Señores

JUZGADO SEXTO CIVIL MUNICIPAL DE CALI

E. S. D.

PROCESO:	VERBAL
RADICADO:	760014003006-**2023-00647**-00
DEMANDANTES:	MARIA TERESA QUINTANA MEDINA
DEMANDADOS:	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.,** tal y como se acredita con el poder y el certificado de existencia y representación legal que obran en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la Doctora Alexandra Elías Salazar, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, con dirección de notificaciones en judicialesseguros@bbva.com. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por la señora María Teresa Quintana Medina en contra de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

I. CONSIDERACIÓN PRELIMINAR

II. SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA

De conformidad con las disposiciones 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 comoquiera que se encuentra acreditada la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro. Lo anterior, en la medida en que el hecho que da base a la acción, es decir el fallecimiento del asegurado, ocurrió el día **31 de marzo de 2020**, por ende como para aquella calenda los términos se encontraban suspendidos por la emergencia sanitaria producida por el Covid-19, el término empezó a correr desde el 1 de julio de 2020 y se consolidó el 1 de julio de 2022, por ende como la demanda tan solo se radicó hasta el 14 de agosto de 2023, lo cierto es que para esa época la prescripción ya se había consolidado con creces. Incluso si se considerara que la primera solicitud de indemnización que efectuó la señora María Teresa

Quintana a mi mandante el día **28 de mayo de 2020**, interrumpió el termino prescriptivo, lo cierto es que igualmente la prescripción iniciaba su conteo desde el 1 de julio de 2020, día siguiente a la suspensión de términos por pandemia y por ende el conteo del término bienal de prescripción se consolidó el 1 de julio de 2022. Por lo tanto, ni la solicitud de conciliación del 4 de octubre de 2022 logró suspender los términos prescriptivos y mucho menos la presentación de la demanda del 14 de agosto de 2023 interrumpió el término, pues es imposible suspender o interrumpir términos a consolidados.

En efecto, la solicitud de sentencia anticipada que aquí se realiza se encuentra avalada por lo dispuesto en el artículo 278 del CGP que dispone:

> *"(…) ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias. Son sentencias las que deciden sobre las pretensiones de la demanda, las excepciones de mérito, cualquiera que fuere la instancia en que se pronuncien, las que deciden el incidente de liquidación de perjuicios, y las que resuelven los recursos de casación y revisión. Son autos todas las demás providencias.*
>
> *En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:*
>
> *(…)3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa*
>
> *." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)"*

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta irrefutable que operó el fenómeno de prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme a lo previsto en el artículo 1081 del C. Co. Lo anterior, comoquiera que, si bien inicialmente el término prescriptivo empezó a contar desde el fallecimiento del señor Luis Hernando Medina el 31 de marzo de 2021, lo cierto es que para dicha calenda los términos se encontraban suspendidos por la pandemia del Covid-19, por ende, el conteo de los dos años empezó el 1 de julio de 2020 y se consolidó el 1 de julio de 2022. Pero incluso si se considerara que la solicitud de indemnización que presentó la señora Medina el día 28 de mayo de 2020 (la cual da cuenta del pleno conocimiento que tenía la demandante frente a la existencia del aseguramiento), interrumpió el término prescriptivo conforme al artículo 94 del CGP, la consecuencia es la misma, pues la determinación es que desde aquel requerimiento debe volver a contarse los dos años de prescripción, pero como en mayo de 2020 los términos continuaban suspendidos, aquellos dos años igualmente empezarían a contar desde el 1 de julio de 2020, encontrando que el término máximo para presentar la demanda por parte de la señora María Teresa era hasta el 1 de julio de 2022, pero contrario a ello tan solo presentó su demanda el día 14 de

agosto de 2023 cuando ya la prescripción había fenecido con creces. Pero además para que no quede duda alguna, se encuentra que la señora Quintana el día 4 de octubre de 2022 presentó una solicitud de conciliación, pese a ello como la prescripción se consolidó el 1 de julio de 2022, fue inane dicha actuación respecto a la suspensión de términos que se quisiera predicar, pues lo cierto es que no puede suspenderse un término que ya se encuentra consolidado. Por todo lo dicho, no existe otra salida para este honorable despacho que proferir sentencia anticipada declarando la prosperidad de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, toda vez que la demanda no fue promovida dentro de los dos años siguientes a la fecha de fallecimiento del asegurado como hecho que da base a la acción.

III. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO PRIMERO: Comoquiera que el hecho contiene dos afirmaciones me pronunciaré frente a cada una de ellas:

- Es cierto el señor Luis Hernando Medina falleció el 31 de marzo de 2020 tal como consta con el certificado de defunción anexo a la demanda. Frente a este aspecto vale la pena manifestar desde ya que como el señor Medina falleció el 31 de marzo de 2020 y por ende desde ahí contaba con dos años para presentar la demanda. Pero considerando que en dicha fecha los términos se encontraban suspendidos por la pandemia del Covid-19, el conteo de los dos años empezó a correr el 1 de julio de 2020 y se consolidó el 1 de julio de 2022. Pero incluso si se considerara que la solicitud de indemnización que presentó la señora Medina el día 28 de mayo de 2020 (la cual da cuenta del pleno conocimiento que tenía la demandante frente a la existencia del aseguramiento), interrumpió el término prescriptivo conforme al artículo 94 del CGP, la consecuencia es la misma, pues la determinación es que desde aquel requerimiento debe volver a contarse los dos años de prescripción, pero como en mayo de 2020 los términos continuaban suspendidos, aquellos dos años igualmente empezarían a contar desde el 1 de julio de 2020, encontrando que el término máximo para presentar la demanda por parte de la señora María Teresa era hasta el 1 de julio de 2022, pero contrario a ello tan solo presentó su demanda el día 14 de agosto de 2023 cuando ya la prescripción había fenecido con creces.

- A mi mandante no le consta en este proceso judicial si la señora María Teresa Quintana es la cónyuge supérstite del señor Luis Hernando Medina, pues en el expediente ***no se aportó la prueba idónea para probar dicho vínculo***, esto es el registro civil de matrimonio. Pues se resalta que, el estado civil requiere de prueba ad substantiam actus y tal como lo prevé el artículo 156 del CGP no puede suplirse por ninguna prueba adicional el documento que la ley exige para probar dicho acto jurídico.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: A mi prohijada no le consta directamente lo que se manifiesta en

este hecho, por cuando se refiere a eventos ajenos al desarrollo normal de sus actividades comerciales. No obstante, de acuerdo con la escritura pública adjunta a la demanda se observa que es cierto.

