



Honorable Magistrado:

CARMELO DEL CRISTO RUIZ VILLADIEGO

TRIBUNAL SUPERIOR DE CORDOBA

Sala Civil Familia Laboral

E. S. D.

Proceso: Verbal Declarativa de Responsabilidad Civil Contractual

Demandante: Asalia Stella Sánchez Sánchez

Demandado: BBVA SEGUROS DE VIDA

Radicado: **23.417.31.03.001.2023.00225.01**

Asunto: Descorro traslado de apelación

RICHARD JOSÉ RODRÍGUEZ BARRIOS, identificado con la cedula de ciudadanía No. 84.458.209 de Santa Marta y Tarjeta Profesional No. 154.226 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de la Señora **ASALIA STELLA SANCHEZ SANCHEZ**, mediante el presente solicito que se sirva confirmar la sentencia apelada por las siguientes razones.

LA DEMANDANTE NO FUE RETICENTE NI ESCONDIÓ SU ESTADO DE SALUD.

Asalia Sánchez no es experta en seguros. De hecho, acudió a la entidad financiera para aceptar el crédito que le fue ofrecido, no a adquirir una póliza de seguro que le fue adicionada sin preguntarle ni informarle nada al respecto.

La demandante nunca ocultó su estado de salud, usaba cabestrillo al momento de gestionar el crédito y adquirir la póliza de Seguro. La gestora del crédito que la atendió en el Banco BBVA le extendió los documentos que firmó y le dio instrucciones para poner sus datos en los mismo, pero expresamente le indicó que no debía anotar nada sobre su enfermedad en el hombro y brazo porque no era necesario ni relevante ya que no se encontraban en la lista de enfermedades del formato.





Al respecto en la sentencia con Radicación: 2023047044-088-000 de la SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES, por los mismos hechos del presente proceso, pero con ocasión de la póliza que cubre el valor del crédito, esa autoridad especializada consideró:

“Respecto del seguro de vida grupo deudor que nos ocupa, manifestó que no recibió información, reconoció que diligenció y firmó el formato de solicitud de vinculación allegado al proceso y que esa era su firma, pero no le hicieron pregunta por pregunta de la declaración de asegurabilidad, tampoco le entregaron copia de dicho documento, del contrato de seguro o de su clausulado general y particular. Situación que fue corroborada por la asesora comercial escuchada en audiencia, no se le entregaron copias a la demandante, no se le leyó pregunta por pregunta de la declaración tampoco y que la señora si demandante SÍ manifestó que tenía una lesión en el hombro y que ella la vio con el cabestrillo y que le contó que tenía túnel del carpio respecto de lo cual no consideró necesario inscribir la información de enfermedad en la declaración de asegurabilidad.”

(...)

“Aunado a lo anterior, de oficio se decretó el testimonio de la asesora comercial que comercializó el contrato de seguro, quien fue escuchada en audiencia y corroboró lo mencionado por la actora en cuanto a que la señora demandante compareció al banco con un cabestrillo cuando fue a adquirir el crédito y también que conversaron por un tiempo prolongado, pero que no le hizo las preguntas que aparecen en el formulario de solicitud del contrato de seguro en el acápite de declaración de asegurabilidad, sino que le entregó el mismo para que ella lo leyera y lo diligenciara en lo que la consumidora considerara necesario, tampoco le mencionó la necesidad de inscribir los antecedentes médicos que la llevaron a usar la protección que tenía en su brazo.

De lo anterior, se tiene que en el presente caso no se hicieron las preguntas que se relacionan en el acápite de declaración de asegurabilidad del documento intitulado solicitud individual de seguro, no se le entregó copia de ese documento, tampoco de la póliza ni de su clausulado general y particular, también que la asesora si vio que la señora demandante tenía puesto un cabestrillo que le impedía su movilidad normal y no consideró





relevante indicarle a la consumidora que debía inscribir en el formulario el antecedente médico con base en el cual debía usar dicho elemento,”

(...)

“la asesora comercial que compareció a rendir testimonio decretado de oficio por el despacho, manifestó que recordaba a la señora ASALIA STELLA SANCHEZ que recuerda haber conversado con ella, ofrecerle un crédito por un valor pre-aproado de 70 millones que ella no aceptó, que tenía un cabestrillo puesto, que no le leyó las preguntas de la declaración de asegurabilidad y que no le dio copia del documento o documentos relacionados con el contrato de seguro objeto de litigio a la demandante, situación que conllevó a que no se demostrará el cumplimiento del deber de información que le asiste a la aseguradora.”

