

Señores

**JUZGADO SESENTA Y NUEVE (69) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ**

[cmpl69bt@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:cmpl69bt@cendoj.ramajudicial.gov.co)

E. S. D.

**REFERENCIA:** RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL  
**DEMANDANTE:** NELSON OMAR VILLAMIZAR URIBE  
**DEMANDADO:** BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.  
**RADICACIÓN:** 110014003054-2024-00226-00

**ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA**, mayor de edad, domiciliado y residente en la ciudad de Cali, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá D.C., abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en el presente proceso en mi calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT No. 800.240.882-0, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, comedidamente procedo a **CONTESTAR LA DEMANDA** formulada por el señor Nelson Omar Villamizar Uribe, contra mi procurada, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación, anticipando que me opongo a todas y cada una de las pretensiones sometidas a consideración de su Despacho.

**CONTESTACIÓN A LA DEMANDA**

**I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA:**

**Frente al hecho “3.1”:** A mi representada no le consta lo expuesto en el presente apartado, comoquiera que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Lo anterior, toda vez que BANCO BBVA COLOMBIA S.A, entidad con la cual el señor Nelson Omar Villamizar contrajo la obligación manifestada, es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y por ende no le consta ningún hecho relativo a la colocación del producto financiero. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.



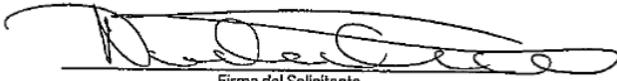
retraído de celebrar la misma, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ella. Es decir, a pesar de que el señor Nelson Omar Villamizar conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero del 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Por lo tanto, no hay otra conclusión que negar las pretensiones de la demanda respecto de mi representada, toda vez que el contrato de seguro se encuentra afectado de nulidad.

**Frente al hecho “3.3”:** Es parcialmente cierto, el seguro emitido por mi mandante si contemplaba un amparo de muerte y otro de incapacidad total y permanente, empero debe decirse que el valor asegurado no se constituye en un monto fijo que debe reconocerse al demandante, sino que aquel es igual al saldo insoluto de la obligación y el beneficiario oneroso es el Banco BBVA. Empero desde ya se reitera lo expuesto en la contestación al hecho anterior y es que el contrato de seguro debe declararse nulo porque el asegurado no declaró con exactitud el estado del riesgo, porque negó sufrir cualquier patología aunque al menos desde 2018 se observa que sufría de ptosis palberal y miastenia gravis, aspectos que se evidencian en el dictamen que aportó con la demanda y que además dan cuenta que antes de que el señor Villamizar tomara el seguro ya estaba en trámites de calificación por lo que era un aspecto que el conocía a profundidad y que debió declararlo al momento de tomar el seguro, pero contrario a ello decidió negar el padecimiento de cualquier enfermedad.

**Frente al hecho “3.4”:** Frente a la póliza de seguro vida Deudores No. 022190000360723, es cierto que estuvo vigente entre 20 de febrero de 2020 hasta la fecha del vencimiento del préstamo correspondiente al 10 de marzo de 2021. No obstante, es fundamental que desde ahora el H. Despacho tome en consideración que el asegurado fue reticente como se ha venido exponiendo desde el inicio de este escrito y ello es motivo suficiente para declarar la nulidad relativa del contrato y negar las pretensiones de la demanda.

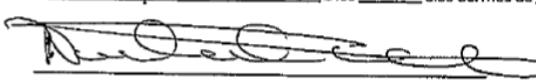
**Frente al hecho “3.5”:** No es cierto lo manifestado en este hecho, pues a la suscripción de la solicitud de asegurabilidad se le entrega a cada cliente copia del documento firmado y cláusula de la póliza, puesto que estos elementos mencionados hacen parte integral del contrato de seguros contratado y, aun así, lo manifestado por el apoderado del extremo actor carece de verdad, pues la declaración de asegurabilidad contiene dos firmas, en señal de aceptación de dos cosas **(i)** la aceptación de la información suministrada respecto al estado de salud y **(ii)** la certificación de que recibió la información respecto al producto adquirido, esto es el seguro deudor: veamos:

  
Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://www.bbva.com.co)

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

Para constancia se firma en Bogotá a los 17 días del mes de Febrero de 2020

  
Firma del Solicitante  
Firma Autorizada  
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882 - 0

**Documento:** Solicitud / certificado individual Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores

**Transcripción parte esencial:** (...) CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ FIELMENTE A INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD (...) SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Adicionalmente, el mismo formato en su parte inferior tiene un título en negrillas el cual dice “**No firme esta solicitud sin leer este texto**”, y se incluye una explicación clara donde se expone que el cliente está obligado a suministrar información veraz y verificable, destacando que ahí mismo se consigna que el cliente afirma que la información contenida en el formato es exacta, completa y verídica y que una vez firmado acepta que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del C. Co., como se observa:

**No firme esta solicitud sin leer este texto**

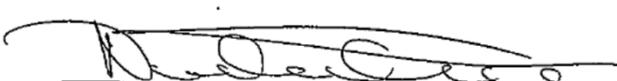
El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, entregando los soportes y documentos correspondientes

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

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

Artículo 1058 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato"

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epicrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.

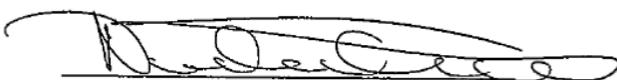
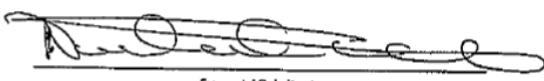
  
Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://www.bbva.com.co)

Ahora, tampoco al cierto que el señor Villamizar Uribe no se le hubiera brindado la información completa de la póliza, pues en la copia de la solicitud / certificado individual con el que se materializaría la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 022190000360723. debidamente firmada el 20 de febrero de 2020, se dejó expresa anotación indicando que “el clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición. a través de la página [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co)”. Entonces es claro y se evidencia que se le brindó toda la información requerida en el momento de firmar la declaración de asegurabilidad y prueba de ello es la doble firma del señor Villamizar en el documento.

**Frente al hecho “3.6”:** No es cierto lo manifestado en este hecho, pues a la suscripción de la

solicitud de asegurabilidad se le entrega a cada cliente copia del documento firmado y cláusula de la póliza, puesto que estos elementos mencionados hacen parte integral del contrato de seguros contratado y, aun así, lo manifestado por el apoderado del extremo actor carece de verdad, pues la declaración de asegurabilidad contiene dos firmas, en señal de aceptación de dos cosas **(i)** la aceptación de la información suministrada respecto al estado de salud y **(ii)** la certificación de que recibió la información respecto al producto adquirido, esto es el seguro deudor: veamos:

 Firma del Solicitante	
El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co	
Certifico que recibí la información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencé personal y libremente la información contenida en esta solicitud o sus anexos, incluyendo mi estado real de salud. Manifiesto que fui informado sobre las posibles consecuencias (pérdida del derecho a la indemnización) en caso de encontrarse inconsistencias en dicha información. Suscribo el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.	
Para constancia se firma en <u>Bogotá</u> a los <u>17</u> días del mes de <u>FEBRERO</u> de <u>2020</u>	
 Firma del Solicitante	 Firma Autorizada BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240 882 - 0

**Documento:** Solicitud / certificado individual Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores

**Transcripción parte esencial:** (...) CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ FIELMENTE A INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD (...) SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO.

