

Señores:

JUZGADO OCHENTA Y UNO (81) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ

cmpl81bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL SUMARIO
RADICADO: 110014003081-**2023-00135**-00
DEMANDANTES: DANNA MARCELA ÁLVAREZ PRADA Y OTROS
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT No. 800.240.882-0, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el presente, manifiesto que, dentro del término legal, presento **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por los señora DANNA MARCELA ÁLVAREZ PRADA Y OTROS, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de los demandantes, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

AL HECHO 1: Es cierto que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.), tomó la Póliza de Seguro Familia Vital Red No. 00130958052532100884. Sin embargo, desde ya el Despacho deberá considerar que dicho seguro no podrá afectarse comoquiera que, para la fecha

en la cual el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual la pregunta consignada fue redactada de manera que cualquier persona pudiese entenderla y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de la pregunta, el asegurado la respondió negativamente, aún cuando tenía pleno conocimiento que esta respuesta negativa constituía una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) conocía de sus padecimientos de salud, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial las de Obesidad y Bursitis del Hombro, enfermedades diagnosticadas con anterioridad al mes de octubre del año 2018. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia la respuesta negativa y falsa del asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 23 de octubre de 2018.**

Declaración de asegurabilidad seguro de vida familia vital individual
En este seguro no se han diagnosticado enfermedades ni padecimientos tales como: Cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio), Cerebrovasculares (accidente cerebrovascular, ictus), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo SIDA, Cáncer (tumores malignos, linfoma), Renales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Osteoporosis, Mielopatías, Equivocaciones, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos de inmunidad, Congénitas, Adicciones, Ceguera Sordera y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental pre-existente a la fecha de firma de esta póliza.

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

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) respondió de forma negativa a la pregunta consignada en la declaración de asegurabilidad. En ese sentido y como se expondrá a continuación, esta negativa constituye una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del seguro. Debido a que el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocido el precario estado en que se encontraba el riesgo que se le quería trasladar, la Compañía de Seguros definitivamente se habría retraído de celebrar el contrato con el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.), o en su defecto, habría pactado

condiciones mucho más onerosas. Es decir, a pesar de que el asegurado conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al perfeccionamiento del seguro, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

En resumen, el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades 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 Obesidad, así como de la Bursitis del Hombro con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) 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. En consecuencia, no puede nacer ninguna obligación a cargo de mi representada.

AL HECHO 2: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

No obstante, se debe precisar que el extremo actor incurre en el error de afirmar que el señor YAMIL

EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) falleció el día 22 de enero de 2022, por cuanto en el registro civil de defunción allegado al plenario, se evidencia que contrario sensu a lo esgrimido por las demandantes, el asegurado falleció el día 29 de enero de 2022.

Ahora, si bien es cierto que el contrato de seguro prestaba el amparo de vida básico, es decir, la muerte del asegurado, no es menos cierto que en el caso concreto a pesar de que el asegurado conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al perfeccionamiento del seguro, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Lo anterior cumple 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. En consecuencia, no puede nacer ninguna obligación a cargo de mi representada.

AL HECHO 3: Es cierto. Una vez verificadas las pruebas documentales obrantes en el plenario del proceso junto con la información que registra en las bases de datos de mi representada, se constata que el día 18 de febrero de 2022 se recibió solicitud de indemnización por parte de la señora GENY PRADA GIRALDO, a fin de que fuera afectada la Póliza No. 00130958052532100884. Sin embargo, mediante comunicado fechado del 11 de marzo de 2022 se objetó el respectivo pago en el entendido que de acuerdo con la Historia Clínica de la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR – COMPENSAR E.P.S., se encontró que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.), tenía antecedentes patológicos. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivaron la objeción al pago del respectivo seguro.

AL HECHO 4: Es cierto, pero no de la forma en que describe. Tal como fue expuesto previamente, mediante comunicado fechado del 11 de marzo de 2022 se objetó el respectivo pago, razón por la cual el extremo actor recepcionó solicitud de reconsideración ante mi prohijada el día 07 de junio de 2022, siendo que ante esta última la Compañía Aseguradora emitió comunicado del 08 de junio

de 2022, a través del cual se ratificó la decisión de objetar el pago por causa de la reticencia del asegurado.

