

Señores

JUZGADO CUARENTA Y CUATRO (44) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ

cmpl44bt@cendoj.ramajudicial.gov

E. S. D.

REF. PROCESO VERBAL.

DEMANDANTE: NORALBA ASENETH ARCOS CORTÉS

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

RADICACIÓN: 110014003044-2023-01287-00.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114, abogado titulado y en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que se aporta, sociedad comercial anónima de carácter privado, domiciliada en Bogotá, legalmente constituida, identificada con NIT 800.240.882-0 y representada legamente por la doctora Maribel Sandoval Varón. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal establecido, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por la señora NORALBA ASENETH ARCOS CORTES en contra de mi representada, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demandante, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

SOLICITUD DE SENTENCIA ANTICIPADA

Siguiendo lo preceptuado por el artículo 278 del C.G.P. que impone al juez la carga de dictar sentencia anticipada cuando encuentre probada la excepción de prescripción extintiva, comedidamente se le solicita al H. Juez que resuelva anticipadamente la controversia. Lo anterior, toda vez que en el presente caso se encuentra configurada la prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro (Art 1081 del C.Co) en contra del extremo demandante.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el hecho que da base a la acción reside en el fallecimiento de la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES el cual tuvo lugar el 15 de marzo de 2020. Sin embargo, la demanda se presentó hasta el 19 de diciembre de 2023, esto significa, que se radicó con posterioridad a los dos años de que trata el artículo 1081 del C.Co prescribiendo así la respectiva acción. Incluso, descontando el término de interrupción por el requerimiento escrito que se hiciera el 08 de octubre de 2020 y la suspensión derivada del trámite de conciliación entre el 3 de septiembre de 2021 y el 26 de noviembre de ese año, la acción de todos modos se encuentra prescrita. Efectivamente, al haber pasado más de dos años contados desde el fallecimiento de la asegurada y la presentación de la demanda.

FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Al hecho 1: El actor presenta varias afirmaciones a las que me pronuncio de la siguiente manera:

- A mi procurada no le constan cuáles fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar, ni cuál es la modalidad de la operación activa de crédito celebrada entre el Establecimiento Bancario y la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D). Adicionalmente, tampoco le consta cuál es el estado actual del referido crédito, en la medida de que no es la entidad que cuenta con esa información; La información está en poder del Banco BBVA Colombia.
- No es cierto que mi representada haya efectuado algún pago con cargo al contrato de seguro vida grupo deudores. Lo anterior, en la medida de que la Asegurada fue reticente, lo que produce la nulidad relativa del contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co.

Al hecho 2: No me constan las afirmaciones esgrimidas en este hecho debido a que las mismas no tienen relación alguna con la actividad principal a la que se dedica mi representada, por esta razón, solicito que la parte actora pruebe su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes. Lo anterior, toda vez que a mi procurada no le consta cuál fue la causa de muerte de la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D).

Al hecho 3: No me constan las afirmaciones esgrimidas en este hecho debido a que las mismas no tienen relación alguna con la actividad principal a la que se dedica mi representada, por esta razón, solicito que la parte actora pruebe su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes. Lo anterior, toda vez que a mi procurada no le consta cuáles fueron las comunicaciones telefónicas entre la demandante y el Banco BBVA Colombia.

Al hecho 4: Es parcialmente cierto. Si bien es cierto que a través de la comunicación del 24 de mayo de 2021 se objetó la solicitud de indemnización como consecuencia de la reticencia del asegurado al no haber informado de su hipertensión arterial padecida desde el año 2012, hace falta agregar, que actualmente la acción derivada del seguro está prescrita en contra del demandante en los términos del artículo 1081 del C.Co.

Al hecho 5: No es cierto. Debe tenerse en cuenta que, tal y como consta en el certificado individual de seguro aportado junto con la demanda, la asegurada faltó a la verdad pues negó padecer de tensión arterial alta, pese a que había sido diagnosticada con HTA desde el 10 de septiembre de 2012. Tampoco es cierto que el asegurador esté llamado a confirmar lo manifestado por el asegurado, pues al ser un seguro de ubérrima buena fe, no le es dable a la Compañía de Seguros investigar lo que el asegurado no quiso revelar. Máxime, cuando el artículo 1158 del C.Co descarta de plano tal exigencia.

Al hecho 7 (SIC): No es cierto. Debe tenerse en cuenta que, tal y como consta en el certificado individual de seguro aportado junto con la demanda, la asegurada faltó a la verdad pues negó padecer de tensión arterial alta, pese a que había sido diagnosticada con HTA desde el 10 de septiembre de 2012. Adicionalmente, no es cierto que deba existir relación causal entre el fallecimiento y la reticencia, pues la Corte Constitucional en sentencia de **constitucionalidad** C-232 de 1997, descartó de plano tal exigencia.

Al hecho 8: No me constan las afirmaciones esgrimidas en este hecho debido a que las mismas no tienen relación alguna con la actividad principal a la que se dedica mi representada, por esta razón, solicito que la parte actora pruebe su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes. Lo anterior, toda vez que a mi procurada no le consta cuál era el estado del crédito para el 15 de marzo del año 2020.

Al hecho 9: El actor presenta varias afirmaciones a las que me pronuncio de la siguiente manera:

- No es cierto que entre la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D) y mi representada se haya perfeccionado un contrato de seguro VDG. El contrato fue suscrito entre el Banco BBVA en su calidad de tomador y único beneficiario a título oneroso y la aseguradora que represento. La señora CORTES CORTES (Q.E.P.D) se adhirió al seguro en calidad de asegurada.
- No es cierto que mi representada hubiera “*renovado*” la póliza el 30 de octubre de 2020. Ello sería jurídicamente imposible en tanto que, para esa fecha, el riesgo de fallecimiento ya se había realizado. No existía para ese momento riesgo asegurable conforme al artículo 1054 del C.Co.
- No es cierto que el beneficiario del seguro a título oneroso sea la señora Noralba Arcos. Tal y como se extrae del condicionado general que se aporta junto con la presente contestación, el único beneficiario a título oneroso es el Banco BBVA, al tratarse de un seguro de vida grupo deudor.

A los hechos 10 y 11: Es cierto. No obstante, debe agregarse que descontando el término de interrupción por el requerimiento escrito que se hiciera el 08 de octubre de 2020 y la suspensión derivada del trámite de conciliación entre el 3 de septiembre de 2021 y el 26 de noviembre de ese año, la acción de todos modos se encuentra prescrita (Art. 1081 C.Co). Efectivamente, al haber pasado más de dos años contados desde el fallecimiento de la asegurada y la presentación de la demanda.

Al hecho 12: No es cierto tal y como está formulado. Debe aclararse que conforme a la Ley 640 de 2001, vigente para ese momento y de conformidad con la Ley 2220 de 2022 vigente

actualmente, lo sucedido al interior del trámite de conciliación es confidencial y no compromete la responsabilidad de los participantes.

Al hecho 13: No es cierto. Mi representada no ha incumplido con el contrato. La solicitud de objeción se fundamentó en la nulidad relativa de la póliza aplicable por ministerio del artículo 1058 del C.Co. Efectivamente, el aseguramiento debe declararse nulo como consecuencia de la reticencia del asegurado al no haber informado de la HTA que padecía desde el año 2012.

Adicionalmente, actualmente la acción derivada del seguro está prescrita en los términos del artículo 1081 del C.Co., al haber pasado más de dos años desde el fallecimiento hasta la presentación de la demanda. Lo anterior, impide declarar la responsabilidad civil y contractual de la Compañía de Seguros.

Al hecho 14: No me constan las afirmaciones esgrimidas en este hecho debido a que el seguro se coloca a través de la red de asesores del Banco BBVA Colombia S.A. No obstante, no existe prueba dentro del presente trámite que acredite que la entonces asegurada no fue quien diligenció el certificado individual de seguro. Por lo tanto, con su firma hizo suyo su contenido, efectivamente, no resulta jurídicamente viable desconocer los efectos de los documentos firmados por las personas.