FRENTE AL HECHO TERCERO: No le constan a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada, toda vez que las situaciones que giran en torno a acreencias del Banco BBVA S.A. la cual es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

FRENTE AL HECHO CUARTO: No le constan a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada, toda vez que se refieren actuaciones judiciales presuntamente desplegadas por Banco BBVA S.A. la cual es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

FRENTE AL HECHO QUINTO: de la redacción sintáctica de este numeral se desprenden varias aseveraciones, frente a las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- Debe precisarse que en este numeral no se relaciona el número de crédito u obligación con Banco BBVA que se encontraba amparada por un seguro de vida grupo deudor otorgado por mi mandante, pese a ello, se aclara al despacho que mi representada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. incluyó al señor Luis Hernando Medina Álvarez en el seguro de vida grupo deudor que pretendía respaldar la obligación financiera No. ***6020 que el señor Medina contrajo con el Banco BBVA.

- Es imprecisa la afirmación que realiza la parte demandante al indicar que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. negó el pago del seguro con fundamento en una exclusión de cobertura. Lo que realmente sucedió es que la señora María Teresa Quintana el día 28 de mayo de 2020 le solicitó a mi mandante el pago del seguro por la muerte del señor Medina, pese a ello la compañía aseguradora objetó el pago porque era evidente que el contrato estaba viciado de nulidad relativa por reticencia, en la medida en que el entonces asegurado declaró tener un estado de salud óptimo cuando en realidad por lo menos desde el 14 de octubre de 2012 el señor Luis Hernando Medina Álvarez (Q.E.P.D.), contaba con diagnósticos de hipertensión arterial, diabetes mellitus y epilepsia. Por lo que no existía otra conclusión que el entonces asegurado fue reticente al declarar el estado del riesgo que pretendía trasladar a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. cuando diligenció la solicitud de seguro el 22 de octubre de 2019 y con ello vició el consentimiento de la aseguradora quien de haber conocido que el señor Medina sufría de aquellas enfermedades se hubiera abstenido de otorgar el amparo o al menos habría

pactado condiciones mucho más onerosas en él. Situación que imposibilita que la Aseguradora realice algún tipo de pago indemnizatorio en relación con este contrato.

- Pero además, se debe dejar total claridad de que la nulidad relativa del contrato de seguro derivada de la reticencia tiene fundamento en la falta del deber que le asistía al asegurado al momento de solicitar el aseguramiento, pues en ese momento debía declarar sinceramente su estado de salud, pues nadie más que él lo conocía a profundidad. Entonces la omisión del señor Medina quien no declaró sus padecimientos de hipertensión, epilepsia y diabetes antes del perfeccionamiento del seguro es el elemento que genera la nulidad relativa, o en otras palabras esta consecuencia jurídica adversa para la demandante se genera por la omisión de las enfermedades no declaradas al momento de diligenciarse la declaración de asegurabilidad, y aquello tiene lugar independientemente del hecho de que la enfermedad que haya llevado al deceso del asegurado sea distinta a la omitida. Por lo tanto, no hay otra conclusión que negar las pretensiones de la demanda.

FRENTE AL HECHO SEXTO: Es cierto, mi representada objetó la solicitud de pago del seguro mediante documento del 5 de junio de 2020 en donde indicó que el señor Medina no había declarado sinceramente el estado del riesgo y por ende tal como se probará en el curso del proceso como aquel presentaba hipertensión arterial, diabetes mellitus y epilepsia al menos desde el 14 de octubre de 2012 y no informó esos antecedentes al momento de solicitar su aseguramiento, el 22 de octubre de 2019, la conclusión no puede ser otra que el contrato de seguro debe ser declarado nulo y por lo tanto la objeción estuvo debidamente fundada.

FRENTE AL HECHO SÉPTIMO: A mi mandante no le consta la causa de muerte del señor Medina, pues no obra en el expediente dictamen de necropsia que presente las conclusiones del deceso. Pero además desde este momento se llama la atención del despacho que el señor Medina faltó a la verdad al suscribir su declaración de asegurabilidad y no indicó que sufría de diabetes mellitus, hipertensión arterial y epilepsia con anterior a la solicitud de su aseguramiento. Como se demostrará en el curso del proceso estás enfermedades fueron diagnosticadas antes de la solicitud del seguro y por lo tanto era indispensable que el asegurado las declarara a fin de determinar el estado del riesgo que se estaba trasladando, es decir independientemente de la causa de muerte lo que la legislación comercial sanciona con nulidad del contrato de seguro es que el asegurado no haya declarado con exactitud sus padecimientos de salud y con ello haya viciado el consentimiento del asegurador. Lo anterior, en efecto sucede en este caso porque mi mandante creyó estar asegurando a una persona en óptimas condiciones de salud cuando en realidad no era así.

FRENTE AL HECHO OCTAVO: No es un hecho, lo previsto en este numeral corresponde a una cita de sentencias de tutela proferidas por la Corte Constitucional que en todo caso resaltan considerandos inter partes, es decir aplicables únicamente para los involucrados en dicho trámite constitucional y no tiene efectos erga omnes. Pero, además, se debe dejar total claridad frente a que las relaciones aseguraticias están reguladas por la legislación comercial y en el artículo 1058

del C. Co. se establece con total claridad que cuando el asegurado no haya declarado con sinceridad el estado del riesgo al momento de solicitar el aseguramiento, la consecuencia será que aquel contrato debe ser declarado nulo y no existirá obligación alguna de efectuar pago alguno por parte de la aseguradora. Pero además se insiste en que la nulidad relativa del contrato de seguro derivada de la reticencia tiene fundamento en la falta del deber que le asistía al asegurado al momento de solicitar el aseguramiento, pues en ese momento debía declarar sinceramente su estado de salud, pues nadie más que él lo conocía a profundidad. Entonces, esta consecuencia jurídica adversa para la demandante se genera por la omisión en que incurrió el señor Luis medina, al no declarar las enfermedades padecidas, al momento de diligenciarse la declaración de asegurabilidad, y aquello tiene lugar independientemente del hecho de que la enfermedad que haya llevado al deceso del asegurado sea distinta a la omitida. Por lo tanto, no hay otra conclusión que negar las pretensiones de la demanda**.**

FRENTE AL HECHO NOVENO: No le constan a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada, toda vez que se refieren actuaciones judiciales en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no ha tenido injerencia alguna.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO: No le constan a mi representada los hechos que se esgrimen en el acápite. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada, toda vez que se refieren actuaciones judiciales en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no ha tenido injerencia alguna y que presuntamente se adelantaron por Banco BBVA la cual es una persona jurídica totalmente distinta a mi procurada.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO PRIMERO: Es cierto.

