

Señores,

**JUZGADO CUARENTA Y CUATRO (44) DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA
MÚLTIPLE DE BOGOTÁ D.C**

E.S.D

PROCESO: VERBAL
RADICADO: 110014003062 2022 01516 00
DEMANDANTE: MARIA MABEL MARTÍNEZ
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía N° 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional N° 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente y que se aporta nuevamente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la Doctora Alexandra Elías Salazar, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por **MARÍA MABEL MARTÍNEZ** en contra de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPÍTULO I

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO PRIMERO. Es parcialmente cierto. Si bien el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) contrató con mi representada una Póliza de Seguro Familia Vital No.052532080913 que contemplaba un amparo de vida básico por valor de \$30,000,000 de pesos, lo cierto es que el señor Bustos (Q.E.P.D) no informó, que desde el 13 de septiembre de 2023, padecía hipertensión arterial cuando solicitó su aseguramiento. Por tanto, el contrato de seguro está viciado de nulidad, en los términos del artículo 1058 C. Co.

En este sentido y como se expondrá a continuación, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si éste omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido de la hipertensión que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de

Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor Bustos (Q.E.P.D) conocía de su padecimiento de salud con anterioridad al mes de agosto de 2018, negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO. Es cierto que la señora María Mabel Martínez figura como beneficiaria en la Póliza de Seguro Familia Vital No.052532080913. Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que el señor Bustos (Q.E.P.D) no informó la existencia de su enfermedad de hipertensión que padecía y conocía, por lo que el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 Cco.

En este sentido y como se expondrá a continuación, el principio de ubérrima bona fide es piedra angular del contrato de seguros y por ello las sanciones aplicables son más severas, pues el mismo tiene como finalidad asegurar riesgos con ocasión a la información otorgada por una de las partes contractuales y si este omite o es inexacto al momento que declara el estado del riesgo, se configuraría la nulidad relativa del contrato, penalidad que se encuentra consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio. Así las cosas, es menester indicar que, el asegurado había padecido y/o sufrido de una enfermedad que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor Bustos (Q.E.P.D) conocía de su padecimiento de salud con anterioridad al mes de agosto de 2018 negó la existencia de su enfermedad viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

FRENTE AL HECHO TERCERO. No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con su ingreso a la entidad clínica, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO CUARTO. No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con el fallecimiento del señor Bustos (Q.E.P.D). En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO QUINTO. No es cierto, pues lo que se presentó fue un formato de solicitud de indemnización, sin embargo, la misma fue negada por reticencia, pues, el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) no declaró el verdadero estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la enfermedad y antecedentes que el Asegurado negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la hipertensión arterial medicada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

FRENTE AL HECHO SEXTO. No es cierto, pues se presentó mediante formato del 18 de agosto de 2021, sin embargo, mi representada negó la procedencia de la indemnización por reticencia del señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D), quien no declaró el verdadero estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la enfermedad y antecedentes que la Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, es supremamente relevante para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la hipertensión arterial medicada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del Asegurado para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

FRENTE AL HECHO SÉPTIMO. Es cierto que la Compañía Aseguradora que representó objetó la solicitud, toda vez que el señor Bustos (Q.E.P.D) no informó la existencia de su enfermedad de hipertensión que padecía y conocía al menos desde el 13 de septiembre de 2013, por lo que el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 C. Co.

FRENTE AL HECHO OCTAVO. No es cierto tal y como está formulado, si bien se realizó una nueva solicitud de indemnización, la misma fue negada por reticencia, pues, el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) no declaró el verdadero estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la enfermedad y antecedentes que la Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, es supremamente relevante para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la hipertensión arterial medicada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento (13 de septiembre de 2013), evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más

onerosas en él.

FRENTE AL HECHO NOVENO. Es cierto que la Compañía Aseguradora que representó ratificó lo referido en la respuesta del 24 de septiembre de 2021 emitida por este, en virtud de que a través de la solicitud de reconsideración, no se había incluido ningún elemento adicional en la que se evidenciara la procedencia de la afectación de la póliza familia vital.

Sin perjuicio de lo anterior, como lo expuso la Corte Constitucional¹, 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.

Por otra parte, para la Corte Constitucional², la Corte Suprema de Justicia³ y para la doctrina⁴ más reconocida, no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

Finalmente, 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 providencias⁵ 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.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO. No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con la causa de su fallecimiento, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia SA no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto

¹ Sentencia de la Corte Constitucional C-232 de 15 de mayo de 1997 MP. Jorge Arango Mejía

² Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez.

³ Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

⁴ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

⁵ 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.

y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, 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.

Por otra parte, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo

FRENTE AL HECHO DÉCIMO PRIMERO. No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante en relación con la causa de su fallecimiento, pues se trata de circunstancias en las que BBVA Seguros de Vida Colombia SA no participó. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, debe indicarse que lo narrado en e presente hecho por la demandante no tiene relación con el objeto del debate, pues como se ha mencionado y se desarrollara en el presente escrito, la Corte Constitucional⁶ ha indicado que 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.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO. Es cierto que se emitió constancia de no acuerdo, lo anterior en virtud de que no se concertó ánimo conciliatorio, pues como se ha mencionado el señor Bustos (Q.E.P.D) no informó la existencia de su enfermedad de hipertensión que padecía y conocía, por lo que el contrato de seguro deberá ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 C. Co. Sin perjuicio de lo anterior, debe indicarse que lo discutido en el marco de la conciliación extrajudicial se rige por el principio de confidencialidad.

⁶ Sentencia de la Corte Constitucional C-232 de 15 de mayo de 1997 MP. Jorge Arango Mejía

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a declarar el incumplimiento contractual por la no afectación de la Póliza de Seguro Familia Vital No.052532080913, pues la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, debido a que el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Hipertensión Arterial medicada que padecía el señor Bustos (Q.E.P.D) con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En 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 Bustos (Q.E.P.D) debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA. ME OPONGO a la pretensión elevada por la parte concerniente a afectar la Póliza de Seguro Familia Vital No.052532080913, pues la misma no tiene vocación de prosperidad, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, debido a que el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Hipertensión Arterial medicada que padecía el señor Bustos (Q.E.P.D) con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En 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 Bustos

(Q.E.P.D) debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA. Me opongo a que se declaren probados los perjuicios derivados del lucro cesante solicitados por la parte Demandante, puesto que primero no es posible afectar la póliza objeto de litigio, toda vez que el contrato debe declararse nulo por la reticencia del señor Bustos (Q.E.P.D). En segundo lugar, no resulta procedente la pretensión impetrada según la cual debe reconocerse y pagarse en favor de la Demandante sumas de dinero por concepto de lucro cesante consolidado, toda vez que no hay prueba dentro del expediente del perjuicio, debido a que no se corrobora cual fue la suma que debió ingresar su patrimonio y que la misma no ingresó por la no afectación de la póliza. En consecuencia, se trata de una mera expectativa que atenta contra el carácter personal y cierto del perjuicio y, por tanto, no puede presumirse valor alguno para indemnizar el lucro cesante solicitado por la parte actora y en ese sentido este Honorable Juez no se encuentra jurídicamente habilitado para reconocer ningún emolumento a título de lucro cesante en este caso.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTOS ESTIMATORIO

Lo primero que debe decirse es que la parte demandante dentro del acápite denominada *juramento estimatorio* no efectuó el cálculo solicitado frente al amparo que pretende sea afectado dentro de la póliza emitida por mi representada, lo cual indica que frente a este particular su omisión denota la inviabilidad de que se efectúe una valoración sobre esta como un elemento de prueba, puesto que no fue aportado en debida forma. Sin perjuicio de lo anterior, resulta indispensable tomar en consideración que en el presente caso es improcedente afectar la póliza en virtud de que el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, situación que es supremamente relevante para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Hipertensión Arterial medicada que padecía el señor Bustos (Q.E.P.D) con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En 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 Bustos (Q.E.P.D) debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes

durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

Por otra parte, debe indicarse que la demandante afirma que sufrió un daño emergente y lucro cesante y estima erróneamente los rubros por estos conceptos. Para tales efectos también se presenta la objeción frente al juramento en virtud de que, la parte Demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que estos no fueron cuantificados y no se aportó prueba del perjuicio cuya indemnización deprecia.