Al hecho 15: No es cierto que deba existir relación causal entre el fallecimiento y la reticencia, pues la Corte Constitucional en sentencia de **constitucionalidad** C-232 de 1997, descartó de plano tal exigencia.

A los hechos 16 y 17: No es cierto. Mi representada no ha incumplido con el contrato. La solicitud de objeción se fundamentó en la nulidad relativa de la póliza aplicable por ministerio del artículo 1058 del C.Co. Efectivamente, el aseguramiento debe declararse nulo como consecuencia de la reticencia del asegurado al no haber informado de la HTA que padecía desde el año 2012.

Adicionalmente, actualmente la acción derivada del seguro está prescrita en los términos del artículo 1081 del C.Co., al haber pasado más de dos años desde el fallecimiento hasta la presentación de la demanda. Lo anterior, impide declarar la responsabilidad civil y contractual de la Compañía de Seguros.

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo **A LA TOTALIDAD** de las pretensiones incoadas por la Accionante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior debido a que: **(i)** la Acción derivada del seguro se encuentra prescrita según el artículo 1081 del C.Co, **(ii)** el aseguramiento en el que la señora CORTES (Q.E.P.D) fungía como asegurada debe ser declarado nulo, como consecuencia de la reticencia con la que ella suscribió su declaración de asegurabilidad y **(iii)** la demandante no tiene legitimación en la causa por activa

al no ser parte ni beneficiaria a título oneroso en el contrato de seguro VGD, el único beneficiario de este tipo es el Banco BBVA Colombia S.A.

Oposición a las pretensiones declarativas.

En efecto, me opongo a la **PRIMERA** pretensión elevada por la parte Accionante debido a que esa pretensión así formulada omite la mención de que, en realidad, el aseguramiento es inválido. Es fundamental que desde ahora el H. Juez tome en consideración que la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES fue reticente, debido a que en el momento de solicitar su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo. Esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, especialmente de su hipertensión arterial padecida desde septiembre del año 2012, la cual alteró y agravó el riesgo asegurado. De hecho, de haber sido conocida 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 él. En consecuencia y en los términos del artículo 1058 del C.Co., el contrato de seguro debe declararse nulo como consecuencia de la reticencia del asegurado.

En efecto, me opongo a la **SEGUNDA** pretensión elevada por la parte Accionante debido a que, además de ser nulo el contrato como se explicó previamente, la acción derivada del contrato de seguro está prescrita en los términos del artículo 1081 del C.Co. Lo anterior, teniendo en cuenta que el hecho que da base a la acción reside en el fallecimiento de la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES el cual tuvo lugar el 15 de marzo de 2020. Sin embargo, la demanda se presentó hasta el 19 de diciembre de 2023, esto significa, que se radicó con posterioridad a los dos años de que trata el artículo 1081 del C.Co prescribiendo así la respectiva acción. Incluso, descontando el término de interrupción por el requerimiento escrito que se hiciera el 08 de octubre de 2020 y la suspensión derivada del trámite de conciliación entre el 3 de septiembre de 2021 y el 26 de noviembre de ese año, la acción de todos modos se encuentra prescrita. Efectivamente, al haber pasado más de dos años contados desde el fallecimiento de la asegurada y la presentación de la demanda.

Oposición a las pretensiones de condena.

En efecto, me opongo a la **PRIMERA** pretensión de condena puesto que, además de que la acción derivada del seguro está prescrita según el artículo 1081 del C.Co y de que el contrato debe anularse conforme al artículo 1058 del C.Co., como fue explicado anteriormente, el H. Juez debe tomar en consideración que el único beneficiario a título oneroso de la póliza es el Banco BBVA Colombia. Lo anterior implica, no solamente que la demandante no está legitimada en la causa por activa, sino adicionalmente, que en el evento de ordenarse algún pago derivado del seguro, aquel deberá ser en favor del Banco BBVA Colombia. Se reitera, en la medida de que esta entidad es la tomadora y beneficiaria a título oneroso de la póliza.

En efecto, me opongo a la **SEGUNDA** pretensión de condena puesto que, al ser consecuencial de la anterior, como aquella no debe prosperar, esta tampoco. Además, se reitera que en el evento de ordenarse algún pago derivado del seguro, aquel deberá ser en favor del Banco BBVA Colombia en la medida de que esta entidad es la tomadora y beneficiaria a título oneroso de la póliza.

En efecto, me opongo a la **TERCERA** pretensión de condena puesto que las costas y agencia solo se imponen a la parte vencida, quien indiscutiblemente será la demandante al haber incoado una demanda con base en un seguro nulo y con una acción evidentemente prescrita. Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Antes de presentar la objeción al juramento estimatorio de la acción, es importante que el H. Juez tenga en cuenta que en la misma no existe un acápite de ésta naturaleza. La Accionante se limita a enunciar el valor de sus pretensiones dentro del título de la Acción que se denomina “*Cuantía*”, sin seguir las formalidades que la ley y la jurisprudencia fijan en el momento de presentar el ya dicho, juramento estimatorio.

No obstante, si el honorable juzgador considera que lo establecido en la cuantía de la demanda sí representa un juramento estimatorio, me permito oponerme a lo predicado en el mismo toda vez que el valor asegurado en la póliza consiste en el saldo insoluto de la obligación a fecha de fallecimiento de la asegurada. No obstante, junto con la demanda no se aportó prueba en este sentido, lo que impide cuantificar las pretensiones en la suma referida en este acápite. Lo anterior, sin perjuicio de que el único beneficiario a título oneroso del contrato de seguro es el Banco BBVA Colombia.

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO – APLICACIÓN ARTÍCULO 1081 DEL C.CO.

Resulta de suma importancia que el Despacho tome en consideración que las acciones derivadas del contrato de seguro están prescritas en los términos del artículo 1081 del C.Co. Lo anterior, teniendo en cuenta que el fallecimiento de la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES ocurrió el 15 de marzo de 2020, por lo que la prescripción se habría materializado al presentar la demanda hasta el 19 de diciembre de 2023, esto es, pasados los dos años de que trata el referido artículo. Incluso, descontando el término de interrupción por el requerimiento

escrito que se hiciera el 08 de octubre de 2020 y la suspensión derivada del trámite de conciliación entre el 3 de septiembre de 2021 y el 26 de noviembre de ese año, la acción de todos modos se encuentra prescrita. Efectivamente, al haber pasado más de dos años contados desde el fallecimiento de la asegurada y la presentación de la demanda.

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

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

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

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho. Estos términos no pueden ser modificados por las partes(...)”
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Sobre este particular, debe tenerse en cuenta que la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia en sentencia del 04 de noviembre de 2021¹ estableció que el término prescriptivo aplicable es el ordinario y el mismo se cuenta a partir del fallecimiento del asegurado. En otras palabras, la CSJ frente a los seguros de vida grupo deudores, tal y como lo es el del presente caso, explicó claramente que el término de prescripción aplicable es el ordinario de dos años y el mismo se cuenta a partir del fallecimiento del asegurado. De manera textual la sentencia reza de la siguiente manera:

“ En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte

¹ Sala de Casación Civil, CSJ, SC4904-2021, radicación 66001-31-03-003-2017-00133-01, sentencia del 04 de noviembre de 2021, MP. Dr. Octavio Augusto Tejeiro Duque.

(...)

*Es claro, entonces, que, tratándose de una acción derivada de un contrato de seguro, a la luz del artículo 1081 del Código de Comercio, su prescripción podía ser ordinaria o extraordinaria. **De modo que siendo todos los gestores personas capaces, y dilucidado como quedó que ellos tuvieron o debieron tener conocimiento del siniestro en la misma fecha de su ocurrencia, refulge que el asunto se regía por el término de prescripción ordinaria,** como en efecto lo advirtió el Tribunal al concluir que para el momento de presentación de la demanda había fenecido la acción.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

En este caso opera la prescripción ordinaria y debe tenerse en cuenta que, desde el fallecimiento de la asegurada el 15 de marzo de 2020, la demandante contaba con los dos años siguientes para accionar. Sin embargo, realizó una solicitud de indemnización el 08 de octubre de 2020, lo que interrumpió la prescripción e inició nuevamente su contabilización, por lo tanto, el plazo con el que contaba la señora NORALBA ASENETH ARCOS CORTÉS fenecía el 08 de octubre del año 2022. Ahora, descontado el término de suspensión derivado del trámite de conciliación surtido entre el 03 de septiembre y 26 de noviembre de 2021, la acción de todos modos se encuentra prescrita, puesto que la demanda se presentó solamente hasta el 19 de diciembre de 2023. Es decir, ya está prescrita la acción por cuanto no fue incoada dentro de los términos contemplados en el artículo 1081 del Código de Comercio.

