

Señores

JUZGADO CUARTO (4º) CIVIL MUNICIPAL DE YOPAL – CASANARE

j04cmpalyopal@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL
RADICACIÓN: 850014003002-**2022-00143**-00
DEMANDANTE: JOSE VICENTE DONCEL ÁVILA
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A 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, en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT No. 800.240.882-0, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, como consta en el poder que obra en el expediente. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal establecido, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por el señor JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones del demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPÍTULO I

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO “PRIMERO”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., compañía aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “SEGUNDO”: Si bien es cierta la obligación identificada con el número 0011330077639600113108, el Honorable Despacho debe tener en cuenta que el Banco BBVA Colombia S.A. es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuáles fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en que se adquirió la obligación crediticia. Por esta razón, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

Por otro lado, es importante resaltar que la póliza que ampara el crédito 0011330077639600113108 fue terminada por vencimiento del préstamo en fecha 28 de diciembre de 2016. Ahora bien en la misma fecha de 28 de diciembre de 2016, se formalizó la póliza vida deudores que ampara la nueva obligación No. 00130077689600160067 objeto de la reclamación, es importante indicar que para el último crédito y cuya póliza fue formalizada el 28 de diciembre de 2016 hubo una declaración de asegurabilidad individual e independiente sin tener continuidad, es importante tener presente que el diligenciamiento de la solicitud y declaración de asegurabilidad es una responsabilidad únicamente del cliente. Por otra parte, no cabe duda, que la firma de la solicitud del seguro avala que el solicitante haya consentido en su contenido y las manifestaciones en ella incorpora

FRENTE AL HECHO “TERCERO”: No es cierto, es importante resaltar que la póliza que amparaba el crédito No. 00130077639600113108 formalizada el 24 de julio de 2013, fue terminada por vencimiento del préstamo en fecha 28 de diciembre de 2016, ahora bien en la misma fecha de 28 de diciembre de 2016, se formalizó la póliza vida deudores que ampara la nueva obligación No. 00130077689600160067 objeto de la reclamación

Es importante indicar que para el primer crédito y cuya póliza fue formalizada el 24 de julio de 2013 hubo una declaración de asegurabilidad individual e independiente sin tener continuidad, la cual fue finalizada el 28 de diciembre de 2016, es importante tener presente que el diligenciamiento de la solicitud y declaración de asegurabilidad es una responsabilidad únicamente del cliente. Por otra parte, no cabe duda, que la firma de la solicitud del seguro avala que el solicitante haya consentido en su contenido y las manifestaciones en ella incorpora.

FRENTE AL HECHO “CUARTO”: Si bien es cierta la obligación identificada con el número 00130077689600160067, el Honorable Despacho debe tener en cuenta que el Banco BBVA Colombia S.A. es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuáles fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en que se adquirió la obligación crediticia. Por esta razón, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

FRENTE AL HECHO “QUINTO”: Si bien es cierta la obligación identificada con el número 00130077689600160067, el Honorable Despacho debe tener en cuenta que el Banco BBVA Colombia S.A. es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuáles fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en que se adquirió la obligación crediticia. Por esta razón, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

No obstante, en este punto se debe tener presente que esta nueva obligación fue amparada por una nueva póliza expedida por mi representada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., fue formalizada desde el 28 de diciembre de 2016. Sin perjuicio de ello, desde este momento se pone de presente al Despacho que dicha póliza no podrá ser afectada por el hecho reclamado en este litigio toda vez que el señor José Vicente Doncel Ávila 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 la enfermedad que el Asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro es supremamente relevante por el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido la Hipertensión Arterial con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieran retraído de celebrarlo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del señor José Vicente Doncel Ávila para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad y antecedente cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro 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 José Vicente Doncel Ávila debe declararse nulo, debido a que él negó su patología y antecedente durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aún, cuando esta le fue preguntada expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

FRENTE AL HECHO “SEXTO”: No le consta a mi representada los hechos que se esgrimen en el presente numeral. Lo anterior, debido a que son hechos totalmente ajenos al giro ordinario de las actividades de mi procurada. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso y de esta forma la demandante debe probar sus dichos a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

Sin perjuicio de lo anterior, en este punto debe tenerse en cuenta que en este caso han transcurrido más de dos años desde la fecha en que la Demandante tuvo conocimiento de la Pérdida de Capacidad Laboral del señor José Vicente Doncel Ávila (09 de diciembre de 2019) y la fecha en que efectivamente se radicó la demanda correspondiente (25 de febrero de 2022). En ese sentido, no existiría duda alguna 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 en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

FRENTE AL HECHO “SÉPTIMO”: Es cierto que el accionante radicó una solicitud de indemnización a efector de solicitar la efectiva de la póliza de seguros vida grupo deudores. No obstante BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. objeto la solicitud presentada, en la cual se abstuvo de reconocer suma alguna a título de indemnización por la pérdida de capacidad laboral. Objeción que se fundamentó en el hecho de que a pesar de que el señor José Vicente Doncel Ávila conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre de 2016, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Por tal razón, BBVA SEGUROS

DE VIDA COLOMBIA S.A., objeto la solicitud de indemnización, indicando que no sería procedente el pago por la evidente reticencia con el que señor José Vicente Doncel Ávila suscribió su declaración de asegurabilidad. Ello por cuanto, dicha reticencia constituye un vicio del consentimiento que causa la nulidad del aseguramiento del señor Doncel en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio lo anterior, por cuanto la compañía aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticado previamente con sendas patologías.

FRENTE AL HECHO “OCTAVO”: Es cierto que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. objeto la solicitud presentada, en la cual se abstuvo de reconocer suma alguna a título de indemnización por la pérdida de capacidad laboral. Objeción que se fundamentó en el hecho de que a pesar de que el señor José Vicente Doncel Ávila conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre de 2016, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Por tal razón, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., objeto la solicitud de indemnización, indicando que no sería procedente el pago por la evidente reticencia con el que señor José Vicente Doncel Ávila suscribió su declaración de asegurabilidad. Ello por cuanto, dicha reticencia constituye un vicio del consentimiento que causa la nulidad del aseguramiento del señor Doncel en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio lo anterior, por cuanto la compañía aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticado previamente con sendas patologías.

FRENTE AL HECHO “NOVENO”: Si bien es cierto, que el accionante radicó una nueva solicitud frente a la objeción a la misma se le dio respuesta el 21 de abril de 2020, donde se le indicó que la póliza que amparaba el crédito No. 00130077639600113108 formalizada el 24 de julio de 2013, fue terminada por vencimiento del préstamo en fecha 28 de diciembre de 2016, ahora bien en la misma fecha de 28 de diciembre de 2016, se formalizó la póliza vida deudores que ampara la nueva obligación No. 00130077689600160067 objeto de la reclamación, es importante indicar que para el último crédito y cuya póliza fue formalizada el 28 de diciembre de 2016 hubo una declaración de asegurabilidad individual e independiente sin tener continuidad, es importante tener presente que el diligenciamiento de la solicitud y declaración de asegurabilidad es una responsabilidad únicamente del cliente. Por otra parte, no cabe duda, que la firma de la solicitud del seguro avala que el solicitante haya consentido en su contenido y las manifestaciones en ella incorpora.

FRENTE AL HECHO “DÉCIMO”: Es cierto que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. ratificó la objeción ya presentada, en la cual se abstuvo de reconocer suma alguna a título de indemnización por la pérdida de capacidad laboral. Objeción que se fundamentó en el hecho de que a pesar de

que el señor José Vicente Doncel Ávila conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre de 2016, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Por tal razón, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., objeto la solicitud de indemnización, indicando que no sería procedente el pago por la evidente reticencia con el que señor José Vicente Doncel Ávila suscribió su declaración de asegurabilidad. Ello por cuanto, dicha reticencia constituye un vicio del consentimiento que causa la nulidad del aseguramiento del señor Doncel en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio lo anterior, por cuanto la compañía aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticado previamente con sendas patologías.

FRENTE AL HECHO “DÉCIMO PRIMERO”: No es cierto. En este punto es necesario precisar que, de acuerdo con la historia médica del 15 de septiembre de 2014, el señor José Vicente Doncel Ávila presentaba un antecedente de hipertensión arterial, como se observa en el siguiente aparte:

Yopal, 15/sep/2014

Paciente

: JOSE VICENTE DONCEL AVILA

Identificación

: CC 4156865 Edad : 50.1 años

Historia Clínica

MOTIVO DE CONSULTA:

Dolor abdominal

ANAMNESIS:

Cuadro crónico de dolor abdominal, epigastralgia, reflujo, pirosis, dispepsia

REVISION POR SISTEMAS:

Pérdida de 5 Kg de peso. Goza de buen apetito.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Médicos:

TBC hace 20 años, HTA

Quirúrgicos:

Hemiorrafia inguinal izquierda.

Alérgicos:

Paracodina

Tóxicos:

Ingesta de alcohol hasta hace tres meses.

Medicamentos:

Esomeprazol, losartan

Transfusiones:

No

Familiares:

Padre fallecio por carcinoma gástrico

Documento:

Historia Clínica 15 de septiembre de 2014

Transcripción parte esencial:

“ANTECEDENTES PERSONALES. MEDICOS: HTA”

A partir del anterior extracto se demuestra fehacientemente que por lo menos desde hacía 2 años, el señor José Vicente Doncel Ávila ya padecía de Hipertensión arterial y aun así no la reportó en su formulario de asegurabilidad. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

FRENTE AL HECHO “DÉCIMO SEGUNDO”: No es cierto, es importante resaltar que la póliza que amparaba el crédito No. 00130077639600113108 formalizada el 24 de julio de 2013, fue terminada

por vencimiento del préstamo en fecha 28 de diciembre de 2016, ahora bien en la misma fecha de 28 de diciembre de 2016, se formalizó la póliza vida deudores que ampara la nueva obligación No. 00130077689600160067 objeto de la reclamación, es importante indicar que para el último crédito y cuya póliza fue formalizada el 28 de diciembre de 2016 hubo una declaración de asegurabilidad individual e independiente sin tener continuidad, es importante tener presente que el diligenciamiento de la solicitud y declaración de asegurabilidad es una responsabilidad únicamente del cliente. Por otra parte, no cabe duda, que la firma de la solicitud del seguro avala que el solicitante haya consentido en su contenido y las manifestaciones en ella incorpora.

