

Señores

JUZGADO CATORCE (14) CIVIL MUNICIPAL DE BARRANQUILLA

E. S. D.

REFERENCIA: PROCESO VERBAL
RADICACIÓN: 080014053014-2023-00850-00
DEMANDANTE: NOREDY ESTHER LASTRA GAMERO
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT No. 800.240.882-0, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia, representada legalmente por el Doctor Felipe Guzmán Aldana, como se soporta en el poder que se aporta junto con este escrito. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal establecido, comedidamente procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por la señora Noredy Esther Lastra Gamero, en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., anunciando desde ahora que me opongo a la totalidad de las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPÍTULO I

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

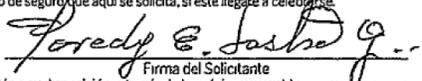
FRENTE AL HECHO “PRIMERO”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., compañía aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “SEGUNDO”: Es parcialmente cierto. Conforme con lo señalado por el extremo actor en su libelo, entre la señora Noredy Esther Lastra Gamero y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., fue suscrito un contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 262 0000058805 con emisión el 21 de octubre de 2019, por medio del cual se amparó el riesgo de *vida básico*, dentro del cual se consagra, la muerte por cualquier causa, la incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización, entre otros. No obstante, desde

este momento se hace necesario advertir que el seguro no puede hacerse efectivo, pues indiscutiblemente se configura la nulidad del contrato de seguro por la reticencia con la que el asegurado declaró su estado de salud al momento previo a la inclusión en el seguro.

Conforme con lo anterior, al momento de la suscripción del contrato de seguro, de manera libre, voluntaria y en total uso de sus facultades, la señora Noredy Esther Lastra Gamero cuando solicitó su aseguramiento, diligenció cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. Sin embargo, pese a la claridad de las preguntas, la asegurada no manifestó sus preexistencias, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas omisivas o negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora Lastra Gamero, conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2019, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de la patologías descritas en el *FORMATO PARA EL DICTAMEN MEDICO LABORAL DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL O DEL ESTADO D EINVALIDEZ PARA LOS EDUCADORES AFILIADOS AL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO* del 17 de abril de 2023, consistente en: “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018.

Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas omisivas que faltan a la verdad, realizada por la asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			Si	No
Estatura	1.55 cms	Peso	55 Kg	
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosos o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopalia?				
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?				
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?				
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:				
* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización				
No firme esta solicitud sin leer este texto				
Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, entregando los soportes y documentos correspondientes.				
Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 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 consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o rebeldía 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 designados, a mi cónyuge, a mis familiares 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.				
 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				

Documento: Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora Noredy Esther Lastra Gamero.

Transcripción literal: “* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como

consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.

(...)

No firme esta solicitud sin leer este texto

(...)

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

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora Noredy Esther Lastra Gamero, respondió de forma omisiva y faltando a la verdad, las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, situación da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que la asegurada había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar este, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, a pesar de que la ahora demandante conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2019, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándola.

En resumen, la señora Noredy Esther Lastra Gamero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que la asegurada omitió informar al momento de su inclusión en dicho contrato son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En este sentido, basta con examinar las anotaciones incluidas en el formato para el dictamen médico laboral de la pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez para los educadores afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, expedido el 17 de abril de 2023 por la Clínica General del Norte, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

FRENTE AL HECHO “TERCERO”: Es parcialmente cierto. Conforme con lo señalado por el extremo actor en su libelo, entre la señora Noredy Esther Lastra Gamero y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., fue suscrito un contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 262 0000058805 con emisión el 21 de octubre de 2019, por medio del cual se amparó el riesgo de *vida básico*, dentro del cual se consagra, la muerte por cualquier causa, la incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización, entre otros. Dentro de dicho contrato como beneficiario se encuentra el BANCO BBVA S.A., siendo asegurada la señora Lastra Gamero. No obstante, desde este momento se hace necesario advertir que el seguro no puede hacerse efectivo, pues indiscutiblemente se configura la nulidad del contrato de seguro por la reticencia con la que el asegurado declaró su estado de salud al momento previo a la inclusión en el seguro.