En conclusión, el H. Despacho debe tener en cuenta que ha operado la prescripción de la acción en contra del extremo demandante. Lo anterior, teniendo en cuenta que el hecho que da base a la acción reside en el fallecimiento de la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES el cual tuvo lugar el 15 de marzo de 2020. Sin embargo, la demanda se presentó hasta el 19 de diciembre de 2023, esto significa, que se radicó con posterioridad a los dos años de que trata el artículo 1081 del C.Co prescribiendo así la respectiva acción. Incluso, descontando el término de interrupción por el requerimiento escrito que se hiciera el 08 de octubre de 2020 y la suspensión derivada del trámite de conciliación entre el 3 de septiembre de 2021 y el 26 de noviembre de ese año, la acción de todos modos se encuentra prescrita. Efectivamente, al haber pasado más de dos años contados desde el fallecimiento de la asegurada y la presentación de la demanda.

En tal virtud, solicito al Despacho tener por probada esta excepción por encontrarse plenamente probada la prescripción.

2. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO – APLICACIÓN ARTÍCULO 1058 DEL C.CO.

Es fundamental que desde ahora el H. Juez tome en consideración que la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES fue reticente, debido a que en el momento de solicitar su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo. Esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, especialmente de su hipertensión arterial padecida desde septiembre del año 2012, la cual alteró y agravó el riesgo asegurado. De hecho, de haber sido conocida 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 él. En consecuencia y en los términos del artículo 1058 del C.Co., el contrato de seguro debe declararse nulo como consecuencia de la reticencia del asegurado.

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 informar 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**”².*

(Subrayado fuera del texto original)

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la Asegurada (Q.E.P.D), conociendo a profundidad su padecimiento, negó este en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la

² 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.

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

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

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

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

“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin

incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.

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

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

*Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador**, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con*

*esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.***

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:

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 11 de septiembre de 2016, fecha en la cual la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D) solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la Asegurada (Q.E.P.D) las respondió negativamente en la totalidad del cuestionario, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas omisiones y respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que conocía de sus padecimientos de salud aproximadamente desde el 2012, año en el cual se registró en su información médica la existencia de una hipertensión arterial, negó la existencia de esta enfermedad a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las omisiones y respuestas negativas de la Asegurada (Q.E.P.D):

1. Declaración de asegurabilidad que data del 27 de septiembre de 2016:

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS A MANO POR EL ASEGURADO EN FORMA CLARA SIN USAR RAYAS NI COMILLAS

ESTATURA	1.47	cm	PESO	51	kg	EDAD	51	años	¿Cuántos días fuma cigarrillos?	10
Responda que practica										
¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?										
¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL?										
¿HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO ANTIALCOHÓLICO O POR DROGADICCIÓN?										
¿HA SUFRIDO O SUFRE ALGUNA ENFERMEDAD PROFESIONAL?										
TRASTORNOS MENTALES O PSIQUIÁTRICOS										
PARÁLISIS, EPILEPSIA, VÉRTIGOS, TEMBLOR, DOLOR DE CABEZA FRECUENTES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO										
SOCIO, DIABETES O ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO										
REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA O ENFERMEDADES DE LOS HUESOS, MÚSCULOS O COLUMNA										
ENFERMEDADES DEL BAZO, ANEMIAS, INFLAMACIÓN DE GANGLIOS LINFÁTICOS O ENFERMEDADES DEL SISTEMA HEMOLINFÁTICO O										
DOLOR EN EL PECHO, TENSIÓN ARTERIAL ALTA, INFARTO O CUALQUIER ENFERMEDAD DEL CORAZÓN										
ENFERMEDADES RENALES-CÁLCULOS-PRÓSTATA-TESTÍCULOS										
ASMA, TOS CRÓNICA, TUBERCULOSIS O CUALQUIER ENFERMEDAD DE LOS PULMONES O DEL SISTEMA RESPIRATORIO										
ÚLCERA DEL ESTÓMAGO O DUODENO, ENFERMEDADES DEL RECTO, ECZEMA, VESÍCULA, HÍGADO, DIARREAS FRECUENTES O										
ENFERMEDADES EN LOS OJOS, OÍDOS, NÁRIZ, GARGANTA, RONQUERA O PROBLEMAS DE ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS										
CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE										
SI ES MUJER, ¿HA TENIDO ENFERMEDADES O TUMORES EN SENO, MATRIZ, OVARIOS?										
¿HA SIDO SOMETIDO EN ALGUNA OCASIÓN O LE HAN SUGERIDO LA PRÁCTICA DE EXAMEN PARA DIAGNÓSTICO DEL SIDA? CASO POSITIVO										
¿SUFRE O HA SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?										

ROSARIO MORALBA

En otras palabras, no existe duda alguna que en el presente caso la Asegurada (Q.E.P.D) omitió y respondió negativamente las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas omisiones y 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. Lo anterior, debido a que la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D) había padecido y/o sufrido de una HTA que sin lugar a dudas debió haber informado a mi representada, máxime cuando de haber sido conocido en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D), es de gran importancia precisar cuál era la enfermedad que padeció y que no fue declarada en el momento de perfeccionar su aseguramiento. Lo anterior, con el objetivo de ilustrarle al Despacho que aquel padecimiento fue tan representativo y grave, que por supuesto, tiene todas las características y sobre todo la envergadura requerida, para anular los aseguramientos en los términos del artículo 1058 del C.Co.

En otras palabras, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el H. Juez tenga en cuenta que la hipertensión arterial era padecida y conocida por la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D) con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. A continuación, se evidencian los documentos médicos más representativos, sin perjuicio de los demás que también deben ser tenidos en cuenta, que acreditan que la patología de la Asegurada (Q.E.P.D) es anterior al 27 de septiembre de 2016, fecha del primer aseguramiento:

• Hipertensión Arterial:

1. LOSARTÁN 50MG TABLETA	ORAL	1 TABLETA (S) cada 24 Hora(s)	30 TA	30	UNA EN LA MAÑANA
2. LANSOPRAZOL 30MG-CAPSULA	ORAL	1 CAPSULA (S) cada 24 Hora(s)	30 CAP	30	UNA AL DÍA

Documento: Fragmento documentación médica DE COSMITET LTDA

Transcripción parte esencial: “**Fecha de ingreso: 8/2/2016**

(...)

Losartán 50MG tableta oral (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

A partir de estos primeros documentos se demuestra fehacientemente que desde el mes de febrero del año 2016 la señora CORTES (Q.E.P.D) venía en tratamiento de su HTA con el medicamento Losartán. Es así, que como se probará en el curso del proceso, ella estaba diagnosticada con esta patología por lo menos desde el mes de septiembre del año 2012. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad del aseguramiento. Lo anterior, debido a que si mi procurada hubiera conocido de la existencia de este padecimiento con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En efecto, no se entiende por qué la señora CORTES (Q.E.P.D) no informó a mi representada de semejante enfermedad, aún cuando la misma le fue preguntada expresamente mediante el cuestionario de salud que con su rúbrica hizo suyo. En otras palabras, una hipertensión en tratamiento con Losartán es un evento que las personas no olvidan con facilidad y en tal virtud, es incuestionable que debió informarlo a la Aseguradora por medio de la declaración de asegurabilidad que firmó en el año 2016.