En ese sentido, la aseguradora no está teniendo en cuenta una historia clínica posterior a la fecha en que se adquirió la póliza, por lo que es evidente que la póliza objeto de reclamación se adquirió el 28 de diciembre de 2016, tal como se puede evidenciar:

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

BBVA Seguros
NIT. 800.240.882 - 0

BBVA
NIT. 860.003.020-1

SOLICITUD/CERTIFICADO
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES PÓLIZA No. 052842000085

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

FECHA DE CONCLUSIÓN DEL CRÉDITO: Año 2016 Mes 12 Día 28

BBVA COLOMBIA S.A.
AGENCIA 02009

FECHA DE EMISIÓN: Año 2016 Mes 12 Día 28

FECHA DE VENCIMIENTO: Año 2016 Mes 12 Día 28

NOMBRE Y APELLIDOS: José Vicente Doncel Avila

IDENTIFICACIÓN: 4-156-865

EDAD: 50.1 años

DIRECCIÓN: Calle 26 B N° 15-53

TELÉFONO: 311827755

FECHA DE NACIMIENTO: 1964 Mes 02 Día 23

SEXO: X

PROFESIÓN: Docente

TASA: 104.095.066

EXTRA: 104.095.066

SAFRO: 104.095.066

DEUDACIÓN: 104.095.066

VALOR DE LA PRIMERA: 104.095.066

Por otro lado, al analizar y revisar la fecha de la historia clínica del 15 de septiembre de 2014, como se puede evidenciar:

Yopal, 15/sep/2014

Paciente : JOSE VICENTE DONCEL AVILA

Identificación : CC 4156865 Edad : 50.1 años

Historia Clínica

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal

ANAMNESIS: Cuadro crónico de dolor abdominal, epigastralgia, reflujo, pirosis, dispepsia

REVISION POR SISTEMAS: Pérdida de 5 Kg de peso. Goza de buen apetito.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Médicos: TBC hace 20 años, HTA

Quirúrgicos: Hemiorrafia inguinal izquierda.

Alérgicos: Paracodina

Tóxicos: Ingesta de alcohol hasta hace tres meses.

Medicamentos: Esomeprazol, losartan

Transfusiones: No

Familiares: Padre falleció por carcinoma gástrico

Documento: Historia Clínica 15 de septiembre de 2014

Transcripción parte esencial: "ANTECEDENTES PERSONALES. MEDICOS: HTA"

Por lo anterior, no cabe duda de que no es cierto lo referido por la parte demandante sobre sus actuaciones y su estado de salud, puesto que la historia clínica es anterior a lo señalado, esto es el 15 de septiembre de 2016.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones declarativas y de condena 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 el aseguramiento del señor José Vicente Doncel Ávila ostenta la calidad de asegurado debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia con la que el asegurado suscribió el certificado individual de seguro.

OPOSICIÓN FRENTE A TODAS LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS Y DE CONDENA

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “PRIMERO”: En efecto, me opongo a la pretensión PRIMERA elevada por la parte accionante, toda vez que la misma no tiene vocación de prosperidad, como quiera que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, por las siguientes razones:

- **Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 262 0000058805, como quiera que el señor José Vicente Doncel Ávila 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 la enfermedad que el Asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro es supremamente relevante por el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido la Hipertensión Arterial con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieran retraído de celebrarlo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del señor José Vicente Doncel Ávila para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad y antecedente cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro 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 José Vicente Doncel Ávila debe declararse nulo, debido a que él negó su patología y antecedente durante la etapa

precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aún, cuando esta le fue preguntada expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

- **Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro:** en este punto debe tenerse en cuenta que en este caso han transcurrido más de dos años desde la fecha en que la Demandante tuvo conocimiento de la Pérdida de Capacidad Laboral del señor José Vicente Doncel Ávila (09 de diciembre de 2019) y la fecha en que efectivamente se radicó la demanda correspondiente (25 de febrero de 2022). En ese sentido, no existiría duda alguna 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 en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “SEGUNDO”: **ME OPONGO** a la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que resulta consecuencial a la anterior pretensión, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente BBVA SEGUROS S.A., en las siguientes razones

- **Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 262 0000058805, como quiera que el señor José Vicente Doncel Ávila 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 la enfermedad que el Asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro es supremamente relevante por el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido la Hipertensión Arterial con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieran retraído de celebrarlo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del señor José Vicente Doncel Ávila para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad y antecedente cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro 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 José Vicente Doncel Ávila debe declararse nulo, debido a que él negó su patología y antecedente durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aún, cuando esta le fue preguntada expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

- **Prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro:** en este punto debe tenerse en cuenta que en este caso han transcurrido más de dos años desde la fecha en que la Demandante tuvo conocimiento de la Pérdida de Capacidad Laboral del señor José Vicente Doncel Ávila (09 de diciembre de 2019) y la fecha en que efectivamente se radicó la demanda correspondiente (25 de febrero de 2022). En ese sentido, no existiría duda alguna 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 en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “TERCERO”: **ME OPONGO** a la pretensión por cuanto es consecuencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco, además porque en este caso no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros.

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

III. **OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA**

Antes de presentar la objeción al juramento estimatorio de la acción, es importante que el honorable Despacho tenga en cuenta que en la misma no existe un acápite de esta naturaleza. El Demandante se limita a enunciar el valor de sus pretensiones dentro del título de la Acción que se denomina “Cuantía”, sin seguir las formalidades que la ley y la jurisprudencia fijan en el momento de presentar el ya dicho, juramento estimatorio. No obstante, si el honorable juzgador considera que lo establecido en la cuantía de la demanda sí representa un juramento estimatorio, me permito oponerme de manera respetuosa a lo predicado en el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 206 del C.G.P. Por lo estipulado

En primer lugar, no puede perderse de vista que el señor José Vicente Doncel Ávila 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 la enfermedad que el Asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro es supremamente relevante por el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido la Hipertensión Arterial con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieran retraído de celebrarlo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del señor José Vicente Doncel Ávila para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad y antecedente cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad

de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En segundo lugar, sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna en cabeza de mi representada y únicamente en el remoto e hipotético evento en el que el Honorable Juez considere que sí se debe hacer efectiva la póliza materia de litigio. De todos modos deberá tomar en consideración que el único beneficiario de la misma es el Banco BBVA Colombia S.A. En consecuencia, no es jurídicamente viable declarar que la Compañía de Seguros debe pagarle rubro alguno al Demandante, pues se reitera, el único beneficiario a título oneroso del Contrato Vida Grupo Deudores es el Establecimiento Bancario BBVA.

En tercer lugar, debe tenerse en cuenta que en este caso han transcurrido más de dos años desde la fecha en que la Demandante tuvo conocimiento de la Pérdida de Capacidad Laboral del señor José Vicente Doncel Ávila (09 de diciembre de 2019) y la fecha en que efectivamente se radicó la demanda correspondiente (25 de febrero de 2022). En ese sentido, no existiría duda alguna 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 en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

En este orden de ideas, es preciso reiterar que la parte demandante tenía entre sus mandatos toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. Esta teoría ha sido ampliamente desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, debido a que sobre este particular ha establecido lo siguiente:

*“(…) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, **y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración**, como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada.¹”* - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

*“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que **“(…) la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso;** [pues] no hay*

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. M.P. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299.

disposición legal que establezca tal presunción (...)”² - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En virtud de lo expuesto, resulta claro que el extremo actor desconoció los mandatos legales y jurisprudenciales citados, dado que su estimación no obedece a un ejercicio razonado sino meramente especulativo. Razón por la cual, objeto enfáticamente el juramento estimatorio presentado por el extremo actor.

CAPÍTULO II

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES FRENTE A LA DEMANDA

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

Lo primero que deberá tomar en consideración la honorable Despacho, es que en el presente caso la acción derivada del contrato de seguro se encuentra totalmente prescrita. Lo anterior, debido a que el señor José Vicente Doncel Ávila conoció de su Pérdida de Capacidad Laboral el día 09 de diciembre de 2019, No obstante, radicó la reclamación a la aseguradora el 20 de diciembre de 2019 y posteriormente presento demanda hasta el día 25 de febrero de 2022. Es decir, transcurrió con creces el término bienal de prescripción que contempla la norma como plazo máximo para iniciar la acción judicial o extrajudicial. Por tal motivo es necesario advertirle al Despacho desde este punto, que no se podrá hacer efectiva la solicitud de reconocimiento alguno a favor del señor Doncel Ávila.

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

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

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

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

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

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

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

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

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

Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”³ (Subrayado fuera del texto original)

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que el momento en el que la parte actora conoció del hecho que da base a la acción ocurrió el 09 de diciembre de 2020 según la pérdida de capacidad laboral que se aporta en la Demanda. Ahora bien, teniendo en cuenta que la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro opera dentro de los dos años siguientes a la ocurrencia y

³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

conocimiento de los hechos, no hay lugar a dudas que la acción se encuentra totalmente prescrita. Lo anterior, por cuanto la demanda en cuestión fue promovida solo hasta el 25 de febrero de 2022, y aunque por medio de la figura constitucional “Derecho de Petición” el asegurado presento una reclamación extrajudicial esta obra como fecha de radicado el 20 de diciembre. Es decir, se superaron más de dos años después de que la Accionante tuvo conocimiento del hecho, es decir, desde la pérdida de capacidad laboral emitida el 09 de diciembre de 2019 y aun contando con el termino de prescripción de la reclamación extrajudicial, es evidente que en el presente caso operó el fenómeno jurídico de la prescripción.

De este modo, solicito comedidamente a su Despacho se sirva declarar probada la prescripción que aquí se alega, como quiera que la jurisprudencia ha sido enfática en determinar que la prescripción deberá contarse desde la fecha en que se tuvo conocimiento del hecho hasta la fecha en que se presentó la correspondiente reclamación judicial o extrajudicial. De manera que la acción derivada del contrato de seguro en este caso ya se encuentra prescrita, como quiera que como fecha de conocimiento del hecho se tiene el 09 de diciembre de 2019, fecha en que dictamino la pérdida de capacidad laboral del señor José Vicente Doncel Ávila, momento mismo en que el Demandante conoció de dicho suceso y se observa como fecha de radicación de la demanda el 25 de febrero de 2022. Por tanto, es claro que en este caso operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro.

