

Señores

JUZGADO VEINTIUNO (21°) CIVIL MUNICIPAL DE CALI

j21cmcali@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO: VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
DEMANDANTE: MARTHA CECILIA ALTAMIRANO NUÑEZ
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
RADICADO: 760014003021-2024-00214-00

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en el presente proceso en mi calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 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 la señora Martha Cecilia Altamirano Nuñez, contra mi procurada, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho.

I. OPORTUNIDAD

Con el objeto de verificar los términos de contestación a la demanda, se tiene que el día 23 de abril del 2024 allegó correo electrónico de notificación personal a mi procurada, informando la presentación de la presente acción judicial en contra de la misma. Así las cosas, y de conformidad con lo descrito en el Artículo 8 de la Ley 2213 del 2022, se tiene que la notificación personal “*se entenderá realizada una vez transcurridos dos días hábiles siguientes al envío del mensaje*”, así las cosas, encontrando que el mensaje de texto fue enviado el día 23 de abril del 2024, contabilizando los dos días hábiles, se tiene que el término de veinte (20) días hábiles para contestar la demanda, comienzan a regir desde el 26 de abril del 2024, por lo cual la radicación del presente escrito se efectúa en término.

II. CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Procedo a pronunciarme frente a cada uno de los hechos de la demanda en la misma forma y en el mismo orden cronológico en que fueron planteados, así:

Frente al hecho PRIMERO: No le consta a mi procurada lo expuesto en el presente apartado, comoquiera que lo descrito por la activa es una circunstancia que desconoce plenamente mi procurada, puesto que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., es una entidad totalmente ajena al Banco BBVA, siendo esta última la entidad con la cual el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) contrajo la obligación manifestada.

Frente al hecho SEGUNDO: El presente apartado expone varias afirmaciones, ante las cuales me pronuncio así:

- Respecto de la obligación adquirida entre el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), y la entidad financiera Banco BBVA, se reitera que mi representada desconoce totalmente las condiciones de dicha obligación, ya que la aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., no presenció, ni participó de dicho acuerdo entre las partes antes mencionadas.
- Frente del contrato de seguro que ampara la obligación adquirida por el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), es cierto que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., emitió la póliza de seguro vida Deudores No. 02262000048280 con certificado No. 00130158604018528119, con valor asegurado de \$167.800.000, la cual fue formalizada el día 09 de marzo de 2021. Cabe destacar que la póliza antes mencionada no podrá ser afectada, comoquiera que para la fecha en la cual el señor Altamirano (q.e.p.d.), solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en la cual las preguntas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiera 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 estas respuestas negativas constituía una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) conocía de sus padecimientos de salud, negando la existencia de sus enfermedades y en especial las de Hipertensión Arterial medicada, dislipidemia e hiperplasia de la próstata, y neumonía enfermedades diagnosticadas con anterioridad al mes de febrero del 2021. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia la respuesta negativa y falsa del asegurado, así:

Declaración de asegurabilidad que data del 25 de febrero del 2021

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

BBVA Seguros

M026320110236201089622072836

**SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL
DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL**

Fecha contabilización del crédito		Cédula	Cédula	
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.		C.C. e/NIT: 860.000.020-1	Vigencia desde	
Datos del Asegurado:				
Nombre y Apellido: Carlos Julio Altamirano		Identificación: 6.332.037	Edad: 66 años	
Dirección: Cra. 41 + 30A - 56		Teléfono: 308433514	Ciudad: Cali	
Fecha de nacimiento: 1954-03-05		Ocupación/Profesión: Pensionado		
Beneficiarios del Seguro (Aviso obligatorio para cobros de rentas)				
Nombres Completos e Identificación		Porcentaje		% Participación
Información Adicional				
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado				
¿Tiene medicina pagada o plan complementario? <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro				
Toda la información deberá ser contrastada a mano por el asegurado en forma clara y sin ser reado al correo				
Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				
Estatus: 1.72		Sexo: 70	Si	No
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, tromboembolia o accidente cerebrovascular, apoc, asma, diabetes, hipertensión, diabetes, discapacidad?				X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				X
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?				X
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?				X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de intervención.				

Colindando con lo anterior, es claro como no existe duda alguna de que el presente caso el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), respondió de forma negativo a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En ese 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, señor Altamirano (q.e.p.d.) había padecido y/o sufrido varias

enfermedades 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 Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero del año 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

En resumen, el señor Carlos Julio Altamirano (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 la aseguradora. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido la Hipertensión Arterial medicado, dislipidemia e hiperplasia de la próstata y neumonía, enfermedades diagnosticadas 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 señor Carlos Julio Altamirano (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.

Frente al hecho TERCERO: De acuerdo con el Registro de Defunción, el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), falleció el 10 de abril del 2021.

Frente al hecho CUARTO: No es cierto lo expuesto en el presente apartado, ya que, de

acuerdo con la información contenida en la base de datos, en el mes de mayo la persona que presentó reclamación ante BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., fue la señora Martha Cecilia Nuñez de Altamirano, identificada con la cédula 29.562.736, datos que corresponden a la cónyuge del fallecido señor Carlos Julio Altamirano, persona que actualmente NO hace parte del presente asunto. Se recuerda que, la persona que promovió el presente proceso judicial es la señora Martha Lucia Altamirano Nuñez, identificada con la cédula No. 31.446.639, siendo la hija del señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.).

Frente al hecho QUINTO: Es cierto que mi representada el día 20 de mayo del 2021 emitió respuesta a la reclamación instaurada por la señora Martha Cecilia Nuñez de Altamirano, objetando dicha reclamación, partiendo del análisis que se le realizó a la historia clínica del señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), misma que fue anexada en la reclamación formulada, en la cual se observó que el señor Altamirano en vida fue diagnosticado con Hipertensión Arterial medicado, dislipidemia e hiperplasia de la próstata y neumonía, enfermedades diagnosticadas con anterioridad a febrero del 2021, y las cuales NO fueron declaradas a la compañía aseguradora al momento de tomar el contrato de seguro, siendo esta información de importancia para BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., ya que de haberla conocido evidentemente la hubieren retraído de celebrar el contrato de seguro, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del señor Carlos Julio Altamirano (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.

Frente al hecho SEXTO: Lo expuesto en el presente apartado NO es un hecho propiamente dicho, sino una apreciación subjetiva efectuada por parte de la activa. Sin embargo, cabe destacar y resaltar que el tomador del seguro SI está en la obligación de

declarar el estado de riesgo de manera sincera, de acuerdo a lo expuesto en el Art. 1058 del Código de Comercio, situación que ha sido respaldada por las diferentes providencias que se han expuesto al respecto.

Frente al hecho SÉPTIMO: Lo expuesto en el presente apartado NO es un hecho propiamente dicho, sino una apreciación subjetiva efectuada por la apoderada de la activa. Sin embargo, cabe destacar que, de acuerdo a lo expuesto en el Art. 1058 del Código de Comercio, es a partir de la manifestación del riesgo expuesta por el tomador, al responder el cuestionario que se formula, que la Aseguradora toma la decisión de realizar o no los exámenes médicos pertinentes a los tomadores del seguro, por lo cual BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., NO esta obligado a realizar a TODOS los tomadores del seguro exámenes médicos, si en los formularios no se consignan **situaciones de riesgo** que, evidentemente sean informados a la compañía aseguradora, tal cual como sucedió en el caso en marras, por lo cual mi procurada no pudo tomar las decisiones pertinentes frente a suscribir el contrato de seguro, pues se reitera que de haber conocido de las enfermedades padecidas por el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), seguramente la compañía aseguradora no hubiera suscrito el contrato de seguro o de haberlo suscrito, las condiciones del mismo hubieran sido diferentes.