De esta manera, es de suma importancia tener en cuenta que, según las reglas de la experiencia, las Compañías de Seguros se abstienen de asegurar, o lo hacen, pero en condiciones más onerosas, a las personas que padecen de hipertensión. En consecuencia, en el caso concreto la voluntad de mi representada se vio viciada en su consentimiento, debido a que creyó estar asegurando una persona en óptimas condiciones de salud, cuando realmente aseguró a una que HTA, lo que a su vez implica, la citada nulidad consagrada en el artículo 1058 del C.Co.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por ciertos los siguientes hechos; **(i)** que la señora CORTES (Q.E.P.D) ya sufría de HTA con anterioridad al 27 de septiembre de 2016, fecha

del aseguramiento, y (ii) que dada la gravedad, y sobre todo por los riesgos que conlleva esta enfermedad, es completamente claro que esta patología tiene tal envergadura, que cumple a cabalidad los requisitos del artículo 1058 del C.Co para declarar la nulidad del aseguramiento. 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. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

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

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

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo

imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluyen la HTA que padeció la señora CORTES (Q.E.P.D) y que por supuesto ella debió informar, ya que de haber sido conocido por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento del 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 lo siguiente a la Asegurada (Q.E.P.D):

"(...)

¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o problema de salud de los siguientes, aparatos, sistemas u órganos?

(...)

*Dolor en el pecho, **tensión arterial alta**, infarto o cualquier enfermedad del corazón*

(...)

***¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?**" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: **(i)** que a pesar de que la señora CORTES (Q.E.P.D) había sufrido de "Hipertensión Arterial" con anterioridad al año 2016, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que le cuestionó si había sido diagnosticada con tensión arterial alta, y **(ii)** que pese a que la Asegurada (Q.E.P.D) padecía de sendas enfermedades, negó de sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, la señora CORTES (Q.E.P.D) padecía y conocía de la Hipertensión Arterial

que, por su envergadura y gravedad, tiene todas las características para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del C.Co. Sin embargo, a pesar de conocer su existencia, omitió informar de éste a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario, el mismo le fue preguntado expresamente.

En resumen, la señora CORTES (Q.E.P.D) fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. De esta manera se debe aclarar que, pese a que desde el año 2012 se registró en su información médica una “Hipertensión Arterial”, omitió y contestó negativamente las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad, faltando así a la verdad, aun cuando este padecimiento le fue preguntado expresamente. En este sentido, teniendo en cuenta las repercusiones que esta enfermedad tuvo en la condición de salud de la Asegurada (Q.E.P.D), y tomando en consideración la potencialidad de los efectos adversos que dicha patología puede llegar a tener en una persona, es completamente claro que sí mi representada hubiera conocido de la HTA y sus riesgos con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con recapitular el análisis transversal que se ha realizado, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que esta enfermedad cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio para invocar y declarar la nulidad del contrato de seguro.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de la señora CORTES (Q.E.P.D) debe declararse nulo, debido a que ella negó la existencia de su HTA durante la etapa precontractual. Más aun, cuando esta patología que negó informar, faltando así a la verdad, le fue preguntada expresamente en el cuestionario / declaración de asegurabilidad.

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expone a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes

al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

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

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

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

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

para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico³.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales⁴. 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 conocer⁵.” (Subrayado fuera del texto original)

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

*Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo,** por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)⁶*

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

³ 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.”

⁴ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁵ 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.

⁶ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez.

para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez⁷, en donde estableció lo siguiente:

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

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

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

(...)

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

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

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe

⁷ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

*no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...*⁸ (subrayado fuera del texto original).

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

Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es,

⁸ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editordrs Ltda., 2010. P, 164.

llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. (Subrayado fuera del texto original)

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

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

Resulta fundamental confirmarle al Honorable Juez que la prueba de la mala fe no es un requisito sine qua non para la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. Es decir, quien alegue la reticencia como causal de nulidad del contrato de seguro de ninguna manera tiene la carga de la prueba de la mala fe, únicamente deberá acreditar que **(i)** el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y **(ii)** que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas.

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

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

*4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”. (negrilla y subrayas fuera del texto)”.*⁹

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁰, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

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

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

“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

⁹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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

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

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 éste último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) 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, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

5. BBVA SEGUROS DE VIDA 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 H. Juez tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

“ARTÍCULO 1059. <RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA>. Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena”.

En conclusión, dado que la señora CORTES (Q.E.P.D) fue reticente debido a que en el momento de solicitar 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 él, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

6. FALTA ABSOLUTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR ACTIVA – LA DEMANDANTE NO ES PARTE NI TAMPOCO ES LA BENEFICIARIA A TÍTULO ONEROSO DEL CONTRATO DE SEGURO.

Resulta de suma importancia que el H. Juez tome en consideración que la señora Noralba Arcos no se encuentra legitimada en la causa por activa para solicitar hacer efectivo el contrato de seguro de vida grupo deudores materia de litigio. Lo anterior, toda vez que, no sólo no es parte del contrato de seguro en los términos del artículo 1037 del C.Co., sino que además, tampoco ostenta la calidad de beneficiaria a título oneroso en la póliza. Como se explicará a continuación, el tomador y único beneficiario a título oneroso en el contrato de seguro VGD es el Banco BBVA Colombia, razón por la cual, solamente es este Establecimiento de Crédito quien deriva algún derecho del seguro y en tal virtud, sería el único legitimado en la causa por activa. Con base en

el planteamiento anterior, se solicita que el juez niegue las pretensiones formuladas por el extremo actor, al no tener legitimación alguna de cara a la relación contractual discutida en el trámite.

La legitimación en la causa es el primer presupuesto que se debe revisar antes de realizar cualquier estudio sobre un caso concreto. En un sentido material, la legitimación en la causa implica la relación verdadera que tiene la parte convocada con los hechos que dieron lugar al litigio. Al respecto, el Consejo de Estado ha indicado que:

*“(…) **la legitimación material, en cambio, supone la conexión entre las partes y los hechos constitutivos del litigio**, ora porque resultaron perjudicadas, ora porque dieron lugar a la producción del daño. En un sujeto procesal que se encuentra legitimado de hecho en la causa no necesariamente concurrirá, al mismo tiempo, legitimación material, pues ésta solamente es predicable de quienes participaron realmente en los hechos que han dado lugar a la instauración de la demanda o, en general, de los titulares de las correspondientes relaciones jurídicas sustanciales; por consiguiente, el análisis sobre la legitimación material en la causa se contrae a dilucidar si existe, o no, relación real de la parte demandada o de la demandante con la pretensión que ésta fórmula o la defensa que aquella realiza, pues la existencia de tal relación constituye condición anterior y necesaria para dictar sentencia de mérito favorable a una o a otra (...)”¹¹. (subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Ahora bien, la legitimación en la causa puede ser activa o pasiva y ambas son un presupuesto procesal para que se dicte una sentencia de fondo favorable a las pretensiones. En palabras del Consejo de Estado:

*“Pues bien, la legitimación en la causa, corresponde a la calidad que tiene una persona para formular o contradecir las pretensiones de la demanda por cuanto es sujeto de la relación jurídica sustancial. En otros términos, **consiste en la posibilidad que tiene la parte demandante de reclamar el derecho invocado en la demanda -legitimación por activa- y de hacerlo frente a quien fue demandado -legitimación por pasiva-**, por haber sido parte de la relación material que dio lugar al litigio. **Corresponde a un presupuesto procesal de la sentencia de fondo favorable a las pretensiones**, toda vez que constituye una excepción de fondo, entendida ésta como un hecho nuevo alegado por la parte demandada para enervar la pretensión, puesto que tiende*

¹¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sección segunda, subsección A, sentencia del veinticinco (25) de marzo de dos mil diez (2010), Consejero Ponente Gustavo Eduardo Gómez Aranguren, radicado: 05001-23-31-000-2000-02571-01(1275-08).

*a destruir, total o parcialmente, el derecho alegado por el demandante (...)*¹²
(subrayado y negrilla fuera del texto original)

En otra oportunidad, esa corporación afirmó que:

*“(...) la legitimación material en la causa activa y pasiva, es una condición anterior y necesaria, entre otras, para dictar sentencia de mérito favorable, al demandante o al demandado (...)*¹³”.