II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por la Accionante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que (i) operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y (ii) el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurada la señora María Teresa Quintana debe ser declarado nulo según los términos del artículo 1058 del C. Co., como consecuencia de la reticencia con la que este último suscribió la declaración de asegurabilidad al momento de solicitar su aseguramiento.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN "PRIMERO". En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que mi mandante no ha incumplido ninguna obligación, pues aquella negó el pago del seguro con razones

debidamente fundadas. Pero además esta pretensión se encuentra frustrada por las siguientes razones:

- ***Operó la prescripción de la acciones derivadas del contrato de seguro:*** El fenómeno de prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme a lo previsto en el artículo 1081 del C. Co feneció con creces, lo anterior, comoquiera que, si bien inicialmente el término prescriptivo empezó a contar desde el fallecimiento del señor Luis Hernando Medina el 31 de marzo de 2021, lo cierto es que para dicha calenda los términos se encontraban suspendidos por la pandemia del Covid-19, por ende, el conteo de los dos años empezó el 1 de julio de 2020 y se consolidó el 1 de julio de 2022. Pero incluso si se considerara que la solicitud de indemnización que presentó la señora Medina el día 28 de mayo de 2020 interrumpió el término prescriptivo conforme al artículo 94 del CGP, la consecuencia es la misma, pues la determinación es que desde aquel requerimiento debe volver a contarse los dos años de prescripción, pero como en mayo de 2020 los términos continuaban suspendidos, aquellos dos años igualmente empezarían a contar desde el 1 de julio de 2020, encontrando que el término máximo para presentar la demanda por parte de la señora María Teresa era hasta el 1 de julio de 2022, pero contrario a ello tan solo presentó su demanda el día 14 de agosto de 2023 cuando ya la prescripción había fenecido con creces.

- ***Nulidad relativa del contrato de seguro:*** Es fundamental que desde ahora el H. Despacho tome en consideración que el Asegurado, el señor Luis Hernando Medina (Q.E.P.D.) fue reticente. Lo anterior, 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, específicamente la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la epilepsia que como se demostrará en el curso del proceso, sufría desde el año 2012, es decir mucho antes de la solicitud del seguro (22 octubre de 2019) y que siendo enfermedades de suma gravedad definitivamente incide, altera y agrava el riesgo asegurado pero 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. Por lo tanto, es claro que debe aplicarse la consecuencia prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado.

  Pero además se insiste en que la nulidad relativa del contrato de seguro derivada de la reticencia tiene fundamento en la falta del deber que le asistía al asegurado al momento de solicitar el aseguramiento, pues en ese momento debía declarar sinceramente su estado de salud, pues nadie más que él lo conocía a profundidad. Entonces, esta consecuencia jurídica adversa para la demandante se genera por la omisión en que incurrió el señor Luis medina, al no declarar las enfermedades padecidas, al momento de diligenciarse la declaración de

asegurabilidad, y aquello tiene lugar independientemente del hecho de que la enfermedad que haya llevado al deceso del asegurado sea distinta a la omitida. Por lo tanto, no hay otra conclusión que negar las pretensiones de la demanda.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN "SEGUNDO": Toda vez que es una pretensión consecuencial a la anterior y como aquella no está llamada a prosperar está tampoco. Pero además, debe destacarse que no podría accederse al pago de aquella suma porque el seguro de vida grupo deudor únicamente está llamado a cubrir el saldo insoluto de la obligación, sin embargo no se ha aportado certificación expedida por la entidad financiera o los extractos del crédito que permitan afirmar que aquel era el saldo adeudado. Luego, es imposible solicitar una suma superior porque ello va en contra de la naturaleza propia del seguro.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN "TERCERO". Toda vez que las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar es imposible que se condene a mi mandante al pago de costas y agencias en derecho, por el contrario, ante la inminente desestimación de las pretensiones de la demanda será la parte demandante quien debe ser condenada al pago de estos emolumentos a favor de mi representada.

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Sin perjuicio de que en este caso no se cuenta con un acápite de juramento estimatorio pese a que se persigue la indemnización derivada de un contrato de seguro, de todas maneras, me opongo a la tasación de la cuantía contenida en el apartado "competencia y cuantía" del escrito de la demanda. Lo anterior, toda vez que la parte demandante estima la cuantía en la suma de $98.600.000, pese a ello no ha allegado prueba fidedigna que dé cuenta de que aquel rubro corresponde cuando menos al saldo insoluto de la obligación que es la única suma que en un muy remoto e improbable caso mi mandante estaría llamada a responder.

Recuérdese que la naturaleza del seguro vida grupo deudores precisamente se circunscribe a satisfacer exclusivamente el valor adeudado a la entidad financiera, sin que sea posible exigir una suma adicional, por ende, era carga de la parte demandante probar fehacientemente con los soportes respectivos el valor adeudado sin que se advierta prueba de ello. Por lo tanto, la estimación que realiza la parte demandante no puede ser prueba de la pretensión reclamada, sino que está llamada a soportar documentalmente aquel valor.

Todo lo anterior, sin que implique aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada porque lo cierto es que en este caso ninguna suma de dinero deberá ser cancelada por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. por cuanto operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro y aun en gracia de discusión el contrato debe ser declarado nulo.

En esos términos queda sentada la objeción a la estimación de las pretensiones realizada por la

parte demandante.

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO

En este caso no se puede pasar por alto que ha operado la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro conforme a lo previsto en el artículo 1081 del C. Co. Lo anterior, comoquiera que, si bien inicialmente el término prescriptivo empezó a contar desde el fallecimiento del señor Luis Hernando Medina, el 31 de marzo de 2021. Lo cierto es que para dicha calenda los términos se encontraban suspendidos por la pandemia del Covid-19, por ende, el conteo de los dos años empezó el 1 de julio de 2020 y se consolidó el 1 de julio de 2022. Pero incluso si se considerara que la solicitud de indemnización que presentó la señora Medina el día 28 de mayo de 2020 (la cual da cuenta del pleno conocimiento que tenía la demandante frente a la existencia del aseguramiento), interrumpió el término prescriptivo conforme al último inciso del artículo 94 del CGP, la consecuencia es la misma, pues la determinación es que desde aquel requerimiento debe volver a contarse los dos años de prescripción, pero como en mayo de 2020 los términos continuaban suspendidos, aquellos dos años igualmente empezarían a contar desde el 1 de julio de 2020, encontrando que el término máximo para presentar la demanda por parte de la señora María Teresa era hasta el 1 de julio de 2022. Pese a lo anterior, la citada señora tan solo presentó su demanda el día 14 de agosto de 2023 cuando ya la prescripción había fenecido con creces. Por lo tanto, el honorable despacho no tiene otra opción que negar la totalidad de pretensiones de la demandante.