Adicionalmente, el mismo formato en su parte inferior tiene un título en negrilla el cual dice “**No firme esta solicitud sin leer este texto**”, y se incluye una explicación clara donde se expone que el cliente está obligado a suministrar información veraz y verificable, destacando que ahí mismo se consigna que el cliente afirma que la información contenida en el formato es exacta, completa y verídica y que una vez firmado acepta que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del C. Co., como se observa:

<p><b>No firme esta solicitud sin leer este texto</b></p> <p>El cliente se obliga a suministrar información veraz y verificable, actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, entregando los soportes y documentos correspondientes</p> <p>Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 1581 de 2012</p> <p>Declaro que mis recursos, no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal Colombiana Vigente; cualquier inconsistencia en la información consagrada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o reticencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.</p> <p>Artículo 1058 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. " La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato "</p> <p>En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o epícrisis o historias clínicas con posterioridad a la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si éste llegare a celebrarse.</p>
 Firma del Solicitante
El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

Ahora, tampoco al cierto que el señor Villamizar Uribe no se le hubiera brindado la información completa de la póliza, pues en la copia de la solicitud / certificado individual con el que se materializaría la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 022190000360723. debidamente firmada el 20 de febrero de 2020, se dejó expresa anotación indicando que “el clausulado con las

condiciones generales de su póliza están a su disposición. a través de la página [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) ". Entonces es claro y se evidencia que se le brindó toda la información requerida en el momento de firmar la declaración de asegurabilidad.

**Frente al hecho "3.7":** A mi prohijada no le consta la manifestación realizada en este hechos, pues no tiene relación con el objeto social que desempeña la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A, sino que pertenece a la esfera privada de la demandante, por tal motivo, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al hecho "3.8":** Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- En primer lugar, no es cierto que mi representada ha incurrido en ninguna omisión de entrega o de información, tal como se evidencia de las declaraciones de asegurabilidad obrantes en el plenario del proceso, en las que se observa que la declaración de asegurabilidad contiene dos firmas, la última de esas dos firmas certifica que el asegurado recibió la información clara y completa. Por lo que el señor Villamizar tenía pleno conocimiento del seguro que estaba contratando.

Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: [www.bbvasseguros.com.co](http://www.bbvasseguros.com.co) y [www.bbva.com.co](http://www.bbva.com.co)

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

Para constancia se firma en Bogotá a los 17 días del mes de Febrero de 2020

Firma del Solicitante

Firma Autorizada  
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882 - 0

**Documento:** Solicitud / certificado individual Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores

**Transcripción parte esencial:** (...) CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ FIELMENTE A INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD (...) SUSCRIBO EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL PRESENTE SEGURO

Del apartado anterior, es claro como la rúbrica del señor Nelson Omar, en el formulario de solicitud de asegurabilidad, permite concluir que el mismo entendió a cabalidad toda la información que se encontraba en el formulario, incluida la información sobre el estado de salud.

- A mi prohijada no le consta los pagos y saldos realizados por el demandante, pues no tiene relación con el objeto social que desempeña la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A, sino que pertenece a la esfera privada de la demandante, por tal motivo, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

**Frente al hecho “3.9”:** Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- No se trata de un hecho, sino de aseveraciones sin sustento factico ni jurídico, realizadas por parte del apoderado de la demandante, pues no podemos hablar de la realización del riesgo amparado en el contrato de seguros, cuando engañosamente mi prohijada aseguró al señor Nelson Omar Villamizar Uribe, sin conocer su verdadero estado de salud y la situación real del riesgo al que se sometía al realizar el contrato de seguros que hoy nos ocupa.
- Es cierto que el señor Nelson Villamizar radico derecho de petición ante la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., solicitando le fuese reconocido el amparo de Incapacidad Total y Permanente, de acuerdo a la documentación que obra en el expediente. Solicitud que fue objetada el 08 de febrero de 2022, ya que en la Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML20-2-142, aportada como anexo de la misma, se encontró que el señor Villamizar no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, específicamente miastenia gravis, ptosis palpebral y desviación ocular derecha, por lo cual fue reticente al no declarar el sinceramente el estado del riesgo cumpliendo con los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

**Frente al hecho “3.10”:** Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- En primer lugar, no es cierto que mi representada ha incurrido en ninguna omisión de entrega o de información, tal como se evidencia de las declaraciones de asegurabilidad obrantes en el plenario del proceso, en las que se observa que la declaración de asegurabilidad contiene dos firmas, la última de esas dos firmas certifica que el asegurado recibió la información clara y completa.
- A mi prohijada no le consta las razones por las cuales el señor Villamizar Uribe no hizo una solicitud de afectación del seguro anterior a la fecha establecida, aunque desde ya debe

afirmarse que el seguro no era desconocido para dicho señor, pues como se vio en la contestación a hechos anteriores incluso existe una solicitud de seguro suscrita por él, por ende, no puede desconocer en esta instancia que no conocía el producto que el por su propia voluntad adquirió.

**Frente al hecho “3.11”:** No es cierto. Esto pues la solicitud del 05 de febrero del 2022 no fue una verdadera reclamación por cuanto, no se cumplió con los presupuestos establecidos en el artículo 1077 del Código de Comercio ya que no se probó el siniestro al haberse materializado la nulidad del contrato de seguro por reticencia.

**Frente al hecho “3.12”:** Es parcialmente cierto, mi representada objetó la solicitud de indemnización el pasado 08 de febrero de 2022 en razón a que, el señor Nelson Omar Villamizar omitió declarar sus padecimientos de salud, específicamente miastenia gravis, ptosis palpebral y desviación ocular derecha, por lo cual fue reticente al no declarar el sinceramente el estado del riesgo cumpliendo con los parámetros del artículo 1058 del Código. Pero esa información no es falsa, puesto que en el mismo documento con el que pretende probar la incapacidad del señor Villamizar se relata los antecedentes médicos de aquel y se extrae que padecía de esas enfermedades al menos desde 14 años atrás.

**Frente al hecho “3.13”:** No es un hecho sino una apreciación subjetiva de la parte demandante, la cual además es incorrecta, pues a partir de la revisión minuciosa de la Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML20-2-142, se concluye con facilidad que los padecimientos de salud que fueron objeto de diagnóstico por dicha corresponden a patologías establecida desde hace varios años. Así, para el 11 de marzo de 2019, es decir previo a la declaración de asegurabilidad, la ptosis palpebral que sufre el demandante, había sido diagnosticada 14 años atrás, como se observa:

**B. CONCEPTOS ESPECIALISTAS: 1. NEUROLOGIA SISAP Módulo de Especialistas de 11.03.19**  
Dr. Jorge Ramírez: Paciente masculino con cuadro de 14 años de evolución con presencia de ptosis palpebral con tendencia a empeoramiento durante el día. En su anamnesis no describe signos de fatiga. Sin embargo, durante el examen físico, se aprecian alteraciones de musculatura ocular para movilidad así como fatigabilidad en grupos musculares grandes. No hay compromiso pupilar. Miastenia gravis. Esta enfermedad no es de origen laboral. Las secuelas que se puedan generar

Por su parte, para el 24 de abril de 2019, el señor Villamizar llevaba 4 años de haber sido diagnosticado de miastenia gravis, y se encontraba en continuo tratamiento de neurología:

enfermedad y debe estar en seguimiento con neurología. 2. NEUROLOGIA SISAP Módulo de Especialistas de 29.04.19 Dr. Luis Carlos Marroquín R.M 79654588: Paciente con diagnóstico de miastenia gravis hace 4 años, a partir de evaluación por Oftalmología, estudio electrodiagnóstico confirmatorio. Hace 5 meses cursa con ptosis palpebral derecha. En tratamiento por Neurología con Piridostigmina y

**Frente al hecho “3.14”:** No es un hecho sino una apreciación subjetiva de la parte demandante, la

cual además es incorrecta, pues el seguro de vida grupo deudor tiene un beneficiario oneroso, por ende el demandante no puede solicitar indemnización a su favor por cuanto, la naturaleza del Seguro de Vida deudor en este caso es amparar ante la muerte o ITP, siempre que no verifique nulidad, entre otras circunstancias, por reticencia, así la aseguradora pagaría a la entidad financiera el saldo insoluto de la obligación y no más que ello, por ende, el demandante no puede pretender el reconocimiento del valor asegurado a su favor, o por valores de intereses moratorios, más aún pues hay prueba obrante en el plenario que demuestra que no existe ninguna deuda actual con el Banco BBVA y que haya sido el demandante quien haya sufragado ese valor.

