conocimiento del Despacho que, atendiendo las diferentes pruebas que reposan en el expediente digital, se constata que la mayoría de las solicitudes fueron contestadas por BBVA SEGUROS, sigla registrada en el certificado de existencia y representación legal de BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A Nit. 800226098-4., documentos que reposan en el expediente digital.

Es así como para los reclamantes era completamente indistinto quien particularmente estaba atendiendo y respondiendo las reclamaciones, debido a que como se dijo, en suficiente caudal probatorio, era la SIGLA BBVA SEGUROS quien daba respuesta e impulso a las reclamaciones solicitadas y porque incluso se usaba la SIGLA DE BBVA SEGUROS con el NIT de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA de manera entrelazada, para efectivamente dar trámite a la respuesta de reclamación, sin para aquel momento existir en la consciencia del reclamante DIFERENCIA ALGUNA entre dichas razones sociales.

Ahora, según lo manifestado por la Superintendencia de Sociedades en Oficio 220 - 273921 del 8 de noviembre de 2023, donde indicó:

(...)

*En cuanto a este registro, se debe realizar un análisis de Homonimia, por consiguiente, se deberá verificar que el nombre o denominación que se desea utilizar como razón social de una empresa **no genere confusión con otras empresas**, es decir, la razón social no debe ser igual a la de otra empresa.*

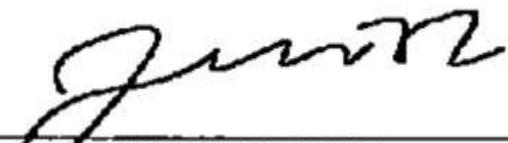
(...)

Colorario con lo anterior, se tiene que, por ejemplo, en el documento denominado declaración de asegurabilidad que reposa en el PDF.004 del expediente digital folio 36, mismo documento que reconoce la pasiva y sobre el que ella misma se pronuncia, se observa con claridad la SIGLA BBVA SEGUROS Nit. 900.226.098-4 en su membrete de la parte superior, sin embargo, en el mismo documento se observa FIRMA AUTORIZADA que dice BBVA SEGUROS DE VIDA S.A refiriendo el MISMO NIT. 900.226.098-4, así:

Chris Evelyn Ladino Vásquez
Abogada Universidad Libre TP .189066 del CSJ
PRONUNCIAMIENTO EXCEPCIONES
DEMANDADO BBVA SEGUROS S.A.

BBVA Seguros NIT. 800.226.098-4			
Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización			
Fecha contabilización del crédito			
2018	10	27	
Tomador / beneficiario			
Vigencia desde			
2018	10	27	

Mismo formulario en la parte final:


FIRMA AUTORIZADA
BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.
NIT 800.226.098-4

Siendo así entonces cómo se explica que BBVA SEGUROS SA Nit. 800226098-4, haya tenido completa relación con la reclamación en su momento incoada por los activos, entremezclando engañosamente sus razones sociales, para decir ahora que NO TUVO NADA QUE VER con el ASEGURADO VICTOR SAUL DELGADO, y si no tenía nada que ver, entonces como explicar su accionar dentro de la reclamación prejudicial?

Situación similar se acredita en diferentes documentos que reposan en el PDF 004. del expediente digital, donde se constata que las respuestas por los reclamantes son emitidas por **BBVA SEGUROS**, por lo cual, se insiste que esta, es la sigla utilizada y registrada por BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A Nit. 800226098-4, pues si se constata los certificados de Camara y Comercio, la sigla utilizada por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A Nit. 800240882 – 0, **es totalmente diferente**, ya que la misma se registra como, Sigla: BBVA SEGUROS DE VIDA.

Por lo referido carece de total sustento lo alegado por el apoderado de la sociedad demandada, mas aun cuando en los siguientes documentos, quien responde las solicitudes de reclamación es, además BBVA SEGUROS, hecho que el Juez deberá analizar de manera detallada y bajo las reglas de la sana critica:

- Folio 36. Declaración de Asegurabilidad suscrita entre las partes, en fecha 22 de Octubre de 2018, hoja membrete de BBVA SEGUROS.
- Folio 37. Clausulado de póliza de seguro de vida grupo deudores bancaseguros, hoja membrete de BBVA SEGUROS
- Folio 74. Comunicación suscrita por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. a BBVA Colombia SAS Agencia Orito, sobre refutación, hoja membrete de BBVA SEGUROS
- Folio 76 Correo desde <clientes@bbvaseguros.com.co> a juridica@sjfs.com.co dirigido por BBVA SEGUROS respondiendo a solicitud 1. VIGT - 2714 y 2. VGDB - 20168 Atentamente: BBVA SEGUROS C.G, hoja membrete de BBVA SEGUROS
- Folio 181. Certificación de Paz y Salvo al préstamo de Consumo terminado en (...) 49230 de fecha 17 de Enero de 2023 con hoja membrete de BBVA SEGUROS

Con lo anterior, es claro entonces que **las sociedades demandadas inducen decididamente en error** a la parte activa de la Litis, y a todo reclamante del contrato de seguro, justamente para evadir la responsabilidad del pago, por lo que SOLICITO A SU SEÑORÍA tenga lo anterior como INDICIO DE MALA FE, en el actuar de las sociedad demandadas.