Frente al hecho OCTAVO: Reitero que lo expuesto en el presente apartado NO es un hecho, sino que es una apreciación subjetiva efectuada por la apoderada de la parte demandante, y se expone que cada manifestación realizada debe ser plenamente probada. Pese a lo dicho, resulta importante reiterar que es el TOMADOR la persona que tiene la OBLIGACIÓN de manifestar el estado de riesgo, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 1058 del Código de Comercio, ya que es evidente que la información en el estado de salud esta en cabeza del mismo, por lo cual es una situación que NO puede ser trasladada a la compañía aseguradora, reiterando que para ello, se entregan a los tomadores del seguro un formulario, legible y de clara comprensión, el cual debe ser contestado con la verdad, partiendo del principio de buena fe, el cual contiene preguntas relacionadas con el estado

de salud de los tomadores, en este caso del señor Altamirano, como se observa:

SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

BBVA Seguros

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Fecha constitución del crédito		Oficina		Cartera	
Tomador / Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.		C.C. e/Nº: 960.003.020-1		Vigencia desde	
Vigencia hasta					
Datos del Asegurado					
Nombre y Apellido: Carlos Julio Altamirano		Identificación: 6.332.037		Edad: 66 años	
Dirección: Cra. 41 # 30A-56		Teléfono: 302435514		Ciudad: Cali	
Fecha de nacimiento: 1954-07-05		Género: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino		Ocupación/Profesión: Pensionado	
Beneficiario del Seguro (Artículo 10 del Estatuto para el caso de muerte)					
Nombres Completos e Identificación		Parentesco		% Participación	
Información Adicional					
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado					
¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?					
Tiene los presentes afijos del consumidor a mano por el seguro en los casos de muerte o invalidez					
Declaración de Asegurabilidad (Cotar Sensible)					
Edad: 1,72 cm		Peso: 70 kg			
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombose o accidente cerebrovascular, apoc, asma, diabetes, hipertensión, diabetes, discapacidad?				Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Existen alguna incapacidad física o mental?				Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Cualquier otro problema de salud no contemplado anteriormente?				Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
Si contestó afirmativamente a alguna de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fecha de diagnóstico.					

Del apartado anterior, es claro como al cuestionario expuesto al señor Altamirano (q.e.p.d.), no contiene información de riesgo que haya sido manifestada a la compañía aseguradora, por cuanto se observa claramente que la respuesta a cada una de las preguntas efectuadas respecto de su estado de salud fueron "NO", situación que claramente no le permitía saber a BBVA Seguros de Vida S.A., la existencia de algún tipo de riesgo en cabeza del tomador, siendo el señor Carlos Julio Altramirano (q.e.p.d.), por cual ha sido evidente que en el caso

en litigio se configura el fenómeno de la reticencia, lo cual genera la nulidad del contrato de seguro, objeto de discusión.

Frente al hecho NOVENO: Lo expuesto por la activa en el presente apartado NO es un hecho propiamente dicho, sino que es una mera apreciación subjetiva, la cual se encamina al beneficio de la parte actora, resaltando que no hay prueba alguna de lo manifestado. Sin embargo, se recuerda que es OBLIGACIÓN del tomador del seguro, en este caso del señor Altamirano (q.e.p.d.), haber manifestado a la compañía aseguradora cual era el estado del riesgo, a través del cuestionario que se formuló y ante el cual fu evidente su negativa al dar a conocer su verdadero estado de salud, configurando en el este caso la reticencia, figura que da lugar a la nulidad del contrato de seguro.

Frente al hecho DÉCIMO: Como se observa del cuestionario de solicitud de asegurabilidad, el cual fue claramente firmado por el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), NO se evidencia ningún tipo de manifestación respecto de las condiciones en su estado de salud, incluido su supuesto problema visual. Sin embargo, cabe destacar que el personal que brinda asesoramiento a los tomadores del contrato de seguro, están plenamente capacitados para brindar toda la información pertinente y necesaria a los clientes, los cuales padezcan algún tipo de limitaciones visual y/o auditiva, siempre y cuando el tomador voluntariamente manifieste y solicite dicho apoyo.

Frente al hecho DÉCIMO PRIMERO: No le consta a mi procurada lo expuesto en el presente hecho, comoquiera que toda la información relacionada con el verdadero estado de salud del señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), fue omitido dentro formulario asegurabilidad, pese a ello, cabe destacar que si bien se evidencia dentro de la historia clínica aportada al proceso, que el señor Altamirano padecía problemas de la visión, lo cierto es que en ningún lado se evidencia que el mismo estuviera completamente ciego o que requiriera alguna asistencia especial como consecuencia de sus problemas de visión.

Ahora bien, en cualquier caso, las entidades cumplen con su obligación de contar con personal apto que brinde información y asesoramiento a los clientes que presenten limitaciones visuales y/o auditivas. Frente a lo antes manifestado, el personal encargado de asesor a los tomadores del contrato de seguro, está en la capacidad de otorgar toda la información de manera clara a los clientes, si hubiera sido el caso del señor Altamirano (q.e.p.d.), sin embargo se resalta que dentro del formulario de asegurabilidad, no hay ningún tipo de comentario o manifestación al respecto de la condiciones médicas de hoy fallecido, ya sea con su problema visual, o las demás enfermedades como la Hipertensión Arterial medicado, dislipidemia e hiperplasia de la próstata y neumonía, la cuales no fueron dadas a conocer a la entidad aseguradora. Por lo cual es necesario que se pruebe la manifestación efectuada por la activa.

Frente al hecho DÉCIMO SEGUNDO: No le consta a mi representada lo expuesto en el presente hecho, sin embargo, resulta ser cierto que la historia clínica aportada al proceso no solo prueba el estado visual del señor Altamirano (q.e.p.d.), donde en ninguna parte se evidencian observaciones relacionadas con ceguera o limitaciones visuales evidentes de los dos ojos. Adicionalmente, como lo expone la parte demandante, la historia clínica aportada refiere cuales eran las enfermedades que padecía el señor Altamirano, con anterioridad a febrero del 2021, donde se evidencia que fue diagnosticado con Hipertensión Arterial medicado, dislipidemia e hiperplasia de la próstata y neumonía, sobre los cuales recibía tratamiento médico, para la fecha en la cual suscribió el contrato de seguro con BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., como se observa del siguiente apartado de la historia clínica:

Relación de Diagnósticos	
Fecha 06.01.2021	Hora 12:14
Diagnóstico Médico I10X	
Descripción HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	
Fecha 06.01.2021	Hora 12:14
Diagnóstico Médico E782	
Descripción HIPERLIPIDEMIA MIXTA	
Fecha 06.01.2021	Hora 12:14
Diagnóstico Médico E669	
Descripción OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	
Fecha 06.01.2021	Hora 12:14
Diagnóstico Médico G473	
Descripción APNEA DEL SUEÑO	
Fecha 06.01.2021	Hora 12:14
Diagnóstico Médico N40X	

Fecha Impresión: 14.05.2021 - Hora: 11:05:50

Página 2 de 3

Paciente	: CARLOS JULIO ALTAMIRANO	Identificación	: CC - 6332037
----------	---------------------------	----------------	----------------

Historia Clínica Renoprotección

Descripción HIPERPLASIA DE LA PROSTATA
--

Del apartado anterior, es claro como el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), para enero de 2021, ya tenía claramente diagnosticadas enfermedades de base como la Hipertensión, hiperlipidemia, hiperplasia de la prostata entre otras, las cuales NO fueron declaradas por el hoy fallecido al momento de optar por el seguro emitido por mi procurada, configurando de esta manera la reticencia, y la cual a todas luces da lugar a declarar la nulidad del contrato de seguro emitido por mi representada.