La demandante Asalia Sanchez no recibió ninguna información sobre el producto ni le fueron expuestas las condiciones ni requisitos para adquirir la póliza de seguro. Solo le fueron extendidos los documentos ‘para acceder a un crédito’, enterándose después que dentro de los productos adquiridos estaba la póliza objeto del presente proceso, de manera que en ningún momento obró de mala fe para ocultar información.

Por el contrario, fue la misma gestora de crédito, experta en los productos crediticios y pólizas de seguros, la que, a pesar de observar una afectación en el hombro y brazo le indicó que no hiciera ninguna anotación al respecto.

Por lo tanto la conclusión lógica y ajustada a derecho es la expuesta en la mentada sentencia emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia:

“Nunca se expresa taxativamente que debía informar los padecimientos de hombro, túnel carpiano y estrés que poseía. Con lo cual, este asumió al momento de diligenciar el estado del riesgo que la aseguradora cubriría dichas patologías, como elemento objetivo y respecto del elemento subjetivo- sobre la necesidad para la aseguradora de que el consumidor de conocer o deber conocer la informe. De esta manera, la señora ASALIA STELLA SANCHEZ al guardar silencio de sus padecimientos, no tuvo la intención de inducir a BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. a un error que la hubiera retraído de celebrar el contrato.





Aunado a lo expuesto, tampoco puede soslayar la Delegatura, que la declaración de la representante legal no se constituyó como elemento de convicción para la pretendida nulidad del contrato con posterioridad a la presentación de la demanda mas no al momento de la asunción del riesgo por parte de la aseguradora; pero de otro lado no se desconoce la importancia que el cuestionario de asegurabilidad tiene para para la contratación y el análisis de riesgo por parte de la aseguradora, el mismo en armonía con los padecimientos no informados por el asegurado demuestra que la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. se hubiera retraído de asumir el riesgo.

Por lo anterior, no puede afirmarse que la señora ASALIA STELLA SANCHEZ fue reticente al momento de firmar su declaración de asegurabilidad, con lo cual, esta Delegatura no le da prosperidad a la excepción intitulada como “NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.” y “BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.” De lo anterior, también tendrá como probada la excepción intitulada como “LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.” Propuestas por BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. demandada en la presente acción.”

De conformidad a nuestro ordenamiento jurídico y el precedente jurisprudencial establecido por la Corte Constitucional, en este caso no hubo reticencia, pues iteramos, la demandante nunca ocultó su estado de salud y suscribió los documentos extendidos por la asesora de BBVA de conformidad a lo indicado por ella.

Al respecto la Corte Constitucional tiene numerosos pronunciamientos explicando lo siguiente:

“61. Finalmente, el desconocimiento del deber de declarar –o la configuración de la reticencia– requiere, necesariamente, de una actuación de mala fe^[219]. Por ésta se entiende, de acuerdo a la jurisprudencia de esta Corporación, que no basta con el conocimiento de la enfermedad, sino que la omisión de ésta en la declaración se debe a la intención del tomador (o asegurado) a evitar que el





contrato de seguro se haga más oneroso o que el asegurador desista del contrato^[220]. En ese sentido, la Corte Constitucional sostuvo que debe distinguirse entre inexactitud y reticencia^[221]. La primera es de carácter objetivo y corresponde a la discrepancia que hay entre la información declarada y la situación del tomador o asegurado^[222]; mientras que la segunda es subjetiva y consiste en la intención del tomador (o asegurado) de ocultar la información para evitar cambios contractuales^[223].”¹

A más de no ocultar su estado de salud (usaba cabestrillo) No existe mala fe por parte de la demandante. Recordemos que su intención ni siquiera era adquirir un seguro de vida, la póliza fue una venta extra realizada a través de la red del Banco BBVA Colombia S.A. La demandada no ha probado la mala fe de la señora Sánchez ni la intención de ocultar información para evitar cambios contractuales. El seguro fue tomado como parte de la obtención de un crédito y se sometió desde el principio a la prima impuesta por el asegurador.

De hecho, después de conocer la solicitud de pago de la demandante y negarla, **BBVA SEGUROS DE VIDA renovó la póliza de seguro de vida el 10 de febrero de 2023. Lo cual es incompatible con la existencia de mala fe y reticencia.**

En la misma sentencia supra citada la Corte Constitucional precisa:

“66. El tercer deber consiste en desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento subjetivo en la configuración de reticencia. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que, efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud—en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados^[226] y no simples declaraciones generales—; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado,

¹ Corte Constitucional. Sentencia T-027 de 30 de enero de 2019. M.P. Alberto Rojas Ríos





para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado^[227].”