En sumo, no se encuentra fundamento o razón, para que se alegue la falta de legitimación en la causa por pasiva por parte de BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A Nit. 800226098-4, cuando es esta sociedad entremezclada con BBVA SEGUROS DE VIDA Nit. 800240882-0, quienes dieron respuesta a los requerimientos previos efectuados por la parte activa de la litis, respecto a la reclamación del seguro.

Por lo dicho es claro que la excepción propuesta no está llamada a prosperar.

2. A la excepción segunda denominada PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.

La presente excepción **no está llamada a prosperar**, pues la demanda se presentó dentro del término legal oportuno, establecido en el art. 1081 del Co.Co., que establece:

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.

Obra en el expediente digital prueba documental que acredita que la demanda se presentó **el día viernes 03 de marzo del 2023**, conforme consta en documento de correo electrónico remitido por la plataforma demandaanlinea1@deaj.ramajudicial.gov.co, cuyo asunto es Generación de la Demanda en línea No 611246, prueba que como se indica, obra en el expediente documento PDF001 denominada CORREOREPARTO.

Ahora, la fecha alegada por la parte demandada, esto es, el día lunes 06 de marzo de 2023, corresponde es a la fecha de asignación del reparto al Juzgado de conocimiento, desde la dirección del correo remitido raddemcivimpalbta@cendoj.ramajudicial.gov.co al Juzgado cmpl57bt@cendoj.ramajudicial.gov.co.

Con lo anterior es claro que esta excepción no está llamada a prosperar, comoquiera que la demanda se presentó previo a la configuración del termino prescriptivo.

Aunado a lo anterior se pone de presente lo establecido en el art. 94 del C.G.P.:

Artículo 94. Interrupción de la prescripción, inoperancia de la caducidad y constitución en mora.

La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tales providencias al demandante. Pasado este término, los mencionados efectos solo se producirán con la notificación al demandado.

Se pone de presente que la notificación de igual forma se efectuó dentro del año siguiente a la notificación del Auto admisorio de la demanda, pues la misma se realizó el día 05 de febrero de 2024 conforme consta en la trazabilidad dada por Servientrega. Por lo cual, la presentación de la demanda interrumpió la prescripción alegada por la parte demanda, sin que la misma se hubiese configurado.

Por lo antedicho se insiste que la excepción propuesta no está llamada a prosperar.

A las excepciones subsidiarias:

3. A la excepción tercera denominada *FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA DERIVADA DE LA AUSENCIA DE PRUEBA DE LA SUBROGACIÓN A FAVOR DE SANDRA MILENA CISNEROS.*

Es claro que la parte activa de la Litis, no solo está conformada por la señora Sandra Cisneros, sino que también hace parte de esta, el señor Víctor Andres Delgado, atendiendo la reforma de la demanda efectuada en tiempo.

Se recalca que la parte demandante se vio avocada a cancelar la obligación surgida con el Banco BBVA Colombia, por la demanda ejecutiva singular Radicación: 865683189003-2022-00022-00, que se promovió en contra de los herederos indeterminados, por lo anterior, el señor Víctor Andrés Delgado en representación de los herederos y cónyuge supérstite, suscribió el acuerdo de pago.

Es claro que, el señor Víctor Andres Delgado, está plenamente legitimado por activa atendiendo la autorización dada por los diferentes herederos y cónyuge supérstite, ya que fue la persona que sufragó la deuda con el Banco BBVA COLOMBIA S.A., lo anterior, se constata con el acuerdo de pago suscrito entre las partes el cual ya reposa en el expediente digital y en su defecto, la señora Sandra Cisneros de igual forma se encuentra legitimada, toda vez que ésta tenía vocación de acuerdo a la demanda incoada por BBVA.