Aun teniendo en cuenta la solicitud de indemnización fue presentada mediante derecho de petición, encontramos que la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita desde el 09 de diciembre de 2021. Puesto que la solicitud de indemnización fue presentada el 20 de abril de 2020, interrumpe el termino de prescripción. De manera que la reclamación extrajudicial no afectó en nada el término prescriptivo, por cuanto el término de la prescripción y contando la interrupción de la reclamación es claro que esta se postergaría hasta el 20 de diciembre de 2020. Ahora, transcurrieron más de dos años desde que se tuvo conocimiento del hecho base del presente litigio, esto es, la incapacidad del señor Doncel Ávila estructurado el 09 de diciembre 2019 la fecha en que se radicó la correspondiente demanda. Por todo lo anterior resulta evidente que en este caso operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, por cuanto la demanda no fue incoada dentro de los términos contemplados por la ley comercial, sino que se presentó fuera de los términos previstos en el artículo 1081 del Código de Comercio, y como consecuencia, claramente deberá declararse probada la excepción de prescripción.

En conclusión, al haber operado en el presente caso el fenómeno prescriptivo de que trata el artículo 1081 del Código de Comercio. Por cuanto en este caso han transcurrido más de dos años desde la fecha en que la Demandante tuvo conocimiento de la Pérdida de Capacidad Laboral del señor José Vicente Doncel Ávila (09 de diciembre de 2019) y la fecha en que efectivamente se radicó la demanda correspondiente (25 de febrero de 2022). En ese sentido, no existiría duda alguna 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 en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio. Lo anterior, por cuanto es claro que el término prescriptivo feneció con creces, dado que transcurrieron más de dos años desde el conocimiento del hecho base del litigio hasta que se promovió la correspondiente Demanda.

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

2. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DE LA ASEGURADA, AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA DEUDOR.

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que el señor José Vicente Doncel Ávila, 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, así como de los tratamientos a los que era sometida, 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 contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

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

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que este 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 ocurrencia⁴. (Subrayado y negrita fuera del texto original).

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la asegurada, señora Lastra Gamero, conociendo a profundidad sus padecimientos, omitió informar sobre estos en la etapa precontractual, faltando a la verdad. 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 vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, verbi gracia, 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, tal como ocurrió en esta caso, y que precisa lo siguiente:

“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 y negrita 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

⁴ BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o 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 y negrita fuera del texto original)

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia, a través de Sentencia del 01 de septiembre de 2010, Magistrado Ponente Edgardo Villamil Portilla, Radicación No. 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad su verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos que en el cuerpo de esta providencia se expone:

“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.”⁵ (Subrayado y negrita fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en sentencia del 03 de abril de 2017, Magistrado Ponente Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, radicado No. 11001- 31-03-023-1996-02422-01, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse. Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”⁶ (Subrayado y negrita fuera del texto original)

Inclusive, esta Alta Corte en sede de tutela ha conservado y reiterado su postura acerca de la nulidad relativa por reticencia del asegurado, consagrada en el artículo 1058 del C.Co., analizando y precisando, 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

⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01.

⁶ 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.

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.”⁷ (Subrayado y negrita fuera del texto original)

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

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

⁷ 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.

en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el 28 de diciembre de 2016, fecha en la cual el señor José Vicente Doncel Ávila solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el Asegurado las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor José Vicente Doncel Ávila conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al 28 de diciembre de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas negativas y falsas del Asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 28 de diciembre de 2016:**

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI CORTILLOS
DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD DATOS SI VISIBLES

ESTATURA: 1.64 cm PESO: 80 kg FUMA: SI ☒ NO ☐ Cuantos cigarrillos fuma al día? _____

Deportes que practica: Ninguno

	SI	NO
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?	☒	☐
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?	☐	☒
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?	☐	☒
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?	☐	☒
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?	☐	☒
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS	☐	☒
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VERTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	☐	☒
BOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO	☐	☒
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA	☐	☒
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA MEMOLINFÁTICO O ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS	☐	☒
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	☐	☒
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS	☐	☒
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO	☐	☒
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ESÓFAGO, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	☐	☒
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NARIZ, GÁRGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	☐	☒
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE	☐	☒
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENOS, MATRIZ, OVARIOS?	☐	☒
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO.	☐	☒
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?	☐	☒

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

Hernia inguinal 2008

Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Ten créditos de libranza y Consumer finance, si hay lugar a pago de indemnización que exceda el valor de la deuda, la proporción en exceso se entregará a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto a los beneficiarios de ley.

Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o atrocidad contra mi vida.

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BOVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o episódios o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte de

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor José Vicente Doncel Ávila respondió de forma negativa a la totalidad de las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que el señor José Vicente Doncel Ávila Pabón había padecido y/o sufrido de Hipertensión Arterial Esencial con anterioridad al perfeccionamiento de su seguro, situación que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocida 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 aquel.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor José Vicente Doncel Ávila, es de gran importancia precisar cuál era la enfermedad que padeció y que no fue declarada en el momento de perfeccionar su aseguramiento. Lo anterior, con el objetivo de ilustrarle al Despacho que aquel padecimiento fue tan representativo y grave, que por supuesto, tiene todas las características y sobre todo la envergadura requerida, para anular la vinculación al contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable despacho tenga en cuenta que el señor José Vicente Doncel Ávila no informó a mi representada que padecía de una Hipertensión Arterial sumamente relevante que vicia integralmente el consentimiento del

Asegurador. A continuación, se muestran los fragmentos más representativos de la historia clínica en los cuales queda acreditado que esta enfermedad es anterior al mes de septiembre del año 2014, fecha en que se suscribió el certificado individual de seguro

Yopal, 15/sep/2014

Paciente : JOSE VICENTE DONCEL AVILA
Identificación : CC 4156865 Edad : 50.1 años

Historia Clínica

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal

ANAMNESIS: Cuadro crónico de dolor abdominal, epigastralgia, reflujo, pirosis, dispepsia

REVISION POR SISTEMAS: Pérdida de 5 Kg de peso. Goza de buen apetito.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Médicos: TBC hace 20 años, HTA
Quirúrgicos: Hemiorrafia inguinal izquierda.
Alérgicos: Paracodina
Tóxicos: Ingesta de alcohol hasta hace tres meses.
Medicamentos: Esomeprazol, losartan
Transfusiones: No
Familiares: Padre falleció por carcinoma gástrico

Documento: Historia Clínica 15 de septiembre de 2014

Transcripción parte esencial: "ANTECEDENTES PERSONALES. MEDICOS: HTA"

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que desde el año 2014 el señor José Vicente Doncel Ávila fue diagnosticado con HIPERTENSIÓN ARTERIAL, es decir, con más de dos años de anterioridad al 28 de diciembre de 2016, fecha en la que suscribió su formulario de asegurabilidad respecto del crédito No. **9600160067. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento

Aunado a ello, no se puede pasar por alto que la hipertensión que padece desde el año 2014, no es un evento aislado. Todo lo contrario, como se demostrará en el curso de este proceso, en la información clínica del señor Doncel Ávila se evidencia una consistencia histórica de registros de este evento. De manera que, en este punto y con el fragmento precitado queda plenamente acreditado que el Asegurado conocía de la hipertensión arterial que padecía desde el año 2014 y omitió ponerla en conocimiento de mi representada al momento de firmar su formulario de asegurabilidad. En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de Hipertensión Arterial es una enfermedad prolongada en el tiempo que padeció el asegurado desde el año 2014. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co., como

resultado de la reticencia con la que el señor Ciro Antonio Quintero (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

Máxime cuando los expertos han establecido las complicaciones que podría ocasionar el padecimiento de esta patología, entre los que se encuentran: hipertensión portal, hinchazón en las piernas y el abdomen, agrandamiento del bazo, sangrado, infecciones, desnutrición, acumulación de toxinas en el cerebro (encefalopatía hepática), ictericia, enfermedad ósea, aumento del riesgo de padecer cáncer de hígado, cirrosis crónica reagudizada. Es decir, como se observa, son muchos los riesgos para la vida de las personas que sufren esta patología, lo que confirma la necesidad de que la misma fuese informada a la Compañía Aseguradora.

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

“La hipertensión arterial (HTA) es un trastorno de carácter multicausal, lo cual determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial”⁹. “La HTA se define como una PAS $\geq$ 140 mmHg o una PA diastólica (PAD) $\geq$ 90 mmHg medidas en consulta”⁸

A partir de esta definición, es claro que la Hipertensión Arterial es uno de los mayores factores de riesgo para el padecimiento de complicaciones cardiovasculares y renales que exacerban el riesgo de morir, como se desprende del siguiente aparte:

*“Tanto la PA medida en consulta como la PA ambulatoria tienen una relación independiente y continua con **la incidencia de algunos eventos cardiovasculares (ictus hemorrágico, ictus isquémico, infarto de miocardio [IM], muerte súbita y enfermedad arterial periférica [EAP]), además de enfermedad renal terminal**. La evidencia acumulada relaciona estrechamente la HTA con un aumento del riesgo de aparición de fibrilación auricular [FA]²⁰ y **hay nueva evidencia sobre la relación entre el aumento prematuro de los valores de PA con un aumento de riesgo de deterioro cognitivo y demencia**”¹¹. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

9

⁸ 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. – Grupo de Trabajo de Colegio Americano de Cardiología (ACC) y la Asociación Americana del Corazón (AHA). https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000923?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

⁹ Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. - Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. <https://www.revespcardiol.org/es-guia-esc-esh-2018-sobre-el-articulo-S0300893218306791>

En efecto, a partir de la información médica anteriormente referida, es evidente la gravedad de las enfermedades que conlleva para quien padece este tipo de patología. Como quiera que la Hipertensión Arterial no solo es una enfermedad compleja de tratar, sino que incrementa exponencialmente el riesgo de muerte del paciente que la sufre. Por lo tanto, omitir declarar la existencia de un antecedente de tanta envergadura configura la nulidad del contrato a causa de la reticencia con la que el asegurado declaró su estado de salud.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de Hipertensión Arterial no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica del señor José Vicente Doncel Ávila se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad, en donde se observa claramente registro de Hipertensión, lo que indiscutiblemente significa, que el señor Doncel sufrió de esta patología, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) el señor José Vicente Doncel Ávila fue diagnosticada con Hipertensión Arterial con anterioridad al 28 de diciembre de 2016, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y (ii) esta patología y antecedente es sumamente relevante para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad altera ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Este 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 la asegurada 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 solo 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 solo 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 la Hipertensión Arterial que sufrió el Asegurado, y que por supuesto él debió informar. Lo anterior, ya que de haber sido conocido 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.