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. Sin embargo deberá en primer lugar tenerse en consideración la definición de estos perjuicios consagrados en las normas civiles, veamos:

*“ARTICULO 1614. <DAÑO EMERGENTE Y LUCRO CESANTE>. Entiéndese por **daño emergente el perjuicio o la pérdida** que proviene de no haberse cumplido la obligación o de haberse cumplido imperfectamente, o de haberse retardado su cumplimiento; y por **lucro cesante, la ganancia o provecho que deja de reportarse** a consecuencia de no haberse cumplido la obligación, o cumplido imperfectamente, o retardado su cumplimiento.”*

Cada uno de los daños por los cuales la hoy demandante 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”⁷ (Subrayado y negrita 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:

⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. Mp. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299 .

*“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(...) **la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso**; [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (...)”⁸ (Subrayado fuera del texto original)*

Sin embargo, para el presente caso no se evidencia prueba alguna que acredite que la señora María Mabel Martínez haya sufrido un daño emergente, en virtud de que no se corrobora que suma alguna haya salido de su patrimonio para incurrir en un gasto, lo cual define este tipo de perjuicio y, en segundo lugar, tampoco se evidencia haya dejado de reportarse una ganancia, definición propia del lucro cesante.

Por otra parte, este despacho deberá tener en consideración que el demandante erróneamente indica que el cálculo del daño emergente se fundamenta en la suma asegurada de la Póliza de Seguro Familia Vital No.052532080913, lo cual no es jurídicamente correcto, en tanto el daño emergente es el dinero que sale del patrimonio del afectado, por lo que no podrá considerarse que la suma asegurada sea su daño emergente. En el mismo sentido deberá aplicarse con el lucro cesante que aduce haber aducido la parte demandante, pues este es el provecho dejado de percibir, el cual su fundamento son los intereses moratorios, lo cual incorrecto, en virtud de que los intereses tienen otra finalidad.

En conclusión, no es procedente el reconocimiento suma por concepto de Daño emergente y Lucro cesante, por cuanto no existe prueba cierta que indique detrimento patrimonial por parte del Demandante o la ganancia dejada de reporta como consecuencia del no pago de la indemnización del seguro. De modo tal, que al no encontrarse probados los perjuicios que alega en la liquidación del daño, es jurídicamente improcedente su reconocimiento. Tal y como lo han señalado los pronunciamientos jurisprudenciales citados en líneas precedentes. Finalmente, este Despacho debe tener en consideración que en el presente juramento estimatorio no se realizó el cálculo propio que ser deriva de la indemnización del seguro, por lo que es inviable que se efectúe una valoración sobre esta como un elemento de prueba.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

1. NULIDAD DE ASEGURAMIENTOS COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO DE LA PÓLIZA FAMILIA VITAL No. 052532080913.

⁸ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. Mp Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

Es fundamental que desde ahora el honorable despacho tome en consideración que el Asegurado José Álvaro Bustos (Q.E.P.D), fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, específicamente Hipertensión Arterial Medicada con registro en la historia clínica de 2013 y 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.

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

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia”⁹.
(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 el asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, 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

⁹ 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.

asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

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

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

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

de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.

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

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”¹⁰ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001- 31-03-023-1996-02422-01., 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

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

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."¹¹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

"Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el desafuero endilgado, por cuanto, si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado. Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.

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

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la "ubérrima buena fe" que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza." ¹²(Subrayado y negrilla 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

¹¹ 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.

¹² 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.

específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C.Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.” (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, 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 día 09 de agosto de 2018, fecha en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual la pregunta consignada fue redactada de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) no respondió, aun cuando tenía pleno conocimiento que la respuesta era totalmente indispensable para establecer el estado del riesgo:

No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaración de asegurabilidad seguro de vida familia vital individual

Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como: Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular- trombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Renales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-quirúrgicas, Hematológicas, Transplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de esta solicitud?

Si No **Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.**

El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente, cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1068 del Código de Comercio "Terminación automática del Seguro." La mora en el pago de la prima 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 ocasión de la expedición del contrato." Persona jurídica Gran Contribuyente según Res 7714 16/12/1996. Retenedores de ICA e IVA. No practicar retención en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012.

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 BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

Autorizo al BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros, Tarjeta de Crédito y/o Extracto del Crédito No 382-310966, o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida. Solicito a BBVA Seguros renovar automáticamente a su vencimiento, la presente póliza, salvo que medie instrucción expresa en contrario.

J. Bustos

Es decir, a pesar de que el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) conocía de su padecimiento de salud con anterioridad al mes de agosto de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) no respondió a la pregunta consignada en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas omisiones 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 entonces Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime,

cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Como se demostrará en el curso del proceso, el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) fue diagnosticado con esta enfermedad con anterioridad al 13 de agosto de 2018, fecha en la que se diligenció y suscribió de las declaraciones de asegurabilidad. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C. Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Sin perjuicio de lo anterior, para cualquier compañía aseguradora de vida y en especial para mi representada, resulta totalmente relevante conocer que un potencial asegurado padece de Hipertensión Arterial. Lo anterior, al ser una enfermedad que puede derivar problemas del corazón, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, problemas en los ojos y otros problemas de salud¹³. Además, para el caso concreto, resulta totalmente claro que el riesgo derivado de la hipertensión se materializó, toda vez que fue determinante en el fallecimiento.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) el señor José Álvaro Bustos ya contaba con una serie de diagnósticos de Hipertensión Arterial con anterioridad al mes de agosto de 2018, fecha en la que se diligenció la declaración de asegurabilidad, y (ii) que esta patología y antecedente es sumamente relevante para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran 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

¹³ MedlinePlus – Presión arterial alta en adultos – hipertensión. Recuperado de:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000468.htm>

patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

“Séptima. - Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto. En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

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

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

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye la enfermedad y antecedentes previamente referido, y que por supuesto el Asegurado debió

informar, 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.

“Declaración de asegurabilidad seguro de vida familia vital individual”

Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado a enfermedades o padecimientos tales como: **Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular trombotosis) Obesidad, Diabetes, Mellitus, VIH positivo-sida, cáncer (tumores inmunológicos. Congénitas. Adicciones. Ceguera-sordera y en general cualquiera enfermedad o incapacidad física o mental preexistente a la fecha de la firma de esta solicitud?**

Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro

De la pregunta expuesta se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que el asegurado había sido diagnosticado con hipertensión, faltó a la verdad al no informar, pues no respondió a la pregunta que indagaba por enfermedades cardiovasculares como la hipertensión:

* Si la respuesta es afirmativa, favor diligenciar el cuadro anterior	
No firme esta solicitud sin leer este texto	
Declaración de asegurabilidad seguro de vida familia vital individual	
Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como: Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular-trombotosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Rieñes, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-siquiátricas, Hematológicas, Transplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexistente a la fecha de la firma de esta solicitud?	
SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.

En síntesis, el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que la enfermedad que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato, son totalmente relevantes para el asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido la “hipertensión” con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple 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 como consecuencia de la reticencia del asegurado. La vinculación del señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) debe declararse nula, debido a que negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual. Más aun, cuando la patología que no informó

faltando así a la verdad, le fue preguntada expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad.

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

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del C. Co señala, sin lugar a una interpretación diferente, que el asegurado debe cumplir con la carga de ubérrima buena fe y lealtad, y así informar a la compañía aseguradora de todos los aspectos que conforman el riesgo trasladado, so pena que se dé aplicación a las consecuencias fijadas por el artículo 1058 del C.Co. Al respecto, el artículo 1158 del Código de Comercio indica lo siguiente:

“Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar”.