Se informa al Despacho que, como consecuencia de la supuesta reticencia alegada por las demandadas, lo cual conllevó al NO PAGO DEL CREDITO POR PARTE de estas, el Banco BBVA COLOMBIA S.A., inició proceso ejecutivo singular en contra de los herederos determinados e indeterminados del causante, motivo por el cual, el demandante Víctor Andres Delgado, con el fin de evitar el trámite del proceso judicial y la aplicación de medidas cautelares, sufragó el pago de la suma acordada con la casa de cobranza, conllevando lo anterior, a la terminación del proceso referido por pago total de la obligación.

Por lo cual, no asiste razón para que a la fecha se alegue una falta de legitimación en la causa por activa, cuando el señor Delgado Chavez en representación de todos los herederos y cónyuge supérstite, canceló la deuda que en su momento se debió cancelar por las sociedades demandadas en virtud al contrato de seguros.

Importante mencionar entonces que el mencionado tercero VICTOR ANDRES DELGADO CHAVEZ, no fue otro que el autorizado por la Sra. Sandra Milena Cisneros Ortega y los demás herederos, para que éste suscribiera acuerdo de pago con COVISER, conforme la suma allegada documentalmente, la cual puso fin al ejecutivo en su contra.

4. A la excepción cuarta denominada **NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.**

Esta excepción **no está llamada a prosperar** debido a que no es cierto que se configuró la reticencia alegada por la parte demandada, lo anterior, tal como se explica a continuación:

La supuesta reticencia del tomador al momento de suscripción de la póliza, no resulta procedente debido a que en **amplia Jurisprudencia de las Honorables Corte Suprema de Justicia y Corte Constitucional**, ha habido un desarrollo jurisprudencial respecto a este tema, concluyendo que **no es suficiente que el tomador haya omitido declarar una preexistencia para que de manera consecuente se configure la reticencia, pues se debe demostrar otra serie de circunstancias, entre estas, que el tomador actuó con mala fe y la Aseguradora cumplió con los deberes que tenía a su cargo para corroborar la información rendida, atendiendo la posición dominante que tiene en la relación contractual.**

Para corroborar lo anterior, tal como se dijo en los fundamentos de la demanda, se citan diferentes sentencias en las cuales de manera clara se ha establecido las reglas que se deben analizar al momento de decretar la reticencia.

La Corte Constitucional por ejemplo en Sentencia T-024 de 2016 M.P. Dra. MARÍA VICTORIA CALLE CORREA, **sobre la reticencia** y las características del contrato de seguros, así como las obligaciones de las partes que intervienen en el contrato, dijo:

“(…)

4.3. Igualmente, de acuerdo con las normas que rigen el contrato de seguros, las obligaciones de las partes deben entenderse de manera armónica con los elementos y características esenciales del contrato. En ese marco, el artículo 1058 del Código de Comercio establece la obligación de declarar de forma abierta y sincera los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, obligación que se deriva del carácter bilateral, oneroso y aleatorio del contrato. Pero no se trata de un deber que se lee aislado de la responsabilidad que asume la aseguradora, pues en la medida en que la compañía asume el riesgo, debe conocer las condiciones en que lo hace, como requisito previo para ampararlo y para determinar la contraprestación que exigirá al tomador a manera de prima.

4.4. Del lado del tomador, éste tiene el deber de declarar la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud); pero si las preguntas tipo del cuestionario de asegurabilidad son muy generales, y no se exigieron exámenes médicos o la historia clínica de los tomadores, esta circunstancia no puede traducirse en la imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de una interpretación carente de razonabilidad frente a las cláusulas del contrato. (Subrayado fuera del texto).

Así también en los casos que se citan enseguida, las compañías de seguros objetaron el seguro porque, presuntamente, el tomador no declaró su estado de salud; no obstante, **las entidades no realizaron la valoración del estado de salud al momento de amparar el resigo y no definieron taxativamente las exclusiones:**

En sentencia T-751 de 2012 la Corte estudió dos acciones de tutela acumuladas, interpuestas por personas a quienes se les negó la cancelación de unas pólizas de seguro de vida grupo deudores que amparaban sendas obligaciones crediticias. En el primero de los procesos, la acción de tutela fue interpuesta por una docente que adquirió un crédito hipotecario en el año dos mil cuatro (2004), y que en marzo de dos mil diez (2010) fue calificada con una pérdida de capacidad laboral del (91.15%) por padecer esquizofrenia y alteraciones emotivas. La compañía aseguradora se negó a hacer efectiva la póliza, porque en la historia clínica de la actora existía un diagnóstico de cáncer en febrero de dos mil (2000) que no fue reportado por ella en su declaración de asegurabilidad, omisión que la compañía calificó como una reticencia de la asegurada. En el segundo proceso, la acción fue presentada por una persona que adquirió un crédito con una entidad bancaria en junio de dos mil ocho (2008), cuyo pago fue garantizado por una póliza de vida grupo deudores. En marzo de dos mil diez (2010), el asegurado fue calificado por una junta regional de calificación de invalidez con una pérdida de capacidad laboral del (85.50%). Sin embargo, cuando este