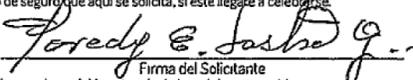
FRENTE AL HECHO “CUARTO”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., compañía aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “QUINTO”: Es parcialmente cierto. Conforme con lo señalado por el extremo actor en su libelo, entre la señora Noredy Esther Lastra Gamero y BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., fue suscrito un contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 262 0000058805 con emisión el 21 de octubre de 2019, por medio del cual se amparó el riesgo de *vida básico*, dentro del cual se consagra, la muerte por cualquier causa, la incapacidad total y permanente, desmembración o inutilización, entre otros. No obstante, desde este momento se hace necesario advertir que el seguro no puede hacerse efectivo, pues indiscutiblemente se configura la nulidad del contrato de seguro por la reticencia con la que el asegurado declaró su estado de salud al momento previo a la inclusión en el seguro.

Conforme con lo anterior, al momento de la suscripción del contrato de seguro, de manera libre, voluntaria y en total uso de sus facultades, la señora Noredy Esther Lastra Gamero cuando solicitó su aseguramiento, diligenció cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. Sin embargo, pese a la claridad de las preguntas, la asegurada no manifestó sus preexistencias, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas omisivas o negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora Lastra Gamero, conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2019, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de la patologías descritas en el *FORMATO PARA EL DICTAMEN MEDICO LABORAL DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD*

LABORAL O DEL ESTADO D EINVALIDEZ PARA LOS EDUCADORES AFILIADOS AL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO del 17 de abril de 2023, consistente en: “diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018.

Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas omisivas que faltan a la verdad, realizada por la asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura	1.55 cms	Peso	55 Kg
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, tromboembolia o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?		Si	No
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			Y
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			Y
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			Y
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			Y
* Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			
* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización			
No firme esta solicitud sin leer este texto			
Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 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 consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o rebeldía 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 designados, a mi cónyuge, a mis familiares 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 llegase a celebrarse.			
 Firma del Solicitante			
El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvaseguros.com.co y www.bbva.com.co			

Documento: Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora Noreddy Esther Lastra Gamero.

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

(...)

No firme esta solicitud sin leer este texto

(...)

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

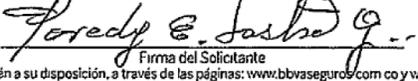
En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora Noreddy Esther Lastra Gamero, respondió de forma omisiva y faltando a la verdad, las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, situación da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que la asegurada había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el

momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar este, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, a pesar de que la ahora demandante conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2019, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándola.

En resumen, la señora Noredy Esther Lastra Gamero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que la asegurada omitió informar al momento de su inclusión en dicho contrato son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la *“diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)”*, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En este sentido, basta con examinar las anotaciones incluidas en el formato para el dictamen médico laboral de la pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez para los educadores afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, expedido el 17 de abril de 2023 por la UT-Clínica General del Norte, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

FRENTE AL HECHO “SEXTO”: No es cierto que la declaración de asegurabilidad no haya sido diligenciada, por el contrario, de la solo lectura de esta, la señora Noredy Esther Lastra Gamero en pleno conocimiento del documento que se encontraba suscribiendo, el cual ha sido elaborado para que cualquier persona pueda entender su contenido y comprender el sentido de este, lo firmó en dos oportunidades en señal de aceptación. Como se ha indicado, no puede perderse de vista que el documento referido por el extremo actor en su líbello, de manera clara y suficiente hace referencia a las implicaciones de la firma, motivo por el cual, partiendo de las capacidades de la señora Lastra Gamero, de su profesión y por ende, de la obligación intrínseca que recae en todas las personas de dar lectura a los documentos que suscribe, no pueden obviarse las respuestas omisivas que faltan a la verdad, realizadas por la asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			Si	No
Estatura	1.55 cms	Peso	55 Kg	
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epos, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopalia?				
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?				
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?				
* Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:				
* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización				
No firme esta solicitud sin leer este texto				
Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S A, entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 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 consignada en esta solicitud, extirpe 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 rebencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio. Artículo 1068 del Código de Comercio Terminación automática del Seguro "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato". 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 designados, a mi cónyuge, a mis familiares 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 llegase a celebrarse.				
 Firma del Solicitante				
El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvaseguros.com.co y www.bbva.com.co				

Documento: Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora Noreddy Esther Lastra Gamero.