**Frente al hecho “3.15”:** Es cierto que la parte demandante presentó solicitud de audiencia de conciliación a la Superintendencia Financiera de Colombia en relación a los hechos demandados el 12 de enero de 2024, de acuerdo a los documentos que obran en el expediente. Sin embargo, debe decirse que para la fecha en que radicó esa solicitud ya había operado la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro, puesto que el hecho que da base a la acción, esto es la expedición del dictamen de la junta médica ocurrió el 3 de septiembre de 2020 y en esa misma calenda fue conocido por el demandante, tal como lo confesó en el hecho 3.7 del escrito de la demanda, entonces el demandante tenía dos años para interponer la demanda, es decir hasta el 3 de septiembre de 2022, empero la radicación de aquello solo se verificó el 29 de febrero de 2024 y la solicitud de conciliación no suspendió el término, porque para esa calenda el fenómeno extintivo ya se había consolidado.

**Frente al hecho “3.16”:** Es cierto que la audiencia de conciliación se llevó a cabo el 15 de febrero de 2024, sin que fuese posible llegar a un acuerdo entre las partes, comoquiera que en este caso se configuró la nulidad relativa del contrato de seguro, por la reticencia del asegurado al momento de realizar la solicitud de aseguramiento, pero además debe tenerse en cuenta que en este caso operó la prescripción por las razones ya expuestas en la contestación al hecho anterior.

## II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

**ME OPONGO A LA TOTALIDAD** de las pretensiones incoadas por el Demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurada el señor Nelson Omar Villamizar Uribe debe ser declarado nulo según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia con el que el señor suscribió sus declaraciones de asegurabilidad dentro de la solicitud del seguro de vida grupo deudores.

**Frente a la pretensión “Primera”:** **ME OPONGO** a la pretensión esgrimida por la parte actora, habida cuenta que, la misma no tiene vocación de prosperidad, al no ser jurídicamente viable declarar válido el seguro contenido Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 022190000360723,

a fin de solicitar su afectación y exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, por la siguiente razón:

- **Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 022190000360723 comoquiera que el señor Nelson Omar Villamizar fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguros, esto es, no informó sus antecedentes de miastenia gravis, ptosis palpebral y desviación ocular derecha de larga evolución (más de 4 años). Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó y omitió en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador, máxime porque los mismos fueron relevantes para la sumatoria del porcentaje de su pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de el señor Nelson Omar Villamizar debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro.

- **Prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro:** el hecho que da base a la acción, esto es la expedición del dictamen de la junta medica ocurrió el 3 de septiembre de 2020 y en esa misma calenda fue conocido por el demandante, tal como lo confesó en el hecho 3.7 del escrito de la demanda, entonces el demandante tenía dos años para interponer la demanda, es decir hasta el 3 de septiembre de 2022, empero la radicación de aquella solo se verificó el 29 de febrero de 2024 y la solicitud de conciliación no suspendió el termino, porque para esa calenda el fenómeno extintivo ya se había consolidado y por lo tanto la demanda se interpuso después de dos años desde la expedición y conocimiento del dictamen al que hace referencia el demandante.

**Frente a la pretensión “Segunda”:** ME OPONGO a la prosperidad de la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para hacer efectivo el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 022190000360723 suscrita por el señor Nelson Omar Villamizar. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna

respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, por la siguiente razón:

- **Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 022190000360723 comoquiera que el señor Nelson Omar Villamizar fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguros, esto es, no informó sus antecedentes de miastenia gravis, ptosis palpebral y desviación ocular derecha de larga evolución (más de 4 años). Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó y omitió en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador, máxime porque los mismos fueron relevantes para la sumatoria del porcentaje de su pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento de el señor Nelson Omar Villamizar debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro.

- **Prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro:** el hecho que da base a la acción, esto es la expedición del dictamen de la junta medica ocurrió el 3 de septiembre de 2020 y en esa misma calenda fue conocido por el demandante, tal como lo confesó en el hecho 3.7 del escrito de la demanda, entonces el demandante tenía dos años para interponer la demanda, es decir hasta el 3 de septiembre de 2022, empero la radicación de aquella solo se verificó el 29 de febrero de 2024 y la solicitud de conciliación no suspendió el termino, porque para esa calenda el fenómeno extintivo ya se había consolidado y por lo tanto la demanda se interpuso después de dos años desde la expedición y conocimiento del dictamen al que hace referencia el demandante.

**Frente a la pretensión “Tercera”:** ME OPONGO a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto daño emergente por las siguientes razones:

- **Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro

materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 022190000360723 comoquiera que el señor Nelson Omar Villamizar fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguros, esto es, no informó sus antecedentes de miastenia gravis, ptosis palpebral y desviación ocular derecha de larga evolución (más de 4 años). Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó y omitió en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador, máxime porque los mismos fueron relevantes para la sumatoria del porcentaje de su pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

- **Prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro:** el hecho que da base a la acción, esto es la expedición del dictamen de la junta medica ocurrió el 3 de septiembre de 2020 y en esa misma calenda fue conocido por el demandante, tal como lo confesó en el hecho 3.7 del escrito de la demanda, entonces el demandante tenía dos años para interponer la demanda, es decir hasta el 3 de septiembre de 2022, empero la radicación de aquella solo se verificó el 29 de febrero de 2024 y la solicitud de conciliación no suspendió el termino, porque para esa calenda el fenómeno extintivo ya se había consolidado y por lo tanto la demanda se interpuso después de dos años desde la expedición y conocimiento del dictamen al que hace referencia el demandante.
- No existe prueba de que el señor Villamizar haya sufragado el saldo del crédito, pues de las pruebas obrantes en el expediente no se establece quién realizó los pagos o si estos saldaron la totalidad de la obligación.

**Frente a la pretensión “Cuarta”:** ME OPONGO a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto daño emergente por las siguientes razones:

- **Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 022190000360723 comoquiera que el señor Nelson Omar Villamizar fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguros, esto es, no informó sus antecedentes de miastenia gravis, ptosis palpebral y desviación ocular derecha de larga evolución (más de 4 años). Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y

antecedentes, sin embargo, los negó y omitió en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador, máxime porque los mismos fueron relevantes para la sumatoria del porcentaje de su pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

- **Prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro:** el hecho que da base a la acción, esto es la expedición del dictamen de la junta medica ocurrió el 3 de septiembre de 2020 y en esa misma calenda fue conocido por el demandante, tal como lo confesó en el hecho 3.7 del escrito de la demanda, entonces el demandante tenía dos años para interponer la demanda, es decir hasta el 3 de septiembre de 2022, empero la radicación de aquella solo se verificó el 29 de febrero de 2024 y la solicitud de conciliación no suspendió el termino, porque para esa calenda el fenómeno extintivo ya se había consolidado y por lo tanto la demanda se interpuso después de dos años desde la expedición y conocimiento del dictamen al que hace referencia el demandante.
- No existe prueba de que el señor Villamizar haya sufragado el saldo del crédito, pues de las pruebas obrantes en el expediente no se establece quién realizó los pagos o si estos saldaron la totalidad de la obligación.