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente (i) que a pesar de que el señor José Vicente Doncel Ávila había sido diagnosticado con Hipertensión Arterial, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba por esa patología, y (ii) que pese a que padecía de sendas enfermedades, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario. En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, el señor José Vicente Doncel Ávila padecía y conocía de

la existencia de sus padecimientos de Hipertensión Arterial. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de esta a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario esa enfermedad le fue preguntada expresamente.

En este punto es pertinente traer nuevamente a colación, que el señor José Vicente Doncel Ávila no informó a mi procurada de la existencia de su Hipertensión Arterial en el momento en que suscribió su declaración de asegurabilidad. Esta situación indefectiblemente demuestra la existencia de un vicio del consentimiento que causa la nulidad de su aseguramiento en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, por cuanto la Compañía Aseguradora aceptó que se le trasladara un riesgo mucho más grande del que realmente creía estar asegurando, esto es, creyó asegurar la vida de una persona en óptimas condiciones de salud, cuando aseguró a una que había sido diagnosticada previamente con semejante enfermedad.

En resumen, El señor José Vicente Doncel Ávila 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 la enfermedad que del Asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro es supremamente relevante por el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido la Hipertensión Arterial con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieran retraído de celebrarlo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del señor José Vicente Doncel Ávila para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia de la asegurada. El aseguramiento del demandante debe declararse nulo, debido a que aquella negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

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

3. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. 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, como se expone en el escrito

de la demanda para el caso que nos ocupa, desconociendo la ubérrima buena fe que recae en cabeza del señor José Vicente Doncel Ávila para el momento de la suscripción del contrato de seguro, en cumplimiento de sus deberes como consumidora financiera. Tal y como se expondrá a continuación, no solo 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 estos 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 estas 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”.

El citado artículo demuestra que es facultad de las aseguradoras la realización de exámenes médicos a sus clientes para verificar que la información otorgada por los mismos en la declaración de asegurabilidad es veraz, pues esta carga precontractual a cargo del tomador tiene estrecha relación con el principio de la *ubérrimae bona fidei*, la razón de esto es que, en el contrato de seguros la compañía aseguradora no puede asumir los riesgos sin conocer el grado de peligrosidad que estos encierran, y la única fuente de conocimiento del estado del riesgo que el asegurador tiene es precisamente, la información que otorga el tomador, ya que se presupone que él tiene contacto directo con el mismo.

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.

Por su parte, 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 jurídico¹⁰.*

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que solo el 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

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.

necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer¹². (Subrayado y negrita fuera del texto original)

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso como las compañías aseguradoras no se encuentran en la obligación de realizar ningún tipo de examen de ingreso ante la obligación en cabeza del tomador de declarar de manera sincera su estado de salud previo y actual para la suscripción del contrato de seguro, así:

*“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.”¹³* (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁴, 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»***

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.

¹³ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez.

¹⁴ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

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

(...)

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 el quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.”
(Subrayado y negrita fuera del texto original)

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 la ausencia de esta carga en cabeza de las compañías aseguradoras:

“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...**”¹⁴(subrayado y negrita 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

¹⁴ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a este 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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. (Subrayado y negrita fuera del texto original)

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por el señor Arturo Díaz Murillo expediente No. 2016-0318 en relación con la realización de exámenes médicos por parte de las aseguradoras manifestó lo que a continuación se transcribe:

“Así las cosas no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o requerir la Historia clínica de la asegurada para verificar una enfermedad o condición que al momento de diligencia la solicitud sin salvedad manifestó la asegurada no padecer o ratificar un estado del riesgo que fue declarado bajo el supuesto uberrima bona fidei” (Subrayado y negrita fuera del texto original)

Asimismo, la Superintendencia Financiera de Colombia, Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en sentencia del 26 de Octubre de 2016 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por la señora Carmela Sofia Orozco contra el Banco Caja Social, expediente No. 2016-0367, se ha reconocido:

“A la luz de las normas y el precedente judicial citado aunado al análisis del acervo probatorio se tiene que la omisión de la información sobre el estado de salud tiene gran inferencia en el contrato de seguro cuyo cumplimiento persigue, y es que se aseveró por la actora que su esposo había informado a la entidad aseguradora las enfermedades que padecía, por el contrario de la solicitud denominada certificado individual, se extrae que el demandante suscribió el documento sin reparo alguno en su contenido, por lo que avaló con su firma las manifestaciones allí contenidas, esto es, que su estado de salud era bueno, pese que las historias clínicas allegadas al plenario desmentían tal afirmación.

Se tiene que el demandante diligencia la declaración de asegurabilidad con el fin de ser incluido en la póliza de vida grupo deudores, luego al momento de adquirir el crédito fue indagado sobre su estado de salud, y manifestó gozar de un buen estado de salud, sobre el particular, debe señalarse que previo a suscribirse el contrato de seguro, el tomador está en la obligación de declarar los hechos y circunstancias que rodean su estado del riesgo con el fin de que se pueda dar a conocer su extensión y otorgar un consentimiento que no se encuentre errado: con motivo de la declaración en cita se le permite a la aseguradora valorar oportunamente la conveniencia del riesgo para asumirlo o abstenerse de hacerlo de acuerdo con los presupuestos técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia en virtud de la libertad contractual, así las cosas en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias jurídicas que identifican el riesgo moral y subjetivo y el físico objetivo que inciden en el juicio del asegurador de tal manera que si se omiten o no corresponden a la realidad el contrato estaría sujeto a la ascensión legal de nulidad” (Subrayado y negrita fuera del texto original)

Por lo anterior, no es admisible que los operadores judiciales y el extremo activo pretendan que, por cada contrato de seguro se realice un examen médico, pues es impensable y poco práctico, debido a que el funcionamiento de los contratos de seguro se perfecciona por prácticas distintas.

Lo anterior en virtud a que, si fuera obligación de las aseguradoras la realización de estos exámenes médicos, se omitiría la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad y no tendría fundamento alguno el artículo 1058 del Código de Comercio, que prevé la reticencia como causal relativa del contrato de seguro cuando el asegurado/tomador no declara el verdadero estado del riesgo, en otras palabras, dejaría de ser una obligación contractual para la parte asegurada declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, situación inviable para el presente negocio jurídico, pues la piedra angular de este tipo contractual es la *UBERRIMA BUENA FE* “*BONA FIDES*”.

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 estas 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 uberrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es este 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.

4. 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. Como se configura en el presente caso ante la omisión a la verdad en la que incurrió el señor José Vicente Doncel Ávila al momento de la suscripción del aseguramiento.

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 esta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de

su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro¹⁵.” (Subrayado y negrita fuera del texto original)

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 Gutiérrez¹⁶, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

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

¹⁵ 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.

¹⁶ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

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

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

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

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que el despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, como el que ha acaecido con el señor José Vicente Doncel Ávila, 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 José Vicente Doncel Ávila fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente su estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al omitir informar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, fueron indispensables para la calificación de su pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con el Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez, y que, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

6. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

Solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Accionante (1081 C. Co.).

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

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

1. **EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA DEUDOR No. 02 105 0001637789.**

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 BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

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

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

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

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

3. **EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA COLOMBIA S.A.**

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.¹⁷ (...)

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.¹⁸ (...)

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. **79600160067. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco BBVA Colombia. 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.

¹⁷ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

¹⁸ 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.

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor José Vicente Doncel Ávila del 28 de diciembre de 2016.
- 1.2. Condicionado Generales Seguro de Vida Grupo Deudores No. 02 105 0001637789.
- 1.3. Comunicación del 21 de abril de 2020 mediante la cual se negó la solicitud de indemnización.
- 1.4. Certificación del estado actual de la Póliza de Vida Grupo Deudores No. 02 105 0001637789.
- 1.5. Derecho de petición enviado a la Corporación Salud UN, junto con su soporte de radicación.
- 1.6. Derecho de petición enviado a Fondo de Prestaciones sociales del Magisterio, junto con su soporte de radicación.
- 1.7. Derecho de petición enviado a la Unión Temporal Red Integrada Foscal, junto con su soporte de radicación.

La mayoría de los anteriores documentos se aportan en copia simple, siguiendo lo señalado por el artículo 246 del Código General del Proceso, disposición mediante la cual se les asigna a este tipo de copias el mismo valor probatorio que a los documentos aportados en original.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comendidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA**, 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.

El señor JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA, podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza de Seguro Vida Deudor.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Sírvasse citar y hacer comparecer a la Doctora **ALEXANDRA QUECANO**, Gerente 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 demandante. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

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

- 4.2. Solicito se sirva citar a la doctora 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 demandante. Este

testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

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

- 4.3. Solicito se sirva citar a la Doctora **ANA MARÍA BARÓN MENDOZA**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, sus exclusiones, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., de los Contratos de Seguro objetos del presente litigio. La Doctora podrá ser citada en el correo electrónico abmendoza@gmail.com.