AL HECHO 5: Se observa que lo aquí expuesto es cierto de acuerdo con las pruebas documentales aportadas al proceso.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN 1: En efecto ME OPONGO a la pretensión esgrimida por la parte actora, habida cuenta que, la misma no tiene vocación de prosperidad, al no ser jurídicamente viable declarar la vigencia del seguro de vida a fin de solicitar su afectación y exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, habida cuenta que es claro que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (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, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Obesidad y la Bursitis del Hombro con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 2: ME OPONGO a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a la primera pretensión, y al ser improcedente, esta también debe

ser desestimada frente a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 3: ME OPONGO a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4: ME OPONGO a esta pretensión, esgrimida por la parte actora, habida cuenta que, la misma no tiene vocación de prosperidad, pues esta se encuentra sustentada en hechos que no son materia de litigio y que no guardan relación con el presente proceso, en tanto se halla encaminada al reconocimiento de perjuicios materiales e inmateriales derivados de un accidente de tránsito, siendo que nos encontramos ante un proceso verbal sumario de responsabilidad civil contractual cuyo punto de controversia es un contrato de seguro de vida, circunstancia altamente conocida por la parte demandante, por lo que comprende una deslealtad procesal solicitarle a la Aseguradora que indemnice eventos que están fuera de sus coberturas. Por lo tanto, la pretensión aquí expuesta deberá ser despachada desfavorablemente por el juzgador.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 5: ME OPONGO a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 6: ME OPONGO a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Sin perjuicio de lo anterior, la solicitud de indexación de sumas de dinero resulta improcedente, por cuanto ello no tiene vocación de prosperidad, habida cuenta que no hay lugar a reconocimiento de emolumento alguno.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 7: ME OPONGO a la condena en costas procesales y agencias en derecho, por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. En su lugar, solicito condena en costas y agencias en derecho para la parte demandante.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Objeto el juramento estimatorio presentado por la parte demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso.

En primer lugar, no puede obviarse que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (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, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Obesidad y la Bursitis del Hombro con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la Historia Clínica del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Así pues, en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias de mayor o menor relevancia que determinan el riesgo moral o subjetivo y el riesgo objetivo, las cuales están llamadas,

según el caso, a influir sobre el juicio del asegurador de tal manera que en la medida en que sean relevantes y se omitan, o las mismas no correspondieran a la realidad, el contrato estará sujeto a la sanción legal que establece el precitado artículo 1058, y por ende, la compañía de seguros podrá aducirla como causal exonerativa de su responsabilidad de cumplir con la prestación contenida en el respectivo negocio jurídico, una vez perfeccionada la correspondiente reclamación.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

1. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO.

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que el asegurado, el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (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, 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 hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en este.

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**”¹. – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. La Corte Constitucional, en Sentencia T - 437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del

¹ BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

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

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

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

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

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 de 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 y negrilla por fuera de texto)

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

*“Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las “declaraciones de asegurabilidad” de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron***

datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”² - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se*

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”³ -
(Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

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

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

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

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como

³ 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.

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.⁴ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

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

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de 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*

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

*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 y negrilla por fuera de texto)*

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

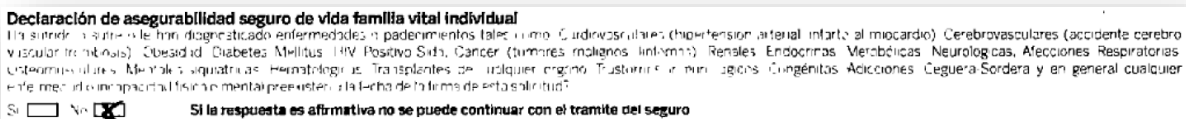
- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito *sine qua non* para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima buena fe, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 23 de octubre de 2018, fecha en la cual el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en la cual la pregunta consignada fue redactada de manera que cualquier persona pudiese entenderla y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de la pregunta, el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) la respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que esta respuesta negativa constituía una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2018, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia la respuesta negativa y falsa del asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 23 de octubre de 2018.**



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, ictus), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo/SIDA, Cáncer (tumores malignos, linfoma), Renales, Endocrinas, Metabólicas, Neurológicas, Afecciones Respiratorias, Gastrointestinales, Mentales, Aquáticas, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos de inmunología, Congénitos, Adicciones, Ceguera/Sordera y en general cualquier enfermedad o incapacidad física o mental pre-existente a la fecha de firma de esta solicitud?