Frente al hecho DÉCIMO TERCERO: No se trata de un hecho sino de apreciaciones subjetivas que hace el apoderado de la activa, la cual carece de elementos probatorios para determinar su veracidad. No obstante, es menester señalar que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado.

Frente al hecho DÉCIMO CUARTO: No se trata de un hecho sino de apreciaciones subjetivas que hace la apoderada de la activa, la cual carece de elementos probatorios para determinar su veracidad. No obstante, es menester señalar que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado por la parte actora. Pese a lo anterior cabe destacar y recordar que de conformidad con lo descrito en el Art. 1058 del Código de Comercio, es el tomador del seguro quien tiene la OBLIGACIÓN de manera cierta y verídica declarar el estado de riesgo, a través del cuestionario que se formule, situación que evidente NO ocurrió en el caso que hoy se ventila, comoquiera que es claro que del cuestionario de asegurabilidad expuesto al señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), este declaro no presentar enfermedades pasada o presentes para que sean de conocimiento de mi procurada, como se observa a continuación:

SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

BBVA Seguros

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Fecha constitución del crédito		Género		Cartera	
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.		C.C. o NIT: 900.000.000-1		Vigencia desde	
Datos del Asegurado:					
Nombres y Apellidos: Carlos Julio Altamirano			Identificación: 6.351.037		Edad: 66 años
Dirección: Cra. 41 b 30a 56		Teléfono: 302435514		Ciudad: Cali	
Fecha de nacimiento: 1954 07 05		Género: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino		Ocupación/Profesión: Pensionado	
Beneficiarios del Seguro (Verificar información para créditos de garantía):					
Nombres Completos e Identificación:		Participación:		% Participación:	
Información Adicional:					
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado:					
¿Tiene medicina pagada o plan complementario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cali?					
Toda la información debe ser contrastada a mano por el asegurado en los formularios que se le suministran					
Declaración de Asegurabilidad (Categoría Sanitaria):					
Categoría: 1 32	Sexo: M	Edad: 70	%	Sí	No
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, tromboembolia o accidente cerebrovascular, apoplejía, asma, diabetes, hipertensión, dislipidemia, discapacidad?					X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?					X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?					X
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?					X
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?					X
Incidencias atribuibles a los hábitos de los afiliados programadas, desde la afiliación y fechas de aniversarios.					

Colindando con lo anterior, es claro cómo no existe duda alguna de que el presente caso el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), respondió de forma negativo a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En ese 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, señor Altamirano (q.e.p.d.) había padecido y/o sufrido varias enfermedades 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 Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) conocía de sus

padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero del año 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Frente al hecho DÉCIMO QUINTO: No es cierto que el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), no hubiera firmado directamente la solicitud de asegurabilidad, ya que en este proceso obra prueba suficiente para determinar que el formato de asegurabilidad que se aporta con la presente contestación fue suscrito directamente por el señor Altamirano, en el que plasmó su firma en señal de aceptación. Por lo que resulta fundamental desde ahora tomar en consideración que el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) suscribió el siguiente documento el 25 de febrero del 2021:

* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.

No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a 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.

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 1851 de 2012.

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, es irme 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 1058 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anejos 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".

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1991, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mí conyuge, a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o episódios o historas 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


Firma del Solicitante

El clausulado 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 ocias anejos, 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.

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los 25 días del mes de Febrero de 2021


Firma del Solicitante


Firma Autorizada

BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. HIT 800 240 882 - 0
Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934033 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3438386, e-mail: defensoria.bbvaecolombia@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1963

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)				
Tasa	Extra Prima	Anexo ITP	Valor Asegurado	Número de Obligación
%	%	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Prima Mensual		Periodicidad	Vr. Prima Total	
\$			\$	

Documento: Certificado Individual de Seguro. 25 de febrero del 2021

Transcripción parte esencial: “Soy consciente y he sido informado de que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguro y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.

***No firme esta solicitud sin leer este texto**” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Colindando con lo anterior, cabe destacar que existe normas (Ley 1328 de 2009) que regulan los deberes y/o prácticas de protección propia que deben cumplir los diversos consumidores del sector financiero, ante lo cual tienen las obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar los términos y condiciones de sus contratos. Por lo cual, no resulta jurídicamente admisible establecer que no se leyeron los documentos que se firmaron, para intentar enervar el contenido, efecto y alcance de los mismos.

Finalmente, es importante que en el presente asunto, deberá tenerse por probado que el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), firmó en dos oportunidades el Certificado individual de seguro de Vida Grupo Deudores, en señal de aceptación del contenido del documento, tanto así, que incluso plasmó su firma aceptando la cláusula de conocer el contenido del documento y los efectos de faltar a la verdad en el mismo según los términos del Artículo 1058 del Código de Comercio.

Frente al hecho DÉCIMO SEXTO: No se trata de un hecho sino de apreciaciones subjetivas que hace el apoderado de la activa, la cual carece de elementos probatorios para determinar su veracidad. No obstante, es menester señalar que, cualquier conclusión o deducción que pretenda desprenderse de este enunciado debe estar plenamente probado. Sin embargo, resulta necesario reiterar que la OBLIGACIÓN de dar a conocer el estado de riesgo ante la aseguradora es del TOMADOR, la cual se hace a través de un cuestionario claro

y legible, que le permite conocer a la compañía aseguradora, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., la necesidad de realizar o no exámenes médicos a los tomadores del contrato de seguro. Así las cosas, en el caso en litigio, al encontrar que el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), expuso su negativa de informar con veracidad a la compañía aseguradora, las condiciones reales de su estado de salud, resulta más que lógico, que NO existe obligación por parte de mi representada en realizar exámenes médicos o solicitar historias clínicas o documentos adicionales, a la información ya suministrada por el señor Altamirano.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el Demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor Altamirano debe ser declarado nulo según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia con la que el mentado señor suscribió el certificado individual de seguro.

Frente a la pretensión declarativa: 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 solicitar la afectación del seguro de vida No 02 262 0000048280 y exigir prestación alguna respecto de BBVA Seguros de Vida S.A., toda vez que es claro que el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento en febrero del año 2021. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes en su estado de salud, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para la Compañía Aseguradora. En otras

palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Hipertensión Arterial medicado, dislipidemia, hiperplasia de la próstata y neumonía 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 el contrato de seguro. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor Carlos Julio Altamirano (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.

Frente a las pretensiones condenatorias: ME OPONGO a esta pretensión por cuanto resulta ser consecuencia de la anterior pretensión, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Ahora bien, en cualquier caso, debe tenerse en cuenta que, debido a que el seguro que hoy ocupa la atención de despacho es un seguro de vida grupo deudor, esto implica que, en el remoto e improbable evento, de existir obligación indemnizatoria, la misma se suscribiría únicamente al pago del saldo insoluto de la obligación al momento del fallecimiento a favor únicamente del Banco BBVA.

Frente a las pretensiones generales: ME OPONGO a la prosperidad de esta pretensión, por carecer de fundamentos fácticos y probatorio, además de que la misma es subsidiaria de las pretensiones declarativas que, de conformidad con lo expuesto, están destinada al fracaso, y la misma suerte le corre a las pretensiones de condena. Aunado a lo anterior, en cualquier caso, ME OPONGO a la pretensión de pago de las sumas indexadas, pues, como se ha señalado, en la medida en que lo que se reclama es un seguro de vida grupo deudor, en el remoto e improbable evento, de existir obligación indemnizatoria, la misma se suscribiría únicamente al pago del saldo insoluto de la obligación al momento del fallecimiento a favor únicamente del Banco BBVA.