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

(...)

No firme esta solicitud sin leer este texto

(...)

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

En conclusión, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora Noreddy Esther Lastra Gamero, respondió de forma omisiva y faltando a la verdad, las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, situación da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que la asegurada había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar este, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, a pesar de que la ahora demandante conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2019, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándola.

FRENTE AL HECHO “SÉPTIMO”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., compañía aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “OCTAVO”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., compañía aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “NOVENO”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., compañía aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “DÉCIMO”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., compañía aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin perjuicio de lo anterior, debe enunciarse que conforme con la información que reposa en el documento denominado *FORMATO PARA EL DICTAMEN MEDICO LABORAL DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL O DEL ESTADO D EINVALIDEZ PARA LOS EDUCADORES AFILIADOS AL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO* del 17 de abril de 2023, los diagnósticos valorados para la calificación de pérdida de capacidad laboral obedecieron a “*CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA (...) DIABETES MELLITUS TIPO II (...) DOLOR CRÓNICO DISCARTROSIS DE COLUMNA ARTROSIS GONARTROSIS (...) APNEA DEL SUEÑO USO DE CPAP (...) HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL (...) TRANSTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (...) OTROS TRANSTORNOS DE ANSIEDAD*”, enfermedades dentro de las cuales, se exaltan aquellas sobre las cuales la señora Lastra Gamero fue reticente, como lo es la “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades

que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018. Esto es, con anterioridad al diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad.

FRENTE AL HECHO “DÉCIMO PRIMERO”: No es cierto, conforme con la documental que reposa en el expediente, por parte de la señora Noredy Esther Lastra Gamero se presentó solicitud ante la entidad bancaria, quien de manera diligente, remitió a su vez a mi poderdante para resolver lo correspondiente. Es de este modo que el 19 de julio de 2023, se objeta la reclamación, indicando al BANCO BBVA COLOMBIA S.A., la inminente reticencia en la que incurrió la señora Lastra Gamero al momento de la suscripción de la solicitud o Declaración de asegurabilidad, dentro de la cual en ningún momento reconoció o informó a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. sobre sus diagnósticos previos.

Conforme con lo anterior, al momento de la suscripción del contrato de seguro, de manera libre, voluntaria y en total uso de sus facultades, la señora Noredy Esther Lastra Gamero cuando solicitó su aseguramiento, diligenció cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. Sin embargo, pese a la claridad de las preguntas, la asegurada no manifestó sus preexistencias, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas omisivas o negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora Lastra Gamero, conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2019, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial de la patologías descritas en el *FORMATO PARA EL DICTAMEN MEDICO LABORAL DE LA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL O DEL ESTADO D EINVALIDEZ PARA LOS EDUCADORES AFILIADOS AL FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO* del 17 de abril de 2023, consistente en: “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018.

Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencian las respuestas omisivas que faltan a la verdad, realizada por la asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				Si	No
Estatura	1.55 cms	Peso	55 Kg		
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epos, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopalia?					Y
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?					Y
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?					Y
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?					Y
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?					Y
* Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:					
* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización					
No firme esta solicitud sin leer este texto					
Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S A, entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1265 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 consignada en esta solicitud, extirpe 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 rebencia de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio. Artículo 1068 del Código de Comercio Terminación automática del Seguro "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato". 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 designados, a mi cónyuge, a mis familiares 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 llegase a celebrarse.					
 Firma del Solicitante					
El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvaseguros.com.co y www.bbva.com.co					

Documento: Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora Noreddy Esther Lastra Gamero.

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

(...)

No firme esta solicitud sin leer este texto

(...)

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

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora Noreddy Esther Lastra Gamero, respondió de forma omisiva y faltando a la verdad, las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, situación da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Debido a que la asegurada había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad a la inclusión en el contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar este, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, a pesar de que la ahora demandante conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2019, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándola.