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es más, en una reciente providencia, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando

en esta contestación, de la siguiente manera:

“Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico¹⁴.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales¹⁵. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer¹⁶.” (Subrayado fuera del texto original)

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

¹⁴ 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.”*

¹⁵ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹⁶ 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.

Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)¹⁷

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁸, en donde estableció lo siguiente:

“De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 id previene que «aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 ni de las sanciones a que su infracción dé lugar».

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

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

¹⁷ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez.

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

reporta.

(...)

Ahora bien, no puede pasarse por alto que tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.”
(Subrayado fuera del texto original)

Ahora bien, no sobra resaltar que la doctrina más reconocida en el tema se ha pronunciado en el mismo sentido que los fallos anteriormente expuestos, al establecer:

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, si 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...”¹⁹ (subrayado fuera del texto original).

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

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

¹⁹ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

3. LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

Resulta fundamental confirmarle a este despacho que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la

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

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”.²⁰ (negrilla y subrayas fuera del texto)”.

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez, 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

²⁰ 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.

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».

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender, que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado. Es más, la Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997, que es la providencia que se pronuncia acerca de la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., ilustra en este sentido que la buena fe es una carga que recae principalmente en el asegurado durante la etapa precontractual.

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a 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 bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**”.* (Subrayado 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.

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

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que este honorable 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, 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 Álvaro Bustos (Q.E.P.D) fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento

de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

5. IMPROCEDENCIA DEL COBRO DE INTERESES DE MORA

Es menester señalar que, respecto a los intereses moratorios, la Corte Constitucional los ha definido como “aquellos que se pagan para el resarcimiento tarifado o indemnización de los perjuicios que padece el acreedor por no tener consigo el dinero en la oportunidad debida. La mora genera que se hagan correr en contra del deudor los daños y perjuicios llamados moratorios que representan el perjuicio causado al acreedor por el retraso en la ejecución de la obligación”.

Ahora bien, el reconocimiento del pago de intereses tanto en materia civil, comercial y administrativa tienen origen legal, y en todos los casos tiene carácter indemnizatorio, ante el retardo de recibir su pago. El Código Civil consagra los intereses moratorios como una indemnización derivada del retardo, la cual podrá ser convencional si es tasada por las partes o en su defecto legal caso en el cual será equivalente al 6% anual.

En conclusión, es improcedente el cobro de intereses de mora. Por cuanto en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato como consecuencia de la reticencia del asegurado. Es decir la vinculación del señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) debe declararse nula, debido a que negó todas sus patologías previas durante la etapa precontractual.

6. IMPROCEDENCIA DEL LUCRO CESANTE

Para empezar, debe hacerse remembranza sobre los aspectos fundamentales que configuran el lucro cesante. Éste se ha entendido cómo una categoría de perjuicio material, de naturaleza económica, de contenido pecuniario. Es decir, que puede cuantificarse en una suma de dinero y que consiste en la afectación o menoscabo de un derecho material o patrimonial, reflejado en la ganancia o ingreso que se ha dejado de percibir y que no ingresará al patrimonio de la persona.

No obstante, para indemnizar un daño, además de su existencia cierta, actual o futura, es necesaria su plena demostración en el proceso con elementos probatorios fidedignos e idóneos, como lo son aquellos medios permitidos en el ordenamiento jurídico. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia ha sostenido lo siguiente:

*(...) en cuanto perjuicio, **el lucro cesante debe ser cierto, es decir, que supone***

una existencia real, tangible, no meramente hipotética o eventual. (...) Vale decir que el 3 cesante ha de ser indemnizado cuando se afinsa en una situación real, existente al momento del evento dañoso, condiciones estas que, justamente, permiten inferir, razonablemente, que las ganancias o ventajas que se percibían o se aspiraba razonablemente a captar dejarán de ingresar al patrimonio fatal o muy probablemente (...)

Por último, están todos aquellos “sueños de ganancia”, como suele calificarlos la doctrina especializada, que no son más que **conjeturas o eventuales perjuicios que tienen como apoyatura meras hipótesis, sin anclaje en la realidad que rodea la causación del daño, los cuales, por obvias razones, no son indemnizables.**²¹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Así, resulta evidente que para reconocer la indemnización del lucro cesante es necesario, de un lado, estar en presencia de una alta probabilidad de que la ganancia esperada iba a obtenerse, y de otro, que sea susceptible de evaluarse concretamente. Sin que ninguna de esas deducciones pueda estar soportada en simples suposiciones o conjeturas, porque de ser así, se estaría en frente de una utilidad meramente hipotética o eventual.

Por otra parte, la Corte Suprema de Justicia, mediante sentencia del 20 de noviembre de 1943 revocó una condena al pago de perjuicios materiales que se había impuesto en primera instancia, soportada en los siguientes fundamentos:

“El daño futuro es indemnizable a condición de que en el momento presente resulte cierto que se realizará. Es inadmisibles conceder reparación por pérdidas puramente futuras. Cualquier base que se fije será necesariamente producción de la fantasía. Que el sujeto lesionado hará en el futuro esto o aquello, que obtendrá ganancias en actividades y en formas determinadas, es una incógnita que nadie tiene el poder de adivinar. De consiguiente para que el perjuicio futuro sea avaluable requiere que aparezca como la prolongación cierta y directa de un estado de cosas actual susceptible de estimación inmediata.”²²

Lo anterior significa que el lucro cesante no puede construirse sobre conceptos hipotéticos, pretensiones fantasiosas especulativas que se fundan en posibilidades inciertas de ganancias ficticias. Por el contrario, debe existir una cierta probabilidad objetiva que resulte del curso normal de las cosas y de las circunstancias especiales del caso. De manera que el mecanismo para cuantificar el lucro cesante consiste en un cálculo sobre lo que hubiera ocurrido de no existir el evento dañoso. Siempre que logre acreditarse que en efecto la víctima, al momento de la ocurrencia

²¹ Corte Suprema de Justicia. Sentencia Radicado 2000-01141 de 24 de junio de 2008.

²² Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 20 de noviembre de 1943.

del daño, ejerciera alguna actividad productiva que le generara los ingresos dejados de percibir.

Así pues, no resulta procedente la pretensión impetrada según la cual debe reconocerse y pagarse en favor del Demandante sumas de dinero por concepto de lucro cesante consolidado y futuro. Toda vez que no hay prueba dentro del expediente de la ganancia que no se reportó como consecuencia de la negativa de indemnización. En consecuencia, se trata de una mera expectativa que atenta contra el carácter cierto del perjuicio y, por tanto, no puede presumirse valor alguno para indemnizar el lucro cesante solicitado por la parte actora.

Por otro lado, debe indicarse que el lucro cesante que aduce haber aducido la parte demandante, no está acreditado, pues este perjuicio hace referencia al provecho dejado de percibir, sin embargo la demandante fundamenta este concepto en los intereses moratorios, lo cual es incorrecto jurídicamente, en virtud de que los intereses tienen otra finalidad.

En conclusión, al no existir prueba si quiera sumaria de los elementos estructurales del lucro cesante, esto es, no hay elemento de juicio que permita acreditar la ganancia dejada de percibir como consecuencia del hecho, el Honorable Juez no se encuentra jurídicamente habilitado para reconocer ningún emolumento a título de lucro cesante en este caso.

Por todo lo anterior, ruego al señor juez tener como probada esta excepción.

7. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, 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 provisiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Dicho precepto establece lo siguiente:

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

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

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

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

Se 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-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…)

La primera, según se acotó en líneas anteriores, de 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 vengero 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.”²³*
(Subrayado fuera del texto original)

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C.Co.