Adicionalmente, **ME OPONGO** a la pretensión de condena al pago de costas y agencias en derecho elevada por la parte demandante, por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no hay lugar a pagar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho. Adicionalmente cabe destacar que, en vista de que no se identifica ninguna actuación que refleje la necesidad de un reproche jurídico por parte de la demandada, se condene en costas a los demandantes, pues sometió al extremo pasivo y a mi prohijada, sin justificación ni respaldo probatorio alguno, al agotamiento innecesario de estas instancias judiciales.

III. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

De conformidad con lo establecido en el inciso primero del artículo 206 del Código General del Proceso y con el fin mantener un equilibrio procesal, garantizar pedimentos razonables y salvaguardar el derecho de defensa de mi procurada, procedo a **OBJETAR** el juramento estimatorio de la demanda en los siguientes términos:

No puede obviarse que el señor Carlos Julio Altamirano (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 tomador y asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes de su estado de salud, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para BBVA Seguros de Vida S.A. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Hipertensión Arterial medicado, dislipidemia, hiperplasia de la próstata y neumonía 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 el contrato. En este sentido, basta con evidenciar la Historia Clínica del señor Carlos Julio Altamirano (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.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta que, debido a que el seguro que hoy ocupa la atención de despacho es un seguro de vida grupo deudor, esto implica que, en el remoto e improbable evento, de existir obligación indemnizatoria, la misma se suscribiría únicamente al pago del saldo insoluto de la obligación al momento del fallecimiento. Situación que en este caso no se ha probado, pues afirmar que la obligación y en consecuencia lo que se pretende se ciñen a la suma de \$170.565.362 es desacertado. Lo mencionado, porque lo cierto es que sin que signifique aceptación de responsabilidad alguna la obligación se ciñe al saldo insoluto de la obligación a fecha 10 de abril del 2021, tal como se especifica en las condiciones generales de los contratos de seguro vida deudor, veamos:

“Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda.

Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor.” (énfasis añadido)

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

IV. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA POR PARTE DEL SEÑOR CARLOS JULIO ALTAMIRANO (Q.E.P.D.)

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que el asegurado, el señor Carlos Julio Altamirano (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 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

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

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 propios)*

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 error 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.”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*

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

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

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”

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.

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.”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*

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.

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 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 dicentes 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 25 de febrero del 2021, fecha en la cual el señor Carlos Julio Altamirano (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 Carlos Julio Altamirano (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 Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero del 2021, 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 de fecha 25 de febrero del 2021:

SOLICITUD CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURIDAD

BBVA
Seguros

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL
DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Fecha constatación del crédito		Ciudad	Código	
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.		C.C. o NIT: 880.003.020-1	Vigencia desde	
Datos del Asegurado: Nombres y Apellido: Carlos Julio Altamirano		Identificación: 6.332.037	Edad: 66 años	
Dirección: Cra. 41 # 30A-56		Teléfono: 3002435534	Ciudad: Cali	
Fecha de nacimiento: 1954-07-05		Ocupación/Profesión: Pensionado		
Beneficiario del Seguro (Actúa como representante para créditos de vivienda)				
Nombres Completos e Identificación		Participación		% Participación
Información Adicional				
Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado				
¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> OMI				
Todas las enfermedades deben ser comunicadas a mano por el asegurado en forma clara y sin demora tras el convenio				
Declaración de Asegurabilidad (Categoría Sensible)				
Categoría		Punto		
1-72		30		
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, fibrilación o arritmia cardíaca, aneurisma, apoc, asma, diabetes, hipertensión, distrofia, discapacidad?				X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				X
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?				X
¿Cuanto ha sufrido cualquier problema de salud o enfermedad preexistente?				X
Si contesta afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de diagnóstico.				

De lo anterior es claro, como no existe duda alguna de que en el presente caso el señor Carlos Julio Altamirano (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 Altamirano (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 Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) no informó a mi representada que padecía de Hipertensión Arterial medicada, dislipidemia e hiperplasia de la próstata, y neumonía, 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 Hipertensión Arterial medicada, dislipidemia e hiperplasia de la próstata, y neumonía son anteriores al mes de febrero del 2021:

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

 **Historia Clínica Renoprotección**

Paciente	: CARLOS JULIO ALTAMIRANO	Fec. Nac.	: 05.07.1954
Identificación	: CC - 6332037	Edad/Sexo	: 65 a / M
Especialidad	: T.F. Medicina Fomento	Fecha Adm.	: 03.01.2020
Ubicación	: Comfandi-El Prado	Cama/Epis.	: / 0026713293
Fec. Registro	: 03.01.2020	Hora Reg.	: 07:02:18
Aseguradora	: FULL RISK FOMENTO CONTRIBUTIVO CAP		

Motivo de Consulta : control

Enfermedad Actual : Asiste solo - pensionado - de banco de occidente - vive con esposa hija y nieta Tel : 371 42 52 Paciente con Dx de :
1. HTA DIAGNOSTICADA EN EL 2005 2. OBESIDAD 3. DISLIPIDEMIA 4. HIPERPLASIA DE PROSTATA Manejo con : 1. losartan 50 mg cada 12 horas 2. lovastatina 20 mg cada día 3. metoprolol 50 mg cada día 4. amlodipino 5 mg cada día 5. hoxz 25 mg cada día 6. asa 100 mg cada día no lo esta tomando Paciente niega consultas a urgencias u hospitalizaciones en los últimos meses. niega síntomas de descompensación, no dolor en el pecho, no palpitaciones, disnea de esfuerzo , no edema, no cefalea, no mareos, diuresis positiva. niega antecedente familiar de enfermedad coronaria esta realizando actividad física caminar 10- 15 minutos diarios y refiere esta llevando una alimentación saludable baja en azucar y carbohidrato no fuma no licor - 16 10 19 EKG Ritmo sinusal fc 94 lpm no crecimientos - 9 01 19 Taller psicología y nutrición - ultimo control oftalmología dic 2019 - 14 08 19 ECO RENAL : Ecografía de vias urinarias sinevidencia de alteraciones Riñon derecho 92x 55 x50 mm Riñon izquierdo: 95x56 x 45 mm Prostata tamaño normal noalteraciones en ecogenidad mide 35x31x26 MM VOL 15 CC

Causa Externa : Enfermedad General
Finalidad de la Consulta : No Aplica

Documento: Historia Clínica Renoprotección – 03-01-2020 Transcripción parte esencial:

“Enfermedad Actual: (...) 1. HTA DIAGNOSTICADA EN EL 2005 - 2. OBESIDAD – 3. DISLIPIDEMIA – 4. HIPERPLASIA DE PROSTATA”

Colindando con lo expuesto, es claro como el señor Altamirano (q.e.p.d.), para febrero del 2021 ya había sido diagnosticado con Hipertensión Arterial en el año 2005, obesidad, dislipidemia e hiperplasia de próstata. 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.

Así las cosas, es evidente como la Hipertensión Arterial, obesidad, dislipidemia e hiperplasia de próstata 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 de Vida Deudor No. 02262000048280 y en consecuencia, teniendo en cuenta la

envergadura y gravedad de estas enfermedades, 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 Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) suscribió su declaración de asegurabilidad.