**Frente a la pretensión “Quinta”:** **ME OPONGO**, categóricamente al pago de intereses moratorios sobre la obligación en cuestión. De conformidad con el artículo 1608 del Código Civil Colombiano, la mora solo puede ser exigida cuando la obligación ha sido previamente determinada y liquidada. En el presente caso, no ha sido demostrado que la obligación reclamada corresponda a mi representada, lo cual impide la configuración de la mora. Además el señor Nelson Omar Villamizar no cuenta con la posibilidad de solicitar el pago de los intereses moratorios que pretende, pues (i) no ha demostrado en debida forma la ocurrencia del siniestro y tampoco es posible que lo haga, puesto que se configuró la reticencia dentro del presente contrato y, (ii) sin la acreditación de la ocurrencia del siniestro no empieza a correr el termino correspondiente para que se configure la mora que se pretende cobrar. En ese orden de ideas, solicito se desestime la solicitud de cobro de intereses moratorios hasta que se determine con certeza la responsabilidad de del extremo pasivo en el cumplimiento de la obligación principal.

**Frente a la pretensión “Sexta”:** **ME OPONGO**, a la pretensión de condena al pago de costas y agencias en derecho elevada por la parte demandante, por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no hay lugar a pagar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho. Adicionalmente cabe destacar que, en vista de que no se identifica ninguna actuación que refleje la necesidad de un reproche jurídico por parte de la demandada, se condene en costas a los

demandantes, pues sometió al extremo pasivo y a mi prohijada, sin justificación ni respaldo probatorio alguno, al agotamiento innecesario de estas instancias judiciales.

### III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

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

No puede obviarse que la señora el señor Nelson Omar Villamizar fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la entonces asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes de su estado de salud, sin embargo, optó por no informarlos, guardando silencio y omitiendo reconocerlos al momento de perfeccionar su seguro, siendo estos supremamente relevantes para el Asegurador, siendo supremamente relevantes para BBVA Seguros de Vida S.A. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las enfermedades miastenia gravis, ptosis palpebral y desviación ocular derecha con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en el contrato.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los antecedentes de miastenia gravis, ptosis palpebral y desviación ocular derecha, las cuales llevaban progresando por más de 4 años, del señor Nelson Omar Villamizar, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, se hubiese retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, las condiciones se hubiesen pactado bajo cobros mucho más onerosos. En este sentido, basta con evidenciar las anotaciones realizadas en el documento denominado “Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML20-2-142”, se demuestra que estas patologías fueron las más relevantes para la sumatoria de su calificación por pérdida de capacidad laboral y, de los que la compañía a la que represento no tenía conocimiento.

De igual manera, no se puede perder de vista que la parte demandante no ha logrado demostrar: (i) que existe un saldo insoluto de la obligación; (ii) tampoco se ha acreditado de manera certera y fehaciente que los supuestos pagos alegado por la parte, fueron debidamente realizados; (iii) sobre este mismo punto es necesario establecer de que no existe ninguna prueba obrante en el expediente, que acredite que el pago de la obligación haya sido realizado por el señor Nelson Omar Villamizar Uribe; y (iv) no se ha comprado, según los anexos que obran en el expediente, que la obligación con Banco BBVA se encuentre saldada. En consecuencia a lo anterior, el demandante

no puede exigir una prestación derivada del seguro, pues en el contrato se pactó un beneficiario oneroso que no puede ser desconocido.

Desde una valoración que se establezca desde la sana crítica, se concluye claramente que estos antecedentes cumplen los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, **para invocar y declarar la nulidad de su seguro** en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia. Por las razones antes expuestas, me opongo enfáticamente al juramento estimatorio de la demanda.

#### IV. EXCEPCIONES DE FONDO FRENTE A LA DEMANDA

##### 1. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA POR PARTE DEL SEÑOR NELSON OMAR VILLAMIZAR URIBE

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que el asegurado, el señor Nelson Omar Villamizar Uribe fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, en febrero del 2020, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, esto es, su miastenia gravis, ptosis palpebral y desviación ocular derecha, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, los cuales padecía antes de solicitar su inclusión en el aseguramiento, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento del contrato, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en este, por lo que es evidente que el asegurado no declaró con sinceridad su estado de salud y como consecuencia de ello vició el consentimiento de la aseguradora quien creyó estar asumiendo un riesgo frente a una persona en buen estado de salud, cuando no fue así, motivo suficiente para declarar la nulidad relativa del contrato de seguro.

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

*“(…) Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las*

*circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C. Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia (...)*<sup>1</sup>. (Subrayado fuera del texto original)

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

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

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

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos

<sup>1</sup> 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.

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 duda, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

*“(...) En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.*

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

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

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

*Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene*

*en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio (...)*<sup>2</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

*“(...) Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio (...)*<sup>3</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

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

*En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si*

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

<sup>3</sup> Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

*bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.*

*Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza (...)”<sup>4</sup> (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

No obstante, y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde 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 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***

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

**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:

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 17 de febrero del 2020, fecha en la cual el señor Nelson Omar Villamizar Uribe solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en la cual las preguntas sobre su estado de salud fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor Nelson Omar Villamizar Uribe la respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que esta respuesta negativa constituía una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor Villamizar Uribe conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de febrero del 2020, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia la respuesta negativa y falsa del asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad de fecha 17 de febrero del 2020:**



Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que Despacho tenga en cuenta que el señor Nelson Omar Villamizar Uribe no informó a mi representada que padecía de miastenia gravis, ptosis palpebral y desviación ocular derecha, patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. A continuación, se muestran los fragmentos más representativos de la historia clínica en los cuales queda acreditado que la ptosis palpebral y la miastenia gravis fueron diagnosticados anteriormente al mes de febrero del 2020:

- **PTOSIS PALPEBRAL**

**B. CONCEPTOS ESPECIALISTAS:** 1. NEUROLOGIA SISAP Módulo de **Especialistas de 11.03.19 Dr. Jorge Ramírez:** Paciente masculino con cuadro de **14 años de evolución con presencia de ptosis palpebral** con tendencia a empeoramiento durante el día. En su anamnesis no describe signos de fatiga Sin embargo, durante el examen físico, se aprecian alteraciones de musculatura ocular para movilidad así como fatigabilidad en grupos musculares grandes. No hay compromiso pupilar.

*Documento:* Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML20-2-142 del 03 de septiembre de 2020

*Transcripción parte esencial:* "Módulo de Especialistas de **11.03.19** Dr. Jorge Ramírez: Paciente masculino **con cuadro de 14 años de evolución con presencia de ptosis palpebral**" (resaltado propio)

Se revisa historia clínica institucional, en 150 folios y **en evento 69 del 10/12/2018** se encuentra valoración por Neurología que dice: "**Paciente masculino con cuadro de 14 años de evolución con presencia de ptosis palpebral** con tendencia a empeoramiento durante el día. Sin embargo, durante el examen físico,

*Documento:* Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML20-2-142 del 03 de septiembre de 2020

*Transcripción parte esencial:* "(...) en 150 folios y en evento 69 del 10/12/2018 se encuentra valoración por Neurología que dice: "**Paciente masculino con cuadro de 14 años de evolución con presencia de ptosis palpebral con tendencia a empeoramiento** durante el día."(resaltado propio)

Colindando con lo expuesto, es claro como el señor Villamizar Uribe, para diciembre de 2018 ya había sido diagnosticado con ptosis palpebral desde hace **más de 14 años**. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento.