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

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la

declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el asegurado ha padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) es de gran importancia precisar cuáles son las enfermedades que padece y que no fueron declaradas en el momento de perfeccionar su aseguramiento. Lo anterior, con el objetivo de ilustrarle al Despacho que aquellos padecimientos fueron tan representativos y graves, que por supuesto, tiene todas las características y sobre todo la envergadura requerida, para anular la vinculación al contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que Despacho tenga en cuenta que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) no informó a mi representada que padecía de Obesidad, así como de Bursitis del Hombro, patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. A continuación, se muestran los fragmentos más representativos de la historia clínica en los cuales queda acreditado que la Obesidad y la Bursitis del Hombro son anteriores al mes de octubre de 2018:

- **OBESIDAD**

Diagnósticos Previos			
*	Fecha/Hora del Dx	: 25.04.2018	08:53
	Código Dx	: E660	
	Descripción	: OBESIDAD DEBIDA A EXCESO DE CALORIAS	
	Certeza Dx	: Confrimado Nuevo	

Documento: Registro de Historia Clínica – 25/04/2018

Transcripción parte esencial: “*DIAGNOSTICO: E660 Obesidad*”

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que el 25 de abril de 2018, el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) fue diagnosticado con Obesidad. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de Obesidad no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad, lo que indiscutiblemente significa, que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por varios años, y, aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó. Pues en principio, la historia clínica del paciente demuestra que este fue diagnosticado con esta enfermedad el 25 de abril de 2018 y que el diagnostico persistió incluso con controles médicos, como se observa en los siguientes apartes:

Enfermedad Actual

EA PACIENTE CON DOLOR EN EDEMA EN REGION TENAR MANO IZQUIERDA HACE 1 MES ANATECDNETE FAMILIARA DE ARTRITIS REUMATODEA EN HERMANAS REFIERE ANTECEDENTE SINDROME TUNEL CARPIANO EN MANSJO CON TERAPIA FISICA PACAINETE CON OBSEISDDA DISTESNION ABDOMINAL ERUCTPR FRECUENTES METEORISMO REFIERE EPIGATSRLGIA PIROSIS Y DISFAGIA HABITO INTETSIANL 1 VEZ AL DIA HA PRESNETADAO DEPOSICION BLANDA NIEGA DOLOR ABDOMINAL ULTIMA DESPARASITACION HACE 1 AÑO REFIERE ESTRES LABORAL POR SU CARGO

Documento: Registro de Historia Clínica – 28/08/2019

Transcripción parte esencial: “Enfermedad actual (...) PACIENTE CON OBESIDAD (...)”

Análisis : AP1. HTA DE NOVO AGT /2020 2.OBESIDAD 3.ELEVACION DE LOS NIVELES DE TRANSAMINASA,S O DESHIDROGENASA LACTICA [DHL], 4.BALANITIS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS 5. REFLUJO Y GASTRITIS CRONICA RECIBE TTOS CON LOSARTAN X50X2 +ATORVASTATINA X20X1

Documento: Registro de Historia Clínica – 13/08/2021

Transcripción parte esencial: “Análisis: (...) 2. OBESIDAD (...)”

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

“La obesidad es uno de los principales factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y los accidentes cerebrovasculares, así como

varios tipos de cáncer. (...) ⁵

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico Obesidad trae como consecuencias además del alto margen de mortalidad, la aparición de enfermedades cardiovasculares, tal como ocurrió en el caso concreto, siendo que en razón de su patología base, posteriormente el asegurado fue diagnosticado con Hipertensión Arterial (HTA) e Hiperlipidemia.