Es más, en el mismo sentido que el Consejo de Estado, la Corte Constitucional definió la falta de legitimación en la causa como una cualidad subjetiva de las partes, derivada de la relación de las mismas con el interés sustancial que se discute en el proceso. Al respecto, el tenor literal de la sentencia expuso:

*“2.1. La legitimación en la causa es un presupuesto de la sentencia de fondo porque otorga a las partes el derecho a que el juez se pronuncie sobre el mérito de las pretensiones del actor y las razones de la oposición por el demandado, mediante sentencia favorable o desfavorable. **En resumen, la legitimación en la causa es una calidad subjetiva de las partes en relación con el interés sustancial que se discute en el proceso.** Por tanto, cuando una de las partes carece de dicha calidad o atributo, no puede el juez adoptar una decisión de mérito y debe entonces simplemente declararse inhibido para fallar el caso de fondo.”* (subrayado y negrilla fuera del texto original)¹⁴

Con todo, se puede concluir que, si no existe una relación de la parte demandante con los hechos de la demanda, no habrá legitimación en la causa y el juzgador no podrá proferir una sentencia que acceda a las pretensiones. Ahora bien, para demostrar la falta absoluta de legitimación en la causa por activa en el caso concreto, es indispensable que se tenga en cuenta que en el contrato de seguro Vida Grupo Deudor figura como tomador y beneficiario del mismo el Banco BBVA, tal y como se evidencia en la caratula de la póliza que ya obra en el proceso.

Lo anterior quiere decir que, dado que el demandante, esto es, la señora Noralba Arcos, no es parte ni beneficiaria de la póliza de seguro anteriormente mencionada, no se encuentra legitimada en la causa para reclamar las prestaciones que del contrato se derivan. En otras palabras, la única persona que se encuentra legitimada para exigir en un proceso judicial el cumplimiento del contrato de seguro previamente identificado, es aquella que ostente la calidad de beneficiaria del mismo, lo que en el presente caso traduce que el cumplimiento del contrato de seguro únicamente puede ser pretendido por la entidad Bancaria.

¹² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera. Sentencia del 22 de noviembre de 2001. Expediente No.13.356. M.P. María Elena Giraldo Gómez.

¹³ Sentencia proferida por la Sección Tercera del Consejo de Estado, el 20 de septiembre 2001 C.P María Elena Giraldo, Rad: 10973

¹⁴ Corte Constitucional, Sentencia T 1001 de 2006. Mp. Jaime Araujo Rentería.

La Corte Suprema de Justicia ha sido clara al pronunciarse en el mismo sentido, específicamente en casos análogos y coincidentes en materia de seguros de vida grupo deudores, en donde ha establecido que:

“A partir de dejar sentado, con vista en el contrato de seguro y sus anexos, que el causante era el asegurado, sin que figurara como “beneficiario de dicho contrato”, el sentenciador concluyó que los demandantes no tenían derecho a reclamar valor alguno por concepto de indemnización, porque el seguro de vida tenía como “especial destinación” cubrir el “saldo insoluto de la obligación” a la muerte del deudor asegurado.

*Por esto, al constatar que el tomador del seguro, esto es, el Banco Davivienda S. A., aparecía como el “exclusivo titular del crédito”, o lo que es lo mismo, del saldo de la obligación, el ad-quem señaló que dicho acreedor, en su calidad de beneficiario del seguro, como así constaba expresamente, era el **“único legitimado para efectuar la reclamación.”***

(...)

*En suma, como en la sentencia se reconoció que el “único” beneficiario del seguro de vida grupo deudores, era el citado banco, por las razones que adujo, claramente se advierte que **en ningún error de hecho**, con las características de manifiesto y trascendente, **pudo incurrir el Tribunal**, porque el adjetivo “único” necesariamente descartaba que otras personas, incluidos los demandantes, por las circunstancias que fueren, pudieran serlo, menos cuando expresamente se refirió, para confirmar la legitimación en causa de aquellos, a todos los hechos que en el cargo segundo se mencionan*

*Desde luego que nadie desconoce, como así se reconoce en el contexto de la acusación y se afirma desde la propia demanda, que en el contrato de seguros de que se trata, **la calidad de beneficiario la tenía el titular del crédito.** Distinto es que la condición de beneficiarios del seguro, los demandantes la hicieran derivar del hecho de que el banco acreedor no hubiere insistido ante la aseguradora en la reclamación y en su lugar haya acudido a demandar judicialmente el pago del saldo de la obligación contra uno de los codeudores solidarios.*

Por supuesto que la anterior conclusión no fue insular, sino que es el producto de haber dejado sentado que el beneficiario del seguro no podía ser persona distinta del “exclusivo titular del crédito”, porque se trataba de un “contrato de seguro destinado al pago de la deuda” que el asegurado había contraído con el

banco beneficiario, y porque lo que se aseguró fue el pago del “saldo insoluto de la obligación” que existiera al momento de ocurrir la muerte del deudor.

*Para el Tribunal, entonces, fue intrascendente que los demandantes fueran la “cónyuge” e “hijos” del deudor fallecido, porque el destino de la suma asegurada, convertían al tomador del seguro, beneficiario a su vez del mismo, como el **“único” legitimado para reclamar la indemnización**, inclusive frente al hecho de que éste no haya insistido en el pago ante la aseguradora y en su lugar hubiere acudido a demandar judicialmente el cobro insoluto de la obligación contra uno de los codeudores solidarios. Como se explicó en el precedente citado por el Tribunal (sentencia 025 de 23 de marzo de 2004, expediente 14576), al ocurrir el siniestro, el acreedor del crédito quedaba habilitado para hacer efectivo el valor del seguro de vida grupo deudores, sin menoscabo, claro está, del derecho **que también le asistía de solicitar o exigir el pago de la deuda** “contra los otros codeudores solidarios si los hay”*

(...)

*En síntesis, como la cónyuge del deudor fallecido, quien es la recurrente en casación, carecía de la condición de beneficiaria supletiva del seguro de vida grupo deudores, pues existía beneficiario directo a título oneroso, sin que de otra parte quedaran remanentes, surge claro que **el Tribunal no pudo violar directamente**, por falta de aplicación, las disposiciones que se citaron como violadas”.¹⁵ (Subrayado fuera del texto original).*

Como se pudo constatar previamente, para la Corte Suprema de Justicia, especialmente en materia específica de seguros de vida grupo deudores, la legitimación en la causa por activa para reclamar el cumplimiento de las prestaciones que del contrato se derivan, recae únicamente sobre la persona, natural o jurídica, que ostente la calidad de beneficiaria en el seguro de vida.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es claro que el tomador y beneficiario a título oneroso del contrato de seguro es únicamente el Banco BBVA. En este sentido, se entiende que la legitimación en la causa por activa para exigir el cumplimiento de las prestaciones que del contrato de seguro se derivan la ostenta únicamente dicha entidad bancaria. De esta manera, es evidente que la señora Noralba Arcos no se encuentra legitimada por activa para exigir el cumplimiento del contrato de seguro identificado previamente, en consecuencia, no puede ella pretender ni exigir que mi representada pague suma alguna derivada de dicho contrato.

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Mp Jaime Alberto Arrubla Paucar, sentencia del 29 de septiembre de 2005, expediente C-1100131030162000-22940-01)

En conclusión, ruego al Honorable Despacho tener por probada esta excepción debido a que la ley y la jurisprudencia reconocen expresamente que el único legitimado para solicitar el cumplimiento de un contrato de seguro de vida grupo de deudores es el tomador y beneficiario del mismo, lo que en nuestro caso representa única y exclusivamente al Banco BBVA y no a la Demandante. Claramente, al no ser parte en los términos del artículo 1037 del C.Co ni beneficiario a título oneroso, no ostenta legitimación para solicitar la activación de la póliza y de esa manera, deben denegarse sus pretensiones.

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

7. EL ÚNICO BENEFICIARIO A TÍTULO ONEROSO 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 a título oneroso 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 asegurado en las pólizas. 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 (...)