- **NEUMONIA**

		Historia Clínica General	
Paciente	: CARLOS JULIO ALTAMIRANO	Fec. Nac.	: 05.07.1954
Identificación	: CC - 6332037	Edad/Sexo	: 65 a / M
Especialidad	: U.T. Medicina General	Fecha Adm.	: 23.10.2019
Ubicación	: Comfandi-PasoAncho	Cama/Epis.	: / 26336636
Fec. Registro	: 23.10.2019	Hora Reg.	: 20:35:59
Aseguradora	: SOS - CONTRIBUTIVO ACTIV		
Causa Externa	: Enfermedad General		
Finalidad de la Consulta	: No Aplica		
Motivo de Consulta	: POR TOS		
Enfermedad Actual	: VIENE CON ESPOSA MARTHA NUÑEZ// TEL 3714252-3187530512// -HACE 2 MESES TOS SECA OCASIONAL.NO DISNEA. AFEBRIL. TOS AUMENTA CON BAJAS TEMPERATURAS.NO SIBILANCIAS. RECIBIO CLORFENIRAMINA CON MEJORIA PARCIAL -EXPOSICION A HUMOS DE LEÑA EN LA NIÑEZ. + 2 HERMANOS FUMADORES. NO EXPOSICION A QUIMICOS. OCUPACION PENSIONADO, ANTES LABORO EN BANCO. TRAE BK ESPUTO OCT 2019 NEGATIVOS. TRAE RX TORAX OCT 13/2019 ... DENSIDADES BRONCOINTERSTICIALES BIL. CON RECARGO BRONQUIAL DE LA BASE IZO E IMAGENES PANALARES DE PREDOMINIO BASAL DERECHO. PEQUEÑAS IMAGENES MODULARES BIL QUE NO SUPERAN 6 mm. conclusion NEUMOPATIA CRONICA MIXTA CON COMPONENTE FIBROTICO E IMAGENES SUGESTIVAS DE BRONQUIECTASIAS SIN FOCOS NEUMONICOS NI REACCION PLEURAL. IMAGENES NODULARES QUE PUEDEN ESTAR EN RELACION CON PATOLOGIA DE BASE. // -NO ANTECEDENTES DE ASMA// -NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS. HTA ASISTE A PROGRAMA. Paciente con Dx de : 1. HTA DIAGNOSTICADA EN EL 2005 2. OBESIDAD 3. DISLIPIDEMIA Manejo con : 1. losartan 50 mg cada 12 horas 2. lovastatina 20 mg cada dia 3. metoprolol 50 mg cada dia 4. amlodipino 5 mg cada dia 5. hctz 25 mg cada dia		

Análisis y Conducta : paciente con neumopatía con fibrosis, bronquiectasias. se INDICA AUTOCUIDADO DE VIAS RESPIRATORIAS. CIPROFLOXACINA.CLORFENIRAMINA PM. ESPIROMETRIA. CONTROL MEDICO. RECOMENDACIONES

Documento: Historia Clínica General – 23-10-2019 Transcripción parte esencial:

“Enfermedad Actual: (...) conclusión NEUMOPATIA CRONICA MIXTA CON

*COMPONETE FIBROTICO E IMÁGENES SUGESTIVAS DE BRONQUIECTASIS (...)
Análisis y Conducta: paciente con neumopatía con fibrosis, bronquiectasias (...)*

Fecha : 07.04.2020 **Hora** : 10:59

07.04.2020 07:00HRS RECIBO PACIENTE EN CAMILLA CON LAS BARANDAS EN ALTO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR EN OBSERVACION URGENCIAS CLINICA AMIGA, CON UN DX NEUMONIA BACTERIANA ANT HTA, HPB. SE LE OBSERVA TRANQUILO CONCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CON SU VENA CANALIZADA CON SUS LIQUIDOS ENDOVENOSOS SIN SIGNOS DE INFECCION EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO POR DONDE RECIBE SSN A 50CC HORA PASANDO POR BOBMA DE INFUSION HOSPIRA, SE LE REALIZA CONTROL DE SIGNOS VITALES, QUEDA EN CAMILLA CON LAS BARANDAS EN ALTO, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR PENDIENTE HOMCARE....

Elaborado Por : CUSPIAN GRAJALES, SAMUEL DAVID

Fecha : 07.04.2020 **Hora** : 06:33

Documento: Registro Auxiliar de Enfermería – 07-04-2020 Transcripción parte esencial:
“RECIBO PACIENTE EN CAMILLA (...) CON UN DX NEUMONIA BATERIANA, ANT, HTA, HPB (...)

DATOS DE SEGUIMIENTO

* **Fecha** : 11.05.2021 **Hora** : 00:00

Tipo de Seguimiento : Telefonica
Origen del Seguimiento : Casos especiales
Programa : OTROS
Seguimiento Efectivo : Si **Estado del caso** : Cerrado

Fecha Próximo seguimiento : **Observación** : *06-05-2021 Hora: 1:12 PM SEGUIMIENTO CENTINELA SOSPECHOSO DE COVID 19: ~~Paciente activo IPS San Nicolás Reportado por: SOS Se realiza llamado telefónico al número 3148435514 apagado, se realiza llamado al número 3714252 me comunico con la Esposa MARTHA CECILIA NUÑEZ DE ALTAMIRANO refiere el 10-04-2021 falleció por Fibrosis pulmonar, refiere que el sufría de los bronquios desde hace más de 5 años, duro 14 días Hospitalizado en Fundación valle del lili, se le afectaron los riñones, le realizaron diálisis, las pruebas de covid 19, siempre le salieron negativas. Se le recuerda las medidas preventivas para covid 19. SAux. Isabel Fda. Arias Santacruz 97705 *~~

Responsable : RAMIREZ CORREA, LEIDY YOHANA

Documento: Seguimiento a Paciente – 11-05-2021 Transcripción parte esencial:
“Observaciones: (...) se realiza llamado telefónico (...), me comunico con la Esposa Martha Cecilia Nuñez de Altamirano, refiere que el 10-04-2021 falleció por fibrosis

pulmonar, refiere sufría de los bronquios desde hace más de 5 años (...)

De los apartados anteriores, se demuestra fehacientemente que desde antes del año 2019, 2020 y 2021, el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) fue diagnosticado con Neumopatía Crónica y problemas en los Bronquios, información que fue plenamente corroborada por la señora Martha Cecilia Nuñez de Altamirano el día 11 de mayo del 2021, quien ante una llamada efectuada para control y seguimiento de los pacientes, expuso que el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), falleció por una fibrosis pulmonar, y que el mismo padecía problemas de los bronquios desde hace más de 5 años. 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.

De acuerdo con la providencia anterior, es claro como en el caso en discusión, la información omitida por el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), era sumamente importante para la compañía aseguradora, pues es claro como la misma con base en dicha información hubiera tomado la decisión de abstenerse de celebrar el contrato de seguro y/o en su defecto hubiera estipulado condiciones más onerosas. Adicionalmente, de conformidad con lo extraído de la historia clínica del hoy fallecido señor Altamirano, resulta claro como el asegurado y tomador conocía claramente cuáles eran sus padecimientos de salud (estado del riesgo), en especial la Neumonía, la cual como se evidencia, fue diagnóstica con anterioridad al mes de febrero del 2021, y que fue dicha enfermedad fue la causa de la muerte del señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), tal cual lo confirmó la señora Martha Nuñez de Altamirano, solo un par de días posterior a la solicitud de asegurabilidad y al perfeccionamiento del contrato de seguro con mi representada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) que el

señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) ya contaba con una serie de diagnósticos de Hipertensión Arterial, obesidad, dislipidemia, neumonía e hiperplasia de próstata con anterioridad al mes de febrero del 2021, 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.

Respecto de la declaración el estado del riesgo, tal cual como se ha señalado anteriormente, es un aspecto sumamente importante y relevante para la compañía aseguradora, tanto así que la jurisprudencia se refiere a la misma en los siguientes términos:

“(...) la declaración del estado del riesgo es un aspecto de cardinal importancia en esta clase de negociaciones, en tanto permite al asegurador conocer las particularidades del hecho futuro e incierto cuya cobertura va a asumir y valorar la conveniencia de contratar o no las eventuales condiciones especiales.