En resumen, la señora Noredy Esther Lastra Gamero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que la asegurada omitió informar al momento de su inclusión en dicho contrato son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido la “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En este sentido, basta con examinar las anotaciones incluidas en el formato para el dictamen médico laboral de la pérdida de capacidad laboral o del estado de invalidez para los educadores afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, expedido el 17 de abril de 2023 por la Clínica General del Norte, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

FRENTE AL HECHO “DÉCIMO SEGUNDO”: Es cierto.

FRENTE AL HECHO “DÉCIMO TERCERO”: No es un hecho, constituye una apreciación subjetiva del apoderado de la parte Demandante. Sin embargo, se precisa que el contrato de seguro implica un deber de lealtad por parte del asegurado al declarar el estado del riesgo, máxime cuando es el mismo quien conoce con precisión sus enfermedades que podrían alterar el riesgo trasladado a la Compañía aseguradora. Lo dicho ha sido avalado incluso por la Corte Constitucional, quien mediante 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 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 dicientes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

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

Por lo anterior es claro que no puede imputársele a mi representada obligación alguna de adelantar pesquisas para corroborar que la asegurada no haya faltado a la verdad, porque lo cierto es que el

contrato implica una ubérrima buena fe por parte del asegurado quien tiene la obligación de declarar con sinceridad el estado del riesgo sin que pueda imputársele dicha falta de lealtad a la aseguradora cuando no existe ninguna previsión legal que la obligue a verificar que su asegurado no haya faltado a la verdad. En consecuencia, la falta de declaración del riesgo es imputable únicamente a la señora Noredy Esther Lastra Gamero.

FRENTE AL HECHO “DÉCIMO CUARTO”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., compañía aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO “DÉCIMO QUINTO”: No es cierto. Debe decirse que lo enunciado no es un hecho sino una serie de consideraciones subjetivas, sin sustento fáctico y/o probatorio alguno, realizadas por el apoderado de la parte demandante. Razón por la cual, deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso y de esta forma el demandante debe probar sus dichos a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO “DÉCIMO SEXTO”: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., compañía aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE A LOS HECHOS “DÉCIMO SÉPTIMO” Y “DÉCIMO OCTAVO”: No es cierto, de manera introductoria debe recordarse como mi representada no se encuentra en obligación de practicar pesquisas para corroborar que los asegurados no hayan faltado a la verdad al suscribir la declaración de asegurabilidad. Por el contrario, 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 al final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

Como se explicará más adelante la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida incluso no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, y so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de

Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

También debe advertirse que no puede aceptarse lo que con la narración de este hecho se pretende y es trasladar a la Compañía aseguradora la obligación de declaración del riesgo de manera fidedigna, situación a la que solo está obligado el asegurado por ser quien conoce todo su historial médico y quien en honor a la buena fe debe declarar el verdadero estado del riesgo que pretende trasladar, máxime cuando no existe ningún mandato legal que obligue a la aseguradora a efectuar exámenes médicos o demás pesquisas para corroborar el estado del riesgo. Por lo dicho, las falsedades, omisiones y declaraciones contrarias a la verdad únicamente pueden acarrear las consecuencias adversas para la asegurada, la señora Noredy Esther Lastra Gamero, quien no cumplió con su deber de declarar correctamente el estado de salud al momento de solicitar la vinculación al seguro de vida y quien además pretende convalidar el incumplimiento a sus deberes como consumidor financiero conforme se dispone en el artículo 6 de la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, los cuales establecen deberes y/o prácticas de protección propia que deben cumplir los diversos consumidores del sector financiero. La norma previamente citada crea obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar los términos y condiciones de sus contratos. El tenor literal de la mencionada disposición señala expresamente:

“ARTÍCULO 6o. PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN PROPIA POR PARTE DE LOS CONSUMIDORES FINANCIEROS. Las siguientes constituyen buenas prácticas de protección propia por parte de los consumidores financieros:

(...)

*b) **Informarse sobre los productos o servicios que piensa adquirir** o emplear, indagando sobre las condiciones generales de la operación; es decir, los derechos, obligaciones, costos, exclusiones y restricciones aplicables al producto o servicio, exigiendo las explicaciones verbales y escritas necesarias, precisas y suficientes **que le posibiliten la toma de decisiones informadas.***

(...)