Definitivamente este era un caso en el que la ubérrima buena fe, la lógica y el sentido común indicaban que debía verificar el estado de la tomadora, pues usaba un cabestrillo en su brazo derecho y evidentemente su salud estaba afectada.

En la misma decisión que constituye un importante instrumento en donde se recopila el precedente constitucional sobre el tema se citan las siguientes decisiones:

“68. Los anteriores parámetros han sido aplicados por esta Corporación en la resolución de varios casos similares al presente, en los cuales se ha accedido al amparo reclamado por los peticionarios, por considerarse vulnerados los derechos fundamentales invocados. Vista la jurisprudencia constitucional, la presente Sala de revisión destaca los siguientes pronunciamientos que a la fecha han sido adoptados en la materia: T-832 de 2010, T-1018 de 2010, T-751 de 2012, T-342 de 2013, T-222 de 2014, T-830 de 2014, T-007 de 2015, T-393 de 2015, T-282 de 2016, T-609 de 2016, T-670 de 2016, T-676 de 2016 y T-251 de 2017, cuyo alcance se pasa a exponer a continuación.

69. En sentencia **T-832 de 2010** se estudió el asunto de una profesora madre cabeza de familia de 54 años de edad, afectada por disfonía y con pérdida de capacidad laboral del 77.5%, a quien una aseguradora le negó pagar el valor de un seguro de vida grupo deudores, bajo el argumento de una preexistencia. La Corte concedió la protección implorada y ordenó a Colseguros S.A. efectuar el trámite necesario para pagar al Banco Agrario el saldo insoluto de la obligación adquirida por la actora con dicho Banco.

Para arribar a esa dedición, esta Corporación encontró que la aseguradora “*fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores*”.

(...)





“76. Mediante providencia **T-393 de 2015** se examinó la situación de una docente que había adquirido un crédito de libranza amparado con un seguro de vida de grupo deudores. La accionante había sido calificada con una pérdida de capacidad laboral del 95.3%, con ocasión de una disfonía. Efectuado el correspondiente reclamo, la compañía aseguradora se negó a pagar la indemnización, al estimar que la demandante padecía de varias enfermedades con anterioridad a la suscripción del contrato, de las cuales no había informado a esa entidad.

Aquí nuevamente la Corte reiteró las dos reglas aplicables en caso de reticencia: (i) el deber de la aseguradora de practicar el examen médico de ingreso, y (ii) la obligación de probar la mala fe del tomador en el supuesto ocultamiento de la información. Tras examinarlas, constató que las mismas no fueron observadas por la aseguradora, de tal manera que concedió el amparo solicitado y, por ende, ordenó a la accionada pagar el saldo insoluto de la obligación adquirida por la peticionaria con un Banco.”²

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia es clara al indicar que la preexistencia de enfermedades no configura reticencia en el contrato de seguro. Al respecto me permito citar las siguientes decisiones:

STL4077-2022 M.P. GERARDO BOTERO ZULUAGA

“En criterio de la Sala, resulta contraevidente esa conclusión, si como lo ha analizado la Corte Constitucional, las personas que contraen una obligación con una entidad bancaria, diligencian el formato de aseguramiento pero no se les realiza ninguna valoración médica al principio, pero que por alguna circunstancia, bien por su labor profesional ora por un hecho común, sufren alguna enfermedad, que a la postre es la que tiene incidencia en la invalidez declarada o en la muerte, y luego se objeta el beneficio, porque supuestamente actuaron de mala fe al no haber declarado esas afecciones, allí se ha indicado que eso no puede ser catalogado de reticencia, pues quienes deben probar esa figura son las aseguradoras.

Se ha dicho igualmente, que, por el hecho de padecer una enfermedad, esto es, una preexistencia, pueda catalogarse de faltar a la verdad, ya que, en el

² ibidem





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

(...)

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

(...)

“La Sala, en sentencia CSJ STL7955-2018, sostuvo:

(...) Quiere destacar la Sala, que ese tipo de comportamientos de la aseguradora, configuran una discriminación para toda persona que por alguna razón presenta una afección a su estado de salud, pues bastaría que se indague cualquier consulta o chequeo al médico para establecer la mala fe en ella, desconociendo que la posibilidad de recuperación y acceso al mercado laboral es propio del principio de la dignidad humana para garantizar unos ingresos económicos para satisfacer las necesidades básicas; de paso, esa conducta también implicaría que cualquier persona con cierta dolencia no puede acceder al crédito, ni al amparo del mismo mediante una póliza de seguro que cubra la invalidez derivada de una enfermedad que ha evolucionado, hasta el punto de deteriorar la salud física y mental de la persona, erigiéndose igualmente en un acto discriminatorio (...).