Respecto a lo dicho anteriormente, se destaca que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto al momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

> ***"(…) ARTÍCULO 1081. <PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES>.*** *La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*
>
> *La prescripción ordinaria* ***será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción****.*
>
> *La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo*

derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes (…)" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ***ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...),*** *al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento (…)"*[1] (Subrayado fuera del texto original)

En cuanto a la interpretación de las expresiones "hecho que da base a la acción" y "momento en que nace el derecho" la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro[2], veamos entonces en palabras de la alta corporacion lo que se ha indicado:

"(…) En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales,

[1] Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.
[2] Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31- 03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.

La primera «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» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).

En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007[3].

...comportan 'una misma idea'[4], esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad 'El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea'". En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era "el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario", pues, como la Corte dijo en otra oportunidad[5], no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal "se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción 'empezará a correr' y no antes, ni después (…)".

De conformidad con lo anterior no queda duda que el termino prescriptivo empezará a contar desde el acaecimiento del hecho que da base a la acción y el conocimiento de aquel por parte del demandante. Tratándose del caso concreto indudablemente el hecho que da base a la acción es el fallecimiento del señor Luis Hernando Medina que ocurrió el 31 de marzo de 2020 y que en esa misma calenda fue conocido por la señora María Teresa Quintana como lo manifiesta en su demanda. Sin lugar a duda, lo aquí mencionado implica que el momento desde el cual se empezaría a contar el término de prescripción debía ser el 31 de marzo de 2020, pero como en esa época se encontraban suspendidos los términos por la emergencia sanitaria ocasionada por el Covid-19, no puede pasarse por alto que mediante Acuerdo PCSJA-11581 del 27 de mayo de 2020 el Consejo Superior de la Judicatura dispuso el levantamiento de términos judiciales, a partir del 1 de julio de 2020, por lo tanto desde esa fecha empezó a correr el término bienal de prescripción y feneció el 1

[3] Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.
[4] La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.
[5] Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

de julio de 2022.

Además, a la misma conclusión anterior se llega si incluso si se considerará que la solicitud de indemnización que realizó la señora María Teresa Quintana a mi mandante el día 28 de mayo de 2020, (la cual da cuenta del pleno conocimiento que tenía la demandante frente a la existencia del aseguramiento), pues si el despacho considerara que aquella al tenor del último inciso del articulo 94 del CGP interrumpe el término prescriptivo, es decir, genera su conteo nuevamente; aun así la prescripción se consolidó con creces, porque el termino empezaba a contar desde el 1 de julio de 2020 y fenecía el 1 de julio e 2022.

Para que no quede duda de lo aquí manifestado veamos las dos circunstancias antes enunciadas:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE DEFUNCIÓN

Indicativo Serial 4816206

Datos de la oficina de registro

Clase de oficina: Registraduría | Notaría X | Consulado | Corregimiento | Insp. de Policía | Código T Y Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI NOTARIA 6 CALI * * * * * * * * * *

Datos del inscrito

Apellidos y nombres completos

MEDINA ALVAREZ LUIS HERNANDO *

Documento de identificación (Clase y número) | Sexo (en Letras)

CC No. 19378275 * * * * * * * * * * * * * * * | MASCULINO * * * * * * * * *

Datos de la defunción

Lugar de la Defunción: País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

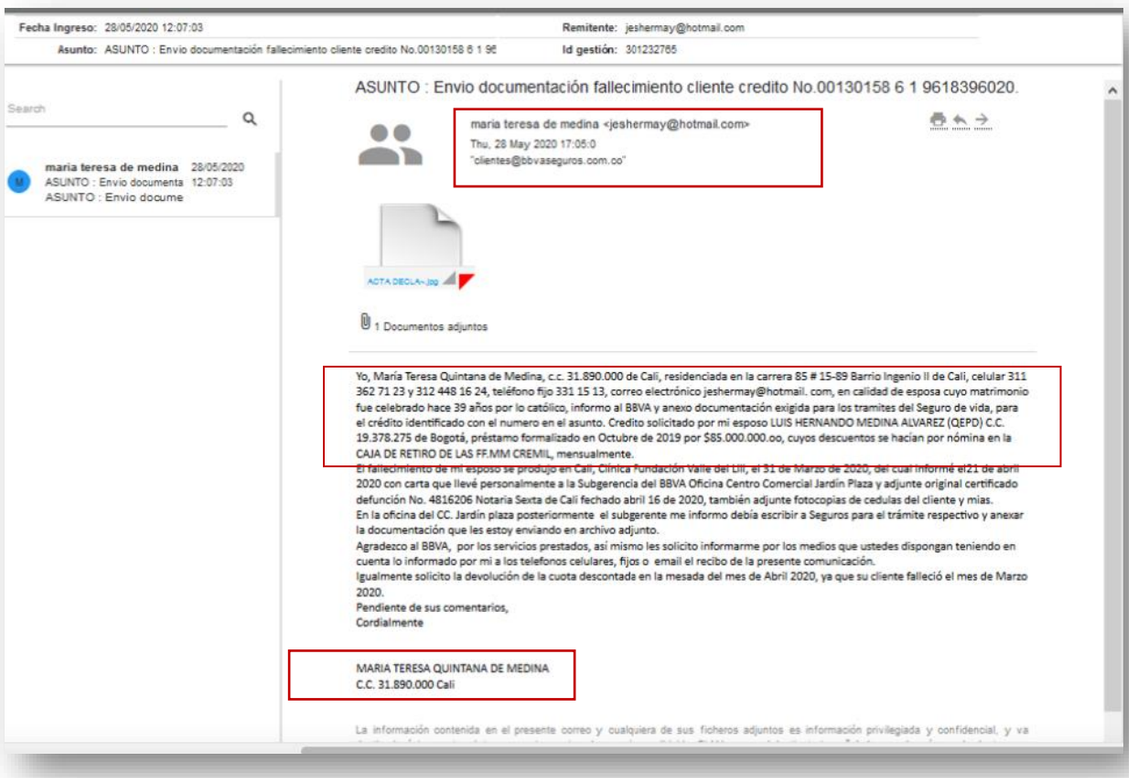
Fecha de la defunción | Hora | Número de certificado de defunción