solicitó que se hiciera efectiva la póliza de vida grupo deudores, la compañía aseguradora objetó el siniestro argumentando que en la declaración de asegurabilidad el actor había manifestado que no padecía enfermedad alguna, pero para ese momento ya se le había diagnosticado diabetes mellitus, pie diabético, hipertensión arterial y enfermedad coronaria.

La Corte Constitucional centró su análisis en establecer si los actores habían faltado efectivamente a la verdad en sus declaraciones de asegurabilidad, o si las objeciones de las aseguradoras carecían de soporte fáctico, y por lo tanto, vulneraban los derechos al debido proceso y al mínimo vital de las accionantes. En ambos casos, la Corporación concluyó que no estaba demostrada la reticencia de las accionantes, razón por la cual, y ante la necesidad de proteger los derechos fundamentales de sujetos de especial protección constitucional, ordenó a las compañías aseguradoras que hicieran efectivas las pólizas y cancelaran los saldos insolutos de las obligaciones amparadas.

(...)

La Sala Novena de Revisión concluyó que si bien la no declaración de una condición de salud (preexistencia) puede dar lugar a la configuración de reticencia, para que esta se configure la aseguradora debe probar la mala fe del tomador. En tal sentido indicó: "la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia". (Subrayado fuera del texto).

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

(...)

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

En consonancia con lo anterior, en sentencia T 061 de 2020. Magistrado Ponente Dr. ALBERTO ROJAS RÍOS, la Corte reitero que la inexactitud y/o la incongruencia entre la realidad y la información suministrada al momento de suscribir el contrato de seguro, no puede ser entendido automáticamente como reticencia pues es necesario demostrar la mala fe del tomador. En dicha sentencia se indicó:

(...) se ha interpretado que el deber de buena fe en este tipo de relaciones contractuales implica que el asegurado tiene una serie de obligaciones y cargas que debe cumplir en relación con su contraparte; tal y como lo es la honesta declaración de todas las circunstancias que, al momento de la celebración del contrato, puedan influir en el nivel del riesgo asegurado. De esta manera, si se omite voluntariamente cumplir con esta obligación puede configurarse el fenómeno de la "reticencia", establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio, que genera la nulidad relativa del contrato de seguro.

Sin embargo, esta Corte ha determinado que la simple existencia de una inexactitud o incongruencia entre la realidad y la información suministrada por el contratante en la declaración de asegurabilidad no puede ser entendida automáticamente como "reticencia", pues para que esta figura pueda configurarse es necesario que se demuestre la mala fe del asegurado al pretender evitar que el contrato de seguro le resulte más oneroso o que la aseguradora desistiera de asumirlo.

De otro lado, es menester destacar que el deber de buena fe referido implica "una responsabilidad mayor para quienes ejercen la posición dominante en la relación contractual", esto es, las aseguradoras, por cuanto son quienes definen las condiciones materiales del contrato de seguro y, por tanto, no les es dable alegar vacíos en el texto que redactaron, para sacar provecho. Ello, al punto de que se ha desarrollado el principio de interpretación pro consumatore, en virtud del cual cualquier duda o problema interpretativo que surja con ocasión a la aplicación del contrato, debe ser resuelta en favor de los intereses del asegurado.

En ese sentido, si bien quien suscribe el contrato de seguro tiene la obligación de declarar con honestidad la totalidad de los factores que puedan afectar las condiciones en que se suscribe el contrato de seguro, lo cierto es que, como se indicó con anterioridad, la mera discrepancia entre la información contenida en las declaraciones de asegurabilidad y aquella existente en la historia clínica del asegurado no implica la configuración de la "reticencia" y, en ese sentido, corresponde a la aseguradora: (i) demostrar el elemento subjetivo de la reticencia, esto es, la voluntad dolosa del asegurado tendiente a engañar y sacar provecho de la omisión evidenciada; (ii) haber desplegado todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, pues las aseguradoras se encuentran vedadas de alegar reticencia si conocían o podían conocer los hechos que la constituyeron; esto es, si se abstuvieron de verificar la información, habiendo podido hacerlo, mal haría el juez en validar su negligencia; y (iii) demostrar un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado.