*d) **Revisar los términos y condiciones del respectivo contrato** y sus anexos, así como conservar las copias que se le suministren de dichos documentos. (Subrayado y negrilla fuera del texto original)”*

En otros términos, no puede entenderse que la falta de exámenes médicos constituya aceptación ilimitada de los riesgos trasladados porque no existe ninguna previsión legal que obligue a la Compañía aseguradora a efectuar tales pesquisas, como tampoco se puede pretender atribuir responsabilidad a la aseguradora por las respuestas falsas consignadas por el asegurado al

momento de solicitar la inclusión en el seguro y cuando él mismo conoce las consecuencias de faltar a la verdad porque en la misma declaración de asegurabilidad se le advirtió y porque atendiendo a los deberes del consumidor financiero debía conocerlas y mucho menos podría existir obligación a cargo de mi representada cuando es claro que en este caso se configura la nulidad relativa del contrato de seguro por la reticencia en que se incurrió al declarar el estado del riesgo. En consecuencia, no podrá declararse la existencia de obligación alguna a cargo de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

FRENTE AL HECHO “DÉCIMO NOVENO”: Es cierto.

FRENTE AL HECHO “DUODÉCIMO”: Es cierto.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

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

OPOSICIÓN FRENTE A TODAS LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS Y DE CONDENA

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “PRIMERO”: **ME OPONGO** a 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 Deudor No. 02 262 0000058805 con emisión el 21 de octubre de 2019, suscrita por la señora Noredy Esther Lastra Gamero. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, 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 Deudor No. 02 262 0000058805 con emisión el 21 de octubre de 2019, como quiera que la señora Noredy Esther Lastra Gamero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018”. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras

palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de 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 la señora Noredy Esther Lastra Gamero debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente a la hoy accionante si sufre o ha sufrido enfermedades descritas en el cuestionario, dentro de la cual se recalca el interrogante “*¿Ha padecido o está en el tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disforia, discopatía?*”.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “SEGUNDO”: **ME OPONGO** a 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 Deudor No. 02 262 0000058805 con emisión el 21 de octubre de 2019, suscrita por la señora Noredy Esther Lastra Gamero. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, 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 Deudor No. 02 262 0000058805 con emisión el 21 de octubre de 2019, como quiera que la señora Noredy Esther Lastra Gamero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018”. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de 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 la señora Noredy Esther Lastra Gamero debe declararse nulo,

debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente a la hoy accionante si sufre o ha sufrido enfermedades descritas en el cuestionario, dentro de la cual se recalca el interrogante “¿Ha padecido o está en el tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disforia, discopatía?”.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “TERCERO”: En efecto, **ME OPONGO** a la pretensión por cuanto es consecuencial a la anterior y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco, además porque en este caso no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, 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 Deudor No. 02 262 0000058805 con emisión el 21 de octubre de 2019, como quiera que la señora Noredy Esther Lastra Gamero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018”. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de 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 la señora Noredy Esther Lastra Gamero debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente a la hoy accionante si sufre o ha sufrido enfermedades descritas en el cuestionario, dentro de la cual se recalca el interrogante “¿Ha padecido o está en el tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disforia, discopatía?”.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “CUARTO”: **ME OPONGO** a la pretensión por cuanto es consecuencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco, además porque en este caso no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, bajo el entendido que la indemnización de daños o perjuicios materiales, solo procede

cuando existe responsabilidad del demandado y como quiera que en este caso no existe tal responsabilidad imputable a la pasiva, claramente no hay lugar a su reconocimiento, por lo que está también debe ser desestimada, por las siguientes razones:

A.1. Me opongo a que se condene a suma alguna por concepto de daño emergente debido a que, no se allegaron pruebas que acrediten los rubros reclamados. Máxime cuando revisadas las pruebas obrantes en el plenario del proceso, no cabe duda de que no existe ninguna que acredite la causación de daño emergente consolidado, soportándose en hechos hipotéticos y expectativas que carecen de suelo jurídico. Por tanto, teniendo en cuenta que en el expediente no obra prueba alguna que acredite las erogaciones estimadas en el monto de \$7.431.240, respectivamente, la consecuencia jurídica a la falta al deber probatorio en cabeza del demandante es sin lugar a duda la negación de la pretensión. En otras palabras, no puede presumirse el daño emergente alegado por la parte actora sin que su dicho sea sustentado mediante prueba o elemento de juicio suficiente para acreditar la cuantía de la pérdida que alega. Pues resulta claro que jurisprudencialmente se ha establecido que si no se demuestra mediante prueba la causación del daño emergente, es jurídicamente improcedente considerar reconocer algún emolumento por este concepto.