Como se observa, las pólizas de seguro de vida deudores están estructuradas bajo la finalidad de proteger las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que el único beneficiario a título oneroso de cualquier tipo de indemnización únicamente puede ser la entidad bancaria que otorgó

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

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 la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D.) adquirió la obligación No. 0013-0158-00-9608773434 con el Banco BBVA Colombia y amparó esta con la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores a cargo de mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. En tal virtud, se evidencia del condicionado general lo que a continuación se expone:

3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor.

Documento: Condicionado general aplicable póliza de Seguro Vida Grupo Deudores

Transcripción: **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.

¹⁷ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

En conclusión, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario a título oneroso de la indemnización era el Banco BBVA, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario y por lo tanto, el único que contaba 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 el Despacho no podrá tomar otra determinación que declarar probada esta excepción negando las pretensiones, teniendo en cuenta que no es posible reconocer una indemnización a persona distinta de la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en la póliza de seguro.

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

Subsidiariamente, 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 H. Juez considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al tomador y beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña al límite del valor asegurado. Efectivamente, el valor asegurado de conformidad con el condicionado general es el siguiente:

3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor.

Documento: *Condicionado general aplicable póliza de Seguro Vida Grupo Deudores*

Transcripción: *Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor.* En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor.

En este orden de ideas, mi procurada no estará llamada a pagar cifra que exceda el valor asegurado previamente pactado por las partes, en tanto que la responsabilidad de mi mandante va hasta la concurrencia de la suma asegurada. De esta forma y de conformidad con el artículo 1079 del Código de Comercio, debe tenerse en cuenta la limitación de responsabilidad hasta la concurrencia de la suma asegurada:

“ARTÍCULO 1079. RESPONSABILIDAD HASTA LA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA. El asegurador no estará obligado a responder si no hasta concurrencia de la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074”.

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

9. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

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

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

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Condicionado General del Contrato de Seguro Vida Grupo Deudores.
- 1.2. Derecho de petición de fecha del 26 de febrero de 2025, enviado a Dumian Médical.
- 1.3. Derecho de petición de fecha del 26 de febrero de 2025, enviado Cosmitet LTDA.

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

2. INTERROGATORIO DE PARTE

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

La señora Yojana Patricia Miranda Medina podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su libelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado por el artículo 198 del C.G.P, comedidamente solicito al Despacho ordenar la citación del representante legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso, y especialmente, para que evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del asegurado.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del asegurado.

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 la Aseguradora de Vida, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del asegurado, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

- 4.2. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **ALEXANDRA QUECANO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del asegurado

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 la Aseguradora de Vida, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del asegurado, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS Y PRUEBA POR OFICIOS

5.1. Debido a que el Ministerio de Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar y oficiar **A LA ACCIONANTE** para que exhiba la Historia Clínica de la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D), quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía No. 25.452.484, correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2020, en la audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento, es evidenciar las patologías que la Asegurada sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que la Asegurada declaró su estado de asegurabilidad.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene y oficie a la institución médica **COSMITET LTDA**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D), quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía No. 25.452.484, correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2020. Vale la pena agregar, que el citado documento se encuentra en poder de la mencionada entidad, tal y como consta en el fragmento de la Historia Clínica aportado a este proceso por la parte demandante.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que la Asegurada sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que ella misma declaró su estado de asegurabilidad.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

COSMITET LTDA puede ser notificada en la Calle 7 No. 34-00, Santiago de Cali - Colombia y en el correo electrónico notificaciones_judiciales@cosmitet.net.

Así mismo, puede ser notificada en la Calle 4# 0-55 y Calle 4 No 1-26 Barrio/La Pamba en Popayán y en el correo electrónico servicioalcliente.popayan@cosmitet.net

- 5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene y oficie a la institución médica **DUMIAN MEDICAL AVANZA**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica de la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D), quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía No. 25.452.484, correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2020. Vale la pena agregar, que el citado documento se encuentra en poder de la mencionada entidad, tal y como consta en el fragmento de la Historia Clínica aportado a este proceso por la parte demandante.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que la Asegurada sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que ella misma declaró su estado de asegurabilidad.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

DUMIAN MEDICAL AVANZA puede ser notificada en la Cra. 36a N 6-42 El Templete - Santiago de Cali – Colombia, Calle 15 N, 15-46 Popayán – Colombia y en el correo electrónico servicioalcliente@dumianmedical.com

6. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL C.G.P.

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar tres asuntos esenciales para el litigio: **(i)** Que el Asegurado había sido diagnosticado con anterioridad al año 2016 con Hipertensión Arterial, **(ii)** que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., las patologías de la Señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D), se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas para la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudores. Es decir, el dictamen demostrará como los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado eran absolutamente indispensables para determinar médica y técnicamente el riesgo que asumía la Compañía. **(iii)** En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

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

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita al H. Juez un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas COSMITET LTDA y Dumian Medical, aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica del Asegurado. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de salud mencionada pues son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Carrera 11A # 94A - 23 Oficina 201 en la ciudad de Bogotá D.C. o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co
- Mi procurada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados, en Bogotá, correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com
- El Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

AMPARO BÁSICO

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

EXCLUSIONES

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA – EL TOMADOR

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

CLÁUSULA SEGUNDA – GRUPO ASEGURADO

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

CLÁUSULA TERCERA – PAGO DE PRIMAS

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

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

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

CLÁUSULA CUARTA – FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

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

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

CLÁUSULA QUINTA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO

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

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

CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

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

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

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

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

CLÁUSULA SÉPTIMA - IRREDUCTIBILIDAD

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

CLÁUSULA OCTAVA – TERMINACIÓN DEL AMPARO BÁSICO

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

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

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

CLÁUSULA NOVENA – RENOVACIÓN

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA- CONVERTIBILIDAD

Los asegurados que se separen del grupo tendrán derecho a asegurarse sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite “LA COMPAÑÍA”, con excepción de los planes temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la

tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán los certificados individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra-prima que corresponda.

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

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA– INEXACTITUD DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA– CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA– DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

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

Cuando no se designen los beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos legales de esté en la otra mitad. Igual solución se les dará si la designación del beneficiario ha sido a título gratuito y ocurre uno de los eventos siguientes: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o

se ignora cuál de los dos ha muerto primero y si la designación ha sido a título oneroso y ocurre cualquiera de los dos últimos eventos mencionados, el seguro será provecho únicamente de los herederos del beneficiario.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – AVISO DE SINIESTRO

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA– PAGO DE INDEMNIZACIONES

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA– DERECHOS DE INSPECCIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA– ADHESIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA– NOTIFICACIONES

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA– PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA– DISPOSICIONES LEGALES

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA– OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA– DOMICILIO

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

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

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

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si durante la vigencia de la póliza a la cual accede y antes de cumplir el asegurado la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza, quedare incapacitado en forma total y permanente, la compañía pagará la indemnización hasta por el monto del valor asegurado contratado para esté anexo y que consta en la carátula de la póliza y/o en sus condiciones particulares.

Para efectos de este beneficio, incluyendo los regímenes especiales, se entiende por incapacidad total y permanente, la sufrida por el asegurado como resultado de una lesión o enfermedad, que le impida total y permanentemente realizar cualquier actividad u ocupación. Dicha incapacidad se considerará siempre y cuando haya persistido por un periodo continuo no inferior a ciento veinte (120) días comunes y cuando la pérdida de la capacidad laboral calificada en primera instancia por el médico determinado por la aseguradora y en las demás instancias por las juntas regional y nacional de calificación de invalidez, sea superior al 50% y no haya sido provocada a sí mismo por el asegurado.

Sin perjuicio de cualquier causa de incapacidad total y permanente, para efectos de este amparo se considerará como tal: (i) la pérdida de la visión por ambos ojos, (ii) la pérdida de ambas manos o ambos pies, (iii) la pérdida de toda una mano y de todo un pie; (iv) la pérdida de toda una mano o de todo un pie junto con la visión por un ojo; (v) la pérdida del habla o de la audición.

