

Señores

**JUZGADO OCHENTA Y TRES CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ
(TRANSITORIAMENTE JUZGADO 65 DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE)**

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL SUMARIO
DEMANDANTES: ANA ISABEL NOVOA HEREDIA y ANDREA MARISOL DIAZ NOVOA
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y BBVA COLOMBIA S.A.
RADICADO: 110014003083-2021-00928-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en su despacho, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, identificada con NIT No. 800.240.882-0. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal establecido, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por ANA ISABEL NOVOA HEREDIA y ANDREA MARISOL DIAZ NOVOA en contra de mi procurada, anunciando desde ahora que me opongo a la totalidad de las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA

De conformidad con las disposiciones de orden público contenidas en el artículo 278 del Código General del Proceso, y en consideración a los principios de economía procesal y legalidad comedidamente se solicita al Despacho proferir sentencia anticipada debido a que se encuentra

vastamente acreditada la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, en la medida en que desde el momento en que el asegurado tuvo conocimiento del hecho que dio base a la acción (**19 de julio de 2019**), hasta la fecha en que mi representada fue notificada de este trámite (**21 de febrero de 2025**), transcurrió mucho más del término bial que contempla el artículo 1081 del Código de Comercio.

Para iniciar, es preciso indicar que el artículo 278 del Código General del Proceso, dispuso con claridad el deber que le asiste al juez de proferir sentencia anticipada cuando encuentre probada la PRESCRIPCIÓN de la acción derivada del contrato de seguro, así:

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

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

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

Es por esto, que respetuosamente solicito al Honorable Despacho emitir sentencia anticipada en el presente caso, como quiera que en el litigio que nos ocupa se encuentra probado que las acciones derivadas del contrato de seguro se encuentran totalmente prescritas, razón por la cual a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. no le asiste obligación alguna derivada de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 205 0001492886, certificado No. 0013-0950-10-4000353078, asociada a la obligación No. **9600189902 contraída con el Banco BBVA Colombia. Lo anterior, teniendo en cuenta que la radicación de la demanda nunca interrumpió el término de prescripción,

debido a que no se notificó en el año siguiente a la fecha de notificación del auto admisorio de la demanda, con base en el artículo 94 del CGP, el cual establece en su primer inciso que:

*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.*

(...) (subrayado y negrilla fuera de texto original)

Por ello, para mejor ilustración del despacho, se identifican los siguientes hitos temporales:

- Fecha del hecho que da base a la acción: 19 de julio de 2019 (Declaración Pérdida Capacidad Laboral)
- Fecha de la reclamación: 05 de agosto de 2019
- Suspensión por Emergencia Sanitaria Covid: 16 de marzo de 2020 al 30 de junio de 2020
- Plazo máximo para ejercer la acción: 19 de noviembre de 2021
- Fecha de la radicación de la demanda: 16 de septiembre de 2021
- Fecha de la admisión de la demanda: Auto 11 de mayo de 2022 (tenía que haber notificado en el año siguiente para que surtiera efectos la interrupción en la radicación de la demanda -16 de septiembre de 2021-, pero como no lo hizo, la prescripción siguió corriendo hasta que se notifique al demandado)
- Fecha de la notificación: Auto del 20 de febrero de 2025, notificado en estados del 21 de febrero de 2025.

Como se establece con los anteriores hitos temporales y la norma anteriormente descrita, se puede observar que la radicación de la presente demanda no interrumpió el término prescriptivo, ya que,

para que se surtiera dicho efecto, la parte demandante una vez notificada del auto admisorio, contaba con un año para notificar a la demandada esto es hasta el 12 de mayo de 2023, pero como lo hizo hasta el 21 de febrero de 2025, el término prescriptivo siguió transcurriendo hasta que el mismo feneció, dando lugar a que se configure el fenómeno de la prescripción extintiva de la acción derivada del contrato de seguro. En este sentido, dadas dichas calendas el término prescriptivo había transcurrido con creces sin que sea posible interrumpir con la notificación a mi mandante un término ya consolidado. Finalmente, para colegir que en el caso de marras efectivamente operó el fenómeno de la prescripción que motiva que se profiera sentencia anticipada en relación a mi prohijada, debe considerarse que el escrito de demanda se radicó con posterioridad al bienio del artículo 1081 del Código de Comercio.

En este sentido y de conformidad con las disposiciones de orden público contenidas en el artículo 278 del C.G. P.¹, comedidamente se solicita al despacho proferir sentencia anticipada como quiera que se encuentra acreditada con suficiencia la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro. Ello, en consideración a los principios de economía procesal y legalidad, al advertirse que el siniestro que motivó la acción y el conocimiento del mismo aconteció el **19 de julio de 2019** con la calificación de pérdida de capacidad laboral del señor Noe Díaz Holguín y teniendo en cuenta que la compañía recibió solicitud de indemnización radicada el 5 de agosto de 2019, fecha en la cual se reinició nuevamente el conteo del término bienal de que trata la norma. No obstante, desde esta última fecha hasta el momento en que mi representada fue notificada por conducta concluyente en este proceso judicial, esto es, el **21 de febrero de 2025** pasaron más de dos años, prescribiendo con creces el referido término para interponer la acción derivada del contrato de seguro. Efectivamente, el término prescriptivo de dos años ha corrido sin que la parte accionante ejerza las respectivas acciones, lo que significa, que se deberán desestimar en su totalidad las pretensiones de la demanda.

¹ Artículo 278. Clases de providencias. (...)

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

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

En mérito de lo expuesto, solicito comedidamente al Despacho proferir sentencia anticipada por cuanto es evidente la prescripción de las acciones frente los hechos que se están ventilando en el presente litigio.

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

FRENTE AL HECHO PRIMERO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con obligaciones crediticias por lo que no me consta lo relacionado con la aprobación de un crédito del señor NOE DIAZ HOLGUIN con el Banco BBVA COLOMBIA S.A. Ello teniendo en cuenta que, el Banco BBVA COLOMBIA S.A. es una entidad distinta de la aseguradora que represento. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: Es cierto parcialmente. Para el 20 de agosto de 2015 fue solicitado aseguramiento por parte del señor NOE DIAZ HOLGUIN, la cual se materializó en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 205 0001492886, emitida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. En dicha póliza se contrataron dos riesgos a saber, el de muerte y el de incapacidad total y permanente, con el fin eventual de cubrir el saldo insoluto de una obligación crediticia que el señor NOE DIAZ HOLGUIN tomó con el Banco BBVA. No me consta lo relativo a que se trata de un requisito para el desembolso de un crédito.

Por otro lado, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que, en este caso se encuentra prescrita la acción derivada del contrato de seguro, como quiera que transcurrieron más de dos años desde el momento en el interesado tuvo conocimiento del hecho que da base a la acción (19 de julio de 2019) fecha en que se le dictaminó su pérdida de capacidad laboral, hasta la

fecha en que mi representa BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. fue notificada por conducta concluyente, mediante auto notificado en estados del 21 de febrero de 2025. Transcurriendo con creces el término bienal que contempla la norma para el ejercicio de la acción derivada del seguro.

Téngase en cuenta que la radicación de la demanda no interrumpió el termino de prescripción, ya que el demandante no efectuó la notificación del auto admisorio de la demanda dentro del año siguiente a la fecha en que le fue notificado por el Despacho, siendo este hito temporal el que debe tenerse en consideración ya que para producir los efectos de interrupción de la prescripción el artículo 94 del CGP dispone lo siguiente:

*“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.**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De tal suerte que, es totalmente claro que en este evento no se interrumpió el término de prescripción comoquiera que el auto admisorio de la demanda proferido el 11 de mayo de 2022, no fue notificado a la pasiva dentro del año siguiente, sino que tan solo fue notificado por conducta concluyente a mi representada el día 21 de febrero de 2025, mediante auto que así lo resolvió.

FRENTE AL HECHO TERCERO: No es cierto como se plantea. Este hecho constituye una aseveración temeraria que carece abiertamente de sustento probatorio, pues contrario al dicho de la parte demandante, en la Solicitud de su Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores, el asegurado recibió la información y se le explicó el alcance de la póliza que fue otorgada. Existen asesores que brindan la información y tanto es así que dispuso su firma como constancia de haber recibido la información relativa al producto de forma clara y completa. Se extrae:

ASISTENCIA A LAS PERSONAS POR DESEMPEÑO O INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL

ADICIONAL AL PAGO DEL 100% DE LAS CUOTAS DEL PRÉSTAMO ADEUDADO (HASTA 6 CUOTAS) SE PRESTARÁN LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ASISTENCIA PARA LA COBERTURA DE DESEMPEÑO QUE CONSISTE EN * TENDENCIAS LABORALES, FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL, ELABORACIÓN DEL CURRÍCULO VÍDEO, REFERENCIACIÓN DE BOLSA DE EMPLEO, ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA, TELEFÓNICA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO LA UGRA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXHIBAN CON FUNDAMENTO EN EL LA. PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DEREGAR AL ASEGURADOR PARA EXCER EL PAGO DE LA PRIMA DE VENCIDA Y DE LOS GASTOS SALUDADOS CON OCASION DE LA EXPEDICION DEL CONTRATO ART. 1086 CÓDIGO DE COMERCIO

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

Firma corporativa de firma en Ullmeaga a los 20 días del mes de ag de 2015.

Noe Diaz Holguin
Asegurado

Benjamin
IBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Dirección para reclamaciones: IBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 15 # 95 - 95 Piso 5 Teléfono 2191100
Línea de atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 0180003402 y en Bogotá 4232224
Consumidor Financiero Central en Bogotá D.C. Teléfono: 3436305, email:consumidores@bvva.com, bvva.com.co
ORIGINAL, CLIENTE-COPIA Y BANCO COPIA A ASEGURADORA

Documento: Solicitud de Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 205 0001492886 del 20 de agosto de 2015.

De acuerdo con lo anterior, se constata que efectivamente el señor NOE DIAZ HOLGUIN conoció del seguro en todas sus condiciones, pues su firma lo constata. Ahora, aun cuando la parte demandante pretende justificar que no le explicaron al asegurado, este formulario fue presentado de forma física al señor NOE DIAZ HOLGUIN, el cual puedo ser leído adecuadamente, y para el momento solo mencionó una afección en los tendones de sus extremidades inferiores, siendo claro que sumado a la explicación o asesoría brindada a el señor NOE DIAZ HOLGUIN, pudo entender y comprender la póliza y negar el resto de sus padecimientos, lo que implicase una omisión de su real estado de salud.

En todo caso, el artículo sexto de la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, establece los deberes y/o prácticas de protección propia que deben cumplir los diversos consumidores del sector financiero. La norma previamente citada crea obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar 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 permitan 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.”

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, efecto y alcance de los mismos.

Adicionalmente debe decirse que lo manifestado en el hecho es meramente una afirmación subjetiva de la parte Demandante que no se encuentra soportada bajo ninguna prueba o elemento de juicio suficiente. En cambio, el señor NOE DIAZ HOLGUIN plasmó su firma en la solicitud del seguro de Vida Grupo Deudores, en señal de aceptación del contenido del documento y los efectos de faltar a la verdad en el mismo según los términos del Artículo 1058 del Código de Comercio.

Sin perjuicio de lo expuesto, lo cierto es que en este caso la acción derivada del contrato de seguro se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 1081 del C. Co., al haber transcurrido más de dos años desde la ocurrencia y conocimiento del hecho que dio base a la acción e incluso, desde la reclamación, sin que se hiciera efectiva la acción en contra de mi

representada.