Así las cosas, es evidente que la Obesidad es una enfermedad prolongada en el tiempo en la medida que el asegurado la padeció con anterioridad a la solicitud de aseguramiento de la Póliza de Seguro Familia Vital Red No. 00130958052532100884 y en consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como resultado de la reticencia con la que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

- **BURSITIS DEL HOMBRO**

Diagnóstico Principal	: M755
Descripción	: BURSITIS DEL HOMBRO
Clasificación	: Diag. Principal
Tipo	: Confirmado Nuevo
Finalidad Consulta	: No Aplica
Causa Externa	: Enfermedad general

Documento: Registro de Historia Clínica – 18/05/2018

Transcripción parte esencial: “*Diagnostico Principal: (...) BURSITIS DEL HOMBRO*”

A partir de estos documentos se demuestra fehacientemente que el día 18 de mayo de 2018, el

⁵ Publicación: Prevención de la Obesidad. Organización Panamericana de la Salud.

señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) fue diagnosticado con Bursitis del Hombro y se encontraba en tratamiento. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de la Bursitis de Hombro no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad, en donde se observa claramente registro de consultas y terapias por dolor en el hombro, lo que indiscutiblemente significa, que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) sufrió de esta patología por varios años, y aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó. Pues en principio, la historia clínica del paciente demuestra que el asegurado fue diagnosticado con esta enfermedad el día 18 de mayo de 2018 y que aun en el año 2020 el diagnóstico persistía incluso con controles médicos, como se observa en los siguientes apartes:

Enfermedad Actual

PACIENTE QUIEN REFIRE CUADRO DE **DOLOR EN HOMBRO DERECHO DE 3 AÑOS DE EVOLUCION** HABIAN INDICADO TERAPIA FISICA PERO NO LAS REALIZO. TIENE DOLOR OCASIONAL Y TRAQUIDO, REFIRE QUE EL DOLOR ES MENOR EN TIERRA CALIENTE.

Documento: Registro de Historia Clínica – 18/03/2020

Transcripción parte esencial: *“Enfermedad Actual (...) DOLOR EN HOMBRO DERECHO DE 3 AÑOS DE EVOLUCIÓN (...)*”

El Despacho deberá advertir entonces, que la historia clínica de la paciente contiene anotaciones que indican que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) sufría de Bursitis de Hombro a la cual se le realizaba seguimiento continuo lo que permite inferir que no es un evento aislado o un acontecimiento de fácil olvido. Tanto así, que se encuentran notas clínicas que

demuestran que al señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) se le diagnosticó dicha enfermedad el día 18 de mayo de 2018 y que sus controles se extendieron en el tiempo. Ahora bien, la Bursitis de Hombro tiene su origen en lesiones y traumas derivados de la infección en la bursa (bolsa que cubre tendones y músculos) la cual al ser un proceso degenerativo puede conllevar a la aparición del Síndrome de Manguito Rotador, circunstancia que se convalida con la Historia Clínica del asegurado quien a posteriori fue diagnosticado con dicha patología. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como resultado de la reticencia con la que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) ya contaba con una serie de diagnósticos de Obesidad y Bursitis de Hombro con anterioridad al mes de octubre de 2018, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C - 232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado.

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

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

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

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

formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, 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 la pregunta de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto el asegurado debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Expresamente se le preguntó al entonces asegurado, lo siguiente:

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 cerebro vascular, trombosis), Obesidad, Diabetes Mellitus, HIV Positivo Sida, Cáncer (tumores malignos, ---), Renales, Endocrina, Metabólicas, Neurológicas, Afectaciones Respiratorias, Osteomusculares, Mentales-Psiquiátricas, Hematológicas, Trasplantes de cualquier órgano, Trastornos ---, Congénitas, Adicciones, Ceguera-Sordera, y en general cualquier enfermedad, o incapacidad física o mental preexistente a la fecha de firma de esta

solicitud:

Si ☐ No ☒

Documento: Cotización / Solicitud de Seguro Familia Vital - Póliza de Seguro Familia
Vital Red No. 00130958052532100884

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) había sido diagnosticado con Obesidad, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba por la misma, (ii) que a pesar de que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) había sido diagnosticado con Bursitis de Hombro, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba sobre la existencia de cualquier enfermedad preexistente en el cuestionario, situación que claramente dista con la realidad tal como se contrasta con la Historia Clínica.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) padecía y conocía de la existencia de su Obesidad y Bursitis de Hombro. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

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 YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) debe declararse nulo, debido a que 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 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.