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

8. GENÉRICA O INNIMINADA Y OTRAS

²³ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

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.) y cualquier otra causal que pueda corroborar que no existe obligación alguna a cargo de las entidades demandadas y se la exima de toda obligación indemnizatoria, ello en atención a lo reglado por el artículo 282 del Código General del Proceso.

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.

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 ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

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

CAPITULO II

VI. PRUEBAS

1. DOCUMENTALES

- a. Declaración de Asegurabilidad diligenciada por el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D)
- b. Certificado de vigencia del Seguro Familia Vital No. 052532080913
- c. Clausulado aplicable al Seguro Familia Vital No. 052532080913
- d. Derecho de petición dirigido al Instituto Nacional de Cancerología ESE junto con su soporte de envío.
- e. Derecho de petición dirigido al Hospital San Antonio junto con su soporte de envío
- f. Derecho de petición dirigido a la NUEVA EPS junto con su soporte de envío

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- a. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **MARÍA MABEL MARTÍNEZ** en su calidad de Accionante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora Martínez podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- a. 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 Familia Vital.

4. TESTIMONIALES

- a. 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 de la señora Martha Yolanda Serrano Piñeros. 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 de la señora Serrano, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada 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.

- b. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **YEIMY ALEXANDRA QUECANO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera

procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora Serrano. 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 de la señora Serrano, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por la entonces Asegurada 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.

- c. Solicito se sirva citar a la doctora **MARÍA CAMILA AGUDELO ORTÍZ**, asesor externo 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., del Contrato de Seguro objeto del presente litigio, además que también podrá deponer acerca de las tratativas preliminares al perfeccionamiento de la póliza.

La Doctora podrá ser citado en la Calle 22D No. 72-38 de la ciudad de Bogotá y al correo electrónico camilaortiz27@gmail.com.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

1. Historia Clínica del señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D), correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2018, en la Audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías que el asegurado sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Familia Vital; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad. Los documentos se encuentran en poder de la señora María Mabel Martínez ya que aquellos corresponden a las atenciones médicas que ha recibido su cónyuge.

- b. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía número 6.648.473 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2018. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Bustos (Q.E.P.D). Lo anterior se puede constatar con el fragmento de la historia clínica que se aportó al expediente por la demandante.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Bustos (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. El **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE** puede ser notificado a través del correo electrónico notificacionesjudiciales@cancer.gov.co

- c. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **HOSPITAL SAN ANTONIO**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía número 6.648.473 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2018. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Bustos (Q.E.P.D).

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Bustos (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que

declaró su estado de asegurabilidad. El **HOSPITAL SAN ANTONIO** puede ser notificado a través del correo electrónico juridica@hsam.gov.co

- d. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **NUEVA EPS S.A.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía número 6.648.473 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2018. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor Bustos (Q.E.P.D). Lo anterior se puede constatar con el fragmento de la historia clínica que se aportó al expediente por la demandante.

El propósito de la exhibición de estos documentos, es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Bustos (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **NUEVA EPS SA** puede ser notificado a través del correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co

6. OFICIOS

- a. Ruego se oficie al **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía número 6.648.473 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2018. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) Lo anterior se puede constatar con la historia clínica aportada 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 y antecedentes que el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. El **INSTITUTO NACIONAL DE**

CANCEROLOGÍA ESE puede ser notificado a través del correo electrónico notificacionesjudiciales@cancer.gov.co

- b. Ruego se oficie al **HOSPITAL SAN ANTONIO**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía número 6.648.473 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2018. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) Lo anterior se puede constatar con la historia clínica aportada 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 y antecedentes que el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. El **HOSPITAL SAN ANTONIO** puede ser notificado a través del correo electrónico juridica@hsam.gov.co

- c. Ruego se oficie a la **NUEVA EPS**, para que con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía número 6.648.473 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2018. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) Lo anterior se puede constatar con la historia clínica aportada 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 y antecedentes que el señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia

con que declaró su estado de asegurabilidad. La **NUEVA EPS SA** puede ser notificado a través del correo electrónico secretaria.general@nuevaeps.com.co

VII. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL CGP

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 Álvaro Bustos (Q.E.P.D) 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 el antecedente médico que omitió informar el señor Bustos (Q.E.P.D) era absolutamente indispensable 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 al Despacho 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 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 oficiadas 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.

CAPÍTULO III
VIII. 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.

CAPITULO IV
IX. NOTIFICACIONES

La parte actora en el lugar en la demanda.

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

Al suscrito en la Av 6ABis No. 35N-100 of 212 de Cali o en la dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Del señor Juez. Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.



M026300110267703624000368034

Nit 800.226.038-4

Datos del cliente	
Lugar y fecha: Vico 09-Agosto 2018	Sucursal: Vico Centro
Nombre: Jose Alvaro Bustos Bustos	CC. Nit: 6.648.473
Edad: 52	Fecha de nacimiento: 1966-04-07
E-mail:	Género: M
Ciudad: Villavicencio	Dirección:
Teléfono: 3143606897	Departamento: Meta
Ocupación: Asesor de Oper	
Valor Asegurado: \$ 30.000.000	Periodicidad de pago: Mensual

Amperos	Valor Asegurado
Vida Básico	
Incapacidad Total y Permanente, Desmembración e inutilización	
Indemnización Adicional por Muerte Accidental en Transporte Público	
Renta Mensual por Hosp. en caso de Incapacidad Total y Permanente por Accidente	
Asistencia Orientación Telefónica Escolar	Incluido
Asistencia Médica Integral	Incluido
Medio de Pago:	Prima Anual: Prima Periódica:
Nombre del Asesor:	Código Asesor:

Beneficiarios del Asegurado	Parentesco	% Participación
Nelly		
Maria Mabel Martinez Bermúdez	100	Conyugue.

Información sobre reclamación en Seguros (Conocimiento del Cliente)

¿Ha presentado reclamación o ha recibido indemnización en seguros en los últimos dos años? Si No

Año	Remo	Compañía	Valor	Reclamación	Indemnización
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si la respuesta es afirmativa, favor diligenciar el cuadro anterior

No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaración de asegurabilidad seguro de vida familia vital individual
 Ha sufrido o sufre o le han diagnosticado enfermedades o padecimientos tales como: Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular-trombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo-Sida, Cáncer (tumores malignos, linfomas), Renales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-quirúrgicas, Hematológicas, Transplantes de cualquier órgano, Trastornos Inmunológicos, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental preexisten a la fecha de la firma de esta solicitud?

Si No **Si la respuesta es afirmativa no se puede continuar con el trámite del seguro.**

El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes

Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente, cualquier inconsistencia en la información consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1068 del Código de Comercio Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima 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 ocasión de la expedición del contrato." Persona jurídica Gran Contribuyente según Res 7714 16/12/1996. Retenedores de ICA e IVA No practicar retención en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad, sus derechos son los previstos en la constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012

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 BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o episodicidad o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse

Autorizo al BBVA COLOMBIA S.A. cargar a mi Cuenta Corriente, de Ahorros, Tarjeta de Crédito y/o Extracto del Crédito No **382-310866**, o a cualquier otro depósito de dinero que tenga en dicho Banco, el valor de la prima de acuerdo a la periodicidad de pago elegida. Solicito a BBVA Seguros remover automáticamente a su vencimiento, la presente póliza, salvo que medie instrucción expresa en contrario.

Firma del Solicitante

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

Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.