FRENTE AL HECHO CUARTO: No es cierto como se encuentra relatado este hecho. En la Solicitud de Seguro de Vida Grupo Deudores el señor NOE DIAZ HOLGUIN, negó sus enfermedades, para el efecto se transcribe y se subrayan las preguntas relacionadas con los antecedentes médicos del señor NOE DIAZ HOLGUIN el 20 de agosto de 2015, de la siguiente manera:

Estatura		Peso		Fuma		Cigarrillos Días			
170 cm		77 Kg		SI		X			
Deportes que practica								SI	NO
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?								X	
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?									X
¿Ha sido sometido a tratamiento antiepiléptico o por drogadicción?									X
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?									X
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?									X
Trastornos mentales o psiquiátricos									X
Parálisis, epilepsia, vértigos, temblor, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso									X
Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino									X
Reumatismo, artritis, coxa o enfermedades de los huesos, músculos o columna									X
Enfermedades del bazo, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas									X
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón									X
Enfermedades renales-cálculos-próstata-testículos									X
Asma, tos crónica, tuberculosis o cualquier enfermedad de los pulmones o del sistema respiratorio									X
Úlcera del estómago o duodeno, enfermedades del recto, esófago, vesícula, hígado, diarreas frecuentes o enfermedades del sistema digestivo									X
Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos									X
Cáncer o tumores de cualquier clase									X
Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades o tumores en senos, matriz, ovarios?									X
¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.									X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?									X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fecha de ocurrencia:									
Problemas de tendones hace 12 años en los brazos									
Expono solemnemente declarar que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio. En créditos de cobranza, si hay lugar a pago de indemnización que excede 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.									

Documento: Declaratoria de asegurabilidad de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02
205 0001492886

Transcripción esencial:

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

(...)

- **¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA?** (NO)

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,
Centro Empresarial Chipchape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
Bogotá - Cra 11A No.94A-23 Of. 201,
+57 3173795688 - 601-7616436

- ¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL? (SÍ)
- ¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN? (NO)
- ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL? (NO)
- ¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS? SI/ NO
- TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS (NO)
- PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (NO)
- BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO (NO)

- REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MUSCULOS O COLUMNA (NO)
- ENFERMEDADES DE BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFATICO O ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS (NO)
- DOLOR EN EL PECHO, TENSION ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMDAD DEL CORAZON (NO)
- ENFERMEDADES RENALES-CALCULOS-PROSTATA-TESTICULOS (NO)
- ASMA, TOS CRONICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO (NO)
- ULCERA DEL ESTOMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL (NO)

RECTO, ESOFAGO, VESICULA,
HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O
ENFERMEDADES DE SISTEMA
DIGESTIVO

- ENFERMEDADES DE LOS OJOS,
OIDOS, NARIZ, GARGANTA,
RONQUERA O PROBLEMAS DE (NO)
ORGANOS DE LOS SENTIDOS
- CANCER O TUMORES DE (NO)
CUALQUIER CLASE
- SI ES MUJER, ¿HA TENIDO (NO)
ENFERMEDADES O TUMORES EN
SENOS, MATRIZ, OVARIOS?
- ¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA (NO)
OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA
PRACTICA DE EXAMEN PARA
DIAGNOSTICO DEL SIDA? CASO
POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO
- ¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER (NO)
PROBLEMA DE SALUD NO
CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?

SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES

PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA

Problemas de tendones hace 12 años en las piernas

De acuerdo con lo anterior, en el presente caso el señor NOE DIAZ HOLGUIN respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad sobre las enfermedades que padecía y ya conocía para la fecha especialmente: *BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO (NO) REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MUSCULOS O COLUMNA (NO) DOLOR EN EL PECHO, TENSION ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZON (NO)*, Esta respuesta negativa y la mención escueta de problemas de tendones en las piernas, es bastante distante de sus enfermedades, pues padecía de Diabetes Mellitus, Fractura de vertebra torácica o cervical y lumbar por acuñamiento con mielopatía y de Hipertensión arterial y lo ocultó.

Ahora, no puede pretender la parte demandante que la aseguradora tenía la obligación de practicar exámenes, cuando el mismo tribunal constitucional, reconoció en múltiples oportunidades que expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos porque es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar, y además indicó que no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad al perfeccionamiento del contrato de seguro, para alegar la nulidad de los mismos, con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio.

Sin perjuicio de lo expuesto, lo cierto es que en este caso la acción derivada del contrato de seguro se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 1081 del C. Co., al haber transcurrido más de dos años desde la ocurrencia y conocimiento del hecho que dio base a la acción e incluso, desde la reclamación, sin que se hiciera efectiva la acción en contra de mi representada.

FRENTE AL HECHO QUINTO: No es cierto como se encuentra relatado por la parte actora. El señor NOE DIAZ HOLGUIN tomó el seguro con el valor indicado para el pago de la prima teniendo en cuenta su dificultad en los tendones de las piernas, sin que ello significase que se traduciría en que la compañía debía entender o adivinar que el señor NOE DIAZ HOLGUIN también padecía de Diabetes Mellitus, o que también tuviese una Fractura de vertebra torácica o cervical y lumbar por acúñamiento con mielopatía o entendiese que presentaba tensiones altas motivado por su enfermedad de Hipertensión arterial, siendo evidente a todas luces que el asegurado fue reticente al omitir sus enfermedades, por lo que se configuró la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio.

En todo caso, la acción derivada de ese contrato de seguro debe decirse que se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 1081 del C. Co., teniendo en cuenta que el hecho base de la acción ocurrió el 19 de julio de 2019, y la notificación de la demanda solo se dio hasta el 21 de febrero de 2025. Superando con creces el término otorgado para accionar. al haber transcurrido más de dos años sin que se le vinculase a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE AL HECHO SEXTO: Es cierto. La Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 205 0001492886, otorgaba cobertura por dos amparos muerte e incapacidad total y permanente para cubrir el saldo insoluto de la obligación crediticia asegurada No. **9902 contratada con el BANCO BBVA., la cual varía de acuerdo al movimiento del crédito, para lo cual el único beneficiario oneroso era el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. Sin embargo, se reitera, como el señor NOE DIAZ HOLGUIN no informó de la existencia de sus antecedentes médicos tales como Diabetes Mellitus, Fractura de vertebra torácica o cervical y lumbar por acúñamiento con mielopatía ni de su Hipertensión arterial, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y, que de ser conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, siendo la consecuencia negocial de omitir esa información. Por ello la póliza deberá ser declarada nula en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

En todo caso, la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita a la luz de lo establecido en el artículo 1081 del C. Co., teniendo en cuenta que el hecho base de la acción y el conocimiento de este ocurrió el 19 de julio de 2019, y la notificación de la demanda solo se dio hasta el 21 de febrero de 2025. Superando con creces el término otorgado para accionar, al haber transcurrido más de dos años sin que se le vinculase a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE AL HECHO SÉPTIMO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con el cobro de obligaciones crediticias por lo que no me consta lo relacionado con el contrato de mutuo con intereses del señor NOE DIAZ HOLGUIN con el Banco BBVA COLOMBIA S.A. Ello teniendo en cuenta que, el Banco BBVA COLOMBIA S.A. es una entidad distinta de la aseguradora que represento. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO OCTAVO: No es cierto. La Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 205 0001492886 fue formalizada con fecha 20 de agosto de 2015, la cual se renovaba de manera automática anualmente, pero esta fue revocada el día 19 de diciembre de 2019. En todo caso, esta acción derivada del contrato de seguro referido, se encuentra permeada por el fenómeno extintivo de la prescripción del artículo 1081 del C. Co., al haber transcurrido más de cinco años entre el hecho que da base la acción y la vinculación de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE AL HECHO NOVENO: No es cierto como se plantea. Para mayor ilustración este hecho se responde de la siguiente manera:

- Frente al dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido el 19 de julio de 2019, se observa que es cierta dicha fecha, sin embargo, no es cierto se pueda afectar la póliza objeto

del litigio, en tanto, en este proceso está probada con creces la prescripción extintiva de la acción derivada del contrato de seguro del artículo 1081 del C.Co. Entonces, esta data, 19 de julio de 2019, es el primer hito temporal que debe tenerse en cuenta para hacer el conteo del término bienal de que trata el 1081 del Código de Comercio. Dicho ello, es con este hecho que inicia el término de prescripción, mismo que se vio interrumpido y el cual reinicia con la reclamación realizada a la compañía el 5 de agosto de 2019. Luego entonces, desde dicha fecha de reclamación, de acuerdo con la normatividad vigente, la parte accionante contaba con dos años para accionar, es decir, hasta agosto de 2021, sin embargo, como existió suspensión de términos por la emergencia sanitaria por COVID durante 3 meses y 14 días, el plazo con el que contaba la parte activa era hasta noviembre de 2021. Ahora, si bien la demanda fue presentada el 16 de septiembre de 2021 esta no tuvo la virtualidad de interrumpir la prescripción debido a que no se consolidaron los preceptos del artículo 94 del CGP, pues para que la interrupción aconteciera, la parte demandante una vez notificada del auto admisorio, contaba con un año para notificar a la demandada esto es hasta el 12 de mayo de 2023, pero como lo hizo hasta el 21 de febrero de 2025, el término prescriptivo siguió transcurriendo hasta que el mismo feneció, dando lugar a que se configure el fenómeno de la prescripción extintiva de la acción derivada del contrato de seguro del artículo 1081 del C. Co.

- Frente a la reclamación realizada a mi mandante: es cierto que existió una reclamación a la compañía, la cual tiene por fecha el 5 de agosto de 2019, con motivo de la Pérdida de Capacidad Laboral del señor NOE DIAZ HOLGUIN de fecha 19 de julio de 2019, sin embargo, como se ha expuesto, se ha materializado la prescripción extintiva de la acción derivada del contrato de seguro. Ello por cuanto, es con esta solicitud que se interrumpió el conteo del término bienal del artículo 1081 del C.Co. y se reinició su conteo hasta su culminación, sin que se hubiese accionado en contra de mi mandante, teniendo en cuenta que la fecha de la radicación de la demanda (16 de septiembre de 2021) no tuvo la virtualidad de interrumpir la prescripción, debido a que no se consolidaron los preceptos del artículo 94 del CGP, pues la notificación de la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

se dio hasta el 21 de febrero de 2025. En este sentido, dadas dichas calendas el término prescriptivo había transcurrido con creces sin que sea posible interrumpir con la notificación a mi mandante un término ya consolidado.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO: Es cierto, la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 205 0001492886 estaba vigente para el 19 de julio de 2019.

En todo caso, la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita a la luz de lo establecido en el artículo 1081 del C. Co., teniendo en cuenta que el hecho base de la acción y el conocimiento de este ocurrió el 19 de julio de 2019, y la notificación de la demanda y del auto admisorio de la misma solo se dio hasta el 21 de febrero de 2025. Superando con creces el término otorgado para accionar, al haber transcurrido más de dos años sin que se le vinculase a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO PRIMERO: No me consta como quiera que, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. es una entidad distinta del banco BBVA COLOMBIA S.A. con NIT y razón social diferentes para cada una, por lo tanto, para la fecha de la reclamación a la aseguradora el 5 de agosto de 2019, el saldo insoluto de la obligación se desconocía pues, era un dato de conocimiento de dicha entidad bancaria, lo que imposibilita aceptar ante ausencia de prueba suficiente que para la mentada época el monto del crédito sea el descrito por la parte activa.