Esa “carga de información” implica para el tomador o asegurado el deber de exteriorizar de manera veraz y oportuna, en franco acatamiento del axioma de la buena fe, además especialísima, la realidad del riesgo que se pretende amparar, toda vez que cuando guarda silencio respecto de los datos importantes para la expresión del consentimiento de la aseguradora, se desconoce la evocada primicia que “obliga a las partes a comportarse con honestidad y

lealtad desde la celebración hasta que termine la vigencia del mismo, porque de ello depende la eficacia y el cumplimiento de las cláusulas en él previstas” (Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC5327-2018, reiterada en STC1410-2021)⁵” (negritas y subrayado propio)

Así las cosas, y de conformidad con lo determinado en diferentes providencias, la manifestación del estado del riesgo, es una carga de información que le compete única y exclusivamente al tomador y asegurado, el cual debe manifestar de manera veraz y oportuna la realidad del riesgo que se pretende amparar. Llevando lo aquí dicho al caso en concreto, es más que claro, que el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), tenía la obligación de manifestar de manera cierta y veraz cuales eran sus padecimiento de salud pasados y/o presentes, de conformidad al formulario de asegurabilidad expuesto al momento de solicitar la asegurabilidad con mi procurada, situación que evidente no ocurrió, por cuanto ha quedado claro que el señor Altamirano, respondió de manera negativa a cada uno de los cuestionamiento que se formularon.

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:

⁵ Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, sentencia No. 013, del 19 de marzo del 2024, MS. Sandra Cecilia Rodríguez Eslava.

- *¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: Infarto al miocardio, enfermedad coronaria, ¿trombosis o accidente cerebro vascular, **EPOC, asma**, diabetes, **hipertensión**, disfonía, discopatía? (No)*
- *¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase? (No)*
- *¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? (No)*
- *¿Sufre alguna incapacidad física o mental? (No)*
- *¿Ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado. (No)*
- ***¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? (No)***

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) había sido diagnosticado con hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, neumonía e hiperplasia de próstata, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por la tensión arterial alta y (ii) que a pesar de que el señor Altamirano (q.e.p.d.) había sido diagnosticado con una neumonía crónica, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban sobre la existencia de problemas de salud, (iii) que si bien el padecía de sendas enfermedades, el señor Carlos Altamirano negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) padecía y conocía de la existencia de su hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, neumonía e hiperplasia de próstata. 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 Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) debe declararse nulo, debido a que él negó todas sus patologías y antecedentes previos 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 esas razones, solicito respetuosamente se declare probada esta excepción.

2. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN A CARGO DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. DE PRATICAR 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 señor Carlos Julio Altamirano (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

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 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.”

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)

En otra providencia la Corte Constitucional expuso:

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

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

fe.(...) ”⁹ (negrilla por fuera de texto original)

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia, 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 05 de junio del 2023, en donde estableció lo siguiente:

*“(…) advirtió que **sin estar contemplado que el asegurador deba realizarle exámenes al tomador o solicitante del seguro, el principio de la buena fe que debe revestir todos los contratos, «sube de tono hasta el punto de imponerse como regla la mediación de la denominada ubérrima bona fides, exige a las partes obrar con rigurosa sujeción a la verdad», por tanto, «cuando el asegurador pone a disposición del aspirante a tomador de un seguro las condiciones que considera determinantes para decidir si celebra o no el contrato y en qué términos, éste debe responder el cuestionado que se le formula o llenar la declaración de asegurabilidad con escrupulosa sujeción al estado de cosas que conoce al respecto».** (…)¹⁰. (negrillas y subrayados propios)*

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

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, sentencia STC6488-2023 del 5 de julio de 2023, MP. Martha Patricia Guzmán Álvarez

Adicionalmente, con relación al postula anterior, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, Sala civil de Decisión en Sentencia No.13 del 19 de marzo del 2024, contempló lo siguiente:

*“(..). 9.4. **Memórese que, la declaración del estado del riesgo es un aspecto de cardinal importancia** en esta clase de negociaciones, en tanto permite al asegurador conocer las particularidades del hecho futuro e incierto cuya cobertura va a asumir y valorar la conveniencia de contratar o no las eventuales condiciones especiales.*

Esa “carga de información” implica para el tomador o asegurado el deber de exteriorizar de manera veraz y oportuna, en franco acatamiento del axioma de la buena fe, además especialísima, la realidad del riesgo que se pretende amparar, toda vez que cuando guarda silencio respecto de los datos importantes para la expresión del consentimiento de la aseguradora, se desconoce la evocada primicia que “obliga a las partes a comportarse con honestidad y lealtad desde la celebración hasta que termine la vigencia del mismo, porque de ello depende la eficacia y el cumplimiento de las cláusulas en él previstas”¹¹.

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

¹¹ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC5327-2018, reiterada en STC1410-2021.

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 sociedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe (...)¹² (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, así:

“(...) 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

¹² LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

*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 negrillas propias)*

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, de acuerdo con todo lo expuesto, es claro que en el caso que se ventila, se desvirtúa lo indicado por la parte actora en lo referente a que recaía en cabeza de la Compañía Aseguradora, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., el efectuar exámenes médicos al señor Carlos Julio Altamirano (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 tiene la **obligación** de 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 CAUSALIDAD NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

Aun cuando la activa considera 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 cobija 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. (...)*¹³

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 Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) haya sido distinta a los antecedentes patológicos omitidos en la declaración de asegurabilidad.

Finalmente y de conformidad con lo expuesto a lo largo del presente asunto, resulta importante resaltar que la causa de muerte del señor Altamirano (q.e.p.d.), si fue por una de las patologías omitidas y/o no informadas a la aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., pues de la historia clínica aportada al proceso, se evidencia como con anterioridad a febrero del 2021, al señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), se le había diagnosticado neumonía y problemas respiratorios, como se observa:

¹³ Corte Constitucional, Sentencia C.232/1997, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía. Expediente D-1485



Historia Clínica General

Paciente : CARLOS JULIO ALTAMIRANO
Identificación : CC - 6332037
Especialidad : U.T. Medicina General
Ubicación : Comfandi-PasoAncho
Fec. Registro : 23.10.2019
Aseguradora : SOS - CONTRIBUTIVO ACTIV

Fec. Nac. : 05.07.1954
Edad/Sexo : 65 a / M
Fecha Adm. : 23.10.2019
Cama/Epis. : / 26336636
Hora Reg. : 20:35:59

Causa Externa : Enfermedad General
Finalidad de la Consulta : No Aplica

Motivo de Consulta : POR TOS

Enfermedad Actual : VIENE CON ESPOSA MARTHA NUÑEZ.// TEL 3714252-3187530512// -HACE 2 MESES TOS SECA OCASIONAL.NO DISNEA. AFEBRIL. TOS AUMENTA CON BAJAS TEMPERATURAS.NO SIBILANCIAS. RECIBIO CLORFENIRAMINA CON MEJORIA PARCIAL. -EXPOSICION A HUMOS DE LEÑA EN LA NIÑEZ. + 2 HERMANOS FUMADORES. NO EXPOSICION A QUIMICOS. -OCUPACION PENSIONADO, ANTES LABORO EN BANCO. -TRAE BK ESPUTO OCT /2019 NEGATIVOS. -TRAE RX TORAX OCT 12/2019 ... DENSIDADES BRONCOINTERSTICIALES BIL. CON RECARGO BRONQUIAL DE LA BASE IZQ E IMAGENES PANALARES DE PREDOMINIO BASAL DERECHO. PEQUEÑAS IMAGENES MODULARES BIL QUE NO SUPERAN 6 mm. conclusion NEUMOPATIA CRONICA MIXTA CON COMPONENTE FIBROTICO E IMAGENES SUGESTIVAS DE BRONQUIECTASIAS SIN FOCOS NEUMONICOS NI REACCION PLEURAL. IMAGENES MODULARES QUE PUEDEN ESTAR EN RELACION CON PATOLOGIA DE BASE. // -NO ANTECEDENTES DE ASMA.// -NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS. HTA ASISTE A PROGRAMA. Paciente con Dx de : 1. HTA DIAGNOSTICADA EN EL 2005 2. OBESIDAD 3. DISLIPIDEMIA Manejo con ; 1. losartan 50 mg cada 12 horas 2. lovastatina 20 mg cada dia 3. metoprolol 50 mg cada dia 4. amlodipino 5 mg cada dia 5. hctz 25 mg cada dia

Análisis y Conducta : paciente con neumopatía con fibrosis, bronquiectasias. se INDICA AUTOCUIDADO DE VIAS RESPIRATORIAS. CIPROFLOXACINA.CLORFENIRAMINA PM. ESPIROMETRIA. CONTROL MEDICO. RECOMENDACIONES

Documento: Historia Clínica General – 23-10-2019 Transcripción parte esencial:

“Enfermedad Actual: (...) conclusión NEUMOPATIA CRONICA MIXTA CON COMPONENTE FIBROTICO E IMÁGENES SUGESTIVAS DE BRONQUIECTASIS (...)