Año 2020 | Mes MAR | Día 31 | 04:41 | 72299823-8 * * * * * * *

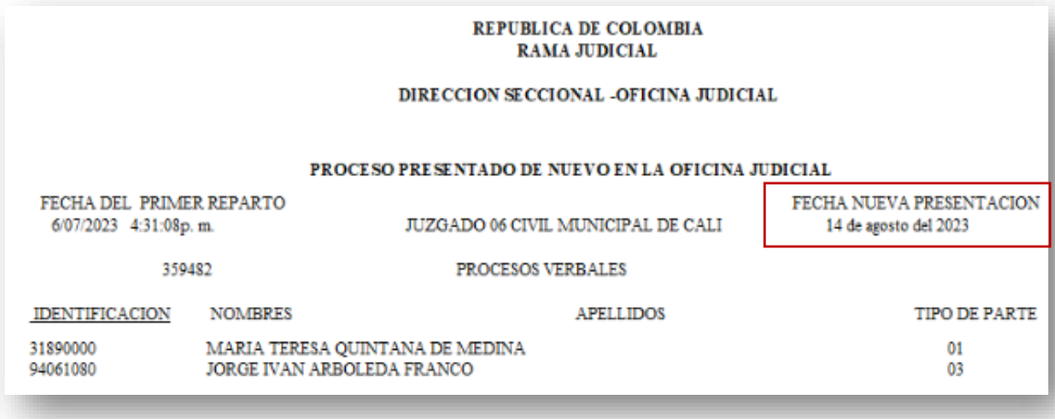
Presunción de muerte

Por lo visto, el señor Luis Hernando Medina falleció el 31 de marzo de 2020. Pero debido a la emergencia sanitaria por el Covid-19 se suspendieron los términos de prescripción y caducidad. Es decir que desde el 31 de marzo 2020 no podría contarse los dos años de prescripción conforme al artículo 1081 del C. Co, sino que aquel termino debe empezar a contarse desde el 1 de julio de 2020, pues desde aquella fecha el Consejo Superior de la Judicatura dispuso el levantamiento de la suspensión de términos.

Ahora veamos que la señora María Teresa Quintana solicitó a mi mandante el día 28 de mayo de 2020 hacer efectiva la cobertura del seguro de vida grupo deudor en donde figuraba como asegurado el señor Luis Hernando Medina, dicho requerimiento lo efectuó a traves de correo electrónico, como se observa:



Si se considerara que aquel requerimiento cumple la función de interrumpir el término de prescripción como estipula el articulo 94 del CGP que en su tenor literal indica *"(…) 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*** *(…)"* (Negrita y sublínea por fuera de texto original). Incluso en ese escenario la conclusión es la misma, es decir que operó la prescripción. Lo anterior, toda vez que el primer requerimiento del deudor al acreedor genera la interrupción del término, que no es otra cosa que volver a contar desde cero el término prescriptivo. Así las cosas, como para el 28 de mayo de 2020, fecha del requerimiento, los términos aún se encontraban suspendidos por la emergencia sanitaria, lo cierto es que aquel termino empezaría a correr igualmente desde el 1 de julio de 2020. Por lo tanto, la demanda debía presentarse hasta el 1 de julio de 2020, pese a ello se encuentra que la demandante tan solo formuló su demanda hasta el 14 de agosto de 2023, veamos:



REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL

DIRECCION SECCIONAL -OFICINA JUDICIAL

PROCESO PRESENTADO DE NUEVO EN LA OFICINA JUDICIAL

FECHA DEL PRIMER REPARTO		FECHA NUEVA PRESENTACION
6/07/2023 4:31:08p. m.	JUZGADO 06 CIVIL MUNICIPAL DE CALI	14 de agosto del 2023
359482	PROCESOS VERBALES	

IDENTIFICACION	NOMBRES	APELLIDOS	TIPO DE PARTE
31890000	MARIA TERESA QUINTANA DE MEDINA		01
94061080	JORGE IVAN ARBOLEDA FRANCO		03

Por lo visto no queda duda que la parte demandante tan solo tenía dos años desde el 1 de julio de 2020 para presentar su demanda, término que se extendía hasta el 1 de julio de 2022, pese a ello la demanda tan solo se radicó hasta el 14 de agosto de 2023, es decir un año y 13 días después de que había fenecido el término de prescripción ordinario. Por ende, no existe otra posibilidad que desestimar las pretensiones de la demanda pues la prescripción derivada de las acciones del contrato de seguro tiene la virtualidad de enervar los pedimentos de la parte demandante.

Finalmente, para que no quede asombro de duda sobre la operancia del fenómeno prescriptivo, incluso se puede afirmar que, si bien la parte demandante presentó una solicitud de conciliación el día 4 de octubre de 2022, aquella no podía surtir los efectos de suspensión del término de prescripción conforme al artículo 21 de la Ley 640 de 2001 que era la norma vigente para dicha fecha (hoy Ley 2220 de 2022) pues lo cierto es que la suspensión tan solo es posible cuando el término no se ha consolidado; pero como en este caso como ya se vio el termino de dos años previsto en el artículo 1081 del C. Co. feneció el 1 de julio de 2022. Luego era imposible que la solicitud de conciliación del 4 de octubre de 2022 pudiera suspender un término suficientemente consolidado.

En conclusión, en este caso operó el fenómeno prescriptivo de que trata el artículo 1081 del Código de Comercio, por cuanto transcurrió más de dos años desde desde el 1 de julio de 2020, fecha en la cual empezó el computo del término, comoquiera que el hecho que da base a la acción, es decir la muerte del entonces asegurado, ocurrió el 31 de marzo de 2020, es decir mientras los términos judiciales estaban suspendidos por la pandemia del Covid-19, por lo que su conteo empezó el 1 de julio de 2020 conforme al Acuerdo PCSJA-11581 del 27 de mayo de 2020 del Consejo Superior de la Judicatura que dispuso el levantamiento de términos judiciales a partir de aquel día. En ese sentido, como el termino para presentar la demanda de manera oportuna tan solo se extendía hasta el 1 de julio de 2022, y que la demandante tan solo radicó su demanda el 14 de agosto de 2023, es, decir 3 años después, lo cierto es que ha operado el fenómeno de la prescripción de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza de la parte actora y por lo tanto sus pretensiones no tienen vocación de prosperidad.