En todo caso, la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita a la luz de lo establecido en el artículo 1081 del C. Co., teniendo en cuenta que el hecho base de la acción y el conocimiento de este ocurrió el 19 de julio de 2019, y la notificación de la demanda y del auto admisorio de la misma solo se dio hasta el 21 de febrero de 2025. Superando con creces el término otorgado para accionar, al haber transcurrido más de dos años sin que se le vinculase a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO: Es cierto, el 27 de agosto de 2019 BBVA SEGUROS

DE VIDA COLOMBIA S.A. objeta la reclamación por reticencia del asegurado al no haber informado sus enfermedades o eventos de salud, pues las negó en el momento de la contratación del seguro, y, como si fuera poco las enfermedades negadas fueron la causa de su pérdida de capacidad laboral en un 79,82 % emitida el 19 de julio de 2019. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de su Diabetes Mellitus, Fractura de vertebra torácica o cervical y lumbar por acuñamiento con mielopatía e Hipertensión arterial, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas. En este sentido, basta con evidenciar que reportar dichas enfermedades era tan importante que de ello se da cuenta al constatar las consecuencias en la salud del señor NOE DIAZ HOLGUIN, esto es, la pérdida de capacidad laboral del 79,82%, suficiente para advertir que claramente esos eventos de salud cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO TERCERO: No es cierto. El asegurado junto con la Solicitud de su Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores, recibió la información necesaria y copia del seguro, así como y se le explicó el alcance de la póliza que fue otorgada. Existen asesores que brindan la información y tanto es así que dispuso su firma como constancia de haber recibido la información relativa al producto de forma clara y completa. Se extrae:

ASISTENCIA A LAS PERSONAS POR DESEMPEÑO O INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL.

ADICIONAL AL PAGO DEL 100% DE LAS CUOTAS DEL PRÉSTAMO ADECUADO (HASTA 8 CUOTAS) SE PRESTARÁN LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ASISTENCIA PARA LA COBERTURA DE DESEMPEÑO QUE CONSISTE EN: TENDENCIAS LABORALES, FORMACIÓN Y DESARROLLO ASISTENCIA LABORAL, ELABORACIÓN DEL CURRÍCULUM VITAE, REFERENCIACIÓN DE BOLSA DE EMPLEO, ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA, TELEFÓNICA.

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO LA SIGUIENTE EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE PROPONEN CON FUNDAMENTO EN EL LA. PRODUCE LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASION DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO ART. 1058 CODIGO DE COMERCIO

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

Firma con copia de firma en: Ullmeja 20 a los 09 días del mes de 09 de 2015.

Noe Diaz Holguin

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Dirección: para el cliente BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 15 # 95 - 95 Piso 5 Teléfono 2191103
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 0180003402 y en Bogotá 4232224
Consumidor Financiero C.P. 174 9 N 72 Piso 8 en Bogotá D.C. Teléfono 3438385, e-mail: defensoria.bbva.com.co
ORIGINAL CLIENTE-COPIA 1 BANCO COPIA 2 ASEGURADORA

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,
Centro Empresarial Chipchape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
Bogotá - Cra 11A No.94A-23 Of. 201,
+57 3173795688 - 601-7616436

Documento: Solicitud de Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 205 0001492886 del 20 de agosto de 2015.

De acuerdo con lo anterior, el señor NOE DIAZ HOLGUIN conoció del seguro en todas sus condiciones, pues su firma lo constata. Ahora, aun cuando la parte demandante pretende justificar que no recibió información o copia del seguro. En todo caso, el artículo sexto de la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, establece los deberes y/o prácticas de protección propia que deben cumplir los diversos consumidores del sector financiero. La norma previamente citada crea obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar 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.”

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, efecto y alcance

de los mismos.

Adicionalmente debe decirse que lo manifestado en el hecho es meramente una afirmación subjetiva de la parte Demandante que no se encuentra soportada bajo ninguna prueba o elemento de juicio suficiente. En cambio, el señor NOE DIAZ HOLGUIN plasmó su firma en la solicitud del seguro de Vida Grupo Deudores, en señal de aceptación del contenido del documento y los efectos de faltar a la verdad en el mismo según los términos del Artículo 1058 del Código de Comercio.

Sin perjuicio de lo ya dicho, la acción derivada de ese contrato de seguro se encuentra prescrita a la luz de lo establecido en el artículo 1081 del C. Co., al haber transcurrido más de dos años sin que se vinculase a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO CUARTO: No es cierto como se plantea.

En cualquier caso, el 19 de julio de 2019 es el momento a partir del cual inicia el conteo del término de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, y corresponde a la fecha de del dictamen de pérdida de capacidad laboral (PCL), mismo que fue interrumpido con la reclamación el 5 de agosto de 2019, data en la que reinició el término bienal de prescripción. Vale la pena aclarar que, si bien, la demanda se radicó el 16 de septiembre de 2021, ésta no tuvo la virtualidad de interrumpir civilmente el término, pues no se notificó al demandado dentro del año siguiente a la fecha en que fue admitida, en los términos del artículo 94 del Código General del Proceso. De manera que, la demanda y el auto que la admitió, solo se notificaron a mi BBVA Seguros de Vida S.A. a través de auto que la tuvo notificada por conducta concluyente, proferido el 20 de febrero de 2021 y notificado en estados del 21 de febrero de 2025, por lo tanto, se entiende que operó con creces el término bienal con que contaba el demandante, establecido en el artículo 1081 del C.Co.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO QUINTO: No me consta al tratarse de circunstancias ajenas al giro ordinario de las actividades de la aseguradora, Sin embargo, en cuanto al fallecimiento del asegurado, de la verificación del registro civil de defunción es cierto que el señor NOE DIAZ

HOLGUIN falleció el 7 de febrero de 2020.

En cualquier caso, debido a que, el 19 de julio de 2019 es el momento a partir del cual inicia el conteo del término de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, y corresponde a la fecha de del dictamen de pérdida de capacidad laboral (PCL), mismo que fue interrumpido con la reclamación el 5 de agosto de 2019, data en la que reinició el término bienal de prescripción. Vale la pena aclarar que, si bien, la demanda se radicó el 16 de septiembre de 2021, ésta no tuvo la virtualidad de interrumpir civilmente el término, pues no se notificó al demandado dentro del año siguiente a la fecha en que fue admitida, en los términos del artículo 94 del Código General del Proceso. De manera que, la demanda y el auto que la admitió, solo se notificaron a mi BBVA Seguros de Vida S.A. a través de auto que la tuvo notificada por conducta concluyente, proferido el 20 de febrero de 2021 y notificado en estados del 21 de febrero de 2025, por lo tanto, se entiende que operó con creces el término bienal con que contaba el demandante, establecido en el artículo 1081 del C.Co.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEXTO: Es cierto parcialmente. Si bien la fecha de un siniestro por definición del clausulado sería la fecha de la emisión de la calificación de pérdida de capacidad laboral, en este caso, el contrato de seguro debe ser objeto de declaración de nulidad relativa teniendo en cuenta que el asegurado omitió declarar de sus enfermedades las cuales sirvieron de base para la pérdida de capacidad laboral del señor NOE DIAZ HOLGUIN de fecha 19 de julio de 2019 en la cual se determina un porcentaje de disminución laboral del 79,82% a causa de Diabetes Mellitus, Fractura de vertebra torácica o cervical y lumbar por acuñamiento con mielopatía y por Hipertensión arterial. Entonces, al guardar silencio de estas enfermedades y que estas contribuyeron a su pérdida de capacidad laboral dictaminada, mi mandante se vio defraudada, pues de ser conocidas por la aseguradora esta se hubiese retraído de contratar o hubiese pactado condiciones más onerosas, por lo tanto, se enmarca en la consecuencia del artículo 1058 y siguientes del Código de Comercio.

En cualquier caso, el 19 de julio de 2019 es el momento a partir del cual inicia el conteo del término

de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, y corresponde a la fecha de del dictamen de pérdida de capacidad laboral (PCL), mismo que fue interrumpido con la reclamación el 5 de agosto de 2019, data en la que reinició el término bienal de prescripción. Vale la pena aclarar que, si bien, la demanda se radicó el 16 de septiembre de 2021, ésta no tuvo la virtualidad de interrumpir civilmente el término, pues no se notificó al demandado dentro del año siguiente a la fecha en que fue admitida, en los términos del artículo 94 del Código General del Proceso. De manera que, la demanda y el auto que la admitió, solo se notificaron a mi BBVA Seguros de Vida S.A. a través de auto que la tuvo notificada por conducta concluyente, proferido el 20 de febrero de 2021 y notificado en estados del 21 de febrero de 2025, por lo tanto, se entiende que operó con creces el término bienal con que contaba el demandante, establecido en el artículo 1081 del C.Co.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO: Es cierto de acuerdo con los registros civiles aportados al plenario para tal fin.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO OCTAVO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con el Banco BBVA COLOMBIA S.A. Ello teniendo en cuenta que, el Banco BBVA COLOMBIA S.A. es una entidad distinta de la aseguradora que represento. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO NOVENO: No es un hecho. En todo caso no me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con el Banco BBVA COLOMBIA S.A. Ello teniendo en cuenta que, el Banco BBVA COLOMBIA S.A. es una entidad distinta de la aseguradora que represento. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme

a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a la totalidad de las pretensiones incoadas por la parte demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que el Despacho no puede resolver favorablemente las pretensiones, teniendo en cuenta que la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita, de acuerdo con el artículo 1081 del C. Co. Adicionalmente, el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor NOE DIAZ HOLGUIN debe ser declarado nulo, en los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia en la que incurrió en el momento de contratar el seguro.

A. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS

OPOSICIÓN A LA PRIMERA PRETENSIÓN: Me opongo a que se declare que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. es responsable civilmente, como quiera que esta acción se encuentra prescrita lo que imposibilita que se invoque o conceda pretensión alguna, adicionalmente el señor NOE DIAZ HOLGUIN fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Ello de acuerdo con:

- **Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro:** esta pretensión no está llamada a prosperar como quiera que la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita de acuerdo con el artículo 1081 del código de comercio, al haber transcurrido más de dos años desde el conocimiento del hecho que da base a la acción. Lo anterior, teniendo en cuenta que el dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Noe Díaz fue expedido y conocido por él, el **19 de julio de 2019** y la reclamación realizada a la compañía se dio el **5 de agosto de 2019**, fecha a partir de la cual reinicia la contabilización del término bienal,

mismo que feneció sin que se hiciera efectiva la acción. Pues si bien, la presente demanda se radicó al 16 de septiembre de 2021, la misma no tuvo la virtualidad de interrumpir civilmente el término de prescripción, pues no se le notificó al demandado dentro del año siguiente a la notificación del auto que la admitió como lo exige el artículo 94 del Código General del proceso. De manera que, BBVA Seguros de Vida S.A. solo fue notificada hasta el 21 de febrero de 2025, con el auto que la tuvo por notificada por conducta concluyente, habiendo prescrito con creces la acción derivada del contrato de seguro.

- *Nulidad de los contratos de seguro por la reticencia del asegurado*: Se expone que, del análisis efectuado a los documentos del proceso, se observa que el señor NOE DÍAZ HOLGUIN fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Omisión que cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades o eventos de salud que el señor NOÉ DIAZ HOLGUIN negó en el momento de la contratación del seguro, fueron la causa de su pérdida de capacidad laboral en un 79,82 % estructurada el 19 de julio de 2019. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de su Diabetes Mellitus, Fractura de vertebra torácica o cervical y lumbar por acuñaamiento con mielopatía e Hipertensión arterial, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas. En este sentido, basta con evidenciar que reportar dichas enfermedades era tan importante que de ello se da cuenta al constatar las consecuencias en la salud del señor NOE DIAZ HOLGUIN, esto es, la pérdida de capacidad laboral del 79,82%, suficiente para advertir que claramente esos eventos de salud cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

OPOSICIÓN A LA SEGUNDA PRETENSIÓN: Me opongo esta pretensión como quiera que, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. es una entidad distinta del banco BBVA COLOMBIA S.A. con NIT y razón social diferentes para cada una, lo que torna la pretensión en improcedente como

quiera que para la fecha de la reclamación a la aseguradora el 5 de agosto de 2019, el saldo insoluto de la obligación era de conocimiento de dicha entidad bancaria, lo que imposibilita ante prueba suficiente que se declare que para la mentada época el monto del crédito sea el descrito por la parte activa. En todo caso, recuérdese al despacho que es imposible que declare pretensión alguna en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, debido a que la presente acción se encuentra prescrita.