Análisis y Conducta: paciente con neumopatía con fibrosis, bronquiectasias (...)”

Fecha : 07.04.2020 Hora : 10:59

07.04.2020 07:00HRS RECIBO PACIENTE EN CAMILLA CON LAS BARANDAS EN ALTO EN COMPAÑIA DE FAMILIAR EN OBSERVACION URGENCIAS CLINICA AMIGA, CON UN DX NEUMONIA BACTERIANA ANT HTA, HPB. SE LE OBSERVA TRANQUILO CONCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO, LUGAR Y PERSONA, CON SU VENA CANALIZADA CON SUS LIQUIDOS ENDOVENOSOS SIN SIGNOS DE INFECCION EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO POR DONDE RECIBE SSN A 50CC HORA PASANDO POR BOBMA DE INFUSION HOSPIRA, SE LE REALIZA CONTROL DE SIGNOS VITALES, QUEDA EN CAMILLA CON LAS BARANDAS EN ALTO, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR PENDIENTE HOMCARE....

Elaborado Por : CUSPIAN GRAJALES, SAMUEL DAVID

Fecha : 07.04.2020 Hora : 06:33

Documento: Registro Auxiliar de Enfermería – 07-04-2020 Transcripción parte esencial:
“RECIBO PACIENTE EN CAMILLA (...) CON UN DX NEUMONIA BATERIANA, ANT,
HTA, HPB (...)”

DATOS DE SEGUIMIENTO

* Fecha : 11.05.2021 Hora : 00:00

Tipo de Seguimiento : Telefonica
Origen del Seguimiento : Casos especiales
Programa : OTROS
Seguimiento Efectivo : Si Estado del caso : Cerrado
Fecha Próximo seguimiento : Observación : *06-05-2021 Hora: 1:12 PM SEGUIMIENTO CENTINELA SOSPECHOSO DE COVID 19: Paciente activo IPS San Nicolás Reportado por: SOS Se realiza llamado telefónico al número 3148435514 apagado, se realiza llamado al número 3714252 me comunico con la Esposa MARTHA CECILIA NUÑEZ DE ALTAMIRANO refiere el 10-04-2021 falleció por Fibrosis pulmonar, refiere que el sufría de los bronquios desde hace más de 5 años, duro 14 días Hospitalizado en Fundación valle del lili, se le afectaron los riñones, le realizaron diálisis, las pruebas de covid 19, siempre le salieron negativas. Se le recuerda las medidas preventivas para covid 19. SAux. Isabel Fda. Arias Santacruz 97705 *

Responsable : RAMIREZ CORREA, LEIDY YOHANA

Documento: Seguimiento a Paciente – 11-05-2021 Transcripción parte esencial:
“Observaciones: (...) se realiza llamado telefónico (...), me comunico con la Esposa Martha Cecilia Nuñez de Altamirano, refiere que el 10-04-2021 falleció por **fibrosis pulmonar**, refiere sufría de los bronquios desde hace más de 5 años (...)”

De los apartados anteriores, se demuestra fehacientemente que desde antes del año 2019,

2020 y 2021, el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) fue diagnosticado con Neumopatía Crónica y problemas en los Bronquios, información que fue plenamente corroborada por la señora Martha Cecilia Nuñez de Altamirano el día 11 de mayo del 2021, quien ante una llamada efectuada para control y seguimiento de los pacientes por parte de la EPS a la cual estaba afiliado el señor Altamirano, expuso que el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), falleció por una fibrosis pulmonar, y que **el mismo padecía problemas de los bronquios desde hace más de 5 años.**

Así las cosas, y colindando con lo expuesto, dentro del caso en ventilación, es claro como la patología omitida por el asegurado, tanto el de la neumonía, como el de la Hipertensión Arterial, obesidad, dislipidemia e hiperplasia de próstata, era de importancia y relevancia para la compañía aseguradora, y su omisión claramente configura la sanción consagrada en el Art. 1058 del Código del Comercio.

Por todo lo anterior, solicito declarar probada esta excepción.

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

Ahora, pese a que se alega que no se encuentra demostrada la mala fe del señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) por parte de los accionantes, lo cual a su considerar 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 distinciones, 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. (...)*¹⁴ (negrilla propia)

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, el Tribunal superior del Distrito Judicial de Bogotá, Sala Decisión Civil en Sentencia No. 13 del 19 de marzo del 2024, 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:

“(...) Esa “carga de información” implica para el tomador o asegurado el deber de exteriorizar de manera veraz y oportuna, en franco acatamiento del axioma de la buena fe, además especialísima, la realidad del riesgo que se pretende amparar, toda vez que cuando guarda silencio respecto de los datos importantes para la expresión del consentimiento de la aseguradora, se desconoce la evocada primicia que “obliga a las partes a comportarse con honestidad y lealtad desde la celebración hasta que termine la vigencia del mismo, porque de ello depende la eficacia y el cumplimiento de las cláusulas en él previstas” (Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC5327-2018, reiterada en STC1410-2021). (...)” (negrillas propias)

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,

¹⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando GiraldoGutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que el Despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado

nulo como consecuencia de un evento de reticencia, 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. (…)”*

Colindando con la norma expuesta, es claro como mi representada, BBVA Seguro de Vida de Colombia S.A., esta facultada para realizar la retención de la prima a título de pena, atendiendo la configuración de la reticencia del Art. 1058 del Código de Comercio.

En conclusión, dado que el señor Carlos Julio Altamirano (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, tal cual lo dispone la norma mercantil antes señalada.

Por todo lo anterior, solicito declarar probada esta excepción.

6. CONFIGURACIÓN DE PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Se propone la presente expresión toda vez que transcurrieron más de dos (2) años entre la

fecha en que ocurrió el fallecimiento del señor Carlos Julio Altamirano (10 de abril del 2021) y la fecha en que se presentó la demanda (16 de noviembre del 2023).

En lo que respecta a la prescripción, se tiene que es un fenómeno jurídico a través del cual se pueden adquirir derechos o extinguir obligaciones, en efecto, el artículo 2512 del Código Civil establece:

“(…) Artículo 2512. La prescripción es un modo de adquirir las cosas ajenas, o de extinguir las acciones o derechos ajenos, por haberse poseído las cosas y no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto lapso de tiempo, y concurriendo los demás requisitos legales.

Se prescribe una acción o derecho cuando se extingue por la prescripción (…)”

Por su parte, el artículo 2535 Ibídem, que contempla la prescripción como medio de extinguir las acciones judiciales y dispone: *“(…) Artículo 2535. La prescripción que extingue las acciones y derechos exige solamente cierto lapso de tiempo durante la cual no se hayan ejercido dichas acciones. Se cuenta ese tiempo desde que la obligación se haya hecho exigible. (…)*”.