Como constancia se aprueba y firma en la ciudad de **Vico** el **09** del mes de **Agosto** de **2018**
 Vigencia de la cotización 15 días calendario

Firma del Solicitante

Firma Autorizada

BBVA Seguros Colombia S.A. NIT. 800.226.038-4

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros Colombia S.A. Carrera 15 No 95-65 Teléfono 2191'00
 Línea de Atención y Servicio al Cliente Línea Nacional 018888934020 y en Bogotá 3078080

Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-121 Piso 6 En Bogotá D.C., Teléfono 343 8365, e-mail: defensoria@bbvacolombia.com.co

CERTIFICA:

Que: El (la) señor (a) **JOSE ALVARO BUSTOS BUSTOS (Q.E.P.D)**, quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía No. **6.648.473**, se encuentra asegurado(a) con la Póliza de Seguro **Familia Vital** No. **052532080913**, Certificado No. **0013-0994-00-4000008969**, amparado bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	VR. ASEGURADO
VIDA BÁSICO	\$30.000.000
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (DESMEMBRACIÓN - INUTILIZACIÓN)	\$30.000.000
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO	\$9.000.000
RENTA MENSUAL EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE	\$3.000.000
ASISTENCIA MÉDICA INTEGRAL	INCLUIDO
ASISTENCIA ORIENTACIÓN TELEFÓNICA ESCOLAR	INCLUIDO

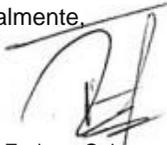
Los beneficiarios incluidos en la póliza son:

BENEFICIARIOS	PARENTESCO	PARENTESCO
MARIA MABEL MARTINEZ QUIÑONEZ	CONYUGE	100%

La póliza fue formalizada con una periodicidad de pago mensual el 09/08/2018, actualmente se encuentra cancelada. El último débito efectuado fue por \$36.516, el 11 de agosto de 2021 y correspondió al periodo del 09/08/2021 al 08/09/2021.

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los trece (13) días del mes de enero del año dos mil veinticuatro (2024).

Cordialmente,



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

Elaborado por: VJ.

Se adjunta copia del clausulado de la póliza.

Póliza de Vida
Familia Vital
Individual



Contenido

1	¿Qué te cubrimos?	3
	1.1. Muerte	3
	1.2. Incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización y renta mensual por incapacidad total y permanente	3
	1.3. Indemnización adicional por muerte accidental en vehículos de servicio público	4
2	¿Qué no te cubrimos?	4
3	Edades para ingresar al seguro y edades hasta las cuales existe cobertura del seguro	5
4	Prohibición de modificación unilateral	5
5	Declaración del estado de salud y sanción	6
	por reticencia o inexactitud en dicha declaración	
6	¿Cuándo termina tu seguro?	6
7	¿Qué hacer en caso de siniestro?	7
8	Prima y valor asegurado	8
9	Definiciones	8
10	Asistencias de tu producto	9

1. ¿Qué te cubrimos?

1.1 MUERTE:

SI TÚ COMO ASEGURADO MUERES DURANTE LA VIGENCIA DEL PRESENTE SEGURO, SE PAGARÁ A TUS BENEFICIARIOS EL VALOR ASEGURADO.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN Y RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

A. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO

SI TÚ COMO ASEGURADO SUFRES UNA INCAPACIDAD QUE TE IMPIDA EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN, SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR LA MISMA PERSONA, SE TE PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO

MUY IMPORTANTE

SOLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI TÚ PERTENECES O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL TE ENCUENTRES AFILIADO, O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%. LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

B. DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

SI COMO ASEGURADO SUFRES ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES, SE TE PAGARÁ EL PORCENTAJE DEL VALOR ASEGURADO PREVISTO PARA CADA UNA DE ELLAS RELACIONADAS A CONTINUACIÓN:

I. POR LA PÉRDIDA O INUTILIZACIÓN TOTAL Y PERMANENTE DE UNA MANO O DE UN PIE: EL 60% DEL VALOR ASEGURADO.

II. POR LA PÉRDIDA TOTAL O IRRECUPERABLE DE LA VISIÓN POR UN OJO: EL 60% DEL VALOR ASEGURADO.

III. RENTA MENSUAL EN CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE



EN EL CASO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO CUBIERTO POR ESTE SEGURO, LA COMPAÑÍA PAGARÁ ADICIONALMENTE EL VALOR ASEGURADO DEFINIDO PARA ESTE AMPARO, DE MANERA FRACCIONADA EN SEIS PAGOS SUCESIVOS Y MENSUALES, SIN PERJUICIO DE QUE SOLICITES LA REALIZACIÓN DE UN ÚNICO PAGO.

1.3. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN VEHÍCULOS DE SERVICIO PÚBLICO

EN EL CASO DE QUE LA MUERTE COMO ASEGURADO SE HAYA PRODUCIDO EN FORMA ACCIDENTAL MIENTRAS TE ENCUENTRAS VIAJANDO COMO PASAJERO O MIENTRAS ESTÁS SUBIENDO O DESCENDIENDO DE UN VEHÍCULO, NAVE O AERONAVE, PERTENECIENTE A UNA EMPRESA DE TRANSPORTE LEGALMENTE AUTORIZADA PARA TAL FIN, LA COMPAÑÍA PAGARÁ A TUS BENEFICIARIOS EL VALOR DEFINIDO PARA ESTE AMPARO. LA COMPAÑÍA IGUALMENTE PAGARÁ A LOS BENEFICIARIOS SI LA MUERTE SE PRODUCE DENTRO DE LOS CIENTO OCHENTA (180) DÍAS COMUNES SIGUIENTES A LA OCURRENCIA DE DICHO ACCIDENTE.

2. ¿Qué no te cubrimos?

PARA NINGUNO DE LOS AMPAROS SE CUBRIRÁN HECHOS DERIVADOS DE HOMICIDIO O SUICIDIO, ACAECIDOS DURANTE EL PRIMER AÑO DE SEGURO, AÚN EN GRADO DE TENTATIVA.

TAMPOCO SERÁ OBJETO DE COBERTURA BAJO NINGUNO DE LOS AMPAROS:

- a. CUANDO EL ASEGURADO CONDUZCA O VIAJE COMO PASAJERO EN MOTOCICLETAS, CUATRIMOTOS, O BICIMOTOS.
- b. USO DE PLANEADORES, COMETAS O ALAS DELTA.
- c. GUERRA (DECLARADA O NO), INVASIÓN, GUERRA CIVIL, TUMULTO, REVOLUCIONES, CONMOCIÓN CIVIL E INSURRECCIÓN.
- d. LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA.
- e. LOS ACTOS CAUSADOS POR INOBSERVANCIA DE CUALQUIER NORMA DE CARÁCTER PENAL, DE PARTE DEL ASEGURADO.
- f. ENCONTRÁNDOSE EN FORMA VOLUNTARIA BAJO LA INFLUENCIA DE BEBIDAS EMBRIAGANTES O ALUCINÓGENOS, Y SEA ESTA CIRCUNSTANCIA LA CAUSA QUE ORIGINA LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, LA INUTILIZACIÓN O LA DESMEMBRACIÓN.
- g. RESULTANTES DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE FISIÓN NUCLEAR, O FUSIÓN NUCLEAR O RADIOACTIVIDAD.
- h. ADICIONALMENTE, RESPECTO DEL AMPARO DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN VEHÍCULOS DE TRANSPORTE PÚBLICO, NO HABRÁ COBERTURA CUANDO LA MUERTE DEL ASEGURADO SEA OCASIONADA O SEA CONSECUENCIA DE CUALQUIER CLASE DE ENFERMEDAD.

3. Edades para ingresar al seguro y edades hasta las cuales existe cobertura del seguro

Ten en cuenta que para ingresar a este seguro debes tener mínimo 18 años de edad y máximo un día antes de cumplir los 65 años de edad.

Así mismo, tu seguro estará vigente, dependiendo de los amparos, así:

Amparo	Edad máxima de permanencia
Muerte por cualquier causa	Un día antes de cumplir los 70 años de edad
Incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización	Un día antes de cumplir los 65 años de edad
Renta por incapacidad total y permanente	
Indemnización adicional por muerte accidental en vehículos de transporte público	

4. Prohibición de modificación unilateral

BBVA Seguros no podrá hacer modificaciones unilaterales de tu seguro, ni exigirte condiciones previas para el inicio o permanencia de los amparos de tu póliza, conforme el Parágrafo 1. Art. 2.31.2.2.2 del D. 255 de 2010.