A.2. Me opongo a que se condene a suma alguna por concepto de intereses moratorios, pues es claro que para que nazca a la vida la obligación indemnizatoria y sobre todo condicional de mi representada, se requería que el asegurado cumpliera con la carga establece en el artículo 1077 del C.Co., ante la ausencia de acreditación de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida no puede predicarse la existencia de obligación alguna y por ende tampoco puede considerarse que mi representada se encuentre en mora, dado que, no es posible predicarse la mora de una obligación inexistente, por lo dicho es claro que ningún respaldo encuentra la solicitud de pago de intereses de mora cuando la señora Noredy Esther Lastra Gamero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018”. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. Por lo anterior mientras se encuentren insatisfechos los dos presupuestos anteriores no es posible afirmar que haya nacido obligación alguna y mucho menos que se encuentre insatisfecha.

A.3. Me opongo a que se condene a suma alguna por concepto de daño emergente debido a que, no se allegaron pruebas que acrediten los rubros reclamados. Máxime cuando revisadas las pruebas obrantes en el plenario del proceso, no cabe duda de que no existe ninguna que acredite la causación de daño emergente futuro, soportándose en hechos hipotéticos y expectativas que carecen de suelo jurídico, pues se tratan de estimaciones que como bien se indica en el líbello de la demanda, no han salido del patrimonio de la demandante. Por tanto, teniendo en cuenta que en el

expediente no obra prueba alguna que acredite las erogaciones estimadas en el monto de \$ 46.970.715, respectivamente, la consecuencia jurídica a la falta al deber probatorio en cabeza del demandante es sin lugar a duda la negación de la pretensión. En otras palabras, no puede presumirse el daño emergente alegado por la parte actora sin que su dicho sea sustentado mediante prueba o elemento de juicio suficiente para acreditar la cuantía de la pérdida que alega. Pues resulta claro que jurisprudencialmente se ha establecido que si no se demuestra mediante prueba la causación del daño emergente, es jurídicamente improcedente considerar reconocer algún emolumento por este concepto.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “QUINTO”: ME OPONGO a la pretensión por cuanto es consecencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco, además porque en este caso no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, 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 Deudor No. 02 262 0000058805 con emisión el 21 de octubre de 2019, como quiera que la señora Noredy Esther Lastra Gamero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018”. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de 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 la señora Noredy Esther Lastra Gamero debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente a la hoy accionante si sufre o ha sufrido enfermedades descritas en el cuestionario, dentro de la cual se recalca el interrogante “*¿Ha padecido o está en el tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disforia, discopatía?*”.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “SEXTO”: ME OPONGO a la pretensión por cuanto es consecencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco, además

porque en este caso no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, 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 Deudor No. 02 262 0000058805 con emisión el 21 de octubre de 2019, como quiera que la señora Noredy Esther Lastra Gamero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018”. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de 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 la señora Noredy Esther Lastra Gamero debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente a la hoy accionante si sufre o ha sufrido enfermedades descritas en el cuestionario, dentro de la cual se recalca el interrogante “*¿Ha padecido o está en el tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disforia, discopatía?*”.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “SÉPTIMO”: **ME OPONGO** a la pretensión por cuanto es consecuencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco, además porque en este caso no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, 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 Deudor No. 02 262 0000058805 con emisión el 21 de octubre de 2019, como quiera que la señora Noredy Esther Lastra Gamero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018”. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el

momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de 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 la señora Noredy Esther Lastra Gamero debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le preguntó expresamente a la hoy accionante si sufre o ha sufrido enfermedades descritas en el cuestionario, dentro de la cual se recalca el interrogante “¿Ha padecido o está en el tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disforia, discopatía?”.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “OCTAVO”: **ME OPONGO** a la pretensión por cuanto es consecuencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco, además porque en este caso no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, 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 Deudor No. 02 262 0000058805 con emisión el 21 de octubre de 2019, como quiera que la señora Noredy Esther Lastra Gamero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018”. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de 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 la señora Noredy Esther Lastra Gamero debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando en la declaración de asegurabilidad se le