En conclusión, si bien los contratos de seguro se rigen principalmente por la voluntad de las partes, esta voluntad encuentra límite en la buena fe que debe regir el accionar de quienes los suscriben y, tratándose de las aseguradoras, este deber de actuar conforme a la buena fe se califica y demanda de ellas una responsabilidad mayor en razón de su posición dominante en relación con los ciudadanos que fungen como asegurados. (Negrita y subrayado fuera del texto).(...)"

Ahora, la Corte Suprema de Justicia también se ha pronunciado respecto ha dicho tema, entre esas en sentencia STL 4077 – 2022, Magistrado ponente Dr. GERARDO BOTERO ZULUAGA, esta corporación **reiteró las reglas que se deben tener en cuenta por los Jueces al momento de declarar la reticencia,** en este sentido expuso:

"(...) Como quedó reseñado, el Tribunal convocado concluyó, que el asegurado, en los términos del artículo 1508 del Código de Comercio, había faltado a la verdad o había actuado con falta de sinceridad para el momento de la declaración de asegurabilidad, pues pese a conocer su estado de salud, no dio a conocer ese aspecto, sin importar si al final, de conformidad con la historia clínica, las afecciones no informadas fueron las que causaron la muerte, pues ese requisito no está previsto en la ley. Sin embargo, a juicio de la Sala, la decisión censurada no encaja dentro de lo racional, pues pese a que en lo formal, tal conclusión pareciera que se ajusta a los criterios legales, como lo sostuvo el Juzgado convocado al trámite, el comportamiento de la entidad aseguradora al objetar el pago del seguro por una supuesta mala fe, con base en lo acreditado en el proceso, ha sido analizado en diversos casos de similares características por la jurisprudencia constitucional, en donde se ha destacado que el juzgador debe examinar las siguientes reglas para establecer si, realmente hay lugar a aplicar la reticencia contractual del artículo 1508 del Código de Comercio.

Así, para resolver es de tipo de casos e debe tener en cuenta que: "i) los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe que obliga a ambos contratantes y que se materializa en el deber de redactar el clausulado de las pólizas de seguros eliminando todo tipo de ambigüedad contractual, lo cual impone incluir con precisión y de forma taxativa las preexistencias que generan exclusión de cobertura del riesgo asegurado; ii) con el fin de determinar tales preexistencias, las aseguradoras tienen la carga de realizar exámenes médicos previos al tomador de la póliza para establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el seguro; iii) en caso de no realizar el examen médico previo, las aseguradoras

tienen la carga de demostrar que la preexistencia era conocida con certeza y con anterioridad por el tomador del seguro, y que al no haberla reportado en la declaración de asegurabilidad éste incurrió en una mala fe contractual, ya que solo de esa forma es posible sancionar la conducta silente con la reticencia que establece el artículo 1058 del Código de Comercio; y, en todo caso; iv) no será sancionada si el asegurador conocía, podía conocer o no demostró los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia. (C.C T-393 de 2015). (Subrayado fuera del texto).(...)"

Se ha dicho igualmente, que, por el hecho de padecer una enfermedad, esto es, una preexistencia, pueda catalogarse de faltar a la verdad, ya que, en el momento del diligenciamiento la entidad debe ser diligente, para que, se realicen los exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado; si eso no se lleva a cabo, el asegurador es quien debe asumir la carga de los defectos, omisiones e imprecisiones en los cuales haya incurrido en el clausulado del negocio jurídico, dado que el tomador de la póliza simplemente se adhiere a los términos y condiciones plasmadas en el escrito, por lo que, siendo el asegurado la parte débil de esa relación, mal podría trasladársele esas irregularidades.

(...) Sin embargo, no se observa que la aludida entidad aseguradora, frente a esos antecedentes, haya ordenado algún tipo de examen médico, ni exigido al asegurado que allegara uno, con el propósito de establecer el real estado de salud, a efectos de tener claridad sobre el riesgo asumido y las posibles exclusiones o denominadas preexistencias. Por el contrario, lo que se observa, como se dijo, es que simplemente obra en el formulario con una relación de posibles enfermedades graves y generales que puede sufrir cualquier persona; pero lo que es más grave, es que, para el sentenciador, eso no tiene importancia, ya que, según su criterio, el asegurado es quien está en la obligación de especificar cualquier eventualidad que conozca, sin imponerle obligación alguna al ente asegurador, esto es, avalando el sentenciador cualquier actuación de las entidades de este tipo para lograr las vinculaciones contractuales, sin ser cuidadosas en el tipo de riesgo que están asumiendo, o llevando a los deudores a impresiones y maniobras facilistas para que no informen su estado de salud, y cuando ocurra el siniestro, aquellas puedan anteponer una preexistencia para negar la cobertura y así alegar reticencia. (Subrayado fuera del texto).