Este amparo se configura exclusivamente con la fecha de Calificación de la incapacidad, la cual se considerará la fecha del siniestro, y su indemnización no es acumulable al seguro de vida; por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dicha incapacidad, la compañía quedará liberada de toda responsabilidad en lo que se refiere al seguro de vida del asegurado incapacitado

1.2 DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

Mediante el presente anexo, la compañía se obliga a pagar al asegurado las sumas que resulten de aplicar al valor asegurado señalado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares para dicho anexo, los porcentajes que a continuación se enlistan, si dentro de

los 120 días calendario contados desde la fecha en que el asegurado sufra lesiones corporales, éstas dan lugar a

una desmembración o inutilización en los términos que a continuación se señalan:

- | | | |
|----|--|-----|
| a. | POR LA PÉRDIDA DE UNA MANO | 60% |
| b. | POR LA PÉRDIDA DE UN SOLO PIE | 60% |
| c. | POR LA PÉRDIDA TOTAL DE LA VISIÓN POR UN OJO | 60% |

PARA LOS EFECTOS DE ESTE AMPARO:

(I) Se considera pérdida de:

- manos: la inutilización o amputación traumática o quirúrgica por la muñeca o parte proximal de ella.
- pies: la inutilización o amputación traumática o quirúrgica por el tobillo o parte próxima de él.
- visión: la pérdida total e irreparable de la visión
- audición: la pérdida total e irreparable de la audición de ambos oídos.
- habla: la pérdida total e irreparable del habla.

(II) Se considera “inutilización”: la pérdida funcional total.

En ningún caso la indemnización acumulada por los beneficios del presente anexo podrá ser superior al 100% del valor asegurado señalado en la carátula de la póliza y/o sus condiciones particulares para dicho anexo

2. CONVERTIBILIDAD

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

ANEXO PARA PÓLIZA DE DEUDORES

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

AMPARO

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

CAUSALES DE TERMINACIÓN

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

CONDICIONES PARTICULARES

1. La edad mínima de ingreso a la póliza es de 18 años.
2. Para los efectos del presente anexo, la iniciación del seguro para cada uno de los asegurados individualmente considerados amparados por la presente póliza, queda condicionada a la entrega real del dinero, por lo tanto la cobertura individual se inicia en la fecha del desembolso del mismo.
3. Se considera como tomador al acreedor, quien tendrá carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda. Entendiéndose por saldo insoluto el capital no pagado, más los intereses corrientes calculados hasta la fecha del fallecimiento del deudor. En el evento de existir mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y

las primas del seguro de vida grupo deudores no pagadas por el deudor.

4. Cuando el valor de la deuda a la cual se vincula el seguro, se expresa en Unidades de Valor Real UVR, adeudadas será calculada con base en la cantidad de Unidades de Valor Real UVR adeudadas en la fecha del fallecimiento, liquidada a la cotización del día en que se efectúe el pago del siniestro o en la fecha en la cual “LA COMPAÑÍA” informe por escrito al tomador su aceptación de la declaratoria de Incapacidad Total y Permanente del deudor según el caso y si ha contratado este amparo.
5. La vigencia de la póliza depende de la periodicidad pactada para la amortización de la deuda, motivo por el cual no supone recargo en la prima correspondiente.

CLÁUSULA PARTICULAR PARA TODOS LOS AMPAROS – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

Aplica para el amparo básico:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 74 años más 364 días.
- Permanencia: Hasta el fin del crédito.

Aplica para el anexo de incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización:

- Edad mínima de ingreso: 18 años
- Edad máxima de ingreso: 69 años más 364 días.
- Permanencia: 71 años más 364 días.



DERECHO DE PETICIÓN || BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. || MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES || MCAO

Desde Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Fecha Mié 26/02/2025 13:24

Para notificaciones_judiciales@cosmitet.net <notificaciones_judiciales@cosmitet.net>;
servicioalcliente.popayan@cosmitet.net <servicioalcliente.popayan@cosmitet.net>

CC Maria Camila Agudelo Ortiz <mcagudelo@gha.com.co>; Santiago Rojas Buitrago <srojas@gha.com.co>

 1 archivo adjunto (765 KB)

DERECHO DE PETICIÓN COSMITET - CASO NORALBA ARCOS.pdf;

Bogotá, D.C., 26 de febrero de 2025

Señores

COSMITET LTDA

Calle 7 No. 34-00, Santiago de Cali - Colombia y en el correo electrónico notificaciones_judiciales@cosmitet.net.

Calle 4# 0-55 y Calle 4 No 1-26 Barrio/La Pamba en Popayán y en el correo electrónico servicioalcliente.popayan@cosmitet.net

E. S. D.

REF.: DERECHO DE PETICIÓN

ASUNTO: PROCESO VERBAL.

DEMANDANTE: NORALBA ASENETH ARCOS CORTÉS

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

RADICACIÓN: 110014003044-2023-01287-00.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la cédula de ciudadanía número 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por la doctora Maribel Sandoval Varón en ejercicio del **DERECHO DE PETICIÓN** consagrado en el artículo 23 de la Constitución Política y en el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015 en sustitución de los artículos 14 y 32 de la Ley 1437 de 2011, y de conformidad con lo normado en el numeral 10 del artículo 78 y en los artículos 96 y 245 del Código General del Proceso, muy respetuosamente me dirijo a usted con el fin de presentar la petición que encuentran en el memorial adjunto.

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

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

NOTIFICACIONES

E- mail: notificaciones@gha.com.co / Contactos: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075

Aviso de Confidencialidad: La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

Confidentiality Notice: The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments

Bogotá, D.C., 26 de febrero de 2025

Señores

COSMITET LTDA

Calle 7 No. 34-00, Santiago de Cali - Colombia y en el correo electrónico notificaciones_judiciales@cosmitet.net.

Calle 4# 0-55 y Calle 4 No 1-26 Barrio/La Pamba en Popayán y en el correo electrónico servicioalcliente.popayan@cosmitet.net

E. S. D.

REF.: DERECHO DE PETICIÓN

ASUNTO: PROCESO VERBAL.

DEMANDANTE: NORALBA ASENETH ARCOS CORTÉS

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

RADICACIÓN: 110014003044-**2023-01287**-00.

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

A. PETICIÓN

Comendidamente solicito se remitan al JUZGADO CUARENTA Y CUATRO (44) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ con destino al proceso judicial de la referencia, los documentos que se relacionan a continuación:

- (i) Copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica que repose en los archivos de Cosmitet LTDA, de la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D), quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía No. 25.452.484, correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2020.

La anterior solicitud se presenta con base en los siguientes:

B. FUNDAMENTOS DE DERECHO

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

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

2. En segunda medida, sobre las razones y motivación que sustentan la presente solicitud, es necesario comenzar aludiendo a los elementos que deben componer toda contestación de demanda ante la jurisdicción ordinaria, materia regulada por el artículo 96 del Código General del Proceso de esta manera:

“Artículo 96. Contestación de la Demanda. La contestación de la demanda contendrá:

(...)

4. La petición de las pruebas que el demandado pretenda hacer valer, si no obraren en el expediente.”

Esta norma debe ser interpretada en concordancia con el artículo 78 de la misma normativa, que en su numeral 10 establece como uno de los deberes de los apoderados en procesos judiciales el de *“abstenerse de solicitarle al juez la consecución de documentos que directamente o por medio del ejercicio del derecho de petición hubiere podido conseguir”*. Es con base en los anteriores mandatos legales que se explica y fundamenta la presente solicitud de los documentos originales arriba aludidos.

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

“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.

(...)

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

De acuerdo con lo anterior, la respuesta al derecho de petición que mediante el presente documento se fórmula, debe ser remitida al JUZGADO CUARENTA Y CUATRO (44) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ en un término máximo de diez (10) días hábiles, en donde se incluyan todos los documentos solicitados; solicitud que se presenta en consideración de todos los fundamentos jurídicos que se vienen de mencionar.

C. NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Carrera 11A # 94A - 23 Oficina 201 en la ciudad de Bogotá D.C. o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co
- El JUZGADO CUARENTA Y CUATRO (44) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ en el correo cmpl44bt@cendoj.ramajudicial.gov

D. ANEXOS

1. Copia de la cédula de ciudadanía de la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D), quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía No. 25.452.484

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

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



DERECHO DE PETICIÓN || BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. || MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES || MCAO

Desde Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

Fecha Mié 26/02/2025 13:31

Para servicioalcliente@dumianmedical.com <servicioalcliente@dumianmedical.com>

CC Santiago Rojas Buitrago <srojas@gha.com.co>; Maria Camila Agudelo Ortiz <mcagudelo@gha.com.co>

 1 archivo adjunto (764 KB)

DERECHO DE PETICIÓN DUMIAN MEDICAL - CASO NORALBA ARCOS.pdf;

Bogotá, D.C., 26 de febrero de 2025

Señores

DUMIAN MEDICAL AVANZA

Cra. 36a N 6-42 El Templete - Santiago de Cali – Colombia

Calle 15 N, 15-46 Popayán – Colombia.

servicioalcliente@dumianmedical.com

E. S. D.

REF.: DERECHO DE PETICIÓN

ASUNTO: PROCESO VERBAL.

DEMANDANTE: NORALBA ASENETH ARCOS CORTÉS

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

RADICACIÓN: 110014003044-2023-01287-00.

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

Cordialmente,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

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

NOTIFICACIONES

E- mail: notificaciones@gha.com.co / Contactos: (+57) 315 577 6200 - 602 659 4075



Aviso de Confidencialidad: La reproducción, copia, publicación, revelación y/o distribución, así como cualquier uso comercial o no comercial de la información contenida en este Correo Electrónico y sus adjuntos se encuentra proscrito por la Ley. Al ser destinatario del presente correo y no devolverlo acepta que el manejo de la información aquí contenida debe manejarse de manera confidencial y reservada. Si usted no es destinatario por favor contacte al remitente y elimine copia del correo, así como de sus adjuntos.

Confidentiality Notice: The reproduction, copying, publication, disclosure and/or distribution, as well as any commercial or non-commercial use of the information contained in this Email and its attached files are prohibited by law. If you are the intended recipient you agree that the information contained herein must be used and managed in both, confidential and reserved manner. If you are not the intended recipient please contact the sender and delete a copy of the mail as well as its attachments

Bogotá, D.C., 26 de febrero de 2025

Señores

DUMIAN MEDICAL AVANZA

Cra. 36a N 6-42 El Templete - Santiago de Cali – Colombia

Calle 15 N, 15-46 Popayán – Colombia.

servicioalcliente@dumianmedical.com

E. S. D.

REF.: DERECHO DE PETICIÓN

ASUNTO: PROCESO VERBAL.

DEMANDANTE: NORALBA ASENETH ARCOS CORTÉS

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

RADICACIÓN: 110014003044-2023-01287-00.

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

A. PETICIÓN

Comendidamente solicito se remitan al JUZGADO CUARENTA Y CUATRO (44) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ con destino al proceso judicial de la referencia, los documentos que se relacionan a continuación:

- (i) Copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica que repose en los archivos de DUMIAN MEDICAL AVANZA, de la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D), quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía No. 25.452.484, correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2020.

La anterior solicitud se presenta con base en los siguientes:

B. FUNDAMENTOS DE DERECHO

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

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

2. En segunda medida, sobre las razones y motivación que sustentan la presente solicitud, es necesario comenzar aludiendo a los elementos que deben componer toda contestación de demanda ante la jurisdicción ordinaria, materia regulada por el artículo 96 del Código General del Proceso de esta manera:

“Artículo 96. Contestación de la Demanda. La contestación de la demanda contendrá:

(...)

4. La petición de las pruebas que el demandado pretenda hacer valer, si no obraren en el expediente.”

Esta norma debe ser interpretada en concordancia con el artículo 78 de la misma normativa, que en su numeral 10 establece como uno de los deberes de los apoderados en procesos judiciales el de *“abstenerse de solicitarle al juez la consecución de documentos que directamente o por medio del ejercicio del derecho de petición hubiere podido conseguir”*. Es con base en los anteriores mandatos legales que se explica y fundamenta la presente solicitud de los documentos originales arriba aludidos.

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

“Artículo 14. Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones.

(...)

1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no

podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.”

De acuerdo con lo anterior, la respuesta al derecho de petición que mediante el presente documento se fórmula, debe ser remitida al JUZGADO CUARENTA Y CUATRO (44) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ en un término máximo de diez (10) días hábiles, en donde se incluyan todos los documentos solicitados; solicitud que se presenta en consideración de todos los fundamentos jurídicos que se vienen de mencionar.

C. NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Carrera 11A # 94A - 23 Oficina 201 en la ciudad de Bogotá D.C. o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co
- El JUZGADO CUARENTA Y CUATRO (44) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ en el correo cmpl44bt@cendoj.ramajudicial.gov

D. ANEXOS

1. Copia de la cédula de ciudadanía de la señora MARIA DEL ROSARIO MORALBA CORTES CORTES (Q.E.P.D), quien en vida se identificaba con cédula de ciudadanía No. 25.452.484

Cordialmente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá

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

Señores

JUZGADO 44 CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ

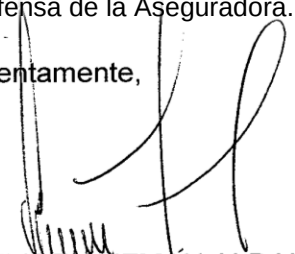
E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL
RADICADO: 110014003044-2023-01287-00
DEMANDANTE: NORALBA ASENETH ARCOS CORTES
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FELIPE GUZMÁN ALDANA, mayor de edad, con domicilio y residencia en Bogotá D.C., identificado con cédula de ciudadanía número 93.086.122, en mi calidad de Representante Legal como Primer Suplente del Presidente de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como se acredita en el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia. Respetuosamente me dirijo a usted con el fin de manifestar por medio del presente escrito, que otorgo poder especial amplio y suficiente al Doctor **GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, quien se identifica con la Cédula de Ciudadanía número 19.395.114 y Tarjeta Profesional Número 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, para que adelante todas las acciones en defensa de los intereses de la Compañía **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** dentro del proceso referido, que cursa en ese Juzgado.

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

Atentamente,


FELIPE GUZMÁN ALDANA
Representante Legal.
BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Acepto,

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. 19.395.114
T.P. 39.116.
notificaciones@gha.com.co

Certificado Generado con el Pin No: 2400137515452994

Generado el 05 de abril de 2024 a las 16:33:28

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

EL SECRETARIO GENERAL

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

CERTIFICA

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

NIT: 800240882-0

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Certificado Generado con el Pin No: 2400137515452994

Generado el 05 de abril de 2024 a las 16:33:28

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

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

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

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO
Marco Alejandro Arenas Prada Fecha de inicio del cargo: 24/08/2023	CC - 93236799	Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 27/03/2014	CC - 93086122	Primer Suplente del Presidente
Maria Elena Torres Colmenares Fecha de inicio del cargo: 11/01/2024	CC - 52011890	Segundo Suplente del Presidente
Hernan Felipe Guzman Aldana Fecha de inicio del cargo: 06/06/2013	CC - 93086122	Secretario General
José Daniel Sanabria Lozano Fecha de inicio del cargo: 16/02/2023	CC - 79368684	Representante Legal Suplente
Alexandra Elias Salazar Fecha de inicio del cargo: 16/06/2016	CC - 53139838	Representante Legal Judicial
Carlos Mario Garavito Colmenares Fecha de inicio del cargo: 19/03/2019	CC - 80090447	Representante Legal Judicial
Maria Carolina Vanegas Pineda Fecha de inicio del cargo: 06/10/2016	CC - 52416119	Representante Legal en Calidad de Director de Riesgos
Mariana Gil Escobar Fecha de inicio del cargo: 01/02/2024	CC - 52862952	Representante Legal en calidad de Director de Operaciones e Indemnizaciones

RAMOS: Resolución S.B. No 2488 del 16 de noviembre de 1994 accidentes personales, vida grupo, vida

Certificado Generado con el Pin No: 2400137515452994

Generado el 05 de abril de 2024 a las 16:33:28

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

individual, seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia.

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

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

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

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

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

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

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

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



NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARIA GENERAL

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