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, si no también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Al respecto señala la mencionada disposición:

"(...) Art. 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 (...)" (Negrita por fuera del texto original)

Quiere decir lo anterior que, como el fallecimiento del señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) ocurrió el 10 de abril del 2021, es desde esa fecha que comienza a computarse el término de prescripción. Sobre el particular, se pueden sintetizar los hitos temporales para sintetizar la configuración del fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro, así:

Fallecimiento del asegurado	10 de abril del 2021	Empieza a correr el término de prescripción ordinaria de 2 años
Reclamación directa a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.	05 de mayo del 2021	Se suspende el término de prescripción.
Objeción de la Aseguradora	20 de mayo del 2021	Se reanuda el término de prescripción a partir del 21 de mayo del 2021

Fecha límite para presentar la demanda.	25 de abril de 2023	Pues el término estuvo suspendido por 11 días debido a la reclamación.
Fecha de solicitud de conciliación	11 de octubre de 2023	Se presentó la solicitud de conciliación cuando las acciones derivadas del contrato de seguros estaban prescritas, y la misma no afecta la prescripción.
Fecha de radicación demanda	16 de noviembre del 2023	Se presentó la demanda cuando las acciones derivadas del contrato de seguros estaban prescritas.

Así las cosas, la hoy demandante tenía hasta el 25 de abril de 2023 para evitar que se configurara la prescripción ordinaria; sin embargo, el apoderado judicial de la activa radicó la demanda pasada esta fecha, esto es, el 16 de noviembre de 2023, como se observa a continuación:

Fecha de Actuación	Actuación	Anotación	Fecha inicia Término	Fecha finaliza Término	Fecha de Registro
2024-02-28	Salida P	Remitido corresponde al juzgado 21cm			2024-02-28
2024-02-21	Fijacion estado	Actuación registrada el 21/02/2024 a las 14:48:52.	2024-02-22	2024-02-22	2024-02-21
2024-02-21	Auto rechaza demanda				2024-02-21
2024-01-31	Recepción memorial	Seguros mundial registra medida			2024-01-31
2024-01-31	Recepción memorial	Subsanacion			2024-01-31
2024-01-23	Fijacion estado	Actuación registrada el 24/01/2024 a las 10:33:07.	2024-01-25	2024-01-25	2024-01-24
2024-01-23	Auto inadmite demanda				2024-01-24
2023-11-16	Radicación de Proceso	Actuación de Radicación de Proceso realizada el 16/11/2023 a las 09:03:13	2023-11-16	2023-11-16	2023-11-16

Por lo expuesto, es más que claro que la demanda fue radicado el día 16 de noviembre del 2023, tal cual se observa de la base de datos tomada directamente de la página de la Rama

Judicial, demostrando de esta manera que se dio lugar a configurarse la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro.

En consecuencia, solicito se declare probada la excepción de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro por encontrarse probada, desestimando así cualquier pretensión a cargo de mi representada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

En tal medida, solicito respetuosamente que se declare probada la presente excepción.

7. GENERICA E INNOMINADAS Y OTRAS

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley en virtud de lo reglado en el artículo 282¹⁵ del Código General del Proceso.

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

¹⁵ **Artículo 282. Resolución sobre excepciones.** *En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda.*

Quando no se proponga oportunamente la excepción de prescripción extintiva, se entenderá renunciada. Si el juez encuentra probada una excepción que conduzca a rechazar todas las pretensiones de la demanda, debe abstenerse de examinar las restantes. En este caso si el superior considera infundada aquella excepción resolverá sobre las otras, aunque quien la alegó no haya apelado de la sentencia.

Quando se proponga la excepción de nulidad o la de simulación del acto o contrato del cual se pretende derivar la relación debatida en el proceso, el juez se pronunciará expresamente en la sentencia sobre tales figuras, siempre que en el proceso sean parte quienes lo fueron en dicho acto o contrato; en caso contrario se limitará a declarar si es o no fundada la excepción.

8. DE MANERA SUBSIDIARIA, EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA MANERA PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE 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.

De conformidad con estos argumentos, respetuosamente solicito declarar probada la excepción planteada en favor de los derechos e intereses de mi procurada.

9. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN No. 00130158009622072635

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 la honorable Superintendencia Financiera de Colombia considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha del fallecimiento.

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

10. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO

DEUDORES ES EL BANCO BBVA.

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

(...) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.¹⁶ (...)

¹⁶ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

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

(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.¹⁷ (...)

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación crediticia No. 00130158009622072635. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco BBVA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de

¹⁷ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

beneficiaria.

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

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

Solicito a este honorable despacho se sirva decretar y tener como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES.

- Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) que se relaciona con el crédito No. 00130158009622072635.
- Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02262000048280 y su clausulado.
- Formato de presentación de indemnizaciones del 05 de mayo del 2021.
- Comunicación expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A el día 20 de mayo del 2021, mediante la cual objeto el pago de la reclamación VGDB-21046
- Fragmento de la Historia Clínica del señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.)
- Derecho de petición elevado a la IPS COMFANDI .

2. INTERROGATORIO DE PARTE.

- a. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la demandante a la señora **MARTHA CECILIA ALTAMIRANO NUÑEZ**, a fin de que contesten el cuestionario 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 demandante podrá ser citados en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

3. DECLARACIÓN DE PARTE.

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 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 Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.)

4. TESTIMONIALES.

- Solicito se sirva citar a la Dra. **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, o quien haga sus veces, 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 Carlos Julio Altamirano (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 Altamirano (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.

- Solicito al señor Juez se sirva decretar la práctica del testimonio de la Dra. **DARLYN MUÑOZ NIEVES**, quien tiene domicilio en la ciudad de Popayán y puede ser citada en la Carrera 32 bis No. 4 16 Popayán y correo electrónico darlingmarcela1@gmail.com. La Dra. Darlyn es 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 Vida Deudores, 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.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS.

- 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 2021, del señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), en la audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el señor Altamirano (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.

- De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene a la IPS COMFANDI, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) de la fecha en la cual recibió la primera intención en dicha IPS hasta el año 2021. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió del señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.), entre desde el año 2012 hasta el año 2021.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor Carlos Julio Altamirano (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 IPS COMFANDI. puede ser notificada en la Carrera 23 # 26B – 46 El Prado, de la ciudad de Cali, y a través del correo electrónico: notificacionesjudiciales@comfandi.com.co

6. OFICIOS.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la IPS COMFANDI, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.) correspondiente al periodo que va desde su primera atención médica hasta el año 2021. 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 Altamirano (q.e.p.d.) entre los años 2012 a 2021 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 la que declaró su estado de asegurabilidad. La IPS COMFANDI. puede ser notificada en la Carrera 23 # 26B – 46 El Prado, de la ciudad de Cali, y a través del correo electrónico: notificacionesjudiciales@comfandi.com.co

7. DICTAMEN PERICIAL

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 Carlos Julio Altamirano (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 Carlos Julio Altamirano (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 (IPS COMFANDI) 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.

VI. ANEXOS

- Documentos relacionados en el acápite de pruebas.
- Poder especial conferido al suscrito.
- Certificado de Existencia y Representación Legal de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

VII. NOTIFICACIONES

Por la parte actora serán recibidas en el lugar indicado en su escrito de demanda.

Mi representada, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., puede ser notificada en la Carrera 9 No. 72 – 21, Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C. Email: judicialesseguros@bbva.com

Por parte del suscrito se recibirán notificaciones en la Secretaría de su despacho o en la Avenida 6A Bis No. 35N-100, Centro Empresarial Chipichape, Oficina 212 de la ciudad de Cali. Dirección electrónica: notificaciones@gha.com.co

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA.

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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