De manera que, **por haber sido negligente la aseguradora al omitir la realización de los respectivos exámenes o diagnóstico del estado de salud del causante VICTOR SAUL DELGADO PANTOJA (Q.E.P.D.)**, no es posible que, ante la ocurrencia del riesgo asegurado, aquella alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la deudora a la póliza de vida, con el agravante de que la historia clínica da cuenta de **que el fallecimiento no tiene una relación directa con esas afecciones que se dejaron de informar**, lo que puede ser constitutivo del énfasis de la buena fe al momento de la vinculación contractual y no la intención certera e inequívoca de engañar al organismo asegurador; como tampoco puede hablarse de mala fe, si como lo mencionó la propia aseguradora, todo demuestra que esas afecciones estaban siendo tratadas y controladas; de ahí, que tampoco se puede llegar hasta el extremo de exigir una declaración pormenorizada de todos los chequeos médicos, dado que diversas enfermedades pueden ser superadas con el tiempo y los cuidados para permitir el desempeño normal de las actividades cotidianas.

Se reitera que en la jurisprudencia con claridad se dice que la entidad **aseguradora fue negligente, pues pudiendo averiguar la información desde el momento de la suscripción del contrato, sólo vino a oponerse cuando se efectuó la reclamación**, por lo que la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado sólo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora, quien en el momento del acuerdo pese al control realizado, es engañada al esconderse el estado de salud del deudor, lo que en este asunto no se configura.

Para concluir, se cita la sentencia SC3791-2021, Radicación: 20001-31-03-003-2009-00143-01, Magistrado ponente LUIS ARMANDO TOLOSA VILLABONA, **sentencia relevante**, donde la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia realiza un análisis profundo, respecto a la objeción al seguro por reticencia del tomador y acoge las reglas establecidas por la Corte Constitucional, allí se indicó:

"(...) 3.2.2. El artículo 871 del Código de Comercio incorpora la «buena fe» como principio rector de los actos mercantiles. A su vez establece que se rigen por «todo lo que corresponda a la naturaleza de los mismos, según la ley, la costumbre o la equidad natural».(...)"

Es así como el contrato de seguro, la buena fe, en todo cuanto tenga que ver con la realidad del riesgo, cobra inusitada importancia y se califica como de ubérrima bona fidei. Entre otras razones, al ser los tomadores o asegurados, dada su intermediación con los intereses asegurables, quienes mejor conocen las circunstancias concretas que los rodean. Por esto se dice que las aseguradoras, en estos casos, estarían a merced de la declaración del solicitante.

Conforme con las reglas establecidas en la Jurisprudencia, es claro que, la presente excepción no está llamada a prosperar, toda vez que, no le asiste razón a la aseguradora de objetar la póliza, alegando reticencia del tomador, por el solo hecho de no haber declarado conforme con la historia clínica la presunta patología preexistente, cuando es claro que esta entidad aseguradora, en ningún momento adelantó gestión alguna para corroborar lo dicho por el tomador, solo adelantó la gestión pertinente en el momento que se realiza la respectiva reclamación, siendo evidente la negligencia y mala fe de esta entidad.

Ahora, en lo particular y atendiendo a los argumentos expuestos por la pasiva, se tiene que el CAUSANTE VICTOR SAUL DELGADO PANTOJA (Q.E.P.D) al momento de suscribir la DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD de fecha 22 de Octubre de 2018 NO PADECÍA CANCER, como tampoco tenía TUMORES DE CUALQUIER CLASE.

El hecho de haberse diagnosticado para el 13 de Enero de 2018 para procedimiento de PROSTACTECTOMIA TRANSURETRAL para esa fecha con la sospecha de un TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA, del cual no obra CONFIRMACIÓN ALGUNA DE LA ENFERMEDAD DEL CANCER en su historial médico, no implicó que a los 10 meses después, éste padeciera la enfermedad del cáncer, porque no existe prueba documental alguna que así lo refiera.

Es decir, no existe prueba documental alguna que diga que para el día 22 de Octubre de 2018, fecha en la que suscribió la declaración de asegurabilidad, el tomador padecía cáncer ni se encontrase en tratamiento médico de ésta enfermedad.

Además porque se detallo que conforme historia clínica aportada por COLSANITAS, la misma a la que hace alusión la pasiva, se extrajeron en el mismo procedimiento del 13 de Enero de 2018, muestras biológicas debidamente separadas y rotuladas en medio adecuado, tejidos que fueron enviados a PATOLOGIA, como fragmentos de la próstata y que frente a ellos NO FUE remitida por COLSANITAS historia clínica alguna en la que se conocieran dichos resultados patológicos.