Estas mismas reglas que se han venido explicando, fueron reiteradas en sentencia CSJ STL10871-2021.” (Negrillas mías)

En la misma sentencia CSJ STL7955-2018, refiriéndose a un caso idéntico al presente se indicó:





“En criterio de la Sala, resulta contraevidente esa conclusión, si como lo ha analizado la Corte Constitucional en casos de similares contornos fácticos al que aquí se analiza, de personas -especialmente de profesores que han sido calificados con una pérdida de capacidad laboral superior al 50% debido a problemas de la voz, que les impide volver a ejercer esa profesión- que contraen una obligación con una entidad bancaria, diligencian el formato de aseguramiento pero no se les realiza ninguna valoración médica al principio, pero que por alguna circunstancia, bien por su labor profesional ora por un hecho común, sufren alguna enfermedad, que a la postre es la que tiene incidencia en la invalidez declarada, y luego se les niega el pago del seguro, porque supuestamente actuaron de mala fe al no haber declarado esas afecciones, allí se ha indicado que eso no puede ser catalogado de reticencia, pues quienes deben probar esa figura son las aseguradoras, sin que se pueda concluir que por el hecho de padecer una enfermedad, esto es, una preexistencia, se falte a la verdad, ya que en el momento del diligenciamiento la entidad debe ser diligente para que se realicen los exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado; si eso no se lleva a cabo, el asegurador es quien debe asumir la carga de los defectos, omisiones e imprecisiones en los cuales haya incurrido en el clausulado del negocio jurídico, dado que el tomador de la póliza simplemente se adhiere a los términos y condiciones plasmadas en el escrito, por lo que siendo el asegurado la parte débil de esa relación, mal podría trasladársele esas irregularidades.

En el asunto, se parte de la premisa de que con la adquisición de las obligaciones bancarias en los años 2011 y 2013, la activa también suscribió el formulario de seguro o póliza de vida grupo deudores, con el fin de garantizarle a la entidad bancaria que en caso de muerte o por incapacidad total y permanente, BBVA Seguros se haría cargo del saldo de la deuda que registre en la respectiva fecha de la ocurrencia del siniestro.

Sin embargo, no se observa que la aludida entidad aseguradora, ni mucho menos el propio organismo bancario, hayan ordenado algún tipo de examen médico, ni exigido a la deudora que allegara uno, con el propósito de establecer el real estado de salud, a efectos de tener claridad sobre el riesgo asumido y las posibles exclusiones o denominadas preexistencias.

Por el contrario, lo que se observa, y eso no lo pone en duda la entidad aseguradora en este trámite constitucional, es que simplemente no obra en el formulario una relación de posibles enfermedades de la accionante; pero lo que es más grave, acorde con lo narrado por la activa en el libelo, es que en el





proceso, frente al cuestionamiento que hizo la activa sobre las fallas de la entidad al no haber obrado con diligencia y, sencillamente se gestionaron los créditos con información incompleta, el Tribunal descartó ese argumento, al haber señalado que "...a la aseguradora se le hace imposible físicamente inspeccionar el gran número de riesgos que asume, por lo que este contrae sus obligaciones generalmente en lo dicho por el asegurador". Es decir, avalando el sentenciador cualquier actuación de las entidades bancarias y aseguradoras para desembolsar los créditos, sin ser cuidadosas en el tipo de riesgo que están asumiendo, o llevando a los deudores a impresiones y maniobras facilistas para que no informen su estado de salud, y cuando ocurra el siniestro, aquellas puedan anteponer una preexistencia para negar la cobertura y así alegar reticencia.

De manera que al haber sido negligente la aseguradora al omitir la realización de los respectivos exámenes o diagnóstico del estado de salud de la actora, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, aquella alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la deudora a la póliza de vida grupo deudores.

Por otro lado, encuentra la Sala que las equivocaciones del Tribunal accionado son mayúsculas en su valoración probatoria, pues si la promotora del amparo fue calificada en el 2014, como inválida con un 96% de pérdida de capacidad laboral, debido a que por su disfonía -y otras enfermedades relacionadas con la columna vertebral- y su labor como profesora, ya no podía ejercer dicha labor, la cual se estructuró el 25 de febrero de esa anualidad, no podía concluirse que la activa actuó de mala fe pretendiendo esconder las enfermedades de la voz con anterioridad a la suscripción del formulario de aseguramiento, pues es claro que la situación de invalidez se produjo con posterioridad al acuerdo negocial; y en todo caso, si ello se puede considerar como una enfermedad progresiva, tal como quedó plasmado en el salvamento de voto de la decisión cuestionada, el dictamen de pérdida de capacidad dejó establecido que ello tuvo una recaída o progresión contundente, con seis (6) meses de anterioridad, es decir, ni siquiera para la fecha de suscripción del seguro, descartándose con ello, cualquier indicio de mala fe de la asegurada al no haber advertido el padecimiento físico.