No obstante, comedidamente solicito al honorable Juez que, en aplicación de los artículos 103, 171 y siguientes del C.G.P., se autorice a los testigos en mención para comparecer ante su Despacho de forma remota en ejercicio del uso de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y/o medios electrónicos, con el objetivo de facilitar y agilizar el acceso a la administración de justicia, así como ampliar su cobertura. Lo anterior, como quiera que los testigos actualmente se encuentran domiciliados y además residen en la ciudad de Bogotá.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; Comedidamente solicito al

Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **AL ACCIONANTE**, para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica desde el año 2000 hasta el año 2022, así como también, copia del DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, en la audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y pérdidas de capacidad previas que el demandante sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida; y así mostrar la reticencia con que la accionante declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, 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 estos.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, como quiera que como afiliado 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.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor José Vicente Doncel Ávila correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2022.
- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral, del 09 de diciembre de 2019, el cual fue realizado al señor José Vicente Doncel Ávila, identificada con cédula de ciudadanía No. 4.156.865

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías que el señor José Vicente Doncel Ávila sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida; y así mostrar la reticencia con que la accionante declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, 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 estos. El **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG** puede ser notificado en la Calle 72 # 10 - 03 Bogotá D.C. o en la dirección electrónica: notjudicial@fiduprevisora.com.co

Los mencionados documentos se encuentran en poder del FOMAG, como quiera que, al tratarse de un régimen especial, es ésta la entidad que conoce la información de salud del demandante y es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica, así como también, el dictamen que lo ha calificado y el expediente médico. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **CORPORACIÓN SALUD UN** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor José Vicente Doncel Ávila correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2022.
- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral, del 09 de diciembre de 2019, el cual fue realizado al señor José Vicente Doncel Ávila, identificada con cédula de ciudadanía No. 4.156.865

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías que el señor José Vicente Doncel Ávila sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida; y así mostrar la reticencia con que la accionante declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, 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 estos. La **CORPORACIÓN SALUD UN** puede ser notificada en la Calle 44 # 59 – 75 Bogotá D.C. o al correo electrónico: atencionalusuario@hun.edu.co;

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la precitada como quiera que, al tratarse de un régimen especial, es ésta la entidad que conoce la información de salud del demandante 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.

5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor José Vicente Doncel Ávila correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2022.

- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral, del 09 de diciembre de 2019, el cual fue realizado al señor José Vicente Doncel Ávila, identificada con cédula de ciudadanía No. 4.156.865

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías que el señor José Vicente Doncel Ávila sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida; y así mostrar la reticencia con que la accionante declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, 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 estos. La **UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL** puede ser notificada en la Carrera 27 No. 37-33 Edificio Green Gold Oficina 512 en la ciudad de Bucaramanga, y a través del correo electrónico info@utredintegradafoscal-club.com;

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la precitada como quiera que, al tratarse de un régimen especial, es ésta la entidad que conoce la información de salud del demandante 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.

6. **OFICIOS**

6.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie al **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor José Vicente Doncel Ávila correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2022.
- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral, del 09 de diciembre de 2019, el cual fue realizado al señor José Vicente Doncel Ávila, identificada con cédula de ciudadanía No. 4.156.865

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que fue la encargada de realizar el dictamen de pérdida de capacidad laboral de la accionante, tal como se puede observar en los documentos arrimados al proceso. 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 que el señor José Vicente Doncel Ávila sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida; y así mostrar la reticencia con que la accionante declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, 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 estos. El **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG** puede ser notificado en la Calle 72 # 10 - 03 Bogotá D.C. o en la dirección electrónica: notjudicial@fiduprevisora.com.co

6.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **CORPORACIÓN SALUD UN** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor José Vicente Doncel Ávila correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2022.
- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral, del 09 de diciembre de 2019, el cual fue realizado al señor José Vicente Doncel Ávila, identificada con cédula de ciudadanía No. 4.156.865

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.

La **CORPORACIÓN SALUD UN** puede ser notificada en la Calle 44 # 59 – 75 Bogotá D.C. o al correo electrónico: atencionalusuario@hun.edu.co.

6.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica del señor José Vicente Doncel Ávila correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2022.

- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral, del 09 de diciembre de 2019, el cual fue realizado al señor José Vicente Doncel Ávila, identificada con cédula de ciudadanía No. 4.156.865

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.

La UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL puede ser notificada en la Carrera 27 No. 37-33 Edificio Green Gold Oficina 512 en la ciudad de Bucaramanga, y a través del correo electrónico info@utredintegradafoscal-club.com.

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

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

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

Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica completa del Asegurado.

Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de salud del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, 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.

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.

NOTIFICACIONES

El suscrito, en la Av. 6A Bis #35N-100, Oficina 212, Cali, Valle del Cauca, Centro Empresarial Chipichape, 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 defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co

La Demandante y su apoderado recibirán 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.



M026300110236200779600160067

BBVA Seguros
NIT. 800.240.882 - 0BBVA
NIT. 860.003.020-1SOLICITUD/CERTIFICADO
SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES PÓLIZA No. 052842000085

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

FECHA DE CONTABILIZACIÓN DEL CRÉDITO		SUCURSAL		CIUDAD	
Año 2016	Mes 12	Día 28	(0077)	BOGOTÁ	
BENEFICIARIO			RIT		
BBVA-COLOMBIA S.A.			860.003.020-1		
VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA		
Año 2016	Mes 12	Día 28	FIN DEL CRÉDITO A LAS 24 HORAS.		
DATOS DEL TOMADOR/ASEGURADO					
NOMBRES Y APELLIDOS		IDENTIFICACION		EDAD	
Vicente Doncel DA		4156.865		52	
DIRECCION		TELÉFONO		CÓDIGO	
Calle 26 B N°15-53		10827755		10827755	
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO		PROFESION	
1964 Mes 02 Día 23		X F		Docente	
DATOS DEL SEGURO					
TASA	EXTRA PRIMA	ANEXO ITP	OBLIGACION NO	VALOR DE LA OBLIGACION (V. AN. 2016)	
%	%	Si No	00779600160067	109.095.066.	
Beneficiario en exceso del seguro (Únicamente para créditos de Libranza y Consumer finance)					
NOMBRES Y APELLIDOS		PARENTESCO		PARTICIPACIÓN	
TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RATAS NI COMILLAS					
ESTATURA 1.64 cm PESO 80 kg FUMIA SI X Cuantos cigarrillos diarios?					
Dientes que practica Ninguno					
¿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 O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?					
X					
¿HA SUFRIDO O SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD O PROBLEMA DE SALUD DE LOS SIGUIENTES APARATOS, SISTEMAS U ÓRGANOS?					
X					
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS					
X					
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VERTIGOS, TEMBLOR, DOLORS DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO					
X					
BÓCIO, 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?					
X					
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO INDIQUE EL RESULTADO.					
X					
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?					
X					
SI CONTESTÓ AFIRMATIVAMENTE CUALQUIERA DE LAS ANTERIORES PREGUNTAS, DETALLE LA ENFERMEDAD Y FECHAS DE OCURRENCIA:					
Hernia inguinal. 2008					
Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas, verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del Código de comercio.					
En créditos de libranza y Consumer finance, si hay lugar a pago de indemnización que exceda el valor de la deuda, la proporción en exceso se entregará a los beneficiarios designados por el asegurado o en su defecto a los beneficiarios de ley.					
Las actividades a las que me dedico son lícitas y no generan ningún riesgo o avarosidad contra mi vida.					
En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1991, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o episódios o historias clínicas aún con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, al éste llegare a celebrarse.					
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES					
BBVA Seguros recolectará, usará y tratará sus datos personales principalmente para fines relacionados con la actividad y prestación de servicios afines a la actividad aseguradora, así como para actividades de marketing, mercadeo, atención al cliente y demás establecidas en nuestra política de tratamiento de datos personales disponible en www.bbvasseguros.com. El cliente acepta de manera previa, expresa e informada las siguientes autorizaciones: A BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y a BBVA SEGUROS COLOMBIA S.A., como responsables del tratamiento, a los encargados del mismo o a quien represente sus derechos, para las siguientes finalidades: El cumplimiento de obligaciones establecidas en la ley, en normativas internacionales, análisis de riesgos, generación de estadísticas, de control, supervisión, mercadeo y comercialización de productos, verificación y actualización de información. En todo caso, el cliente se reserva el derecho de solicitar que no se utilice la información con fines de mercadeo y/o promoción de productos o servicios, en desarrollo de lo anterior los mismos podrán: a) almacenar, conservar, procesar, reportar, obtener, actualizar, compilar, trazar, intercambiar, compartir, enviar, modificar, emplear, utilizar, eliminar, otorgar, suministrar, grabar, conservar y divulgar a responsables o encargados del tratamiento de datos personales, los operaciones, centrales o bases de información y/o cualquier otra entidad nacional o extranjera que tenga los mismos fines así como a contratistas y/o terceros personas con las cuales se establezcan relaciones comerciales, legales, contractuales, que permitan el desarrollo del objeto social de la Aseguradora, la información de carácter personal, incluida la de carácter financiero, así como aquella que se derive de la relación y/u operaciones que figure a cualquier con el responsable del tratamiento o que lleguen a conocer, siempre que a tales compañías, contratistas y/o terceros se les está otorgando el consentimiento de tratamiento de datos personales y las políticas internas del BBVA se transfieren o transmiten, nacional o internacionalmente, y suministrar toda la información para los fines indicados y el desarrollo, prestación de los servicios principales, accesorios y conexos del responsable, los encargados y demás sujetos citados, igualmente, se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (sexo, raza, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1256 de 2008 y 1581 de 2012 los cuales puede ejercer observando igualmente nuestra política de tratamiento de datos personales que se encuentra en nuestra página web. El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualiza la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros entregando los soportes y documentos correspondientes.					
Terminación automática del contrato de seguro. La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o extras que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos calculados con ocasión de la expedición del certificado. Art. 1068 Código de Comercio.					
El cliente acepta las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com y www.bbva.com.co					
CERTIFICADO QUE INTERVIENE INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE INFORMACIÓN Y/O IDENTIFICACIÓN QUE FULGENTE EL CLIENTE LA INFORMACIÓN CON TENIDA EN ESTA SOLICITUD INCLUYENDO EL SEGURO VIDA Y SUSCRIBIR BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. CON LA OBLIGACIÓN DE APTACIÓN DEL PREMIUM SEGURO.					
Para constancia se firmó en Bogotá a los 28 días del mes de Diciembre de 2016.					
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.					
Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 15 No. 95 - 65 Teléfono 2191100					
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 4232224					
Consumidor Financiero Carrera 9 N 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensoria.bbva.com.co					
ORIGINAL CLIENTE-COPIA 1 BANCO COPIA 2 ASEGURADORA					
V130-0116-1					

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES BANCASEGUROS

AMPARO BÁSICO

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

EXCLUSIONES

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA – EL TOMADOR

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

CLÁUSULA SEGUNDA – GRUPO ASEGURADO

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

CLÁUSULA TERCERA – PAGO DE PRIMAS

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

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

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

CLÁUSULA CUARTA – FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

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

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

CLÁUSULA QUINTA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO

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

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

CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

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

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

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

Si la reticencia o la inexactitud provienen del asegurado, se aplicará lo contenido en el artículo 1058 del código de comercio.