- **MIASTENIA GRAVIS**

LESIÓN 18. Cabe destacar que la miastenia gravis es una enfermedad autoinmune que debilita los músculos de todo el cuerpo, haciendo que todos los días sean tediosos y fatigantes para quienes padecemos esta enfermedad, además, si se examina con atención la historia clínica se puede observar que desde el 2014, empezaron los síntomas de esta enfermedad, **en el año 2016, empecé con los respectivos exámenes y en el 2018, se diagnosticó miastenia gravis...**, (sic).

**Documento:** Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML20-2-142 del 03 de septiembre de 2020

**Transcripción parte esencial:** "SOLICITUD (...) si se examina con atención la historia clínica se puede observar que desde el 2014, empezaron los síntomas de esta enfermedad, en el año 2016, empecé con los respectivos exámenes y **en el 2018, se diagnosticó miastenia gravis.**"

otro compromiso. Debe estar con moduladores inmunes de esta enfermedad y debe estar en seguimiento con neurología. 2. FISIATRIA SISAP Evento 83 de 29.04.19 Dr. Luis Carlos Marroquín R.M 79654588: **Paciente con diagnóstico de miastenia gravis hace 4 años**, a partir de evaluación por Oftalmología, estudio electrodiagnóstico confirmatorio. Hace 5 meses cursa con ptosis palpebral derecha. En tratamiento por Neurología con Piridostigmina y ... muestra actividad tímica. Los síntomas de

**Documento:** Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML20-2-142 del 03 de septiembre de 2020

**Transcripción parte esencial:** "Paciente con diagnóstico de miastenia gravis hace 4 años, a partir de evaluación por Oftalmología, estudio electro diagnóstico confirmatorio."

decrementos significativos en ... límites normales **Dra Mancipe dic 2018** examen físico ptosis palpabral derecha leve desviación ocular derecho hacia lateral sin impacto funcional arcos de movilidad articular maximales marcha funcional concepto medicina física y rehabilitación **1. Diagnostico miastenia gravis** de predominio ocular asocio de ptosis palpebral derecha secuelas el paciente puede presentar fatigabilidad rápida ... a nivel palpebral sin embargo se debe considerar que el

**Documento:** Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML20-2-142 del 03 de septiembre de 2020

**Transcripción parte esencial:** "Dra Mancipe dic 2018 (...) .1 Diagnostico miastenia gravis de predominio ocular asocio de ptosis palpebral derecha."

Se revisa historia clínica institucional, en 150 folios y en **evento 69 del 10/12/2018** se encuentra valoración por Neurología que dice: "Paciente masculino con cuadro de 14 años de evolución con presencia de ptosis palpebral con tendencia a empeoramiento durante el día. En su anamnesis no describe signos de fatiga. Sin embargo, durante el examen físico, se aprecian alteraciones de musculatura ocular para movilidad así como fatigabilidad en grupos musculares grandes. No hay compromiso pupilar. **Diagnóstico Miastenia gravis**" ... dice "Misatenia Gravis. Toma piridostigmina 60 mg tres veces al

**Documento:** Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML20-2-142 del 03 de septiembre de 2020

**Transcripción parte esencial:** "(...) en 150 folios y en evento 69 del 10/12/2018 (...) Diagnostico Miastenia gravis."

grupos musculares grandes ...  
Evento 78 del 11/03/2019 dice "Misatenia Gravis.  
... 20 mg/dia." E

*Documento: Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML20-2-142 del 03 de septiembre de 2020*

*Transcripción parte esencial: "Evento 70 del 11/03/2013 dice Miastenia Gravis".*

Evento 78 del 11/03/2019 dice "Miastenia Gravis. Toma prednisolona 20 mg/día y una por fatiga y prednisolona 20 mg/día." En el evento 82 del 17/04/2019, dice "hoy decido continuar azatioprina con el fin de poder suspender progresivamente prednisolona. Consideramos que el paciente tiene Miastenia Gravis" en el

*Documento: Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML20-2-142 del 03 de septiembre de 2020*

*Transcripción parte esencial: "evento 82 del 17/04/201 (...) Consideramos que el paciente tiene Miastenia Gravis".*

evento 98 del 22/01/2020 Neurología diagnostica Miastenia gravis

*Documento: Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML20-2-142 del 03 de septiembre de 2020*

*Transcripción parte esencial: "evento 98 del 22/01/2020 Neurología diagnostica Miastenia Gravis".*

De los apartados anteriores, se demuestra fehacientemente que, por lo menos **desde diciembre del 2018**, el señor Nelson Omar Villamizar Uribe fue diagnosticado con Miastenia gravis.

Así las cosas, es evidente como la miastenia gravis y ptosis palpebral son enfermedades prolongadas en el tiempo en la medida que el asegurado la padeció con anterioridad a la solicitud de aseguramiento de la Póliza de Seguro de Vida Deudor No. 022190000360723 y en consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como resultado de la reticencia con la que el señor Nelson Omar Villamizar Uribe suscribió su declaración de asegurabilidad.

De acuerdo con lo anterior, es claro como en el caso en discusión, la información omitida por el señor Nelson Omar Villamizar Uribe, era sumamente importante para la compañía aseguradora, pues es claro como la misma con base en dicha información hubiera tomado la decisión de abstenerse de celebrar el contrato de seguro y/o en su defecto hubiera estipulado condiciones más onerosas. Adicionalmente, de conformidad con lo extraído del historial médico del señor Villamizar Uribe que reposa incluso en el mismo documento de la junta médica, resulta claro como el asegurado y tomador conocía claramente cuáles eran sus padecimientos de salud (estado del riesgo), en especial la miastenia gravis y ptosis palpebral, y las cuales son las razones por las cuales se declaró su pérdida de capacidad laboral e incapacidad, tal como se observa de la lectura de Acta de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía No. TML20-2-142 del 03 de septiembre de 2020, en donde el demandante de manera clara establece que se busca declarar su incapacidad

en razón a las enfermedades mencionadas.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) que el señor Nelson Omar Villamizar Uribe ya contaba con una serie de diagnósticos de miastenia gravis y ptosis palpebral con anterioridad al mes de febrero del 2020, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C - 232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. 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 (C232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

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

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

*Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento*

*del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

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

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular que la legislación vigente no exige que exista un nexo de causalidad entre la patología omitida y la causa de configuración del riesgo asegurado (sea la muerte o la incapacidad total y permanente) pero señor juez, nótese que en este caso es tan grave la omisión del demandante que incluso esas enfermedades no declaradas fueron consideradas por la junta calificadora para emitir el dictamen de invalidez, por ende se destaca la relevancia de aquellas y se deja por probado que era tan relevante conocer el estado de salud del señor Villamizar puesto que esas enfermedades que sufría justamente fueron las que llevaron a su calificación, veamos:

#### **VI. CONCLUSIONES.**

##### **A. Antecedentes-Lesiones-Afecciones-Secuelas**

1. MIASTENIA GRAVIS EN TRATAMIENTO ASOCIADA A PTOSIS PALPEBRAL Y LEVE DESVIACIÓN OCULAR DERECHA HACIA LATERAL SIN IMPACTO FUNCIONAL
2. AUDICIÓN BILATERAL NORMAL CON PROMEDIO TONAL AUDITIVO 12.14 DECIBELES.