5. Declaración del estado del riesgo y sanción por reticencia o inexactitud en dicha declaración

MUY IMPORTANTE

Ten en cuenta que tienes la obligación legal de declarar sinceramente tu estado de salud, así como todos los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, independientemente de que la compañía efectúe o no exámenes médicos.

Así mismo, debes saber que en caso de faltar a la verdad en dicha declaración o en caso de omitir hechos relevantes que hubiesen llevado a la compañía a no asegurarte o a hacerlo en condiciones más onerosas, no habrá lugar al pago de indemnización alguna.

6. ¿Cuándo se termina tu seguro?

En adición a las causales que fija la ley, tu seguro terminará:

- a. Por el cumplimiento de la edad máxima de permanencia prevista en la condición tercera de esta póliza.
- b. Por muerte del asegurado, o por el pago total del valor asegurado respecto de las coberturas de incapacidad total y permanente o de muerte accidental en vehículos de servicio público o desmembración.

7. ¿Qué hacer en caso de siniestro?

Reporta fácil y en línea tu siniestro mediante:

✉ Correo electrónico: **siniestros.co@bbva.com**

☎ Línea nacional: **018000934020**

☎ Línea en Bogotá: **3078080**

Si reportas tu siniestro por medio del correo electrónico mencionado anteriormente, para mayor agilidad y claridad te recomendamos que en el asunto identifiques tu correo como: Aviso de Siniestro, nombre de producto a reclamar, número de la póliza a reclamar, nombre completo del cliente y número del documento de identificación.

En este correo haz una breve descripción de los hechos que generaron el evento o la pérdida, donde nos dejes claro la fecha y lugar de ocurrencia.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que te asiste, podrás brindar los siguientes documentos, teniendo en cuenta el amparo presentado:

Documentos	Fallecimiento	Incapacidad total o permanente
Registro Civil de Defunción	X	
Acta de Levantamiento del Cadáver (muerte accidental)	X	
Epicrisis sobre la causa del fallecimiento	X	
Calificación de la incapacidad (emitida por EPS, ARL, AFP o la Junta Médica Regional o Nacional)		X
Certificado médico actualizado donde conste la desmembración (si aplica)		X
Documentos de los beneficiarios de ley (Demostrando parentesco)	X	

*BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. se reserva el derecho de solicitar cualquier documento necesario para el trámite de la reclamación. Una vez recibidos los documentos necesarios, LA COMPAÑÍA emitirá su decisión dentro de los 10 días hábiles siguientes.

8. Primas y valor asegurado

El valor asegurado, y por consiguiente el valor de la respectiva prima del seguro, se reajustará en la renovación de cada certificado con base en el IPC del año inmediatamente anterior fijado por el DANE, edad alcanzada y de acuerdo a las tarifas que se encuentren vigentes al momento de la renovación.

9. Definiciones

Para tener un mejor conocimiento de este seguro, resaltamos las siguientes definiciones:

ASEGURADO:

Es el cliente titular del seguro.

BENEFICIARIO:

Persona a la que se le paga el valor asegurado en caso de reclamación.

PRIMA:

Costo final del seguro.

VALOR ASEGURADO:

Valor máximo que se paga por la ocurrencia del siniestro, y será el vigente a la ocurrencia del mismo. Se encuentra reflejado, para cada amparo, en la póliza de seguros.

SINIESTRO:

Realización de la eventualidad prevista por el presente contrato de seguro que da origen al pago de la indemnización.

TOMADOR:

Persona que por cuenta propia o ajena traslada el riesgo.

PÉRDIDA (DE UN ÓRGANO):

Para este seguro es: (i) Para la mano: la amputación quirúrgica o traumática por la muñeca o por encima de ella; (ii) Para el pie: la amputación quirúrgica o traumática por el tobillo o por encima de él.

INUTILIZACIÓN:

Para este seguro es la pérdida funcional total.

ACCIDENTE:

Para este amparo es un hecho externo, visible y fortuito que no depende de la voluntad del tomador, asegurado o beneficiario, que ocurra durante la vigencia del seguro y que produzca en la integridad física del asegurado, lesiones corpóreas evidenciadas por contusiones o heridas visibles, o lesiones internas médicamente comprobadas.

10. Asistencias de tu producto

La compañía garantiza la prestación de servicios cuando el asegurado se encuentre en dificultades, como consecuencia de una enfermedad o un accidente ocurrido en su domicilio habitual o lugar de trabajo (siempre y cuando el origen de la urgencia no sea de tipo laboral, una enfermedad profesional o accidente de tránsito). Se debe contar con un espacio de privacidad mínima para la valoración médica.

Se deja establecido que el servicio que prestará ANDIASISTENCIA a través de sus proveedores de asistencia, es de medio y no de resultado y estará sujeto a circunstancias de tiempo, modo y lugar.

DEFINICIONES

Tomador de seguro:

Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.

Asegurado:

Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato.

Para los efectos de este anexo, tienen además la condición de beneficiario:

- El titular de la póliza.
- El cónyuge.
- Hijos menores de 25 años.
- Padres del asegurado principal hasta los 65 años.

El asegurado y los beneficiarios deberán tener un POS vigente (régimen subsidiado o contributivo).

Urgencia:

Se entiende por urgencia la alteración de la integridad física y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas." (Decreto 1761 de 1990)

Emergencia:

Se entiende por emergencia la urgencia extrema que exige atención inmediata.

Traslado médico:

Es el traslado del paciente desde el lugar de la ocurrencia del episodio patológico hasta el centro médico (traslado primario). Según la naturaleza del accidente o de la enfermedad y dependiendo de la evolución del estado de la misma, en conjunto con el médico tratante, se establecerá el medio más idóneo para su traslado hasta el centro hospitalario más apropiado y cercano.

ÁMBITO TERRITORIAL

El derecho a las prestaciones se extiende a las personas que residan dentro del casco urbano de las ciudades donde se tenga vigente la red de prestatarios.

COBERTURAS

1. Orientación médica básica telefónica

La compañía brinda el servicio de orientación médica básica telefónica 24 horas al día los 365 días del año.

Los asesores médicos que receptionan la llamada, harán un diagnóstico preliminar de acuerdo a la sintomatología informada por el asegurado, orientando al asegurado o solicitante del servicio, las conductas provisionales a asumir, mientras se produce el contacto personal de salud-paciente.

2. Asistencia médica domiciliaria

En caso de enfermedad o accidente del titular o beneficiarios, que requiera atención médica en el domicilio, la compañía enviará un médico para que realice dicha atención.

La compañía mantendrá los contactos necesarios con los facultativos que atiendan al paciente, para supervisar que la asistencia médica sea adecuada.

3. Traslados médicos de emergencia

En caso de accidente o enfermedad que requiera (a criterio del médico tratante o el médico que receptiona la llamada) manejo en un centro hospitalario; la compañía realizará los contactos y coordinará el traslado del paciente hasta la clínica o el centro médico más cercano, de acuerdo al POS del paciente.

Dependiendo del criterio del médico tratante o el médico que recibe la llamada, el traslado puede realizarse por cualquiera de los siguientes medios:

A. Traslado básico:

En vehículo, el cual podrá realizarse en un taxi o una ambulancia básica, cuando la situación clínica presentada por el paciente no reviste ningún tipo de severidad o compromiso del estado vital y no requiera acompañamiento médico.

B. Traslado médico en ambulancia:

Cuando la situación clínica presentada por el paciente revista algún tipo de severidad o compromiso del estado vital y requiera acompañamiento médico.