OPOSICIÓN A LA TERCERA PRETENSIÓN: Me opongo a que se declare que la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 205 0001492886 fue afectada por la reclamación realizada el 5 de agosto de 2019 ante la pérdida de capacidad laboral del señor NOE DIAZ HOLGUIN, debido a que, en oportunidad debida BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. objetó dicha reclamación el 27 de agosto de 2019 al estar inmerso el asegurado en una reticencia al momento de contratar el seguro, por ende, la póliza en mención no tenía vocación de ser afectada.

OPOSICIÓN A LA CUARTA PRETENSIÓN: Me opongo a esta pretensión como quiera que no existe obligación alguna en cabeza de mi representada, dado que la acción derivada del contrato de seguro objeto de este litigio se encuentra prescrita, lo que imposibilita que se invoque o conceda cualquier pretensión derivada de dicho contrato, de conformidad con lo siguiente:

- **Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro:** esta pretensión no está llamada a prosperar como quiera que la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita de acuerdo con el artículo 1081 del código de comercio, al haber transcurrido más de dos años desde el conocimiento del hecho que da base a la acción. Lo anterior, teniendo en cuenta que el dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Noe Díaz fue expedido y conocido por él, el **19 de julio de 2019** y la reclamación realizada a la compañía se dio el **5 de agosto de 2019**, fecha a partir de la cual reinicia la contabilización del término bienal, mismo que feneció sin que se hiciera efectiva la acción. Pues si bien, la presente demanda se radicó al 16 de septiembre de 2021, la misma no tuvo la virtualidad de interrumpir civilmente el término de prescripción, pues no se le notificó al demandado dentro del año

siguiente a la notificación del auto que la admitió como lo exige el artículo 94 del Código General del proceso. De manera que, BBVA Seguros de Vida S.A. solo fue notificada hasta el 21 de febrero de 2025, con el auto que la tuvo por notificada por conducta concluyente, habiendo prescrito con creces la acción derivada del contrato de seguro.

OPOSICIÓN A LA QUINTA PRETENSIÓN: Me opongo a esta pretensión como quiera que mi representada se encuentra habilitada para alegar la Nulidad relativa el contrato de seguro por la reticencia del asegurado. En todo caso, lo que deberá tener en cuenta su Despacho es que no podrán surgir obligaciones en cabeza de mi representada por la siguiente razón:

- **Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro:** esta pretensión no está llamada a prosperar como quiera que la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita de acuerdo con el artículo 1081 del código de comercio, al haber transcurrido más de dos años desde el conocimiento del hecho que da base a la acción. Lo anterior, teniendo en cuenta que el dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Noe Díaz fue expedido y conocido por él, el **19 de julio de 2019** y la reclamación realizada a la compañía se dio el **5 de agosto de 2019**, fecha a partir de la cual reinicia la contabilización del término bienal, mismo que feneció sin que se hiciera efectiva la acción. Pues si bien, la presente demanda se radicó al 16 de septiembre de 2021, la misma no tuvo la virtualidad de interrumpir civilmente el término de prescripción, pues no se le notificó al demandado dentro del año siguiente a la notificación del auto que la admitió como lo exige el artículo 94 del Código General del proceso. De manera que, BBVA Seguros de Vida S.A. solo fue notificada hasta el 21 de febrero de 2025, con el auto que la tuvo por notificada por conducta concluyente, habiendo prescrito con creces la acción derivada del contrato de seguro.

OPOSICIÓN A LA SEXTA PRETENSIÓN Me opongo a esta pretensión como quiera que mi representada se encuentra habilitada para alegar la Nulidad relativa el contrato de seguro por la reticencia del asegurado. En todo caso, lo que deberá tener en cuenta su Despacho es que no podrán surgir obligaciones en cabeza de mi representada por la siguiente razón:

- **Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro:** esta pretensión no está llamada a prosperar como quiera que la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita de acuerdo con el artículo 1081 del código de comercio, al haber transcurrido más de dos años desde el conocimiento del hecho que da base a la acción. Lo anterior, teniendo en cuenta que el dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Noe Díaz fue expedido y conocido por él, el **19 de julio de 2019** y la reclamación realizada a la compañía se dio el **5 de agosto de 2019**, fecha a partir de la cual reinicia la contabilización del término bienal, mismo que feneció sin que se hiciera efectiva la acción. Pues si bien, la presente demanda se radicó al 16 de septiembre de 2021, la misma no tuvo la virtualidad de interrumpir civilmente el término de prescripción, pues no se le notificó al demandado dentro del año siguiente a la notificación del auto que la admitió como lo exige el artículo 94 del Código General del proceso. De manera que, BBVA Seguros de Vida S.A. solo fue notificada hasta el 21 de febrero de 2025, con el auto que la tuvo por notificada por conducta concluyente, habiendo prescrito con creces la acción derivada del contrato de seguro.

B. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES CONDENATORIAS

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN PRIMERA: Me opongo a que se condene a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. al pago de cualquier emolumento derivado de la póliza de vida grupo deudores vinculada a este litigio, como quiera que la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita en este caso, lo que imposibilita que se conceda pretensión alguna, adicionalmente el señor NOE DIAZ HOLGUIN fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Ello de acuerdo con:

- **Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro:** esta pretensión no está llamada a prosperar como quiera que la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita de acuerdo con el artículo 1081 del código de comercio, al haber transcurrido más

de dos años desde el conocimiento del hecho que da base a la acción. Lo anterior, teniendo en cuenta que el dictamen de pérdida de capacidad laboral del señor Noe Díaz fue expedido y conocido por él, el **19 de julio de 2019** y la reclamación realizada a la compañía se dio el **5 de agosto de 2019**, fecha a partir de la cual reinicia la contabilización del término bienal, mismo que feneció sin que se hiciera efectiva la acción. Pues si bien, la presente demanda se radicó al 16 de septiembre de 2021, la misma no tuvo la virtualidad de interrumpir civilmente el término de prescripción, pues no se le notificó al demandado dentro del año siguiente a la notificación del auto que la admitió como lo exige el artículo 94 del Código General del proceso. De manera que, BBVA Seguros de Vida S.A. solo fue notificada hasta el 21 de febrero de 2025, con el auto que la tuvo por notificada por conducta concluyente, habiendo prescrito con creces la acción derivada del contrato de seguro.

- *Nulidad de los contratos de seguro por la reticencia del asegurado:* Se expone que, del análisis efectuado a los documentos del proceso, se observa que el señor NOE DÍAZ HOLGUIN fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Omisión que cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades o eventos de salud que el señor NOÉ DIAZ HOLGUIN negó en el momento de la contratación del seguro, fueron la causa de su pérdida de capacidad laboral en un 79,82 % estructurada el 19 de julio de 2019. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de su Diabetes Mellitus, Fractura de vertebra torácica o cervical y lumbar por acuñamiento con mielopatía e Hipertensión arterial, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato de seguro objeto de debate, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas. En este sentido, basta con evidenciar que reportar dichas enfermedades era tan importante que de ello se da cuenta al constatar las consecuencias en la salud del señor NOE DIAZ HOLGUIN, esto es, la pérdida de capacidad laboral del 79,82%, suficiente para advertir que claramente esos eventos de salud cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

Por otra parte, teniendo en cuenta que este tipo de pólizas: “Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores”, se asegura el saldo insoluto de la obligación crediticia, este valor va cambiando o varía conforme el transcurso del tiempo, por ende, el saldo insoluto indicado en esta pretensión no es saldo insoluto del crédito de consumo que se amparó, si no que este corresponde al señalado a la fecha de verificación del mismo.

Por lo expuesto, no hay lugar a dar cumplimiento o pago al beneficiario oneroso de la póliza contratada, dado que la parte demandante vinculó a mi mandante a esta pretensión cuando la acción derivada de esa póliza de seguro estaba prescrita y además, el mentado contrato de seguro está viciado de nulidad.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO a esta pretensión, como quiera que es consecencial a la anterior, la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que, se reitera, la acción derivada de ese contrato de seguro se encuentra prescrita, de acuerdo con el artículo 1081 del C. Co. Adicionalmente, el señor NOE DIAZ HOLGUIN fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguros. Entones, el contrato está viciado de nulidad y le es aplicable la consecuencia jurídica establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Ahora bien, debe aclararse inicialmente que la mera presentación de una reclamación formal ante la Compañía no genera la consecuencia jurídica que advierte el demandante de forma automática. A su vez, es importante hacer hincapié en que, el pago de este concepto, es decir los intereses de mora, no puede proceder de la forma como lo solicita el extremo actor, no solo por cuanto es inexistente la obligación indemnizatoria que se exige, sino que, además, no es posible exigir el pago de intereses de mora al asegurador cuando la reclamación ha sido objetada por reticencia y no hay soporte jurídico que obligue a mi mandante a su pago.

Este presupuesto jurídico ya ha sido resuelto por la H. Corte Suprema de Justicia, en la que se ha

indicado que no se pueden reconocer intereses de mora, causados desde “la fecha en que se radicó una reclamación directa por escrito” ya que esto solo terminaría generando un enriquecimiento injusto para los demandantes por cuanto es deber suyo demostrar en el proceso que efectivamente tuviesen derecho al pago indemnizatorio deprecado. Situación que está proscrita por nuestro ordenamiento jurídico al estar i) prescrita la acción, ii) ser nulo el contrato, frente al cual no podrá nacer la obligación indemnizatoria, pero sobre todo condicional de mi representada y, iii) no es posible hablar de una condena por intereses moratorios del artículo 1080 del C.Co. porque hasta la fecha no existe obligación que se encuentre insatisfecha y que torne procedente una condena por intereses moratorios. Con fundamento en lo expuesto, no está acreditado de ninguna forma el derecho al pago de intereses de mora cuyo resarcimiento se pretende.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN TERCERA: ME OPONGO a esta pretensión, como quiera que BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. no recibe cuotas por concepto de crédito hipotecario. Se debe mencionar que el banco BBVA y mi representada son entidades distintas con NIT y razón social diferentes. Por lo que, el pago de valores realizados al crédito por parte de los accionantes no puede ser imputable a mi representada. Máxime, cuando cualquier reclamo derivado de la pérdida de capacidad laboral del señor Noe Díaz calificada el 19 de julio de 2019, debe ser desestimado al haber fenecido el término que la norma otorga para ejercer la acción, de acuerdo con lo consagrado en el artículo 1081 del C.Co.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN CUARTA: ME OPONGO a esta pretensión, como quiera que es consecencial a la anterior, la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que, se reitera, mi representada no recibió el pago del crédito de consumo que fue amparado por la póliza objeto de la litis, pues es una entidad distinta del BANCO BBVA. En todo caso, la acción derivada de ese contrato de seguro se encuentra prescrita, de acuerdo con el artículo 1081 del C. Co. Al haber transcurrido más de dos años desde el siniestro sin que se hubiese ejercido, siendo una consecuencia legal la desestimación de las pretensiones, a quien pudiendo ejercerlas no accionó en oportunidad.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN QUINTA: Me opongo a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las primeras, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente al extremo pasivo, razón por la cual, solicito a su despacho que la parte demandante sea condenada en costas procesales, incluyendo agencias en derecho.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

La parte accionante se limita a enunciar unos valores que son el estimado de las pretensiones, sin seguir las formalidades que la ley y la jurisprudencia fijan en el momento de presentar el ya dicho, juramento estimatorio. En este sentido, me permito oponerme de manera respetuosa a lo predicado en el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 206 del Código General del Proceso por las siguientes razones:

En primer lugar, la acción impetrada que se deriva de un contrato de seguro se encuentra prescrita, de acuerdo con el artículo 1081 del código de comercio, al haber transcurrido más de dos años desde el conocimiento del hecho que da base a la acción, esto es la fecha del dictamen de pérdida de capacidad laboral el 19 de julio de 2019, sin que se hubiese ejercido en contra de mi mandante, siendo una consecuencia legal la desestimación de las pretensiones, a quien pudiendo ejercerlas no accionó en oportunidad. Ello teniendo en cuenta que fue hasta el 21 de febrero de 2025 que se vinculó a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Por otro lado, la parte Demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que no aportó prueba detallada de los montos cuyo pago deprecia a título de daño emergente, como quiera que no existe soporte que demuestre que efectivamente existe una suma de dinero que la parte accionante debió costear producto de los hechos de la demanda, por lo que se solicita se apliquen las sanciones de que tratan el artículo 206 del mismo estatuto procesal.