CLÁUSULA SÉPTIMA - IRREDUCTIBILIDAD

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

CLÁUSULA OCTAVA – TERMINACIÓN DEL AMPARO BÁSICO

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

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

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

CLÁUSULA NOVENA – RENOVACIÓN

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA- CONVERTIBILIDAD

Los asegurados que se separen del grupo tendrán derecho a asegurarse sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite “LA COMPAÑÍA”, con excepción de los planes

temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán los certificados individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra-prima que corresponda.

Si el asegurado fallece dentro del plazo para solicitar la póliza de vida individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie solicitud o pago de prima) sus beneficiarios tendrán derecho a la prestación aseguradora bajo la póliza respectiva.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA- INEXACTITUD DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

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

Cuando no se designen los beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos

legales de esté en la otra mitad. Igual solución se les dará si la designación del beneficiario ha sido a título gratuito y ocurre uno de los eventos siguientes: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero y si la designación ha sido a título oneroso y ocurre cualquiera de los dos últimos eventos mencionados, el seguro será provecho únicamente de los herederos del beneficiario.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – AVISO DE SINIESTRO

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA– PAGO DE INDEMNIZACIONES

“LA COMPAÑÍA” pagará el valor del seguro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o el beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante “LA COMPAÑÍA”. Vencido este plazo, “LA COMPAÑÍA” reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario además del valor a indemnizar, lo estipulado en el artículo 1080 del código de comercio.

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA– DERECHOS DE INSPECCIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA– ADHESIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA– NOTIFICACIONES

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA– PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA– DISPOSICIONES LEGALES

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA– OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA– DOMICILIO

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

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si durante la vigencia de la póliza a la cual accede y antes de cumplir el asegurado la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza, si como asegurado sufre una incapacidad que impida de en forma total y permanente realizar cualquier tipo de actividad u ocupación siempre que no haya sido provocada por el asegurado la compañía pagará el 100% del valor asegurado.

Para los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente, aquella incapacidad sufrida por el asegurado dentro de los límites de edad establecidos en las condiciones particulares del presente anexo, originada por cualquier causa, sin ningún tipo de salvedades o limitaciones, que le genere al asegurado una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, sea cual fuere su régimen, naturaleza, incluyendo todo tipo de preexistencias, incluso la causada intencionalmente por este, y que se encuentre determinada, sin limitarse por cualquiera de las siguientes entidades: la ARL, la EPS, la AFP del Asegurado, las compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez o sobrevivencia, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía, el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía o por parte de organismos debidamente facultados por la Ley que califiquen regímenes especiales.

La fecha de ocurrencia del siniestro en los eventos de incapacidad total y permanente será la fecha de la calificación de pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con lo señalado en el dictamen de calificación.

2. CONVERTIBILIDAD

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

ANEXO PARA PÓLIZA DE DEUDORES

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

AMPARO

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

CAUSALES DE TERMINACIÓN

- A. Por extinción total de la obligación
- B. Por muerte o incapacidad total y permanente (si se ha contratado este amparo) del deudor.

CONDICIONES PARTICULARES

1. La edad mínima de ingreso a la póliza es de 18 años.
2. Para los efectos del presente anexo, la iniciación del seguro para cada uno de los asegurados individualmente considerados amparados por la presente póliza, queda condicionada a la entrega real del dinero, por lo tanto la cobertura individual se inicia en la fecha del desembolso del mismo.
3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor. En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor.
4. Cuando el valor de la deuda a la cual se vincula el seguro, se expresa en Unidades de Valor Real UVR, adeudadas será calculada con base en la cantidad de Unidades de Valor Real UVR adeudadas en la fecha del fallecimiento, liquidada a la cotización del día en que se efectúe el pago del siniestro o en la fecha en la cual “LA COMPAÑÍA” informe por escrito al tomador su aceptación de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente del deudor según el caso y si ha contratado este amparo.
5. La vigencia de la póliza depende de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, motivo por el cual no supone recargo en la prima correspondiente.

Bogotá, 21 de abril de 2020

Señor(a)
JOSE VICENTE DONCEL AVILA
jovidoa_lic@hotmail.com

REF:	TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
	PÓLIZA	VGDB 010043
	ASEGURADO	JOSE VICENTE DONCEL AVILA
	CÉDULA	4156865
	RECLAMO	VGDB-14356
	OBLIGACIÓN	00130077009600160067

Cordial saludo señor(a):

En atención a su comunicación radicada en días pasados, le informamos que después del análisis de la reclamación presentada, afectando el amparo de incapacidad total y permanente del asegurado en referencia, hecho ocurrido el 09 de diciembre de 2019, nos permitimos manifestarle las siguientes precisiones:

1. Referente a su solicitud respecto a la póliza que amparaba el crédito No 00130077639600113108, formalizada el 24 de julio de 2013, nos permitimos indicarle que la misma fue terminada por vencimiento del préstamo en fecha 28 de diciembre de 2016.
2. Ahora bien en la misma fecha 28 de diciembre de 2016, se formalizo la póliza vida deudores que ampara la obligación No 00130077689600160067 objeto de la reclamación.

Es importante indicar que para el ultimo crédito citado y cuya póliza fue formalizada el 28 de diciembre de 2016 hubo una declaración de asegurabilidad individual e independiente sin tener continuidad, tenga presente que el diligenciamiento de la solicitud y declaración de asegurabilidad es una responsabilidad únicamente del cliente. Por otra parte, no cabe duda, que la firma de la solicitud del seguro avala que el aspirante asegurado haya consentido en su contenido y las manifestaciones en ella incorporada.

Basado en lo anterior y teniendo en cuenta que al diligenciar la solicitud individual para el seguro de Vida Grupo Deudores, el asegurado de la referencia fue reticente y omitió declarar las patologías ya mencionadas, estando obligado a hacerlo en virtud de la precitada normatividad, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., se permite ratificar la objeción planteada con anterioridad, por lo cual no es procedente acceder a su solicitud, reservándonos el derecho de ampliar las causales de objeción y/o complementar los argumentos presentados en defensa de nuestros intereses.

Al no existir nuevas pretensiones, nos ratificamos en lo expuesto en las comunicaciones anteriores de acuerdo a lo previsto en el Artículo 19 Ley 1755 de 2015, en lo que a peticiones reiterativas hace referencia. Con lo anterior damos respuesta a su requerimiento.

Cordialmente



Apoderado General
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Nit. 800.240.882 - 0

CERTIFICA:

Que: El (la) Señor (a) **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **4.156.865**, adquirió la obligación No. **0013-0077-68-9600160067** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encuentra asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Grupo Deudores** No. **02 105 0001637789**, certificado No. **0013-0077-62-4000347193**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	*VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$104.824.708.12
Incapacidad total y permanente	\$104.824.708.12

*Se aclara que el valor asegurado certificado en el presente documento, es el valor actual vigente a la fecha de expedición del documento y el mismo varía mes a mes, de acuerdo al valor adeudado. La última prima cobrada fue por \$51.698, correspondiente al periodo del 04/07/2022 al 03/08/2022.

El beneficiario oneroso de la póliza es BBVA Colombia, 100%. La póliza fue formalizada el 28 de diciembre del año 2016, actualmente se encuentra vigente.

Vale la pena aclarar que durante la vigencia de la citada póliza, la misma ha estado administrada por dos compañías de seguros, de acuerdo al periodo licitatorio efectuado por la Entidad Financiera BBVA Colombia, así:

-Periodo desde el 08-11-2016 hasta el 31-12-2017, administrada por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

-Periodo desde el 01-01-2018 hasta el 31-12-2018, administrada por Aseguradora Solidaria de Colombia.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los doce (12) días del mes de agosto del año dos mil veintidós (2022).

Cordialmente,



Rafael Enrique Cabrera Guzmán
Gerencia Canales y Servicios
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

Elaborado por: JEA.

Se adjunta copia del Clausulado con condiciones generales de la póliza.

-Artículo 1068 del Código de Comercio. -Terminación Automática del contrato de Seguros "La mora en el pago de la prima de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por la ocasión de la expedición de contrato".



"En nombre de BBVA SEGUROS reiteramos nuestro interés en servirle cada día mejor, por lo cual quedamos atentos a atender sus solicitudes y a resolver sus inquietudes a través de nuestra línea de servicio al Cliente en Bogotá al 307 8080 y a nivel nacional al 01 800 09 34020. También podrá acudir a nuestro Defensor del Consumidor Financiero, cuya función es la de ser vocero de los clientes o usuarios ante BBVA SEGUROS, así como conocer y resolver de manera objetiva y gratuita las quejas relativas a la prestación del servicio. Para este efecto debe enviar una solicitud escrita al Dr. Guillermo Dajud Fernández, Defensor del Consumidor Financiero principal, o a su suplente, Dr. Ángela Lucía Bibiana Gómez de lunes a viernes a la Carrera 9 No. 72-21 Piso 2º, en Bogotá, D.C.; teléfono 343 8385, fax 343 8387, por correo electrónico al e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co o directamente en cualquiera de las oficinas de BBVA SEGUROS. Dicha solicitud debe contener los nombres y apellidos completos del reclamante, su documento de identidad, domicilio y dirección o e-mail para recepción de la correspondencia, número de teléfono y/o fax, y una descripción de los hechos y derechos que se consideren vulnerados."

Señores

CONSULTORIO DEL DR. EDGAR SANCHEZ GAMBOA

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar,, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito respetuosamente se expida con destino al Juzgado Segundo Civil Municipal de Yopal – Casanare con destino al expediente 850014003002-2022-00143-00 copia auténtica, transcrita y completa de la historia clínica del señor **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA** identificado con la cédula de ciudadanía No. 4.156.865, de los años 2000 hasta el 2022.