La compañía hará seguimiento del arribo de unidades médicas especializadas de alta complejidad, para transportar al paciente hasta el centro médico asistencial más cercano.

Nota:

El número de eventos por vigencia de la póliza es de ocho (8) eventos.

4. Orientación escolar telefónica (nacional ilimitada)

El hijo del asegurado podrá solicitar orientaciones vía telefónica sobre materias escolares básicas como matemáticas, física, química, biología, ciencias sociales y español. Esta asesoría será dada por tutores de cada una de las asignaturas mencionadas anteriormente y tendrá una duración máxima de 30 minutos.

EXCLUSIONES

No son objeto de la cobertura de asistencia las prestaciones y hechos siguientes:

a) Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la compañía; salvo en caso de fuerza mayor.

b) Las enfermedades, defectos o lesiones derivadas de padecimientos crónicos o enfermedades preexistentes o congénitas (conocidas o no por el asegurado). A los efectos del presente anexo, se entiende como enfermedad o afección preexistente, tanto aquella padecida con anterioridad a la iniciación de la vigencia del anexo, como la que se manifieste posteriormente, pero que para su desarrollo haya requerido de un período de incubación, formación o evolución dentro del organismo del beneficiario, iniciado antes de la fecha de inicio de vigencia del anexo.

c) La muerte producida por suicidio y las lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.

d) La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica, ni por enfermedades mentales y/o eventos de orden psiquiátrico de carácter agudo crónico.

e) Lo relativo y derivado de prótesis y anteojos.

f) Lo relativo y derivado de gastos de asistencia por embarazo, parto y sus complicaciones.

g) Los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamientos, prácticas o participación activa en competencias deportivas (amateurs o profesionales) o los eventos que puedan ocurrir a consecuencia de prácticas de deportes peligrosos o de alto riesgo.

h) No se prestará asistencia médica, cuando se trate de chequeos médicos de rutina o que correspondan a tratamientos cosméticos, estéticos o de disminución de peso.

i) Los traslados intermunicipales o interdepartamentales a una IPS de mayor complejidad, cuando la urgencia sea consecuencia de una patología preexistente, independientemente si este se requiere vía terrestre o aérea.

j) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremoto, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, entre otros.

k) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.

l) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de hechos de las fuerzas o cuerpos de seguridad.

m) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.

n) Los que se produzcan con ocasión de la participación del asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

En caso de un evento cubierto por el presente contrato, el beneficiario deberá solicitar siempre la asistencia a los teléfonos de asistencia, informando el nombre del beneficiario, el destinatario de la prestación, el número del documento de identificación, la dirección del inmueble beneficiario, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

INCUMPLIMIENTO

ANDIASISTENCIA queda relevada de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este anexo.

Se entiende por fuerza mayor las causas tales como, pero no limitadas a: guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobiernos o de administración, fenómenos de la naturaleza y generalmente toda causa imprevisible y excesivamente gravosa que razonablemente impide a alguna de las partes cumplir sus obligaciones.

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

ANDIASISTENCIA responde por los riesgos amparados de conformidad a la definición que de los mismos trae el presente anexo.

En consecuencia no será responsable de coberturas adicionales, de hechos fortuitos que sobrevengan en el desarrollo de la prestación de los servicios por parte de los proveedores, ni de los hechos preexistentes a dicha prestación.



Todo lo no previsto en esta póliza se regulará por las disposiciones del Código de Comercio.

Para mayor información de nuestros productos y servicios, puedes comunicarte al **01 8000 934 020** a nivel nacional, al **307 8080** en Bogotá, para asistencia al **#370** desde un celular, escribirnos al buzón **clientes@bbvaseguros.com.co** o ingresar a nuestra página web **www.bbvaseguros.com.co**



Señores
HOSPITAL SAN ANTONIO
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito de manera respetuosa solicito se remita copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía número 6.648.473 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2018, con destino al proceso de radicación 110014003062 2022 01516 00 que cursa en el **JUZGADO CUARENTA Y CUATRO (44) DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE BOGOTÁ D.C**, con ocasión al proceso judicial instaurado por la señora María Mabel Martínez.

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.”

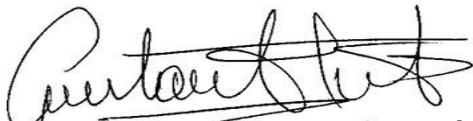
ANEXOS

Poder que me faculta para actuar.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Calle 69 No. 4-48 of 502 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la historia clínica en el correo notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

RE: PETICION//HSA// RAD:110014003062 2022 01516 00// DTE: MARIA MABEL MARTINEZ// DDP: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA// BPDV

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Jue 01/08/2024 16:10

Para:juridica@hsam.gov.co <juridica@hsam.gov.co>

CC:Brenda Patricia Diaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (473 KB)

PODER MMM.pdf; DP HS.pdf;

Señores

HOSPITAL SAN ANTONIO

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

Dando alcance al correo anterior, me permito modificar el escrito únicamente en cuanto a la identificación del paciente, por ello, GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente **PETICIÓN****

Comendidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

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

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

Enviado: jueves, 1 de agosto de 2024 14:18

Para: juridica@hsam.gov.co <juridica@hsam.gov.co>

Cc: Brenda Patricia Diaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

Asunto: PETICION//HSA// RAD:110014003062 2022 01516 00// DTE: MARIA MABEL MARTINEZ// DDP: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA// BPDV

Señores
HOSPITAL SAN ANTONIO
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente **PETICIÓN**

Comedidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

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

Señores
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito de manera respetuosa solicito se remita copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía número 6.648.473 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2018, con destino al proceso de radicación 110014003062 2022 01516 00 que cursa en el **JUZGADO CUARENTA Y CUATRO (44) DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE BOGOTÁ D.C**, con ocasión al proceso judicial instaurado por la señora María Mabel Martínez.

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.”

ANEXOS

Poder que me faculta para actuar.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Calle 69 No. 4-48 of 502 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la historia clínica en el correo notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

RE: PETICIION// RAD:110014003062 2022 01516 00// DTE: MARIA MABEL MARTINEZ// DDP: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA// BPDV

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Jue 01/08/2024 16:04

Para: notificacionesjudiciales <notificacionesjudiciales@cancer.gov.co>

 2 archivos adjuntos (474 KB)

DP INSTITUTO.pdf; PODER MMM.pdf;

Señores

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

Dando alcance al correo anterior, me permito modificar el escrito únicamente en cuanto a la identificación del paciente, por ello, GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente **PETICIÓN**

Comendidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

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

De: notificacionesjudiciales <notificacionesjudiciales@cancer.gov.co>

Enviado: jueves, 1 de agosto de 2024 14:35

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

Asunto: RE: PETICIION// RAD:110014003062 2022 01516 00// DTE: MARIA MABEL MARTINEZ// DDP: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA// BPDV

Buen día.

Confirmando recibido de correo electrónico, se dio entrada ENT-12628-2024. El área encargada dará respuesta al requerimiento.

Atentamente,



Daniza Julieth Sanchez Gonzalez.

Auxiliar de Oficina Grupo Área Gestión Documental

djsanchez@cancer.gov.co

PBX:(57) 6014817000 Ext. 3305

Calle 1 N° 9-85 | Bogotá D.C, Colombia

www.cancer.gov.co

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

Enviado el: jueves, 1 de agosto de 2024 2:16 p. m.