Es de recordar que no hay relación de valor alguno, no hay prueba dentro del expediente que

justifique un valor a pagar. En efecto debe aclararse que los documentos aportados al plenario del proceso en las cuales se fundamenta dicha solicitud, no brindan la claridad necesaria para que se efectúe dicho reconocimiento.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO O DE FONDO

1. PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

Resulta de suma importancia que el Despacho tome en consideración que, para el momento en que la compañía aseguradora de vida fue vinculada al trámite, a través de auto de fecha 20 de febrero de 2025, notificado en estados el 21 de febrero de 2025, las acciones derivadas del contrato de seguro estaban prescritas en los términos del artículo 1081 del C.Co. Ello teniendo en cuenta que en el presente asunto **(i)** la declaratoria de Pérdida de Capacidad Laboral del asegurado acaeció el 19 de julio de 2019, **(ii)** el 5 de agosto de 2019 se realizó reclamación directa a la compañía aseguradora **(iii)** la demanda se radicó el 16 de septiembre de 2021 y **(vi)** se notificó a mi mandante a través de auto notificado el 21 de febrero de 2025, por lo tanto, se entiende que la acción fue instaurada con posterioridad al término bienal establecido en el artículo 1081 del C.Co, al resultar claro que con la radicación de la demanda no se vio interrumpido el mismo, por no haberse notificado dentro del año siguiente a la fecha en que se notificó el auto admisorio de la demanda, según lo establecido en el artículo 94 del CGP, siendo consecuente que, el despacho deba declarar que operó el fenómeno prescriptivo.

Sobre el particular, el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece provisiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que

el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

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

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

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes (...)”
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Sobre este particular, debe tenerse en cuenta que la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 04 de noviembre de 2021² estableció que el término prescriptivo aplicable es el ordinario y el mismo se cuenta a partir de la declaratoria de Pérdida de capacidad laboral del asegurado. De manera textual la sentencia reza de la siguiente manera:

“ En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura

² Sala de Casación Civil, CSJ, SC4904-2021, radicación 66001-31-03-003-2017-00133-01, sentencia del 04 de noviembre de 2021, MP. Dr. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte

(...)

*Es claro, entonces, que, tratándose de una acción derivada de un contrato de seguro, a la luz del artículo 1081 del Código de Comercio, su prescripción podía ser ordinaria o extraordinaria. **De modo que siendo todos los gestores personas capaces, y dilucidado como quedó que ellos tuvieron o debieron tener conocimiento del siniestro en la misma fecha de su ocurrencia, refulge que el asunto se regía por el término de prescripción ordinaria, como en efecto lo advirtió el Tribunal al concluir que para el momento de presentación de la demanda había fenecido la acción.***

Aterrizando lo anterior al caso concreto, debe decirse que, el primer hito temporal a partir del cual se empezó a contar el término bienal de que trata la norma, fue el **19 de julio de 2019**, fecha de emisión y notificación del dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral (hecho que da base a la acción), tal como se muestra a continuación:

CALIFICACION DE INVALIDEZ
DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA
NIT. 030.106.999-1
FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL

**JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ
BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA**

**DICTAMEN DE DETERMINACIÓN DE ORIGEN Y/O
PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y OCUPACIONAL**

1. Información general del dictamen		
Fecha de dictamen: 19/07/2019	Motivo de calificación: PCL (Dec 1507 /2014)	N° Dictamen: 4077472 - 4745
Tipo de calificación:		
Instancia actual: No aplica		
Solicitante:	Nombre solicitante: SOLICITUD PERSONAL / CONDONACION DEUDA	Identificación: NIT 002
Teléfono:	Ciudad:	Dirección:
Correo electrónico:		
2. Información general de la entidad calificadora		
Nombre: Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá y Cundinamarca - Sala 3	Identificación: 830.106.999--1	Dirección: Calle 50 # 25-37
Teléfono: 795 3160	Correo electrónico:	Ciudad: Bogotá, D.C. - Cundinamarca
3. Datos generales de la persona calificada		
Nombres y apellidos: NOE DIAZ HOLGUIN	Identificación: CC - 4077472	Dirección: CALLE 66 A N 116 C - 07 ENGATIVA
Ciudad: Bogotá, D.C. - Bogotá, d.c.	Teléfonos: - 3103137784	Fecha nacimiento: 05/05/1961
Lugar:	Edad: 58 año(s) 2 mes(es)	Genero: Masculino

Documento: Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral de fecha 19 de julio de 2019

En esta línea, con la solicitud de indemnización radicada el 5 de agosto de 2019 se presentó la interrupción de la prescripción conforme se establece en el inciso final del artículo 94 del Código General del Proceso³. Luego entonces, desde dicha fecha, de acuerdo con la normatividad vigente, el accionante contaba con dos años para accionar, es decir, hasta agosto de 2021, sin embargo, como existió suspensión de términos por la emergencia sanitaria por COVID durante 3 meses y 14 días. El plazo con el que contaba la parte activa era hasta el 19 de noviembre de 2021.

Ahora, si bien la demanda fue presentada el 16 de septiembre de 2021, como se evidencia a continuación, esta no tuvo la virtualidad de interrumpir la prescripción debido a que no se consolidaron los preceptos del artículo 94 del CGP:

³ Artículo 94. CGP. Inciso final: El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez.

	ESTADU				
11 May 2022	AUTO ADMITE DEMANDA	SE ADMITE POR EL PROCEDIMIENTO VERBAL SUMARIO			11 May 2022
11 Feb 2022	AL DESPACHO	RECURSO DE REPOSICION CONTRA EL AUTO QUE RECHAZA			11 Feb 2022
01 Feb 2022	RECEPCIÓN MEMORIAL	COMPLEMENTO AL RECURSO BRM			01 Feb 2022
27 Jan 2022	RECEPCIÓN MEMORIAL	RECURSO			27 Jan 2022
25 Jan 2022	FIJACION ESTADO	ACTUACIÓN REGISTRADA EL 25/01/2022 A LAS 22:52:39.	26 Jan 2022	26 Jan 2022	25 Jan 2022
25 Jan 2022	AUTO RECHAZA DEMANDA	NO SUBSANO EN SU TOTALIDAD V.S.			25 Jan 2022
01 Dec 2021	AL DESPACHO	CONTROL DE ILEGALIDAD			01 Dec 2021
16 Nov 2021	RECEPCIÓN MEMORIAL	CONTROL DE LEGALIDAD			16 Nov 2021
11 Nov 2021	FIJACION ESTADO	ACTUACIÓN REGISTRADA EL 11/11/2021 A LAS 07:13:51.	12 Nov 2021	12 Nov 2021	11 Nov 2021
11 Nov 2021	AUTO INADMITE DEMANDA				11 Nov 2021
16 Sep 2021	AL DESPACHO POR REPARTO				16 Sep 2021
16 Sep 2021	RADICACIÓN DE PROCESO	ACTUACIÓN DE RADICACIÓN DE PROCESO REALIZADA EL 16/09/2021 A LAS 12:22:15	16 Sep 2021	16 Sep 2021	16 Sep 2021

Imprimir

Documento: Consulta de la rama. Radicación del proceso el 16 septiembre de 2021

Para claridad de lo anterior, tenga en cuenta que el artículo 94 del CGP, establece en su primer inciso que:

*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.*

(...) (subrayado fuera de texto original)

Lo anterior se traduce en que, aunque la parte demandante radicó la demanda el 16 de septiembre de 2021 la cual fue admitida en auto del 11 de mayo de 2022, notificado en estados el 12 de mayo de 2022, lo cierto es que para tuviese la virtualidad de interrumpir el término prescriptivo, debió notificar a la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. dentro del término de un (1)

año contado desde dicha fecha, es decir, hasta el 12 de mayo de 2023, tal como se observa con la fecha de emisión del auto:



Documento: Auto admisorio de 11 de mayo de 2022, notificado en estados el 12 de mayo de 2022.

Ello quiere decir que, si la parte demandante debía notificar a mi representada hasta el 12 de mayo de 2023, para que operara la interrupción del término y no lo hizo, entonces el término siguió corriendo hasta la fecha en que fue notificada mi mandante BBVA Seguros de Vida S.A., dada por conducta concluyente mediante auto de estados del 21 de febrero de 2025, siendo claro que para esta fecha la acción ya se encontraba prescrita. La notificación por conducta concluyente se dio a mi mandante en auto de la siguiente manera:

IV.- RESUELVE

1.- REVOCAR el auto de 13 de agosto de 2024, mediante el cual se rechazó la solicitud de nulidad por indebida notificación propuesta por la compañía demandada. En consecuencia, restar validez y eficacia al numeral 1° y a la sección II del auto proferido el 8 de noviembre de 2023 (archivo n.° 51 del cuaderno principal del expediente digital).

2.- En su lugar, de dispone:

Téngase en cuenta que la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. se notificó del auto admisorio, por conducta concluyente, de conformidad con el inciso 1° del artículo 301 del C.G.P.

Así las cosas, córrasele traslado de la demanda, por el término de diez (10) días, a la parte demandada. Por secretaría, publíquese en el microsítio del juzgado dicho traslado (artículo 110, C.G.P.).

Adviértasele a la demandada que los términos se empezarán a contabilizar a partir del día siguiente al de la publicación del traslado.

Notifíquese y cúmplase (2),

CARLOS ALBERTO ROMERO MOYANO

Juez

Documento: Auto de fecha 20 de febrero de 2025, notificado en estado el 21 de febrero de 2025

Por lo expuesto, la notificación de la demanda a m representada se dio hasta el 21 de febrero de 2025, por lo que no se cumplió con el requerimiento del artículo 94 del CGP, para tener en cuenta la fecha de la radicación de la demanda como data de interrupción civil, por ende, el término continuó corriendo, y cuando fue notificada mi mandante la acción ya se encontraba prescrita.

En conclusión, no existe duda alguna que ha operado la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro en los términos de del artículo 1081 del Código de Comercio. Por cuanto, es claro que el término prescriptivo empezó su conteo a partir del **19 de julio de 2019** dicho momento corresponde a la fecha de del dictamen de pérdida de capacidad laboral (PCL), mismo que fue interrumpido con la reclamación el **5 de agosto de 2019**, data en la que reinició el término bial; y si bien, la demanda se radicó el 16 de septiembre de 2021, la misma no tuvo la virtualidad de

interrumpir civilmente el término, puesto que no se notificó dentro del año siguiente a la fecha del auto admisorio de la demanda, por ende el termino prescriptivo a la fecha de notificación de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., el **21 de febrero de 2025** ya se había consolidado. La parte activa vinculó a la aseguradora, habiendo transcurrido con creces los dos años que contemplaba la norma para ejercer las acciones y, como consecuencia, resulta evidente, que se debe declarar esta excepción como una consecuencia extintiva de la acción, desfavorable para quien, teniendo las posibilidades de ejercer un derecho o una acción, transcurrido determinado tiempo no lo hizo.