### III. SITUACIÓN ACTUAL

El señor **IJ(R). VILLAMIZAR URIBE NELSON OMAR**, se presentó solo a la sesión del Tribunal en la ciudad de Bogotá D.C., el 3 de septiembre de 2020, y exhibió el documento de identidad No. 88.305.608 expedida en Toledo.

Manifestó bajo la gravedad de juramento que no le ha sido practicado otro Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía, por la misma Junta Médico Laboral objeto de la presente revisión. Acto seguido se le hizo saber que en el evento de faltar a la verdad el presente pronunciamiento no generará reconocimiento prestacional alguno y se tramitarán las acciones legales correspondientes.

Se procedió a ponerle de presente el documento contentivo de la solicitud de convocatoria de Tribunal Médico Laboral de Revisión Militar y de Policía y se leyó el objeto de su petición, ante lo cual el paciente se ratificó en ella y refiere que no le calificaron miastenia garvis, solo ptosis

PA

AL SEÑOR IJ(R). VILLAMIZAR URIBE NELSON OMAR

palpebral, desea que le califiquen la Miastenia Gravis. Manifiesta Refiere que tiene miastenia Gravis desde hace 6 años, es valorado por Neurología, en el año 2016, y le ordena exámenes médicos y le diagnostican posteriormente miastenia gravis, hace como dos años, y lo medican con piridostigmina y prednisolona posteriormente le cambio la prednisolona por azatioprina, en la actualida los sigue tomando, piridostigmina 180 mg/día y azatioprina 100 mg/día. Si no se las toma presenta debilidad en todo el cuerpo. Última valoración por Neurología hace 15 días, y le continuó igual medicación. Con la audición se encuentra conforme, esta normal, está escuchando bien.

#### A. Antecedentes – Lesiones – Afecciones – Secuelas

De conformidad con lo establecido en el artículo 15 del Decreto 1796 de 2000, se determina:

1. Miastenia Gravis, que responde adecuadamente al tratamiento, leve ptosis palpebral derecha.
2. Audición bilateral normal.

#### B. Clasificación de las Lesiones o afecciones y calificación de capacidad para el servicio.

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL- NO APTO PARA ACTIVIDAD POLICIAL, por artículos 58 literal q, 64 literal e y 68 literal a; del Decreto 094 de 1989. Es improcedente el pronunciamiento sobre la reubicación laboral, toda vez que se encuentra retirado de la Institución.

Es decir que, pese a que no es un requisito legal para declarar la nulidad relativa del contrato de seguro, acreditar una relación causal entre las patologías omitidas y la causa de la invalidez, lo cierto es que incluso para el caso del señor Villamizar si se observa dicha relación, puesto que aquel fue calificado y en ese porcentaje se tuvo en cuenta la ptosis palberal y la miastenia gravis como enfermedades que originaron la invalidez.

Pero además también se llama la atención del Despacho en el hecho de que el demandante conocía el padecimiento de dichas enfermedades, es decir no era un evento aislado o de difícil recordación pues es tan así que incluso cuando solicitó la calificación lo hizo por desacuerdo que tuvo con una calificación del 13 de febrero de 2020 y ahí sustento la gravedad de su padecimiento, menciondo

que era una enfermedad autoinmune que ha hecho sus días tediosos y fatigantes, veamos:

**I. SOLICITUD**

El señor **IJ(R). VILLAMIZAR URIBE NELSON OMAR**, identificado con cédula de ciudadanía No. 88.305.608 expedida en Toledo, natural de Toledo - Norte De Santander, nacido el 24 de marzo de 1977 de 43 años de edad, residente en la carrera 105a N° 130c-20 de la ciudad de Bogotá D.C., teléfonos: 3016625918, correo electrónico: nelsonvillamizar187@gmail.com, mediante oficio radicado en el Ministerio de Defensa Nacional el 20 de mayo de 2020, realizó la convocatoria del Tribunal Médico al encontrarse inconforme, con los resultados de la Junta Médica que le fue practicada, argumentando que: "1. Solicito se convoque al TRIBUNAL MEDICO LABORAL DE REVISIÓN MILITAR Y DE POLICÍA, para la revisión del acta de la junta medico laboral No. 618 del 13 de febrero de 2020. 2. Tener presente y valorar la enfermedad autoinmune miastenia gravis, la cual, se encuentra calificada en el Decreto 094 de 1989 TÍTULO NOVENO: De la clasificación de las lesiones o afecciones que originan incapacidad. Artículo 71. Grupos que contemplan lesiones o afecciones que producen disminución de la capacidad laboral. Establece los siguientes grupos que contemplan las lesiones o afecciones que producen disminución de la capacidad laboral, susceptibles de ser valorables en índices lesionados Grupo 10. Lesiones y afecciones de la piel; neoplasias malignas y otras enfermedades sistémicas no contempladas en los grupos anteriores – SECCION C OTRAS ENFERMEDADES SISTEMATICAS NO CONTEMPLADAS EN GRUPOS ANTERIORES: 10-048 miastenia gravis. CON RESPUESTA AL TRATAMIENTOÍNDICE DE LA LESIÓN 18. Cabe destacar que la miastenia gravis es una enfermedad autoinmune que debilita los músculos de todo el cuerpo, haciendo que todos los días sean tediosos y fatigantes para quienes padecemos esta enfermedad, además, si se examina con atención la historia clínica se puede observar que desde el 2014, empezaron los síntomas de esta enfermedad, en el año 2016, empecé con los respectivos exámenes y en el 2018, se diagnosticó miastenia gravis...". (sic).

**Transcripción parte esencial:** (...) mediante oficio radicado en el Ministerio de Defensa Nacional el 20 de mayo de 2020, realizó la convocatoria del Tribunal Médico al encontrarse inconforme, con los resultados de la Junta Médica que le fue practicada argumentando que "1. Solicito se convoque al TRIBUNAL MEDICO LABORAL DE REVISIÓN MILITAR Y DE POLICIA, para la revisión del acta de junta medico laboral No. 618 del 13 de febrero de 2020 (...) Cabe destacar que la miastenia gravis es una enfermedad autoinmune que debilita los músculos de todo el cuerpo, haciendo que todos los días sean tediosos y fatigantes para quienes padecemos esta enfermedad (...)".

De lo anterior se extraen dos conclusiones importantes: (i) Que el señor Villamizar Uribe, desde antes de solicitar el seguro el 17 de febrero de 2020, ya sabía que se encontraba en un trámite de calificación de su estado de salud, por lo que conocía plenamente la gravedad de sus patologías, por ello, no puede excusar su omisión en la declaración de su estado de salud, pues le era evidente su situación médica. (ii) Es igualmente relevante señalar que el señor ya había sido calificado antes de la fecha de solicitud del seguro, lo cual le exigía aún mayor precisión al declarar las enfermedades que padecía y que, además, estaban siendo objeto de calificación.

Ahora bien, no puede soslayarse en que las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto el asegurado debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Expresamente se le preguntó al entonces asegurado, lo siguiente:

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

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar del señor Nelson Omar Villamizar Uribe había sido diagnosticado con miastenia gravis, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que sobre el estado de salud del asegurado; (ii) que a pesar del señor Nelson Omar Villamizar Uribe había sido diagnosticado con ptosis palpebral y miastenia gravis desde muchos años antes de tomar el seguro aquel faltó a la verdad al contestar la declaración de asegurabilidad. Es decir, pese a sufrir sendas enfermedades, negó sufrir de cualquiera de aquellas.