Para: notificacionesjudiciales <notificacionesjudiciales@cancer.gov.co>

CC: Brenda Patricia Díaz Vidal <bdiáz@gha.com.co>

Asunto: PETICION// RAD:110014003062 2022 01516 00// DTE: MARIA MABEL MARTINEZ// DDP: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA// BPDV

Señores

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA ESE

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente **PETICIÓN**

Comendidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

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



notificacionesjudiciales
notificacionesjudiciales@cancer.gov.co
PBX:(57) 6014817000 Ext.
Calle 1 N° 9-85 | Bogotá D.C, Colombia
www.cancer.gov.co

AVISO DE PRIVACIDAD PARA COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS Este mensaje y sus archivos adjuntos van dirigidos exclusivamente a su destinatario pudiendo contener información confidencial o privilegiada sometida a secreto profesional o reserva legal. No está permitida su reproducción o distribución sin la autorización expresa del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Si usted no es el destinatario final tenga en cuenta que cualquier distribución, copia o uso de esta comunicación o la información que contiene está estrictamente prohibida, por favor elimínelo e infórmenos por esta vía. De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 Régimen General de Protección de Datos Personales y con el Decreto reglamentario 1377 de 2013, el titular presta su consentimiento para que sus datos, facilitados voluntariamente pasen a formar parte de una base de datos, cuyo responsable es el INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, cuyas finalidades son: la atención asistencial en salud, por el control integral del cáncer; la docencia, formación, capacitación; la investigación, prevención, promoción y detección en cáncer; establecimiento de políticas sobre salud pública; la gestión administrativa, financiera y de carácter comercial de la entidad; y la gestión de mercadeo, publicidad y comunicaciones sobre nuestros productos, eventos y/o servicios. Puede usted ejercer los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre sus datos, mediante escrito dirigido al INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, a la dirección de correo electrónico pqr@cancer.gov.co o a la dirección calle 1 No. 9 – 85 en Bogotá, D.C., indicando claramente el asunto el derecho que desea ejercer, los fundamentos en que se sustenta y si es del caso, las pruebas en que se fundamenta.

Señores
NUEVA EPS
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente:

PETICIÓN

Solicito de manera respetuosa solicito se remita copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor José Álvaro Bustos (Q.E.P.D) identificado con cédula de ciudadanía número 6.648.473 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2018, con destino al proceso de radicación 110014003062 2022 01516 00 que cursa en el **JUZGADO CUARENTA Y CUATRO (44) DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIA MÚLTIPLE DE BOGOTÁ D.C**, con ocasión al proceso judicial instaurado por la señora María Mabel Martínez.

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.”

ANEXOS

Poder que me faculta para actuar.

NOTIFICACIONES

Cualquier notificación la recibiré en la Calle 69 No. 4-48 of 502 de la ciudad de Bogotá D.C. Recibiré la copia de la historia clínica en el correo notificaciones@gha.com.co

Del Señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. N° 19.395.114 de Bogotá

T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.

RE: PETICION//NE// RAD:110014003062 2022 01516 00// DTE: MARIA MABEL MARTINEZ// DDP: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA// BPDV

Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Jue 01/08/2024 16:07

Para:secretaria.general@nuevaeps.com.co <secretaria.general@nuevaeps.com.co>

CC:Brenda Patricia Diaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (473 KB)

DP NE.pdf; PODER MMM.pdf;

Señores

NUEVA EPS

E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

Dando alcance al correo anterior, me permito modificar el escrito únicamente en cuanto a la identificación del paciente, por ello, GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente **PETICIÓN**

Comedidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. 19.395.114 de Bogotá D.C

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

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

Enviado: jueves, 1 de agosto de 2024 14:21

Para: secretaria.general@nuevaeps.com.co <secretaria.general@nuevaeps.com.co>

Cc: Brenda Patricia Diaz Vidal <bdiaz@gha.com.co>

Asunto: PETICION//NE// RAD:110014003062 2022 01516 00// DTE: MARIA MABEL MARTINEZ// DDP: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA// BPDV

Señores
NUEVA EPS
E. S. D.

ASUNTO: DERECHO DE PETICIÓN

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA** en ejercicio del derecho de petición consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política de Colombia, me permito respetuosamente realizar la siguiente **PETICIÓN**

Comedidamente solicito acusar de recibido el presente correo y su archivo adjunto.

Cordialmente,

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

Señores

**JUZGADO 44 CUARENTA Y CUATRO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS
MÚLTIPLES DE BOGOTÁ**

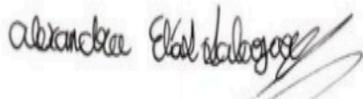
E. S. D.

PROCESO: VERBAL
RADICADO: 11001400306220220151600
DEMANDANTE: MARIA MABEL MARTINEZ QUIÑONES
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A Y OTROS

ALEXANDRA ELIAS SALAZAR, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 53.139.838 de Bogotá, 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 por la Superintendencia Financiera de Colombia. Respetuosamente me dirijo a usted con el fin de manifestar por medio del presente escrito, que otorgo poder especial amplio y suficiente al Doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía número 19.395.114 y Tarjeta Profesional Número 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, que cursa en ese Juzgado.

En consecuencia, mi apoderado queda facultado para notificarse del presente proceso, así como de todas las providencias que se dicten en desarrollo del mismo, 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.

Cordialmente,



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

Acepto,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. 19.395.114

T.P. 39.116.

notificaciones@gha.com.co

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 1719408630079122

Generado el 25 de enero de 2024 a las 10:46:34

**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 COMPANÍA 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 COMPANÍA 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 COMPANÍA 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 COMPANÍA 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 COMPANÍA 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: 1719408630079122

Generado el 25 de enero de 2024 a las 10:46:34

**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. La 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 representacilegal de la entidad, las siguientes personas:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Marco Alejandro Arenas Prada Fecha de inicio del cargo: 24/08/2023	CC - 93236799	Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 27/03/2014	CC - 93086122	Primer Suplente del Presidente
María Elena Torres Colmenares Fecha de inicio del cargo: 11/01/2024	CC - 52011890	Segundo Suplente del Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 06/06/2013	CC - 93086122	Secretario General
José Daniel Sanabria Lozano Fecha de inicio del cargo: 16/02/2023	CC - 79368684	Representante Legal Suplente
Manuel José Castrillón Pinzón Fecha de inicio del cargo: 25/07/2019	CC - 1061733649	Representante Legal Judicial
María Camila Araque Pérez Fecha de inicio del cargo: 23/08/2018	CC - 52992863	Representante Legal Judicial
Alexandra Elias Salazar Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 53139838	Representante Legal Judicial
Carlos Mario Garavito Colmenares Fecha de inicio del cargo: 19/03/2019	CC - 80090447	Representante Legal Judicial
María Carolina Vanegas Pineda Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016	CC - 52416119	Representante Legal en Calidad de Director de Riesgos



SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Certificado Generado con el Pin No: 1719408630079122

Generado el 25 de enero de 2024 a las 10:46:34

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

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

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.



**NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARIA 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."



PODER PROCESO: VERBAL RADICADO: 11001400306220220151600 DEMANDANTE: MARIA MABEL MARTINEZ QUIÑONES DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A Y OTROS

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

en nombre de

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

Mié 06/03/2024 23:01

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

 2 archivos adjuntos (190 KB)

PODER - MARIA MABEL MARTINEZ QUIÑONES.docx (1).pdf; VIDA SFC ENERO.pdf;

Señores

JUZGADO 44 CUARENTA Y CUATRO DE PEQUEÑAS CAUSAS Y COMPETENCIAS MÚLTIPLES DE BOGOTÁ

E. S. D.

PROCESO: VERBAL

RADICADO: 11001400306220220151600

DEMANDANTE: MARIA MABEL MARTINEZ QUIÑONES

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

ALEXANDRA ELIAS SALAZAR, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 53.139.838 de Bogotá, 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 por la Superintendencia Financiera de Colombia. Respetuosamente me dirijo a usted con el fin de manifestar por medio del presente escrito, que otorgo poder especial amplio y suficiente al Doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía número 19.395.114 y Tarjeta Profesional Número 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, que cursa en ese Juzgado.

En consecuencia, mi apoderado queda facultado para notificarse del presente proceso, así como de todas las providencias que se dicten en desarrollo del mismo, 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.

Cordialmente,