Si bien la parte actora pretende tratar de endilgar a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. la responsabilidad que únicamente recaía en cabeza del YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.), 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 Código de Comercio 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 Código de Comercio. Al respecto, el artículo 1158 del referido código 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, 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 jurídico⁶.

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 fundamentales⁷. 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 conocer⁸”. - (Subrayado por fuera de texto)

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

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

⁶ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

⁷ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁸ 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.

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.”⁹ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 04 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁰, 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

⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez.

¹⁰ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

aseguradora, de entrada, exige el agotamiento previo de todos los medios a su alcance para constatar cual es el «estado del riesgo» al instante en que se asume, como si fuera de su exclusivo cargo, so pena de que la inactividad derive en una «renuncia» a la «nulidad relativa por reticencia».

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

(...)

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

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

*mente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe (...)*¹¹ (Subrayado por fuera de texto).

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

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

¹¹ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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 bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. - (Subrayado por fuera de texto)

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.

Así las cosas, se desvirtúa lo indicado por la parte actora en lo referente a que recaía en cabeza de la Compañía Aseguradora el efectuar exámenes médicos al señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) en la etapa precontractual a fin de determinar el riesgo que le estaba siendo trasladado, pues clara es la jurisprudencia de las altas cortes al establecer 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. NO ES NECESARIA LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LA RETICENCIA E INEXACTITUD Y LA CAUSA DEL SINIESTRO

Aun cuando los demandantes consideran vetustos los preceptos normativos que regulan el sector asegurativo, de ninguna manera puede interferir con la línea jurídica de aplicación que se ha mantenido hasta la fecha, habida cuenta que en Colombia es factible señalar mediante la ley, jurisprudencia y doctrina que, no es necesaria la relación causal entre los factores que constituyen la inexactitud, reticencia o informaciones no sinceras del asegurado con la causa del siniestro, para que se configure la sanción de nulidad relativa o anulabilidad del contrato.

Dicho de otra manera, una puede ser la razón u origen de la patología que ocultó el asegurado para concurrir a celebrar el contrato y otra sustancialmente diferente la causa del siniestro, para que de todas maneras aflore la sanción de nulidad relativa del contrato, como quien oculta un problema cardíaco y luego de celebrado el contrato de seguro, fallece por un accidente de tránsito, caso en el cual, indefectiblemente una vez atendida la carga probatoria que cubre a la aseguradora, se producirán los efectos de la nulidad relativa del contrato.

En palabras del tratadista Andrés Ordoñez:

“surge con frecuencia la pregunta de si las sanciones derivadas de la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo solamente proceden en la medida en que el siniestro que afecta la cobertura del seguro esté relacionada con ellas, o si, por el contrario, esas sanciones proceden independientemente de la

causa que haya dado lugar al siniestro. Frente a la legislación colombiana, es indudable que ocurre esto último. Definitivamente el artículo 1058 C. Co., no exige en ningún momento que esa relación exista para que se produzca la nulidad del contrato o la reducción de la prestación del asegurador, como consecuencias características de la inexactitud o reticencia relevantes en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador.”

Asimismo, la Corte Constitucional al respecto de la relación de causalidad ha manifestado lo siguiente:

“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 sostiene 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.”¹²

En consecuencia, para el presente caso, se configura la sanción consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio así la causa de deceso del asegurado, el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.), haya sido distinta a los antecedentes patológicos omitidos en la declaración de asegurabilidad.

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

¹² Corte Constitucional, Sentencia C.232/1997, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía. Expediente D-1485.

Ahora, pese a que se alega que no se encuentra demostrada la mala fe del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) por parte de los accionantes, lo cual a su consideración es un punto fundamental para declarar la nulidad del contrato de seguro, resulta fundamental confirmarle al Honorable Juez que la prueba de la mala fe no es un requisito *sine qua non* para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que, si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)

4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla

facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”¹³. - (Subrayado por fuera de 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 04 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁴, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

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

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar

¹³ 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.

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

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.

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 Código de Comercio basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones

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

5. 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 el Despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo

1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, 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 YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (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.

6. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

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

V. EXCEPCIONES DE MERITO SUBSIDIARIAS

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

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Despacho considere que mi representada sí tiene la obligación de pagar la indemnización a la parte demandante, 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.