En otras palabras, como quedará plenamente acreditado con las pruebas que se solicitan en este escrito, con anterioridad a la solicitud de su aseguramiento, esto es el 17 de febrero de 2020, el señor Villamizar padecía y conocía de la existencia de todas sus patologías. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de ésta a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

En conclusión, se verifica que en el presente caso, según las anotaciones de la Junta Médica, el señor Villamizar Uribe sufría desde al menos 2018 de las patologías ptosis palpebral y miastenia gravis, las cuales conocía a la perfección. Incluso, el dictamen que presenta en este proceso se originó a partir de su propia solicitud de revisión frente a un dictamen previo, emitido el 13 de febrero de 2020, es decir, en una fecha anterior a la contratación del seguro. Esto demuestra que el señor tenía pleno conocimiento de sus enfermedades, las cuales no eran difíciles de recordar, y así lo reflejó en su solicitud de dictamen. Así, se tiene que en virtud de la obligación impuesta por el artículo 1058 del Código de Comercio, se observa que el señor Nelson Omar el deber de declarar su estado de salud con sinceridad y en su totalidad, pues nadie más que él podía hacerlo fehacientemente. Al incumplir dicho deber, indujo a la aseguradora a contratar bajo la falsa premisa de que su estado de salud era óptimo, cuando en realidad no lo era. Por lo tanto, debe declararse la nulidad relativa del contrato de seguro.

Por esas razones, solicito respetuosamente se declare probada esta excepción.

## **2. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN A CARGO DE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. DE PRATICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL**

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

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

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

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es más, en una reciente providencia, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Alexander 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 jurídico<sup>5</sup>.*

*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 fundamentales<sup>6</sup>. 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 conocer (...)”<sup>7</sup>.*  
(Subrayado fuera del texto original)

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

<sup>5</sup> 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.”

<sup>6</sup> Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

<sup>7</sup> Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

*“(…) Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe (…)” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)<sup>8</sup>*

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aun, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez<sup>9</sup>, 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.*

<sup>8</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerro Pérez.

<sup>9</sup> Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

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

*“(...) Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, si se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe (...)”<sup>10</sup> (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*

<sup>10</sup> LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

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

Así las cosas, de acuerdo con todo lo expuesto, es claro que en el caso que se ventila, se desvirtúa lo indicado por la parte actora en lo referente a que recaía en cabeza de la Compañía Aseguradora, BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., el efectuar exámenes médicos al señor Nelson Omar Villamizar Uribe, en la etapa precontractual a fin de determinar el riesgo que le estaba siendo trasladado, pues clara es la jurisprudencia de las altas cortes al establecer que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que tiene la **obligación** de informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

### **3. LA ACREDITACIÓN DE 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 distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro (…)*<sup>11</sup> (negrilla y subrayas fuera del texto)

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez<sup>12</sup>, 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*

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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

**pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**  
(...)" (Subrayado 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 todo caso, es evidente que antes de suscribir el seguro, el señor ya había sido calificado por la Junta Médica, según consta en el dictamen 618 del 13 de febrero de 2020. Esto indica que existían antecedentes médicos que alertaban sobre un riesgo considerable de configurarse un siniestro. Sin embargo, pese a la existencia de dicha calificación, el señor omitió esta información al momento de contratar el seguro. Tal omisión es aún más relevante considerando que el contenido del dictamen presentado como prueba fue allegado por el mismo demandante en la demanda, dejando en evidencia su pleno conocimiento de los antecedentes médicos que debieron ser declarados.

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del Código de Comercio basta con que la compañía aseguradora acredite que (i) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones.

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

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

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que el Despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

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

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

En conclusión, dado que el señor Nelson Omar Villamizar Uribe fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena, tal cual lo dispone la norma mercantil antes señalada.

Por todo lo anterior, solicito declarar probada esta excepción.

## **5. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.**

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece provisiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Por lo que lo cierto es que cuando el asegurado de un seguro de vida deudor pretende hacer efectivo el amparo el término de prescripción es el bienal y empieza a correr desde que tiene conocimiento o debió tener conocimiento del hecho que da base a la acción, que no es otro en este caso que la emisión del dictamen de la junta médico laboral que calificó al señor Villamizar con más del 50%, por lo que, es evidente que el demandante conoció de aquel el 3 de septiembre de 2020 como lo confiesa en el hecho 3.7 de la demanda, razón por la cual contaba con 2 años para promover la demanda, pero no fue hasta el 29 de febrero de 2024 que la presentó, por lo que evidentemente se configuró el fenómeno extintivo que impedirá que se imponga alguna obligación a la aseguradora.

Al respecto, es importante verificar con claridad lo que establece el artículo 1081 del C.Co. respecto a la prescripción, veamos:

*“**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)*

Se destaca entonces el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción, como rasgo que diferencia la prescripción ordinaria de la extraordinaria. Pues en tanto la primera exige la presencia de este elemento subjetivo, en la segunda no se efectúa esa distinción. Sobre este particular, y en especial, para establecer la diferencia entre los dos tipos de prescripciones derivadas del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

*“(…) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohió para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (…)*

*La primera, según se acotó en líneas anteriores, de estirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el venero prescriptivo.*

*Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la **ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...))**, al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”<sup>13</sup>(Subrayado fuera del texto original)*

<sup>13</sup> Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en este caso es evidente y no admite discusión alguna que el señor Villamizar conoció del dictamen de la junta medica el 3 de septiembre de 2024, tal como lo confesó en el hecho 3.7 de la demanda, por lo que conociendo el hecho que da base a la acción, desde ese momento empezó a contar el término de prescripción de dos años. Por lo tanto, para el caso de manera concreta se encuentra lo siguiente:

- Emisión del dictamen de la junta medica: 3 de septiembre de 2020
- Término máximo para interponer la demanda: 3 de septiembre de 2022
- Fecha de presentación de la demanda: 29 de febrero de 2024

En conclusión, emerge con claridad que en el caso de marras operó la prescripción ordinaria derivada de las acciones del contrato de seguro, en la medida en que desde la ocurrencia del hecho que da base a la acción 3 de septiembre de 2020, que fue conocido en esa misma calenda por parte del señor Villamizar, empezó a correr el termino extintivo de dos años, por ende, la demanda debió presentarse hasta el 3 de septiembre de 2022, y contrario a ello se radicó el 29 de febrero de 2024. Ahora bien, aunque el demandante convocó a una audiencia de conciliación, eso fue solamente hasta el 12 de enero de 2024, por ende, no puedo suspender el termino prescriptivo, teniendo en cuenta que aquel ya se había configurado hace varios meses. En síntesis la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción, no existe duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C.Co.

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

## 6. GENERICA E INNOMINADAS Y OTRAS

Solicito declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, que se origine en la Ley en virtud de lo reglado en el artículo 282<sup>14</sup> del Código General del Proceso.

### EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

<sup>14</sup> **Artículo 282. Resolución sobre excepciones.** En cualquier tipo de proceso, cuando el juez halle probados los hechos que constituyen una excepción deberá reconocerla oficiosamente en la sentencia, salvo las de prescripción, compensación y nulidad relativa, que deberán alegarse en la contestación de la demanda.