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

2. NULIDAD RELATIVA DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO

Es fundamental que desde ahora el H. Despacho tome en consideración que el Asegurado, el señor Luis Hernando Medina (Q.E.P.D.), fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, específicamente la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y epilepsia que sufría desde por lo menos el año 2012, es decir antes de suscribir la solicitud de seguro (22 de octubre de 2019) y que siendo enfermedades de suma gravedad definitivamente inciden, alteran y agravan el riesgo asegurado, tanto así que de hecho, de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Debe precisarse que, 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"*[6]. (Subrayado fuera del texto original)

[6] BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

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

> *"(…) Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.*
>
> *Por consiguiente y, en atención a lo consagrado en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador o asegurado debe declarar con sinceridad los hechos y circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador, toda vez que ello constituye la base de la contratación.*
>
> *En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro (…)*" (Subrayado fuera del texto original)

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 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 duda, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

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

Pese a lo anterior, en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora (…)". (Subrayado fuera del texto original)

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

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio (…)"[7] (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

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

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 (…)"[8] (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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 C. Co, 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 (…)"[9] (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

No obstante, y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia

[8] 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.

9 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.

invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C. Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

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

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

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

- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Cuando el señor Luis Medina (Q.E.P.D) solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el asegurado (Q.E.P.D.) las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el señor Medina (Q.E.P.D.) conocía de sus padecimientos de salud desde por lo menos el año 2012, él negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora.

Es decir, a pesar de que el señor Medina (Q.E.P.D.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al año 2019 cuando suscribió la declaración de asegurabilidad, él negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del entonces asegurado (Q.E.P.D.), y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 22 de octubre de 2019:**

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

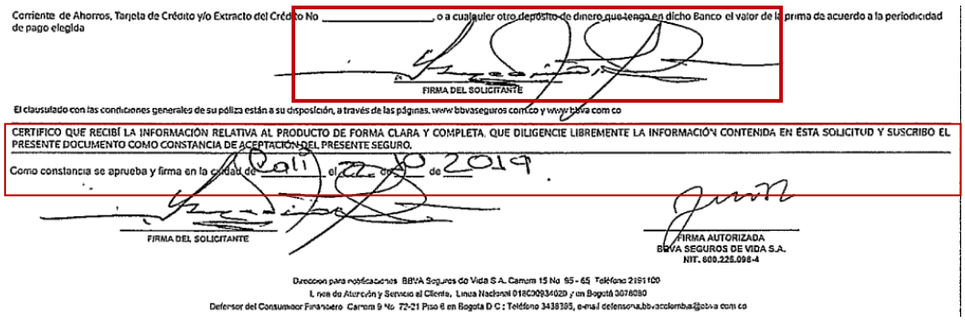
DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

Estatura: 1.70 m | Peso: 71 | Fuma: SI [ ] NO [X] | Cuántos cigarrillos diarios? 0

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 ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?		X
¿HA SUFRIDO U 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, VERTIGOS, TEMBLOR, DOLORES DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO		X
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO		X
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA 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?		—
¿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 FECHAS DE OCURRENCIA:



Corriente de Ahorros, Tarjeta de Crédito y/o Extracto del Crédito No _____, o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida

FIRMA DEL SOLICITANTE

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvaseguros.com.co y www.bbva.com.co

CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIE LIBREMENTE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ÉSTA SOLICITUD Y SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de Cali el 22 de 10 de 2019

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA AUTORIZADA
BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.
NIT. 800.225.098-4

Dirección para notificaciones BBVA Seguros de Vida S.A. Carrera 15 No 95 - 65 Teléfono 2181100
Línea de Atención y Servicio al Cliente, Línea Nacional 018C00934020 y en Bogotá 3076080
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438388, e-mail defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co

"Documento: *Declaración de asegurabilidad*
Transcripción parte esencial: *Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa que diligencié libremente la información contenida en esta solicitud y suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro."*

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso como el señor Medina (Q.E.P.D.) libremente respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se demostrará en el curso del proceso, estas respuestas 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. Lo mencionado, debido a que el entonces Asegurado (Q.E.P.D) había padecido y/o sufrido de hipertensión arterial, diabetes mellitus y epilepsia, hechos 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 mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Ahora bien, como se ha dicho, las condiciones médicas que padecía el señor Luis Medina y que se demostrarán al despacho con la solicitud probatoria que se realiza en esta contestación, no quedará la menor duda que aquel padecía de sendos problemas de salud que no fueron informados a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. al momento de solicitar su aseguramiento. Además, que aquellas por su naturaleza no podían ser de difícil recordación para el señor Medina, por lo que no puede entenderse de manera justificada la omisión de aquel.

En virtud de lo anterior, con las pruebas que se allegarán al Despacho no quedará duda que (i) el señor Luis Medina (Q.E.P.D.) padecía de hipertensión arterial, diabetes mellitus y epilepsia desde por lo menos el año 2012 (ii) que el señor Medina negó la existencia de todas sus afecciones de salud al momento de solicitar el seguro y (iii) que estos antecedentes médicos son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió

declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes que padeció el señor Medina (hipertensión, diabetes y epilepsia como quedará enteramente probado en el curso procesal) y que por supuesto el Asegurado (Q.E.P.D) debió informar. Lo mencionado, ya que, de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Expresamente se le preguntó al entonces Asegurado (Q.E.P.D), lo siguiente:

- *¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?* *(NO)*
- *¿Sufre alguna incapacidad física o mental?* *(NO)*
- *¿Ha sido sometido a tratamiento antialcohólico o por drogadicción?* *(NO)*
- *¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad alguna enfermedad profesional?* *(NO)*
- *¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes aparatos, sistemas u órganos?* *(NO)*
- *¿Trastornos mentales o psiquiátricos?* *(NO)*
- *Paralis**, 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, músculos o columna* *(NO)*
- *Enfermedad del bazo, anemias, inflamación de ganglios linfáticos o enfermedades del sistema hemolinfatico o enfermedades inmunológicas* *(NO)*
- *Dolor en el pecho, **tensión arterial alta**, infarto o cualquier enfermedad del corazón* *(NO)*

- *Enfermedades renales-cálculos-próstata-testículos* *(NO)*
- *Enfermedades en los ojos, oídos, nariz, garganta, ronquera o problemas de órganos de los sentidos* *(NO)*
- *¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?* *(NO)*

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente que lo relevante es que el señor Medina tenía la obligación de declarar fidedignamente su estado de salud antes del perfeccionamiento del seguro, pero no lo hizo, pues como se ve de las respuestas aquel omitió sus patologías y terminó viciando el consentimiento de mi representada. Por lo anterior, se puede resumir que (i) a pesar de que el señor Medina(Q.E.P.D.) había sido diagnosticado con una Hipertensión Arterial, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por la tensión arterial alta, (ii) aunque el señor Medina(Q.E.P.D.) había sido diagnosticado con epilepsia, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban sobre la existencia de esta enfermedad y (iii) que pese a que padecía de diabetes mellitus, faltó a la verdad a la pregunta que específicamente indagaba sobre tal afección de salud. Es decir, pese a sufrir sendas enfermedades, negó sufrir de cualquiera de aquellas.