Además no existe prueba documental alguna en la historia clínica como se dijo en la demanda, en la que se detallara PLAN DE MANEJO, TRATAMIENTO MÉDICO, ESTADO DEL SUPUESTO CANCER, ORDEN DE TRATAMIENTO, MEDICAMENTOS, para combatir o tratar el supuesto Cáncer que padecía al 22 de Octubre de 2018, el tomador.

Ahora que se insiste en que NO EXISTE o no fue conocido por los HEREDEROS y la Conyugue HISTORIA CLÍNICA en la que se describiera DIAGNÓSTICO CONFIRMADO del Cáncer para el mes de Enero de 2018 y para el 22 de Octubre de 2018, pese a la cantidad de PETICIONES elevada por los actores a COLSANITAS, SANITAS Y CLINICA REINA SOFIA, las cuales reposan en las pruebas de la demanda.

5. A la excepción quinta denominada *INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.*

Es claro **que la presente excepción no está llamada a prosperar** atendiendo los deberes que les asiste a la aseguradora, los cuales tienen amplio desarrollo jurisprudencial, como se citó frente al pronunciamiento de la excepción anterior.

Respecto a lo anterior, se reitera lo manifestado por la Corte Constitucional en Sentencia T-024 de 2016, donde se expresó:

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

De lo anterior, es claro que las sociedades demandadas, atendiendo la posición dominante en la que se encuentran deben cumplir con los deberes que le asisten, **entre estas la necesidad de corroborar la información suministrada**, más cuando conforme las cláusulas pactada en el contrato de seguros cuentan con la facultad de consultar la información que consideren a lugar.

Por lo expuesto, la presente excepción no está llamada a prosperar.

6. A la excepción sexta denominada LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

La presente excepción **no está llamada a prosperar**, atendiendo el amplio desarrollo jurisprudencial elaborado por las diferentes Cortes que componen la Rama Judicial, como se citó frente a la excepción cuarta, es claro que la reticencia no opera de manera automática, pues este tema ha tenido suficiente desarrollo jurisprudencial como se ha referido en las diferentes excepciones propuestas.

Aunado a lo anterior, se debe poner de presente lo expuesto por la H. Corte Constitucional en sentencia T-024 de 2016, donde de manera expresa estableció la obligación que le asiste a la entidad aseguradora de probar la mala fe del tomador del contrato de seguro, de acuerdo a lo anterior, indicó la Corte en la sentencia referida:

“(…) Finalmente, en la Sentencia T-222 de 2014 se estudiaron varios casos en los cuales unos ciudadanos adquirieron créditos con entidades financieras, respaldados por contratos de seguros celebrados con diferentes compañías. Los accionantes fueron declarados inválidos, pese a lo cual, al solicitar que se cancelaran las pólizas de seguros, las compañías se negaron a proceder en dicha forma, por considerar que habían incurrido en reticencia. La Sala Novena de Revisión concluyó que si bien la no declaración de una condición de salud (preexistencia) puede dar lugar a la configuración de reticencia, para que esta se configure la aseguradora debe

probar la mala fe del tomador. En tal sentido indicó: “la reticencia significa la inexactitud en la información entregada por el tomador del seguro a la hora de celebrar el contrato. Esta figura es castigada con la nulidad relativa. En otros términos, sanciona la mala fe en el comportamiento del declarante. Ello implica que, (i) no necesariamente los casos de preexistencias son sinónimo de reticencia. El primer evento es objetivo mientras que el segundo es subjetivo. Por tal motivo, (ii) es deber de la aseguradora probar la mala fe en los casos de preexistencias, pues solo ella es la única que sabe si ese hecho la haría desistir de la celebración del contrato o hacerlo más oneroso. En todo caso (iii), no será sancionada si el asegurador conocía o podía conocer los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia”.