En tal virtud, solicito al Despacho tener por probada esta excepción por encontrarse plenamente probada la prescripción.

2. FALTA DE COBERTURA MATERIAL DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES PARA EL “DAÑO EMERGENTE” RECLAMADO Y FALTA DE PRUEBA DEL MISMO

En primer lugar, es necesario indicar que la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores contratada por el señor NOE DIAZ HOLGUIN, a fin de asegurar su obligación crediticia con el Banco BBVA, exclusivamente contempla que ampara el riesgo de muerte y de Incapacidad Total y Permanente, de acuerdo con las condiciones particulares y generales, mismas que deben atenderse a fin de definir cualquier obligación indemnizatoria a cargo de la aseguradora. En este orden de ideas, la reclamación de la parte demandante por concepto de “daño emergente” no se enmarca dentro de los riesgos de cobertura contemplados y que fueron asumidos por mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y, en esta medida para el pago de un “daño emergente” no existe obligación indemnizatoria a cargo de la compañía aseguradora.

En materia de seguros, el asegurador según el artículo 1056 del C.Co., podrá a su arbitrio asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés asegurado. Por lo tanto, es en el conjunto de las condiciones que contiene el respectivo contrato donde se determinan o delimitan contractualmente los riesgos, su alcance o extensión, el ámbito temporal y geográfico en el que el

amparo opera, las causales de exclusión, o en general, las de exoneración. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza. Luego, obviamente el asegurador tiene la facultad de delimitar contractualmente los riesgos que asume, conforme a lo normado en el artículo 1056 Código de Comercio el cual reza:

ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador pondrá, a su arbitrio, asumir todos o algunos de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado.

De igual forma, la jurisprudencia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

*“(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento “de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual **se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado**”.*

Sin perder de vista la prevalencia del principio de libertad contractual que impera en la materia, no absoluto, según se anunció en líneas pretéritas, se tiene, de conformidad con las consideraciones precedentes, que es en el contenido de la póliza y sus anexos donde el intérprete debe auscultar, inicialmente, en orden a identificar los riesgos cubiertos con el respectivo contrato aseguraticio. Lo anterior por cuanto, de suyo, la póliza ha de contener una descripción de los riesgos

materia de amparo (n. 9, art. 1047, C. de Co.), en la que, como reflejo de la voluntad de los contratantes, la determinación de los eventos amparados puede darse, ya porque de estos hayan sido individualizados en razón de la mención específica que de ellos se haga (sistema de los riesgos nombrados)⁴. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. De forma que, en el caso de la ocurrencia de riesgos excluidos, no nace a la vida jurídica la obligación indemnizatoria del asegurador y en ese orden de ideas, no hay lugar a que su responsabilidad se vea comprometida.

De las normas que regulan la delimitación de los riesgos asumidos por el asegurador, se infiere lógicamente que la autonomía que otorgan esas normas a los sujetos contratantes está circunscrita no sólo a la relación riesgo - causa sino a la relación riesgo - efecto. Es decir, que resulta válido delimitar los efectos de la materialización del riesgo y el carácter patrimonial del mismo, asumiendo o no las consecuencias que ello genere, en todo o en parte. En virtud de lo anterior, es menester señalar que la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores, en sus condiciones generales señala:

4 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00.

I. 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 DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

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:

AMPARO

AMPARA CONTRA EL RIESGO DE MUERTE A LOS DEUDORES DEL TOMADOR DE LA PRESENTE PÓLIZA

Documento: Condicionado general de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores

Así las cosas, debe tenerse en cuenta que no existe amparo contratado por el señor NOE DIAZ HOLGUIN, ni riesgo asumido por mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. para indemnizar al asegurado en un evento en el que se dé un reclamo por daño emergente, siendo claro que los únicos riesgos que le fueron amparados fueron muerte e incapacidad total y permanente para el cubrimiento de la obligación crediticia en la que figurase como deudor del

Banco BBVA. Por lo tanto, no hay discusión pues se evidencia fehacientemente que la Póliza de seguro no cubre materialmente perjuicios por daño emergente.

Por otro lado, debe advertirse que el daño emergente que se alega por la parte demandante es improcedente, en atención a que no existe prueba siquiera sumaria que acredite que las actoras sufrieron algún un detrimento patrimonial. Este tipo de daño ha sido desarrollado jurisprudencialmente como la tipología de perjuicios que comprende la pérdida de elementos patrimoniales como consecuencia de los hechos dañosos. Sin embargo, se ha establecido ampliamente que para la procedencia del reconocimiento de los mismos resulta totalmente necesario acreditarlos dentro del proceso, carga que le asiste a las reclamantes de los perjuicios. Bajo estos derroteros, en el caso particular es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite la suma solicitada por el extremo actor.

Es claro que la parte demandante tenía entre sus mandatos como parte actora, toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, la cuantía de los daños por los cuales se está exigiendo una indemnización debían estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. A efectos de entender la tipología de dichos perjuicios, vale la pena recordar lo indicado por la honorable Corte Suprema de Justicia con respecto a la definición del daño emergente en los siguientes términos:

“De manera, que el daño emergente comprende la pérdida misma de elementos patrimoniales, las erogaciones que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento de pasivo, causados por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad.

Dicho en forma breve y precisa, el daño emergente empobrece y disminuye el patrimonio, pues se trata de la sustracción de un valor que ya existía en el patrimonio del damnificado; en cambio, el lucro cesante tiende a aumentarlo,

corresponde a nuevas utilidades que la víctima presumiblemente hubiera conseguido de no haber sucedido el hecho ilícito o el incumplimiento.”⁵

Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

*“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(...) **la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso**; [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (...)”⁶ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Por lo anterior, de acuerdo con el análisis del expediente, el valor pretendido por concepto de daño emergente no cuenta con ningún soporte cierto y suficiente que acredite al menos sumariamente el detrimento patrimonial en que supuestamente incurrieron las actoras, y no puede tomarse como probado dicho rubro para la procedencia de reconocimiento por concepto de daño emergente. En ese sentido, no se debe perder de vista, que la carga de la prueba de acreditar los supuestos perjuicios reside única y exclusivamente en cabeza de la parte Demandante. De manera que, si dicha parte no cumple con su carga y en tal virtud, no acredita debida y suficientemente sus aparentes daños, es jurídicamente improcedente reconocer cualquier suma por dicho concepto.

Por lo expuesto y a manera de conclusión, se recuerda que la ley le confiere al asegurador la libertad de asumir determinados riesgos, luego si los eventos reclamados no se acreditan como cubiertos por la aseguradora, lo cierto es que no es posible imponer obligación alguna. La póliza de seguro vida deudores solo está diseñada para amparar dos riesgos: muerte e incapacidad total y permanente y lo hoy reclamado se determina como afectación por daño emergente, por lo que este concepto o riesgo no fue amparado por mi representada. En síntesis, no podrá existir

⁵ Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 07 de diciembre de 2017. M.P. Margarita Cabello Blanco. SC20448-2017

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. MP Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

reconocimiento por parte del Asegurador. En todo caso, no resulta procedente la pretensión impetrada según la cual, debe reconocerse sumas de dinero por concepto de daño emergente, toda vez que no hay prueba dentro del expediente que justifique las sumas solicitadas salieron del patrimonio de la parte demandante, por lo que estos no se presumen, sino que se deben probar. Por ende, el juez no podrá ordenar la afectación de la póliza de seguro, pues las partes no acordaron expresamente amparar un perjuicio por daño emergente y, además, para dicho rubro hay una ausencia probatoria. En consecuencia, deberán denegarse las pretensiones de la demanda.

Por lo anteriormente expuesto, respetuosamente solicito declarar probada esta excepción.

3. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DE EL ASEGURADO

Es fundamental que desde ahora el despacho tome en consideración que el asegurado, el señor NOE DIAZ HOLGUIN, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, tales como Diabetes Mellitus, Fractura de vertebra torácica o cervical y lumbar por acuñamiento con mielopatía e Hipertensión arterial, mismas que padecía y conocía antes de la contratación del seguro y las cuales finalmente contribuyeron y fueron la causa en mayor medida de su pérdida de capacidad laboral dictaminada en 79,82 %, que, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir,

en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras, y, en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia” .⁷ (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 asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. La Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por el aseguradora con anterioridad a la perfección del

⁷ 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.

contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.” (Subrayado fuera del texto original)

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que la 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 contrato 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 de el 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 el contrato de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud de el asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurado 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)*

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

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

del estado del riesgo.

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”⁸ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”⁹(Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01

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

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

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

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

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.¹⁰” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

*Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contrato 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 de el 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 uberrima 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 dicentes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguros, 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 seguros 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 20 de agosto de 2015, fecha en la cual el asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad) con preguntas redactadas de manera que cualquier

persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor NOE DIAZ HOLGUIN respondió la mayoría de ellas negativamente, aún cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad .

Es decir, a pesar de que el señor NOE DIAZ HOLGUIN conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 20 de marzo de 2015, fecha en la que diligencia la declaratoria de asegurabilidad, allí negó la existencia de sus demás enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del asegurado al no informar sus fracturas cervicales y lumbares, ni su diabetes Mellitus ni su Hipertensión arterial, esta declaración se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Todas las preguntas debe ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas

Declaración de asegurabilidad

Estatura	170	cm	Peso	72	Kg	Fuma	Si	No	Cigarrillos Dierios
Deportes que practica									
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?									
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?									
¿Ha sido sometido a tratamiento antipsíquico o por drogadicción?									
¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad profesional?									
¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?									
Trastornos mentales o psiquiátricos									
Parálisis, epilepsias, vértigos, temblores, dolores de cabeza frecuentes o enfermedades del sistema nervioso									
Bocio, diabetes o enfermedades del sistema endocrino									
Resquemados, artritis, colitis o enfermedades de los huesos, músculos o columna									
Enfermedades del hazo, anemias, inflamación de riñones, infartos o enfermedades del sistema hemolinfático o enfermedades inmunológicas									
Dolor en el pecho, tensión arterial alta, infarto o cualquier enfermedad del corazón									
Enfermedades cardíacas, calciosis, hipertensión									
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, diabetes frecuentes o enfermedades del sistema digestivo									
Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, renques o problemas de órganos de los sentidos									
Cáncer o tumores de cualquier órgano									
Si es mujer, ¿ha tenido enfermedades o tumores en pechos, matriz, ovarios?									
¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.									
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud en otro país o referencias?									
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fecha de ocurrencia:									
Problemas de tendones, hace 12 años en los pies									

Expropiamente declarado que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verdicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio. En créditos de fianza, 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 retenciones a las que me someto son las y no generan ningún tiempo o acciones contra mi vida.

Documento: Declaratoria de asegurabilidad de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02
205 0001492886

Se transcribe y se subrayan las preguntas relacionadas con los antecedentes médicos del señor NOE DIAZ HOLGUIN el 20 de agosto de 2015:

Transcripción esencial:

Cali - Av 6A Bis #35N-100, Of. 212, Cali, Valle del Cauca,
Centro Empresarial Chipchape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
Bogotá - Cra 11A No.94A-23 Of. 201,
+57 3173795688 - 601-7616436

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

(...)

- ¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA? (NO)
- ¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FISICA O MENTAL? (SÍ)
- ¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN? (NO)
- ¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL? (NO)
- ¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS? SI/ NO
- TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS (NO)
- PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA (NO)

*FRECUENTES O ENFERMEDADES
DEL SISTEMA NERVIOSO*

- *BOCIO, DIABETES O
ENFERMEDADES DEL SISTEMA
ENDOCRINO* (NO)
- *REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O
ENFERMEDADES DE LOS HUESOS,
MUSCULOS O COLUMNA* (NO)
- *ENFERMEDADES DE BAZO,
ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE
GANGLIOS LINFÁTICOS O
ENFERMEDADES DEL SISTEMA
HEMOLINFATICO O
ENFERMEDADES INMUNOLOGICAS* (NO)
- *DOLOR EN EL PECHO, TENSION
ARTERIAL ALTA, INFARTO O
CUALQUIER ENFERMDAD DEL
CORAZON* (NO)
- *ENFERMEDADES RENALES-
CALCULOS-PROSTATA-
TESTICULOS* (NO)

- ASMA, TOS CRONICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO (NO)
- ULCERA DEL ESTOMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESOFAGO, VESICULA, HIGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DE SISTEMA DIGESTIVO (NO)
- ENFERMEDADES DE LOS OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS (NO)
- CANCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE (NO)
- SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS? (NO)
- ¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRACTICA DE EXAMEN PARA (NO)

DIAGNOSTICO DEL SIDA? CASO
POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO

(NO)

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

SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA

Problemas de tendones hace 12 años en las piernas

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor NOE DIAZ HOLGUIN respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad, y solo mencionó dificultad en tendones en las piernas, bastante distante de sus enfermedades, pues padecía de Diabetes Mellitus, Fractura de vertebra torácica o cervical y lumbar por acuñamiento con mielopatía e Hipertensión arterial y lo ocultó. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el asegurado ha padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, los hubiera inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor NOE DIAZ HOLGUIN, es de gran importancia precisar cuáles son las enfermedades que padece y que no fueron declaradas en el momento de perfeccionar su aseguramiento. Lo anterior, con el objetivo de ilustrarle al Despacho que aquellos padecimientos fueron tan representativos y graves, que por supuesto, 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 Código de Comercio.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el Despacho tenga en cuenta que el señor NOE DIAZ HOLGUIN con pleno conocimiento sobre sus padecimientos, respondió negativamente todas las preguntas que cuestionaban la existencia de enfermedades preexistentes, lo que constituye una clara falta a la verdad, pues como se probará en el curso del proceso, ella padecía Diabetes Mellitus, Fractura de vertebra torácica o cervical y lumbar por acuñamiento con mielopatía e Hipertensión arterial, lo que representa antecedentes sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento de la aseguradora. Por ello, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor NOE DIAZ HOLGUIN, todos estos padecimientos fueron iniciados previo a la solicitud de asegurabilidad.

- **Diabetes Mellitus**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor NOE DIAZ HOLGUIN este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. 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 su aseguramiento.

- **Fractura de vertebra torácica o cervical y lumbar por acuñamiento con mielopatía**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el asegurado, tal como se evidencia en la historia clínica fechada al 4 de abril de 2013, en la cual se lee como diagnóstico MIELOPATÍA, y se le remiten exámenes imagenológicos de la columna, así:

Ingreso: 0000344165	Fecha Historia: 4/04/2013 8:51:18 a. m.	# Autorización: 1017120	Página 2/2
Fecha Ingreso: 4/04/2013 7:08:00 a. m.	Causa del Ingreso: Enfermedad general adulto		
Identificación: 4077472	Nombres: NOE	Apellidos: DIAZ HOLGUIN	
Número de Folio: 1	Ubicación: CLINICA MEDILASER S.A. TUNJA - CONSULTA EXTERNA TUNJA		

Extremidades: N AN
 Neurológica: N AN paraplejía de predominio derecho espástica con hiperreflejos y babinski, hipoestesia con nivel de T10 termalgesica.
 Piel: N AN
 Observaciones:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

CIE10	Diagnostico	Observaciones	Principal
G992	MIELOPATIA EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE		<input checked="" type="checkbox"/>

ANÁLISIS

Paciente con histopiroa de TRM con paraplejía posterior sin intervenciones quirúrgicas y recuperación posterior, per presenta deterioro neurológico nuevamente por lo que es remitido requiero de IRM de columna torácica y lumbar simple y contraste.

ORDENES MEDICAS EXTRAMURALES

IMAGENES DX EXTRAMURAL:

Código Servicio	Servicio	Cantidad
402020019	RESONANCIA MAGNETICA CON GADOLINIO DTPA-AGREGAR AL EXAMEN-	2
883220	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA TORACICA SIMPLE	1
	Observaciones: IRM de columna torácica simple y contraste	
883230	RESONANCIA MAGNETICA DE COLUMNA LUMBOSACRA SIMPLE	1
	Observaciones: IRM DE COLUMNA LUMBO SACRA SIMPLE Y CONTRASTE.	

PROCEDIMIENTOS NO QX EXTRAMURAL:

Documento: Historia clínica, consulta por Neurocirugía el 4 de abril de 2013

El despacho deberá advertir que es entonces una enfermedad que de antaño y previo a la solicitud del seguro el señor ya padecía. Ello quiere indicar que para la fecha de solicitud del seguro el señor NOE DIAZ HOLGUIN ya conocía de su fractura de vertebra, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor NOE DIAZ HOLGUIN, pues este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento y fue determinante para la evaluación de la pérdida de capacidad laboral del 19 de julio de 2019. 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 su aseguramiento.

- **Hipertensión arterial**

Frente a ese diagnóstico no puede pasarse por alto que ya era conocido por el asegurado, tal como se probará en el curso del proceso con la historia clínica del señor NOE DIAZ HOLGUIN este padecimiento fue previo a la solicitud de su aseguramiento. 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 su aseguramiento.

En consonancia con lo referido, el Despacho deberá advertir entonces que, en la historia clínica del señor NOE DIAZ HOLGUIN, se identificarán como antecedentes y de antaño conocidas por historial médico que, esta paciente sufría de varias enfermedades prolongadas en el tiempo. Diagnósticos de suma importancia para ser comunicados a la aseguradora, tan relevantes que fueron las que influyeron en gran porcentaje al resultado de la pérdida de capacidad laboral del señor NOE DIAZ HOLGUIN.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual **(i)** el señor NOE DIAZ HOLGUIN ya contaba con una serie de diagnósticos de Diabetes Mellitus, Fractura de vertebra torácica o cervical y lumbar por acuñaamiento con mielopatía e Hipertensión arterial, conocidos y presentes con anterioridad a la suscripción del seguro, y **(ii)** que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado, tanto es así de ellas se relacionan en el cuestionario de asegurabilidad y el señor NOE DIAZ HOLGUIN aún conociendo, las omitió, por lo que no fueron declaradas antes de solicitar su aseguramiento. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C232 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 de seguro 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.

En otras palabras, se entrará a demostrar que el señor NOE DIAZ HOLGUIN, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, padecía y conocía de la existencia de sus enfermedades

de Diabetes Mellitus, de su Fractura de vertebra torácica o cervical y lumbar por acuñamiento con mielopatía e Hipertensión arterial. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario, varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente como lo fue la tensión arterial y dificultades de columna. Se reitera, de haber sido comunicadas a la aseguradora esta se hubiere retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

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

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

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

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro.

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

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

En conclusión, el señor NOE DIAZ HOLGUIN fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que las enfermedades que el asegurado negó contribuyeron como causa al resultado de su pérdida de capacidad laboral del 79,82%. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Diabetes Mellitus, de la Fractura de vertebra torácica o cervical y Fractura lumbar por acuñamiento con

mielopatía y de su Hipertensión arterial, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el contrato, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguros como consecuencia de la reticencia del asegurado.

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

4. 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 dé 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 jurídico¹¹.

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 fundamentales¹². 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 conocer¹³”. (Subrayado fuera del texto original)

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

Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están

¹¹ 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 bonae 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.”

¹² Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹³ 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.

obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)¹⁴

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁵, 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,

¹⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereo Pérez.

¹⁵ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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.

(...)

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...¹⁶ (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 contrato 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 de el 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

¹⁶ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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 el contrato, 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 al perfeccionamiento del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad de los mismos, 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 aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

5. 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 su Delegatura que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la

reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”. (negrilla y subrayas fuera del texto).¹⁷

¹⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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 Gutiérrez¹⁸, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza de el 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).*

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.

¹⁸ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contrato 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 de el 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 este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del 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 celebrarlos, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dichos contrato sean declarados nulos por el juez competente.

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

6. 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 NOE DIAZ HOLGUIN fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro, esto es, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, pues faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

7. CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMACIÓN

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. informó de condiciones de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 205 0001492886 y en consecuencia cumplió con su deber de información con el señor NOE DIAZ HOLGUIN. Lo que se demuestra con su doble firma impuesta en la solicitud del seguro. Adicionalmente, todo el acervo probatorio apunta a que el señor NOE DIAZ HOLGUIN suscribió de manera libre e informada el contrato de seguro. Al asegurado le fue informado con suficiencia el contenido del su seguro, así como le fue dada copia de este. En consecuencia, no existe una conducta desleal o desinformada, pues, se actuó legítimamente y no en desmedro de los derechos del asegurado, como lo pretender ver la parte demandante.

En tal sentido, es menester señalar que mi prohijada no desplegó ninguna conducta contraria a derecho en las etapas contractuales. Es por ello, que es necesario traer a colación lo establecido por la Ley 1480 de 2011 referente a los derechos del consumidor:

“ARTÍCULO 3o. DERECHOS Y DEBERES DE LOS CONSUMIDORES Y USUARIOS. Se tendrán como derechos y deberes generales de los consumidores y usuarios, sin perjuicio de los que les reconozcan leyes especiales, los siguientes:

Derechos: (...)

1.3. Derecho a recibir información: Obtener información completa, veraz, transparente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea respecto de los productos que se ofrezcan o se pongan en circulación, así como sobre los riesgos que puedan derivarse de su consumo o utilización, los mecanismos de protección de sus derechos y las formas de ejercerlos. (...)”

En este punto, es importante indicar que la Compañía Aseguradora suministró la información y dio respuesta de forma clara, oportuna, coherente y completa a la reclamación presentada por el asegurado. Ahora bien, mi representada no ha desplegado ninguna conducta arbitraria, puesto que, al momento de la solicitud ofreció a través de sus asesores en el banco, toda la información necesaria para el conocimiento del consumidor. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. ha demostrado su compromiso con el cumplimiento de los términos contractuales y la protección de los derechos del asegurado, respetando así el principio de autonomía de la voluntad y garantizando la transparencia y equidad en sus operaciones.

Por otro lado, el artículo 6 de la ley 1328 de 2009, señala:

Artículo 6°. Prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros. Las siguientes constituyen buenas prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros:

- a) *Cerciorarse si la entidad con la cual desean contratar o utilizar los productos o servicios se encuentre autorizada y vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia.*
- 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.*
- c) *Observar las instrucciones y recomendaciones que imparta la entidad vigilada sobre el manejo de productos o servicios financieros.*
- d) *Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos.*
- e) *Informarse sobre los órganos y medios de que dispone la entidad para presentar peticiones, solicitudes, quejas o reclamos.*
- f) *Obtener una respuesta oportuna a cada solicitud de producto o servicio.*

Parágrafo 1°. *El no ejercicio de las prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros no implica la pérdida o desconocimiento de los derechos que le son propios ante las entidades vigiladas y las autoridades competentes. De igual manera, no exime a las entidades vigiladas de las obligaciones especiales consagradas en la presente ley respecto de los consumidores financieros.*

Parágrafo 2°. *Los consumidores financieros tendrán el deber de suministrar información cierta, suficiente y oportuna a las entidades vigiladas y a las autoridades competentes en los eventos en que estas lo soliciten para el debido cumplimiento de sus deberes y de actualizar los datos que así lo requieran. Del mismo modo, informarán a la Superintendencia Financiera de Colombia y a las demás autoridades competentes sobre las entidades que suministran productos o servicios financieros sin estar legalmente autorizadas para ello.*

Entonces, se evidencia que existen obligaciones en cabeza del consumidor financiero, esto es del señor NOE DIAZ HOLGUIN para el momento de la toma de la póliza en la cual actuó de manera libre y voluntaria. Entendiéndose entonces que el contrato de seguro objeto de litis fue leído, consultado y comprendido por el asegurado y que de él emanaron obligaciones de pago a su cargo, pues recuérdese que, dentro de las pruebas allegadas al proceso, se observa la Solicitud de Seguro de Vida Grupo deudores, la cual se encuentra debidamente firmada por parte del señor NOE DIAZ HOLGUIN. Tanto es así dispuso su firma en dicha solicitud como constancia de aceptación del seguro, así como de haber recibido la información relativa al producto de forma clara y completa:

ASISTENCIA A LAS PERSONAS POR DESEMPEÑO O INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL.