En otras palabras, como quedará plenamente acreditado con las pruebas que se solicitan en este escrito, con anterioridad a la solicitud de su aseguramiento, esto es el 22 de octubre de 2019, el señor Medina (Q.E.P.D.) padecía y conocía de la existencia de su Hipertensión Arterial, su diabetes y epilepsia. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de ésta a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

En resumen, el señor Medina (Q.E.P.D.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el Asegurado (Q.E.P.D) negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Hipertensión Arterial, la diabetes mellitus y la epilepsia que aquejaba al señor Medina con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, bastará con examinar la historia clínica del señor Medina (Q.E.P.D) que se allegará al plenario en virtud de la exhibición y solicitud probatoria mediante oficio para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio

el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Luis Medina (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro, específicamente la existencia de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y epilepsia, que había padecido al menos desde el año 2012, es decir mucho antes de la solicitud de seguro que diligenció el 22 de octubre de 2019. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron peguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

3. PARA LA DECLARATORIA DE NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO NO SE REQUIERE UN NEXO CAUSAL ENTRE LAS ENFERMEDADES OMITIDAS Y LA CAUSA DE MUERTE DEL ASEGURADO

En este punto se debe afirmar que la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia se abre paso independientemente de que exista o no un nexo causal entre las enfermedades no declaradas y la causa de muerte. Lo anterior porque a voces del artículo 1058 del C.Co la situación que es reprochable y por la que se deriva la consecuencia jurídica de la nulidad es la falta del deber que le asiste en este caso al asegurado de declarar con exactitud los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo. Es decir como en este caso el señor Luis Medina declaró tener un estado de salud óptimo y ello no es así, es claro que deberá declararse la nulidad relativa muy a pesar de que en el curso del proceso se demostrara que la causa de fallecimiento no tiene rlacion con las patologías omitidas, pues lo censurable es su falta de lealtad al hacer creer a la compañía que aseguraba a una persona con excelente estado de salud.

En liena con lo anterior, 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 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.

Sin duda en este caso el consentimiento de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. resulto viciado porque cuando se le indagó al señor Medina sobre su estado de salud el respondió que no a cada una de las preguntas consignadas en el formulario. De tal suerte que de cara a la buena fe mi mandante creyó que el entonces asegurado gozaba de un estado de salud optimo, pero resultó que aquello no era así, pues como se demostrará el señor Medina tenía sendas patologías (hipertensión arterial, diabetes mellitus y epilepsia) que por su gravedad debían ser conocidas por la compañía a fin de decidir si celebrar el acuerdo o no, o al menos a tener la posibilidad de pactar condiciones más onerosas.

En conclusión, cuando el señor Medina solicito su seguro diligenció una declaración de asegurabilidad en donde omitió declarar su verdadero estado de salud y es este el hecho reprochable porque con ello vició el consentimiento de la compañía aseguradora para quien era de vital importancia contar con esa información a fin de decidir si otrogar o no el amparo o hacerlo en

condiciones más onerosas, pues lo cierto es que no es lo mismo asegurar a una persona con excelente estado de salud a asegurar a una persona con diabetes, epilepsia e hipertensión arterial, toda vez que estas condiciones incrementan las posibilidades de que acaezca el riesgo asegurado. Asñi las cosas, aunque la parte demandante llegará a probar que la causa de muerte del señor Luis Medina no fue consecuencia de una de las enfermedades padecidas y no declaradas, lo cierto es que aquello no obstará para que el despacho declare la nulidad relativa porque ya la Corte Constitucional ha decantado que incluso aquel nexo causal no es requisito que contemple el articulo 1058 del C.Co para ello.

Por lo anteriormente expuesto, solicito 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 jurídico[10].*
>
> *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 fundamentales11. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer (…)"12.* (Subrayado

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

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

[12] 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.

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 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)*[13]

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 aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez[14], en donde estableció lo siguiente:

> *"(…) De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 id previene que «aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».*
>
> *No puede, entonces, endilgarse que el profesionalismo que requiere la actividad aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».*

13 Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez.
14 Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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 (…)"[15] (subrayado fuera del texto original).

Ahora, no puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C-232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del C.Co., explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

"(…) Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que

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

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

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más 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 al Honorable Juez que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o

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

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

> *"(…) 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 (…)"*[16] (negrilla y subrayas fuera del texto)

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez[17], expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

> *"(…) Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias*

[16] 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.
[17] Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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.

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

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de éste último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C. Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

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 Vallejo (Q.E.P.D.) fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A

tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

7. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

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

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

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

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho 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 del fallecimiento.

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

9. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA

En este punto es preciso resaltarle al despacho que en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito y que consecuentemente, ostenta la naturaleza de asegurada en la póliza. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

> *"(…) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan,*

en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo (…)"[18]

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores están estructuradas bajo la finalidad de proteger las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que el único beneficiario de cualquier tipo de indemnización únicamente puede ser la entidad bancaria que otorgó el crédito. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

"(…) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora (…)"[19]

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación crediticia No. ***6020. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco BBVA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

[18] Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014
[19] Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

Por todo lo anterior, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es el Banco BBVA, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mí representada. Situación que debe ser tenida en consideración, por lo que consecuentemente, el Despacho no tendrá otra salida que, ante una eventual condena en contra de mí procurada, reconocer que la indemnización únicamente puede ser recibida por la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en la póliza de seguro.

VI. MEDIOS DE PRUEBA SOLICITADOS Y APORTADOS POR BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

1.1. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Luis Hernando Medina (Q.E.P.D.) que se relaciona con el crédito No. ***6020

1.2. Condicionado General del Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores.

1.3. Captura del mensaje de la solicitud de indemnización presentada por medios virtuales el día 28 de mayo de 2020 por parte de la señora María Teresa Quintana.