Tampoco puede hablarse de mala fe, que se hubiera acreditado en el proceso, que en el año 95, la activa haya consultado al médico por las afecciones de la voz, y que años después hubiera buscado nuevamente al especialista por esa misma razón, ya que eso lo que demuestra, es que la trabajadora en su labor de docente controló la enfermedad, lo que le permitió seguir ejerciendo su rol como trabajadora para devengar unos ingresos, pero desafortunadamente su





situación empeoró hasta el punto de llevarla a la invalidez; de ahí que tampoco se puede llegar hasta el extremo de exigir una declaración pormenorizada de todos los chequeos médicos, dado que diversas enfermedades pueden ser superadas con el tiempo y los cuidados para permitir el desempeño normal de las actividades cotidianas.

Por manera que, reitera la Sala, la entidad aseguradora fue negligente, pues pudiendo averiguar la información desde el momento de la suscripción del contrato, sólo vino a oponerse cuando se efectuó la reclamación, por lo que la reticencia como figura que sanciona la mala fe del asegurado sólo puede operar a partir de la diligencia de la aseguradora, quien en el momento del acuerdo pese al control realizado, es engañada al esconderse el estado de salud del deudor, lo que en este asunto no se configura, pues además de que el formulario no fue diligenciado de manera completa, demostrando con ello falta de cuidado en la información, no se verificó el estado de salud de la activa, y aunque posteriormente se acreditó que existían ciertos antecedentes de la enfermedad, para la invalidez sólo fue determinante el padecimiento con posterioridad a la firma del aseguramiento, desvirtuándose con ello la mala fe en el actuar del tomador.”

EL DICTAMEN NO TIENE NINGUNA INCIDENCIA EN EL CASO CONCRETO, PUES OBVÍA QUE LA ASEGURADORA CONOCÍA O PODÍA CONOCER EL ESTADO DE SALUD DE LA DEMANDANTE.

El dictamen no aporta ningún elemento para la decisión. Sí bien es cierto indica que la aseguradora hubiese incrementado el valor de la prima de haber conocido en detalle la salud de la demandante, deja de lado los hechos destacados antes.

La demandante acudió al banco BBVA para aceptar el crédito ofrecido con cabestrillo y le dio a conocer a la gestora comercial las afectaciones sobre su hombro y brazo. Por lo tanto, mediante su agente, la aseguradora si tuvo conocimiento o pudo tener un conocimiento más detallado de la salud de la asegurada, pero renunció a ese conocimiento y decidió asumir de manera completa el riesgo asegurado.

El desconocimiento de estos elementos en el peritaje, lo hacen inane para el proceso. No es relevante ni aporta elementos de juicio que se ajusten al fundamento fáctico del caso en concreto.





ES PROCEDENTE Y NECESARIO EL PAGO DE INTERESES MORATORIOS.

El artículo 1080 del Código de Comercio establece el pago de intereses moratorios pasado un mes después de acreditado el siniestro. El 19 de septiembre de 2022 la demandante acreditó el siniestro ante la aseguradora y la tacha o negativa al pago de la póliza data del 21 de septiembre de 2022, por lo cual es claro que estos se están causando desde el mes de septiembre de 2022.

La renovación de la póliza de seguro invalida las excepciones y argumentos de la aseguradora.

‘De nada sirve afirmar y demostrar la insinceridad del tomador o asegurado, si no se hace saber ni se acredita cómo esa conducta influyó en el consentimiento del asegurador’.

La demandada renovó la póliza de seguro bajo idénticas condiciones los días 10 de febrero de 2023 y 10 de febrero de 2024, es decir, subsano y aceptó cualquier reticencia que podría existir y de esa manera demostró que la eventual y supuesta falta de información médica de la asegurada no influyó de ninguna manera o fue absolutamente intrascendente a la hora de celebrar el contrato o poner condiciones más onerosas.

Solicito a los honorables magistrados apreciar la sentencia con Radicación: 2023047044-088-000 de la SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES, por los mismos hechos del presente proceso, pero con ocasión de la póliza que cubre el valor del crédito que fue tomada al mismo tiempo que la póliza objeto del presente proceso y que se anexa al presente escrito.

Agradeciendo su amable atención,

RICHARD JOSÉ RODRÍGUEZ BARRIOS

C.C. No. 84.458.209 de Santa Marta

T.P. 154.226 del C. S. de la J.