De igual forma, la Corte Suprema de Justicia también se ha pronunciado respecto ha dicho tema, entre esas en sentencia STL 4077 – 2022, Magistrado ponente Dr. GERARDO BOTERO ZULUAGA, esta corporación reiteró las reglas que se deben tener en cuenta por los Jueces al momento de declarar la reticencia, entre estas la obligación de verificar la mala fe del tomador, en este sentido expuso:

“(…) Como quedó reseñado, el Tribunal convocado concluyó, que el asegurado, en los términos del artículo 1508 del Código de Comercio, había faltado a la verdad o había actuado con falta de sinceridad para el momento de la declaración de asegurabilidad, pues pese a conocer su estado de salud, no dio a conocer ese aspecto, sin importar si al final, de conformidad con la historia clínica, las afecciones no informadas fueron las que causaron la muerte, pues ese requisito no está previsto en la ley. Sin embargo, a juicio de la Sala, la decisión censurada no encaja dentro de lo racional, pues pese a que en lo formal, tal conclusión pareciera que se ajusta a los criterios legales, como lo sostuvo el Juzgado convocado al trámite, el comportamiento de la entidad aseguradora al objetar el pago del seguro por una supuesta mala fe, con base en lo acreditado en el proceso, ha sido analizado en diversos casos de similares características por la jurisprudencia constitucional, en donde se ha destacado que el juzgador debe examinar las siguientes reglas para establecer si, realmente hay lugar a aplicar la reticencia contractual del artículo 1508 del Código de Comercio.

Así, para resolver este tipo de casos se debe tener en cuenta que: “i) los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe que obliga a ambos contratantes y que se materializa en el deber de redactar el clausulado de las pólizas de seguros eliminando todo tipo de ambigüedad contractual, lo cual impone incluir con precisión y de forma taxativa las preexistencias que generan exclusión de cobertura del riesgo asegurado; ii) con el fin de determinar tales preexistencias, las aseguradoras tienen la carga de realizar exámenes médicos previos al tomador de la póliza para establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el seguro; iii) en caso de no realizar el examen médico previo, las aseguradoras tienen la carga de demostrar que la preexistencia era conocida con certeza y con anterioridad por el tomador del seguro, y que al no haberla reportado en la declaración de asegurabilidad éste incurrió en una mala fe contractual, ya que solo de esa forma es posible sancionar la conducta silente con la reticencia que establece el artículo 1058 del Código de Comercio; y, en todo caso; iv) no será sancionada si el asegurador conocía, podía conocer o no demostró los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia. (C.C T-393 de 2015).

En consonancia con lo referido, es claro el precedente jurisprudencial, al establecer que la aseguradora debe demostrar la mala fe del tomador, cosa que no se avizora en el presente proceso, pues es evidente el tomador cumplió con el deber de lealtad contractual y buena fe, pues la posible inexactitud en la que incurrió aquel, fue consecuencia de la falta de claridad respecto al cuestionario formulado por la aseguradora respecto a circunstancias concretas de tiempo y modo.

Por lo referido, la presente excepción no está llamada a prosperar.

7. A la excepción séptima denominada BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO.

Como se ha dicho a lo largo del presente escrito, es claro que la reticencia no se configuró, pues pese a lo alegado por la parte pasiva de la Litis, atendiendo el desarrollo jurisprudencial emanado por las diferentes Cortes, es claro que el actuar del señor Víctor Saul Delgado (Q.E.P.D.), no configura la existencia de reticencia, por lo cual, no se puede aplicar la consecuencia legal establecida y alegada por la parte demandada.

Por lo referido la presente excepción no está llamada a prosperar.

8. A la excepción octava denominada LA INDEMNIZACIÓN DE NINGUNA MANERA PUEDE SUPERAR EL VALOR DE UNA POSIBLE SUBROGACIÓN.

Se torna evidente que la presente excepción no está llamada a prosperar, comoquiera que, en virtud de la reforma de la demanda, las pretensiones se modificaron respecto a su cuantía, atendiendo el valor que se efectivamente se canceló a BBVA COLOMBIA S.A., en virtud a la negativa de reconocimiento y pago por parte de las sociedades demandadas.

Por lo cual, los supuestos facticos referidos en dicha excepción a la fecha son inexistentes.

9. A la excepción novena denominada, EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.

Es claro que las pretensiones de la demanda bajo ninguna circunstancia superan el valor máximo asegurado, conforme la certificación que reposa en el expediente. Aunado a lo anterior, es una limitación legal establecida por el legislador.

10. A la excepción decima denominada GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

No es una excepción, es una obligación legal que le asiste a los Honorables jueces de la Republica, no obstante, se recalca que bajo ninguna circunstancia la prescripción puede ser declarada de oficio, pues esta debe ser debidamente alegada y sustentada por la parte que la invoca.

De esta forma se descurre el traslado de la totalidad de excepciones formulados por la entidad demanda **BBVA SEGUROS**.

Atentamente,

CHRIS EVELYN LADINO VASQUEZ

Abogada

CC. 1.032.403.841 expedida en Bogotá

Tarjeta Profesional 189.066 del Consejo Superior de la Judicatura