1.4. Registro civil de defunción del señor Luis Hernando Medina y allegado por la señora Quintana.

1.5. Objeción del 5 de junio de 2020 emitida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

1.6. Derechos de petición enviados al Hospital Militar, Dirección de Sanidad, Fundación Valle de Lili y a la señora Maria teresa Quintana a fin de obtener la historia clínica completa del señor Luis Medina.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **MARIA TERESA QUINTANA**, 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 señora **QUINTANA** podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

3.1. Al tenor de lo preceptuado por el artículo 198 del C.G.P, comedidamente solicito al Despacho ordenar la citación del representante legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso, y especialmente, para que evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del Asegurado (Q.E.P.D) y además, para que precise los hitos temporales y fundamentos que dan lugar a la prescripción de la acción de protección al consumidor financiero aludida en este escrito.

4. TESTIMONIALES

4.1. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **ALEXANDRA QUECANO**, 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 Luis Hernando Medina (Q.E.P.D). Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico judicialesseguros@bbva.com

4.2. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor Luis Medina (Q.E.P.D). Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones

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

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

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico judicialesseguros@bbva.com

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como "un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por el paciente, sus familiares y terceros autorizados o en los casos previstos por la ley." Entonces muy comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **A LA DEMANDANTE** que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor Luis Hernando Medina desde el año 2010 hasta el año 2020.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades que padecía el señor Luis Medina y que fueron diagnosticadas al menos desde el 2012 fecha anterior a la que suscribió la declaración de asegurabilidad de manera previa a la inclusión al seguro de Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de salud. Tal situación reviste suma importancia a fin de probar la nulidad relativa del contrato de seguro aquí alegada además dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de los mismos.

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la Accionantes, comoquiera que en su calidad de cónyuge es quien tiene acceso a estos documentos que gozan de reserva. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente. La demandante pueden ser requerida a traves de los canales de

notificaciones relacionados en su escrito de demanda.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor Luis Hernando Medina Álvarez (Q.E.P.D.) identificado con CC 19378275, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2020.

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la Dirección de Sanidad del ejército, comoquiera que, al tratarse de un régimen especial en salud al que se encontraba adscrito el asegurado de acuerdo con la información que se evidencia en la solicitud de indemnización presentada por la señora María Teresa Quintana, y la historia clínica parcial que aportó con la demanda, es ésta la entidad que conoce la información de salud del señor Medina y es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Luis Medina (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL** puede ser notificada en la Carrera 7 # 52 - 48 Bogotá D.C. o en la dirección electrónica: atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co y disan.juridica@buzonejercito.mil.co

5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **HOSPITAL MILITAR REGIONAL OCCIDENTE**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor Luis Hernando Medina Álvarez (Q.E.P.D.) identificado con CC 19378275, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2020.

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la Dirección de Sanidad del ejército, comoquiera que, al tratarse de un régimen especial en salud al que se encontraba adscrito el asegurado de acuerdo con la información que se evidencia en la solicitud de indemnización presentada por la señora María Teresa Quintana, y la historia clínica parcial que aportó con la demanda, es ésta la entidad que conoce la información de salud del señor Medina y es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Luis Medina (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. **El HOSPITAL MILITAR REGIONAL OCCIDENTE-CALI** puede ser notificado en los correos juridicahospitalmilitarcali@gmail.com y atencion.usuario@sanidad.mil.co

5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a **FUNDACIÓN VALLE DE LILI.,** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor Luis Hernando Medina Álvarez (Q.E.P.D.) identificado con CC 19378275, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2020.

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la Dirección de Sanidad del ejército, comoquiera que, conforme se indica en la demanda en esta institución se había prestado la atención medica al señor Medina. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Luis Medina (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **FUNDACIÓN VALLE DE LILI** puede ser notificada a través del correo electrónico solicitudhc@fvl.org.co y notificaciones@fvl.org.co

6. OFICIOS

6.1. Comedidamente ruego se oficie a la **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO** para que en la oportunidad procesal pertinente remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor Luis Hernando Medina Álvarez (Q.E.P.D.) identificado con CC 19378275, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2020.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de oficiar a la entidad para obtener los documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Medina (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **DIRECCIÓN DE SANIDAD DEL EJERCITO NACIONAL** puede ser notificada en la Carrera 7 # 52 - 48 Bogotá D.C. o en la dirección electrónica:

atencion.usuario@sanidadfuerzasmilitares.mil.co y disan.juridica@buzonejercito.mil.co

6.2. Comedidamente ruego se oficie a **HOSPITAL MILITAR REGIONAL OCCIDENTE**, remitir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor Luis Hernando Medina Álvarez (Q.E.P.D.) identificado con CC 19378275, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2020.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Luis Medina (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. **El HOSPITAL MILITAR REGIONAL OCCIDENTE-CALI** puede ser notificado en los correos juridicahospitalmilitarcali@gmail.com Y atencion.usuario@sanidad.mil.co

6.3. Comedidamente ruego se oficie a **FUNDACIÓN VALLE DE LILI.,** remitir en la oportunidad procesal pertinente, remitir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor Luis Hernando Medina Álvarez (Q.E.P.D.) identificado con CC 19378275, correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2020.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Luis Medina (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **FUNDACIÓN VALLE DE LILI** puede ser notificada a través del correo electrónico solicitudhc@fvl.org.co y notificaciones@fvl.org.co

7. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P.

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarifación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar tres asuntos esenciales para el litigio: **(i)** Que el Asegurado (Q.E.P.D) había sido diagnosticado al menos desde

2012 con hipertensión arterial, diabetes mellitus y epilepsia **(ii)** que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías de Luis Hernando Medina se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará como los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente el riesgo que asumía la Compañía. **(iii)** 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 seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar los contratos, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el ellos.

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 al H. Despacho un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar a contarse una vez las entidades oficiadas (Sanidad militar, Hospital militar y Valle de Lili, así como la demandante) aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurado señor Luis Medina Álvarez (Q.E.P.D.). Es importante aclarar que la Historia Clínica ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de salud mencionadas pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

VII. ANEXOS

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

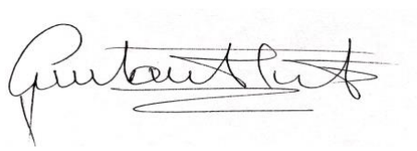
VIII. NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Av 6A Bis #35N-100, oficina. 212 en la ciudad de Cali, Valle del Cauca, o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

- Mi procurada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados, en Bogotá o en la dirección de correo electrónico judicialesseguros@bbva.com

- La Demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relacionan en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. No 19.395.114
T.P. No. 39.116 del C.S. de la J.