HECHOS

1. En la actualidad, ante el Juzgado Segundo Civil Municipal de Yopal – Casanare, se adelanta proceso promovido por **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA** contra de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** con ocasión de la Póliza de Seguro con certificado No. 02 105 0001637789
2. Dentro de los argumentos de defensa de mi procurada, planteados en el escrito de contestación de la demanda, se incluye el relacionado con la existencia de algunas patologías, dolencias y/o padecimientos del señor **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA**

anteriores a la fecha de inclusión como asegurado en la Póliza de Seguro con certificado No. 02 105 0001637789

3. Por lo anterior, los antecedentes médicos que se encuentran consignados en la historia clínica del señor **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA** constituyen una prueba relevante para el trámite del proceso citado, en el cual fue demandada mi procurada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991.
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta la Entidad para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

“ARTÍCULO 14. TÉRMINOS PARA RESOLVER LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PETICIONES. (...)

*Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de **los diez (10) días siguientes a su recepción**. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”*

De acuerdo con lo anterior, agradezco que los documentos solicitados sean remitidos al correo relacionado en el aparte de notificaciones y al correo de notificaciones del Juzgado

Segundo Civil Municipal de Yopal – Casanare,
j02cmpalyopal@cendoj.ramajudicial.gov.co

ANEXOS

1. Certificado de existencia y representación legal de mi representada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
2. Poder especial otorgado al suscrito.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 11A No. 94A – 56, oficina 402 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la historia clínica en el correo notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

DERECHO DE PETICIÓN // HISTORIA CLÍNICA // DEMANDANTE: JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA, DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. // RAD: 850014003002-2022-00143-00 // JOB

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Vie 12/08/2022 15:54

Para: sysgastro@hotmail.com <sysgastro@hotmail.com>

CC: Johan Esneyder Oliveros Bejarano <joliveros@gha.com.co>

Señores

CONSULTORIO DEL DR. EDGAR SANCHEZ GAMBOA

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar,, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso,

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

Señores

CORPORACIÓN SALUD UN

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar,, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito respetuosamente se expida con destino al Juzgado Segundo Civil Municipal de Yopal – Casanare con destino al expediente 850014003002-2022-00143-00 copia auténtica, transcrita y completa de la historia clínica del señor **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA** identificado con la cédula de ciudadanía No. 4.156.865, de los años 2000 hasta el 2022.

HECHOS

1. En la actualidad, ante el Juzgado Segundo Civil Municipal de Yopal – Casanare, se adelanta proceso promovido por **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA** contra de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** con ocasión de la Póliza de Seguro con certificado No. 02 105 0001637789
2. Dentro de los argumentos de defensa de mi procurada, planteados en el escrito de contestación de la demanda, se incluye el relacionado con la existencia de algunas patologías, dolencias y/o padecimientos del señor **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA**

anteriores a la fecha de inclusión como asegurado en la Póliza de Seguro con certificado No. 02 105 0001637789

3. Por lo anterior, los antecedentes médicos que se encuentran consignados en la historia clínica del señor **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA** constituyen una prueba relevante para el trámite del proceso citado, en el cual fue demandada mi procurada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991.
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta la Entidad para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

“ARTÍCULO 14. TÉRMINOS PARA RESOLVER LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PETICIONES. (...)

*Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de **los diez (10) días siguientes a su recepción**. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”*

De acuerdo con lo anterior, agradezco que los documentos solicitados sean remitidos al correo relacionado en el aparte de notificaciones y al correo de notificaciones del Juzgado

Segundo Civil Municipal de Yopal – Casanare,
j02cmpalyopal@cendoj.ramajudicial.gov.co

ANEXOS

1. Certificado de existencia y representación legal de mi representada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
2. Poder especial otorgado al suscrito.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 11A No. 94A – 56, oficina 402 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la historia clínica en el correo notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

DERECHO DE PETICIÓN // HISTORIA CLÍNICA // DEMANDANTE: JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA, DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. // RAD: 850014003002-2022-00143-00 // JOB

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Vie 12/08/2022 15:58

Para: atencionalusuario@hun.edu.co <atencionalusuario@hun.edu.co>

CC: Johan Esneyder Oliveros Bejarano <joliveros@gha.com.co>

 1 archivos adjuntos (136 KB)

DP Corporacion UN.pdf;

Señores

CORPORACIÓN SALUD UN

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar,, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso,

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

Señores

FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar,, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito respetuosamente se expida con destino al Juzgado Segundo Civil Municipal de Yopal – Casanare con destino al expediente 850014003002-2022-00143-00 copia auténtica, transcrita y completa de la historia clínica del señor **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA** identificado con la cédula de ciudadanía No. 4.156.865, de los años 2000 hasta el 2022.

HECHOS

1. En la actualidad, ante el Juzgado Segundo Civil Municipal de Yopal – Casanare, se adelanta proceso promovido por **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA** contra de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** con ocasión de la Póliza de Seguro con certificado No. 02 105 0001637789
2. Dentro de los argumentos de defensa de mi procurada, planteados en el escrito de contestación de la demanda, se incluye el relacionado con la existencia de algunas patologías, dolencias y/o padecimientos del señor **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA**

anteriores a la fecha de inclusión como asegurado en la Póliza de Seguro con certificado No. 02 105 0001637789

3. Por lo anterior, los antecedentes médicos que se encuentran consignados en la historia clínica del señor **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA** constituyen una prueba relevante para el trámite del proceso citado, en el cual fue demandada mi procurada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991.
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta la Entidad para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

“ARTÍCULO 14. TÉRMINOS PARA RESOLVER LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PETICIONES. (...)

*Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de **los diez (10) días siguientes a su recepción**. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”*

De acuerdo con lo anterior, agradezco que los documentos solicitados sean remitidos al correo relacionado en el aparte de notificaciones y al correo de notificaciones del Juzgado

Segundo Civil Municipal de Yopal – Casanare,
j02cmpalyopal@cendoj.ramajudicial.gov.co

ANEXOS

1. Certificado de existencia y representación legal de mi representada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
2. Poder especial otorgado al suscrito.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 11A No. 94A – 56, oficina 402 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la historia clínica en el correo notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

DERECHO DE PETICIÓN // HISTORIA CLÍNICA // DEMANDANTE: JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA, DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. // RAD: 850014003002-2022-00143-00 // JOB

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Vie 12/08/2022 16:01

Para: Gustavo Adolfo Amaya Zamudio <notificacionesjudiciales@mineducacion.gov.co>

CC: Johan Esneyder Oliveros Bejarano <joliveros@gha.com.co>

Señores

FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar,, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso,

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

Señores

UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar,, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito respetuosamente se expida con destino al Juzgado Segundo Civil Municipal de Yopal – Casanare con destino al expediente 850014003002-2022-00143-00 copia auténtica, transcrita y completa de la historia clínica del señor **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA** identificado con la cédula de ciudadanía No. 4.156.865, de los años 2000 hasta el 2022.

HECHOS

1. En la actualidad, ante el Juzgado Segundo Civil Municipal de Yopal – Casanare, se adelanta proceso promovido por **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA** contra de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** con ocasión de la Póliza de Seguro con certificado No. 02 105 0001637789
2. Dentro de los argumentos de defensa de mi procurada, planteados en el escrito de contestación de la demanda, se incluye el relacionado con la existencia de algunas patologías, dolencias y/o padecimientos del señor **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA**

anteriores a la fecha de inclusión como asegurado en la Póliza de Seguro con certificado No. 02 105 0001637789

3. Por lo anterior, los antecedentes médicos que se encuentran consignados en la historia clínica del señor **JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA** constituyen una prueba relevante para el trámite del proceso citado, en el cual fue demandada mi procurada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**

FUNDAMENTOS DE DERECHO

En primera medida, sobre la procedencia constitucional y legal de la presente solicitud, invoco como sustento jurídico:

- El artículo 23 de la Constitución Política de 1991.
- Los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, sustituidos por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, y Los artículos 78 numeral 10, 96 y 245 del Código General del Proceso.

De otra parte, en cuanto a los términos con los que cuenta la Entidad para resolver satisfactoriamente esta petición, sea de recordar que el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, en sustitución del artículo 14 de la Ley 1437 de 2011, establece:

“ARTÍCULO 14. TÉRMINOS PARA RESOLVER LAS DISTINTAS MODALIDADES DE PETICIONES. (...)

*Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de **los diez (10) días siguientes a su recepción**. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”*

De acuerdo con lo anterior, agradezco que los documentos solicitados sean remitidos al correo relacionado en el aparte de notificaciones y al correo de notificaciones del Juzgado

Segundo Civil Municipal de Yopal – Casanare,
j02cmpalyopal@cendoj.ramajudicial.gov.co

ANEXOS

1. Certificado de existencia y representación legal de mi representada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
2. Poder especial otorgado al suscrito.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Carrera 11A No. 94A – 56, oficina 402 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la historia clínica en el correo notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

DERECHO DE PETICIÓN // HISTORIA CLÍNICA // DEMANDANTE: JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA, DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. // RAD: 850014003002-2022-00143-00 // JOB

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Vie 12/08/2022 16:04

Para: info@utredintegradafoscal-cub.com <info@utredintegradafoscal-cub.com>

CC: Johan Esneyder Oliveros Bejarano <joliveros@gha.com.co>

Señores

UNIÓN TEMPORAL RED INTEGRADA FOSCAL

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de Apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Alexandra Elías Salazar,, en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso,

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114 de Bogotá D.C.

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

Señores

JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE YOPAL – CASANARE

E. S. D.

DEMANDANTE: JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y BANCO BBVA

RADICADO: 850014003002-202200143-00

E.

S.

D.

ALEXANDRA ELIAS SALAZAR, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No.53.139.838, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, en calidad de Representante Legal Judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como se acredita en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido la Superintendencia Financiera de Colombia, respetuosamente me dirijo a usted con el fin de manifestar que por medio del presente escrito, le otorgo poder especial amplio y suficiente al Doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 y Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, para que adelante todas las acciones en defensa de los intereses de la Compañía **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** dentro del proceso referido.