*Cuando no se proponga oportunamente la excepción de prescripción extintiva, se entenderá renunciada.*

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

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

**7. DE MANERA SUBSIDIARIA, EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA MANERA PODRÁ EXCEDER EL LÍMITE DEL VALOR ASEGURADO.**

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Despacho considere que mi representada sí tiene la obligación de pagar la indemnización a la parte demandante, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

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

**8. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA.**

En este punto es preciso resaltarle al Despacho que en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, se adhiere a la póliza. Se recuerda en este punto, que generalmente los Establecimientos de Crédito son los únicos tomadores y beneficiarios a título oneroso de este tipo de seguros. 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 (...)”<sup>15</sup>*

<sup>15</sup> Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014.

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores se encuentran estructuradas bajo la necesidad con la que contaban las entidades financieras de gestionar sus riesgos en las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que generalmente el único beneficiario a título oneroso de cualquier tipo de indemnización, solamente puede ser la entidad bancaria que tomó el seguro vida grupo deudor para asegurar a sus acreedores y el riesgo de impago derivado de su fallecimiento. 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 (...)”<sup>16</sup>*

En cualquier caso, no puede obviar este honorable Despacho que dentro del expediente no existe prueba que brinde certeza sobre la extinción de la obligación ni que demuestre fehacientemente que fue el señor Nelson Omar Villamizar Uribe quien realizó el pago. De igual manera, es evidente que la póliza de seguro en cuestión establece claramente que el beneficiario designado es el Banco BBVA, y no el señor Nelson, lo cual implica que cualquier prestación derivada del seguro corresponde en exclusiva al beneficiario oneroso pactado. Dado que el cumplimiento de la obligación no ha sido acreditado y, en consecuencia, no se ha configurado el derecho del demandante a recibir el beneficio, no puede pretenderse una prestación a su favor sin antes demostrarse lo mencionado.

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que el contrato de seguro se asocia a la obligación crediticia No. 0013-0158-00-9619389917. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco BBVA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

---

<sup>16</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

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

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

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

### 1. DOCUMENTALES.

- Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Nelson Omar Villamizar Uribe que se relaciona con el crédito No. 0013-0158-00-9619389917.
- Póliza de Seguro Vida Deudor No. 022190000360723y su clausulado.
- Comunicación expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A el día 08 de febrero de 2022, mediante la cual se objetó la solicitud VGDB No. 0110043.
- Derecho de petición elevado al señor Nelson Omar Villamizar Uribe y constancia de radicación.

### 2. INTERROGATORIO DE PARTE.

- a. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a los demandantes, señor **NELSON OMAR VILLAMIZAR URIBE**, a fin de que contesten el cuestionario que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y, en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La demandante podrá ser citados en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

### DECLARACIÓN DE PARTE.

Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso, y especialmente, para que evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor Carlos Julio Altamirano (q.e.p.d.)

### 3. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS.

- Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del Código General del Proceso, se sirva ordenar a la parte demandante para que exhiba la Historia Clínica, correspondiente al periodo comprendido entre el año 2010 y 2020, del señor Nelson Omar Villamizar Uribe en la audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el señor Nelson Omar Villamizar Uribe sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro de la Póliza; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad.

### 4. TESTIMONIALES.

- Solicito se sirva citar a la Dra. **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, o quien haga sus veces, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor Nelson Omar Villamizar Uribe. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

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

- 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 la Compañía en caso

de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor Nelson Omar Villamizar Uribe. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías del señor Nelson Omar Villamizar Uribe, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

El testigo podrá ser ubicado en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 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](mailto:defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co).

- Solicito al señor Juez se sirva decretar la práctica del testimonio de la Dra. **MARIA CAMILA AGUDELO**, quien tiene domicilio en la ciudad de Bogotá, y puede ser citada a través del correo electrónico [camilaortiz27@gmail.com](mailto:camilaortiz27@gmail.com). La Dra. María Camila es asesora externa de mi representada, para que teniendo en cuenta su experiencia, le ilustre al Despacho sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza Vida Deudores, los efectos de la reticencia en la declaración del estado de salud y en general sobre todos los hechos relacionados en el presente escrito. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas del Contrato de Seguro objeto del presente litigio.

## 5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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 **AL ACCIONANTE NELSON OMAR VILLAMIZAR URIBE** quien resulta autorizado para acceder a la historia clínica para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica completa del señor NELSON OMAR VILLAMIZAR URIBE desde el año 2010 al 2020.
- Todos los dictámenes de junta medica que se le hayan expedido al señor NELSON OMAR

VILLAMIZAR URIBE desde 2010 a 2021

- Se indique la fecha en que el señor NELSON OMAR VILLAMIZAR URIBE inició su solicitud para ser calificado por la Junta Médica Laboral. Asimismo, se informe sobre todas las oportunidades en las que ha sido calificado.
- Las carpetas completas que contienen la historia clínica, exámenes y valoraciones utilizadas por la Junta Médica Laboral en cada calificación expedida al señor NELSON OMAR VILLAMIZAR URIBE.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que NELSON OMAR VILLAMIZAR URIBE sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Grupo Deudores, así como la medicación que para ello le era suministrado; y así mostrar la reticencia con que la entonces asegurada declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora no aportó tales documentos como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de los mismos.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, es quien tiene acceso a documentos que gozan de reserva tales como la historia clínica. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente. El accionante puede ser notificado a través de los canales informados en su libelo de demanda.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **Ministerio de Defensa Nacional – Comando General de las Fuerzas militares - Dirección General de Sanidad Militar**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor NELSON OMAR VILLAMIZAR URIBE identificado con cédula de ciudadanía No. 88.305.608 correspondiente al periodo que va desde el año 2010 al 2020. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor Lindarte.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que NELSON OMAR VILLAMIZAR URIBE sufrió en años anteriores y al momento de suscribir el certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

El Ministerio de Defensa Nacional – Comando General de las Fuerzas militares - Dirección General de Sanidad Militar puede ser notificado al correo electrónico [notificacionesdgs@sanidad.mil.co](mailto:notificacionesdgs@sanidad.mil.co) y [disan.juridica@buzonejercito.mil.co](mailto:disan.juridica@buzonejercito.mil.co)

## 6. OFICIOS

Comedidamente ruego se oficie al **Ministerio de Defensa Nacional – Comando General de las Fuerzas militares - Dirección General de Sanidad Militar**, para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUAREZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1099542793 correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2019.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUAREZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir los certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con que 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.

El Ministerio de Defensa Nacional – Comando General de las Fuerzas militares - Dirección General de Sanidad Militar puede ser notificado en la al correo electrónico [atencion.usuario@sanidad.mil.co](mailto:atencion.usuario@sanidad.mil.co)

## 7. DICTAMEN PERICIAL

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) Que de haber conocido BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., las patologías del señor Nelson Omar Villamizar Uribe se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar el señor Villamizar Uribe eran absolutamente indispensables para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

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

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del Código General del Proceso que dispone: “(...) Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días (...)”. Comedidamente se le solicita al Despacho un término no inferior a un (1) mes para aportar la experticia al proceso. **Término que deberá iniciar una vez la parte demandante aporte con destino al presente trámite la Historia Clínica del asegurado.** Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte demandante y de la entidad mencionada pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

## VI. ANEXOS

- Documentos relacionados en el acápite de pruebas.
- Poder especial conferido al suscrito.
- Certificado de existencia y representación legal de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

## VII. NOTIFICACIONES

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

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

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

Cordialmente,



**GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA.**

C.C. No. 19.395.114 de Bogotá D.C.

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