VI. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1.** Copia de la Solicitud de Seguro Familia Vital suscrita por el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) el día 23 de octubre de 2018.
- 1.2.** Póliza de Seguro Familia Vital Red No. 00130958052532100884 y su clausulado.
- 1.3.** Formato de presentación de indemnizaciones del 18 de febrero de 2022.

- 1.4. Comunicación expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el día 11 de marzo de 2022, mediante la cual objeta el pago de la reclamación No. VINB-752.
- 1.5. Comunicación expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el día 08 de junio de 2022, mediante la cual se ratifica la objeción de pago de la reclamación No. VINB-752.
- 1.6. Derecho de petición elevado a CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR – COMPENSAR E.P.S.
- 1.7. Fragmento de la Historia Clínica del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.).

2. INTERROGATORIO DE PARTE

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

La señora **GENNY PRADA GIRALDO** podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

- 2.2. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **DANNA MARCELA ALVAREZ PRADA**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la

contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio.

La señora **DANNA MARCELA ALVAREZ PRADA** podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

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

La señora **NATHALIA ALVAREZ PRADA** podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado por el artículo 198 del Código General del Proceso, comedidamente solicito al Despacho ordenar la citación del representante legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso, y especialmente, para que evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.).

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en

caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.). Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 No. 72 – 21, Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C. y en el correo electrónico judicialesseguros@bbva.com.

- 4.2. Sírvasse citar y hacer comparecer a la Doctora **MARIA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesora externa de mi representada, para que teniendo en cuenta su experiencia, le ilustre al Despacho sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, los efectos de la reticencia en la declaración del estado de salud y en general sobre todos los hechos relacionados en el presente escrito. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas del Contrato de Seguro objeto del presente litigio.

El testigo podrá ser citado en la Carrera 72 C No. 22 A - 24 de la ciudad de Bogotá o en el correo electrónico camilaortiz27@gmail.com.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como *“un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por 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 Código General del Proceso, se sirva ordenar a la parte demandante para que exhiba la Historia Clínica, correspondiente al periodo comprendido entre el año 2018 y 2022, del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.), en la audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro de la Póliza; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad.

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR – COMPENSAR E.P.S.**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.), correspondiente al periodo que va desde su afiliación a dicha EPS 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 del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.), entre los años 2018 a 2022.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (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 **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR – COMPENSAR E.P.S.** puede ser notificada en la Avenida 68 No. 49 A - 47, en la ciudad de Bogotá D.C., y a través del correo electrónico: compensarepsjuridica@compensarsalud.com.

6. OFICIOS

- 6.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR – COMPENSAR E.P.S.**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) correspondiente al periodo que va desde su afiliación a dicha EPS 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 YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) entre los años 2018 a 2022 como se desprende de la historia clínica parcial aportada con las solicitudes de indemnización elevadas a mi representada.

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

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (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 **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR – COMPENSAR E.P.S.** puede ser notificada en la Avenida 68 No. 49 A - 47, en la ciudad de Bogotá D.C., y a través del correo electrónico: compensarepsjuridica@compensarsalud.com.

7. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL CODIGO GENERAL DEL PROCESO.

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 YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (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 los antecedentes médicos que omitió informar el señor YAMIL EDUARDO ALVAREZ CASTRO (Q.E.P.D.) eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del Código Comercio 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 Código General del Proceso 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 (1) mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez la entidad oficiada (CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR – COMPENSAR E.P.S.) aporte 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 la entidad mencionada pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

VII. ANEXOS

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

VIII. NOTIFICACIONES

- El suscrito en la Calle 69 No. 4 - 48, Oficina 502, en la ciudad de Bogotá D.C.

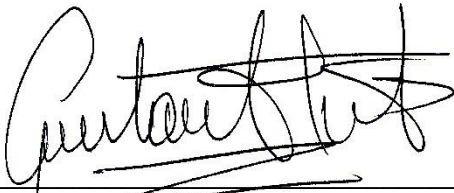
Correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

- Mi procurada, **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, recibirá notificaciones en la Carrera 9 No. 72 – 21, Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C.

Correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

- La parte demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relaciona en su libelo.

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

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