En consecuencia, mi apoderado queda facultado para notificarse de todas las providencias que se dicten en desarrollo del proceso, presentar recursos, presentar y solicitar pruebas, conciliar, sustituir, desistir, reasumir y en general para realizar todos los actos, gestiones y trámites necesarios tendientes a cumplir con la finalidad del mandato que se le confiere para la defensa de la Aseguradora.

El Dr. GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA recibirá notificaciones en la dirección electrónica notificaciones@gha.com.co y podrá ser contactado al celular 3178543795

Cordialmente,



ALEXANDRA ELIAS SALAZAR
Representante Legal Judicial
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Acepto,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C.
T.P. 39.116 del C. S. de la J.

**PODER DEMANDANTE: JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA DEMANDADO: BBVA
SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y BANCO BBVA RADICADO: 850014003002-
202200143-00**

alexandra.elias@bbva.com <alexandra.elias@bbva.com>

en nombre de

JUDICIALES SEGUROS – COLOMBIA (BZG16062) <judicialesseguros@bbva.com>

Mar 09/08/2022 16:25

Para: Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Señores

JUZGADO SEGUNDO CIVIL MUNICIPAL DE YOPAL – CASANARE

E. S. D.

DEMANDANTE: JOSÉ VICENTE DONCEL ÁVILA

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y BANCO BBVA

RADICADO: 850014003002-202200143-00

E.

S.

D.

ALEXANDRA ELIAS SALAZAR, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No.53.139.838, domiciliada y residente en la ciudad de Bogotá, en calidad de Representante Legal Judicial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como se acredita en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido la Superintendencia Financiera de Colombia, respetuosamente me dirijo a usted con el fin de manifestar que por medio del presente escrito, le otorgo poder especial amplio y suficiente al Doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, quien se identifica con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 y Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, para que adelante todas las acciones en defensa de los intereses de la Compañía **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** dentro del proceso referido.

En consecuencia, mi apoderado queda facultado para notificarse de todas las providencias que se dicten en desarrollo del proceso, presentar recursos, presentar y solicitar pruebas, conciliar, sustituir, desistir, reasumir y en general para realizar todos los actos, gestiones y trámites necesarios tendientes a cumplir con la finalidad del mandato que se le confiere para la defensa de la Aseguradora.

El Dr. GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA recibirá notificaciones en la dirección electrónica notificaciones@gha.com.co y podrá ser contactado al celular 3178543795

Cordialmente,

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 7495919990675204

Generado el 27 de julio de 2022 a las 14:49:47

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

EL SECRETARIO GENERAL

En ejercicio de las facultades y, en especial, de la prevista en el artículo 11.2.1.4.59 numeral 10 del decreto 2555 de 2010, modificado por el artículo 3 del decreto 1848 de 2016.

CERTIFICA

RAZÓN SOCIAL: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

NIT: 800240882-0

NATURALEZA JURÍDICA: Sociedad Comercial Anónima De Carácter Privado. Entidad sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia.

CONSTITUCIÓN Y REFORMAS: Escritura Pública No 1317 del 31 de agosto de 1994 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Bajo la denominación de COMPAÑIA GANADERA DE SEGUROS DE VIDA S.A. "GANAVIDA"

Escritura Pública No 00900 del 17 de mayo de 1996 de la Notaría 47 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por GANADERA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. GANAVIDA y podrá denominarse para la administración de riesgos profesionales LA GANADERA ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES

Escritura Pública No 4032 del 09 de junio de 1999 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBV SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A., y podrá denominarse para la administración de Riesgos Profesionales BBV SEGUROS GANADERO ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES.

Escritura Pública No 319 del 23 de enero de 2001 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 2665 del 26 de marzo de 2002 de la Notaría 29 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). Cambió su razón social por BBVA SEGUROS GANADERO COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A. Podrá usar indistintamente la denominación BBVA SEGUROS DE VIDA S.A.

Escritura Pública No 1764 del 01 de abril de 2004 de la Notaría 45 de BOGOTÁ D.C. (COLOMBIA). BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., pudiendo utilizar indistintamente, para todos los efectos legales, el nombre BBVA SEGUROS DE VIDA

Escritura Pública No 02059 del 10 de mayo de 2013 de la Notaría null de SIN DESCRIPCION. La sociedad es de nacionalidad Colombiana y tiene su domicilio principal en la ciudad de Bogotá Distrito Capital, y en ella tendrá la sede de su administración social, pudiendo crear sucursales o agencias en otros lugares del país o en el exterior, previa autorización de su Junta Directiva.

AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO: Resolución S.B. 2386 del 04 de noviembre de 1994

REPRESENTACIÓN LEGAL: La Sociedad tendrá un Presidente y dos (2) suplentes quienes lo reemplazarán en las faltas absolutas, temporales y accidentales. El Presidente y sus suplentes serán elegidos por la Junta Directiva y podrán ser removidos en cualquier momento. El Presidente será el Representante Legal de la



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 7495919990675204

Generado el 27 de julio de 2022 a las 14:49:47

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

Compañía y tendrá a su cargo la dirección, la gestión y la administración de los negocios sociales con sujeción a la Ley y a estos estatutos. Así mismo, tendrán la representación legal de la Entidad los Directores de la Compañía y el Secretario General, si así expresamente lo dispone la Junta Directiva. Adicionalmente, la Sociedad contará con representantes legales judiciales designados por la Junta Directiva, que representarán a la Sociedad ante las autoridades jurisdiccionales, administrativas, políticas, entidades centralizadas y descentralizadas del Estado. **FUNCIONES DEL PRESIDENTE.** El Presidente de la Sociedad tendrá las siguientes funciones. 1. Ejecutar los acuerdos y resoluciones de la Asamblea General de Accionistas y de la Junta Directiva. 2. Ejercer la representación legal de la Sociedad en todos los actos y negocios sociales. 3. Constituir apoderados judiciales y extrajudiciales. 4. Celebrar libremente los contratos y suscribir los títulos y documentos que se requieran para el desarrollo de la Sociedad de conformidad con lo previsto en la ley y en los Presentes Estatutos. 5. Velar por el adecuado manejo y utilización de los recursos y bienes de la Sociedad. 6. Nombrar y remover al personal necesario para desempeño de los cargos de acuerdo a las directrices impartidas por la Junta Directiva (sic). 7. Dirigir y coordinar el funcionamiento de la Compañía. 8. Mantener a la Junta Directiva permanentemente informada sobre la marcha de los negocios y suministrar los informes que le sean solicitados. 9. Convocar a la Asamblea General de Accionistas a reuniones ordinarias y extraordinarias. 10. Presentar a la Junta Directiva balances de prueba. 11. Presentar a la Junta Directiva el proyecto de presupuesto anual de ingresos y egresos. 12. Presentar previamente a la Junta Directiva el Balance destinado a la Asamblea General, Junto con el Estado de Resultados y el proyecto de Distribuciones de Utilidades y demás anexos explicativos. 13. Rendir cuenta Justificada de su gestión al final de cada ejercicio Social. 14. Firmar los balances de la Sociedad y demás documentos contables con destino a la Superintendencia Financiera. 15. Delegar en sus subalternos las facultades que considere convenientes para el cumplimiento de los fines sociales, para los cual requerirá previo concepto favorable de la Junta Directiva. 16. Las demás funciones que le correspondan como órgano directivo de la Sociedad por disposición legal, estatutaria (sic) o por designio de la Junta Directiva para el normal desarrollo social. (Escritura Pública 02059 del 10 de mayo de 2013 Notaría 32 de Bogotá)

Que figuran posesionados y en consecuencia, ejercen la representación legal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Manuel Ignacio Trujillo Sánchez Fecha de inicio del cargo: 11/02/2021	CC - 80854106	Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 27/03/2014	CC - 93086122	Primer Suplente del Presidente
Sergio Sánchez Angarita Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016	CC - 79573466	Segundo Suplente del Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 06/06/2013	CC - 93086122	Secretario General
Alexandra Elias Salazar Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 53139838	Representante Legal Judicial
Manuel José Castrillón Pinzón Fecha de inicio del cargo: 25/07/2019	CC - 1061733649	Representante Legal Judicial
Maria Camila Araque Pérez Fecha de inicio del cargo: 23/08/2018	CC - 52992863	Representante Legal Judicial
Carlos Mario Garavito Colmenares Fecha de inicio del cargo: 19/03/2019	CC - 80090447	Representante Legal Judicial
Maria Carolina Vanegas Pineda Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016	CC - 52416119	Representante Legal en Calidad de Director de Riesgos

RAMOS: Resolución S.B. No 2488 del 16 de noviembre de 1994 accidentes personales, vida grupo, vida individual, seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia.



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 7495919990675204

Generado el 27 de julio de 2022 a las 14:49:47

**ESTE CERTIFICADO REFLEJA LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA ENTIDAD
HASTA LA FECHA Y HORA DE SU EXPEDICIÓN**

Resolución S.B. No 2787 del 14 de diciembre de 1994 salud

Resolución S.B. No 235 del 15 de febrero de 1995 pensiones Ley 100

Resolución S.B. No 456 del 10 de marzo de 1995 riesgos profesionales (Ley 1562 del 11 de julio de 2012, modifica la denominación por la de Riesgos Laborales).

Resolución S.B. No 44 del 20 de enero de 1997 pensiones de jubilación. Circular externa 052 del 20 de diciembre de 2002, se denominará en adelante ramo de pensiones voluntarias.

Resolución S.F.C. No 0557 del 25 de abril de 2007 ramo de exequias

Resolución S.F.C. No 1422 del 24 de agosto de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., para operar el ramo de Seguro de Salud, confirmada la decisión con resolución 0661 del 07 de mayo de 2012

Resolución S.F.C. No 1986 del 04 de noviembre de 2011 revoca la autorización concedida a BBVA Seguros de vida Colombia S.A. para operar el ramo de Seguros de Riesgos Profesionales.

Resolución S.F.C. No 758 del 24 de mayo de 2017 Autoriza operar el ramo de seguro de desempleo.



**JOSUÉ OSWALDO BERNAL CAVIEDES
SECRETARIO GENERAL**

"De conformidad con el artículo 12 del Decreto 2150 de 1995, la firma mecánica que aparece en este texto tiene plena validez para todos los efectos legales."