ADICIONAL AL PAGO DEL 100% DE LAS CUOTAS DEL PRESTAMO ADECUADO (HASTA 8 CUOTAS) SE PRESTARAN LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ASISTENCIA PARA LA COBERTURA DE DESEMPEÑO QUE CONSISTE EN * TENDENCIAS LABORALES, FORMACIÓN Y DESARROLLO ASISTENCIA LABORAL, ELABORACIÓN DEL CURRÍCULO VÍA TELEFÓNICA, REFERENCIACIÓN DE BOLSAS DE EMPLEO, ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA.

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 ESPERAN CON FUNDAMENTO EN ÉL LA PRODUJERÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DE VENCIDA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO ART. 1006 CÓDIGO DE COMERCIO

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

Fecha de suscripción de firma en: 20 de agosto del mes de 2015.

Noe Diaz Holguin
Asegurado

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Dirección para reclamaciones: BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 15 # 95 - 95 Piso 5 Teléfono 2191103
Línea de atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 0180003402 y en Bogotá 4232224
Consumidor Financiero Carrera 9 N 72 Piso 8 en Bogotá D.C. Teléfono: 3430305, e-mail: defensoria.bbva@colombia.bbva.com.co
ORIGINAL, CLIENTE-COPIA Y BANCO COPIA 2 ASEGURADORA

Documento: Solicitud de Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 205 0001492886 del 20 de agosto de 2015.

De acuerdo con lo anterior, se constata que efectivamente el señor NOE DIAZ HOLGUIN conoció del seguro en todas sus condiciones, pues firma lo constata. Ahora, aún cuando la demandante pretende justificar que el cuestionario no se pueda leer o que sea ilegible, este fue presentado de forma física al señor NOE DIAZ HOLGUIN, el cual pudo ser leído adecuadamente, y para el momento solo mencionó una afección en los tendones de sus extremidades inferiores, siendo claro

que sumado a la explicación o asesoría brindada a el señor NOE DIAZ HOLGUIN, pudo entender y comprender la póliza y lo que implicase la omisión de su real estado de salud, omitiendo los demás padecimientos. Esto es en concordante con las políticas generales de las suscripciones de las pólizas en las cuales se realiza una asesoría al solicitante y, se coloca de presente la importancia de la lectura del documento, por lo que él misma declaró haber leído los documentos firmados e incluso le fueron explicados por la persona que asesora, siendo invalido el sustento de falta de información, pues lo cierto es que más allá de ser eso una afirmación en su favor, demuestra un claro incumplimiento a las conductas de mínima diligencia y buenas prácticas del consumidor financiero, en tanto que, la afirmación de los hoy demandantes no puede ser una razón legítima para desvirtuar la validez del contrato. Pues, al firmar la Solicitud de Seguro de Vida Grupo Deudores aceptó lo que en ella estaba plasmado. Configurándose entonces de manera efectiva la suscripción del contrato de seguro.

En conclusión, las declaraciones de la parte demandante concernientes a la indebida información suministrada del contrato de seguro y su voluntad viciada, y al mismo tiempo la solicitud de validez para que se les indemnice queda en un simple enunciado huérfano de prueba, en tanto no existe soporte para demostrar tal circunstancia, máxime cuando en el plenario obran documentales que cuentan con su firma, la cual afirma haber impuesto en los mismos. De modo que queda suficientemente probado que el señor NOE DIAZ HOLGUIN recibió la información a conformidad, conoció de los amparos y exclusiones, contratando la póliza de forma libre y voluntaria y, no existió conducta arbitraria como lo alega la parte demandante, pues la Compañía Aseguradora cumplió con su deber de informar y ha respondido cada petición radicada ante la compañía, salvaguardando el derecho a la información que les asiste.

En este sentido, el despacho no tiene otra alternativa diferente que negar las pretensiones de la demanda y declarar probada esta excepción.

8. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

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

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento al valor insoluto de la obligación crediticia a la fecha.

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

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

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que la honorable Superintendencia Financiera de Colombia considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de

responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha.

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

3. IMPOSIBILIDAD DE RECONOCER INTERESES DE MORA CONFORME A LO SOLICITADO POR LA PARTE DEMANDANTE.

Nos oponemos a la pretensión de condena por intereses moratorios contados desde el mes siguiente al que se realizó la solicitud de indemnización, toda vez que i) la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita para la fecha de vinculación de la demandada ii) La realización del riesgo asegurado fue objetada por la reticencia del asegurado, lo que vicia de nulidad el contrato de seguro y, iii) el valor del pago que presuntamente fue realizado por la parte actora frente al cual se pretende aducir intereses de mora no se ha probado, por ende, un interés moratorio solo puede contarse desde la ejecutoria de la sentencia Por lo anterior, respetuosamente solicitamos al señor Juez que en el improbable evento en que decidiera despachar favorablemente las pretensiones de la parte demandante, solo se condene al pago de intereses luego de la ejecutoria de la sentencia que declare el derecho y ordene el pago.

Dando alcance a lo anterior, se precisa que el artículo 1080 establece que se causan intereses al mes siguiente de formalizado el siniestro, de la siguiente forma:

“ARTÍCULO 1080. PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN E INTERESES MORATORIOS.

El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la

Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.

El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de este, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior <inciso primero original del artículo>, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador.”

En virtud de lo anterior, como la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 205 0001492886 deberá ser declarada nula por reticencia del asegurado, la misma no puede ser afectada por los hechos objeto de litigio, lo que es un aspecto suficiente para abstenerse de condenar a mi prohilada al pago de los intereses. Adicionalmente, su reclamo se realiza cuando la parte demandante ya no cuenta con oportunidad para ello, al haber notificado a mi mandante más de dos años después de la fecha que da origen a la acción.

Frente al momento en el que se empiezan a causarse los intereses moratorios, la Corte Suprema de Justicia ha establecido en distintas oportunidades que estos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, se indicó textualmente:

“Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de

*la ejecutoria del presente fallo*¹⁹

Lo anterior, deja claro que la pretensión de la parte demandante en este caso no tiene vocación de prosperidad, puesto que los intereses moratorios podrían empezar a causarse solo hasta que el fallo judicial brinde certeza sobre la obligación a cargo de la compañía y, finalmente, un fallo en este sentido no podrá darse ante la materialización del fenómeno prescriptivo. En todo caso, antes de proferirse el fallo no existe certeza sobre los mentados intereses.

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

V. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Declaratoria de asegurabilidad Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 205 0001492886
- 1.2. Clausulado general Seguro Vida Deudor
- 1.3. Reclamación de fecha 5 de agosto de 2019
- 1.4. Respuesta Objeción de BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. del 27 de agosto de 2019.
- 1.5. Derecho de petición dirigido a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá
- 1.6. Constancia de radicación del Derecho de petición a la Junta Regional de Calificación de Invalidez de Bogotá
- 1.7. Derecho de petición dirigido a la EPS Salud Total
- 1.8. Constancia de radicación del Derecho de petición dirigido a la EPS Salud Total
- 1.9. Historia clínica del señor NOE DIAZ HOLGUIN

¹⁹ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

La mayoría de 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.

1. INTERROGATORIO DE PARTE

- 1.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **ANA ISABEL NOVOA HEREDIA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

- 1.2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **ANDREA MARISOL DIAZ NOVOA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

La demandante podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

2. DECLARACIÓN DE PARTE

- 2.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre

los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la póliza de seguro.

3. TESTIMONIALES

- 3.1. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Banca seguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor NOE DIAZ HOLGUIN. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C. y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.

- 3.2. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **JULIE ALEXABDRA TRIANA BLANCO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor NOE DIAZ HOLGUIN. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la

reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C. y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co.

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 **A LA PARTE ACCIONANTE** para que exhiba la Historia Clínica del señor NOE DIAZ HOLGUIN desde 2010 hasta 2020, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que el asegurado sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró en su estado de asegurabilidad. Los documentos se encuentran en

poder de la parte accionante ya que por su cercanía familiar puede constatar o acceder a la documentación de su cónyuge/padre fue quien recibió las atenciones médicas.

- 4.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **EPS SALUD TOTAL** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor NOE DIAZ HOLGUIN, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2020. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que el señor NOE DIAZ HOLGUIN entre los años referidos.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor NOE DIAZ HOLGUIN, sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. **EPS SALUD TOTAL** puede ser notificada en notificacionesjud@saludtotal.com.co

- 4.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ**, para que remita copia íntegra del Dictamen de Pérdida de capacidad Laboral de fecha 19 de julio de 2019 del señor NOE DIAZ HOLGUIN junto con la Historia Clínica y demás documentación que sirvieron de base para el final resultado del informe. Estos documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la valoración medico asistencial-laboral que recibió el señor NOE DIAZ HOLGUIN. Estos documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de emitir el dictamen de pérdida de capacidad laboral .

El propósito de la remisión de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor NOE DIAZ HOLGUIN sufrió en años anteriores y que ya conocía al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ** puede ser notificada en juridica@juntaregionalbogota.co.

5. OFICIOS.

- 5.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **EPS SALUD TOTAL** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor NOE DIAZ HOLGUIN, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2020.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que pese a la solicitud realizada a la entidad vía del Derecho de Petición en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso, dado a que son documentos sometidos a reserva.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor NOE DIAZ HOLGUIN, sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. **EPS SALUD TOTAL** puede ser notificada en notificacionesjud@saludtotal.com.co

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ**, para que remita copia íntegra del Dictamen de Pérdida de capacidad Laboral de fecha 19 de julio de 2019 del señor NOE DIAZ HOLGUIN junto con la Historia Clínica y demás documentación que sirvieron de

base para el final resultado del informe. Estos documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la valoración medico asistencial-laboral que recibió el señor NOE DIAZ HOLGUIN. Estos documentos se encuentran en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de emitir el dictamen de pérdida de capacidad laboral .

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

El propósito de la remisión de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor NOE DIAZ HOLGUIN, sufrió en años anteriores y que ya conocía al momento de suscribir su póliza de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. El **JUNTA REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ DE BOGOTÁ** puede ser notificada en juridica@juntaregionalbogota.co.

6. DICTAMEN PERICIAL

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

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del C.Co son indispensables para anular el contrato de seguros materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la aseguradora, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en los mismos.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: “*Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días*”. Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso.

Término que deberá iniciar una vez sea decretado, ya que no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

De conformidad con lo expuesto, respetuosamente solicito al Despacho, proceder de conformidad.

VI. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder otorgado al suscrito.
3. Certificado de existencia y representación legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

VII. NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar indicado en la demanda.

Mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. recibirá notificaciones en la Carrera 9 N° 72-21, Piso 8, Bogotá D.C., correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

Al suscrito en la Carrera 11A No.94A-23 Of. 201 de la ciudad de Bogotá o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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