preguntó expresamente a la hoy accionante si sufre o ha sufrido enfermedades descritas en el cuestionario, dentro de la cual se recalca el interrogante “¿Ha padecido o está en el tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disforia, discopatía?”.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “NOVENO”: ME OPONGO a la pretensión por cuanto es consecuencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco, además porque en este caso no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros. Adicionalmente, me opongo al reconocimiento de intereses moratorios, pues para que nazca a la vida la obligación indemnizatoria y sobre todo condicional de mi representada, se requería que el asegurado cumpliera con la carga establece en el artículo 1077 del C.Co., ante la ausencia de acreditación de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida no puede predicarse la existencia de obligación alguna y por ende tampoco puede considerarse que mi representada se encuentre en mora, dado que, no es posible predicarse la mora de una obligación inexistente, por lo dicho es claro que ningún respaldo encuentra la solicitud de pago de intereses de mora cuando la señora Noredy Esther Lastra Gamero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018”. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. Por lo anterior mientras se encuentren insatisfechos los dos presupuestos anteriores no es posible afirmar que haya nacido obligación alguna y mucho menos que se encuentre insatisfecha.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “DÉCIMO”: ME OPONGO a la pretensión por cuanto es consecuencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco, además porque en este caso no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros.

OPOSICIÓN FRENTE A TODAS LAS PRETENSIONES SUBSIDIARIAS

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “PRIMERO”: ME OPONGO a la pretensión por cuanto es consecuencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco, además porque en este caso no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, como se ha indicado de manera previa a la pretensión que guarda gran similitud con el objeto perseguido.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “SEGUNDO”: ME OPONGO a la pretensión por cuanto es consecencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco, además porque en este caso no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “TERCERO”: ME OPONGO a la pretensión por cuanto es consecencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco, además porque en este caso no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros. En el mismo sentido, se deja por sentado que la pretensión aquí descrita no se dirige a mi representada, motivo por el cual deberá ser valorada por parte del honorable Despacho, conforme con las pruebas que se arrimen al proceso.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “CUARTO”: ME OPONGO a la pretensión por cuanto es consecencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco, además porque en este caso no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros. En el mismo sentido, se deja por sentado que la pretensión aquí descrita no se dirige a mi representada, motivo por el cual deberá ser valorada por parte del honorable Despacho, conforme con las pruebas que se arrimen al proceso.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN “QUINTO”: ME OPONGO a la pretensión por cuanto es consecencial a la principal y como aquella no es procedente, esta pretensión tampoco, además porque en este caso no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, como se ha indicado de manera previa a la pretensión que guarda gran similitud con el objeto perseguido.

Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte demandante y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho a aquella.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Objeto el juramento estimatorio presentado por la parte demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso. Sobre el particular, resulta indispensable tomar en consideración que en el caso que nos ocupa se presentan suficientes razones para que sea improcedente afectar la Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 262 0000058805 con emisión el 21 de octubre de 2019.

En primer lugar, no puede perderse de vista que, como ya ha sido expuesto, la señora Noredy Esther Lastra Gamero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es en el mes de octubre de 2019. Las omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus

enfermedades y antecedentes, sin embargo, optó por no informarlos, guardando silencio y omitiendo reconocerlos al momento de perfeccionar su seguro, siendo estos supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido el diagnóstico de “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018; 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 ellos. En este sentido, basta con evidenciar las anotaciones realizadas en el cuerpo del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio expedido el 17 de abril de 2023, para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Ahora bien, en cuanto a la categoría de daños patrimoniales o materiales, objeto su cuantía en atención a que la parte demandante no cumplió su carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, puesto que no aportó prueba detallada del perjuicio cuya indemnización deprecia. No resulta entonces procedente lo solicitado respecto del reconocimiento y pago en favor de la parte demandante de sumas de dinero por concepto de daño emergente. Lo anterior, en tanto que no existe en el plenario del proceso prueba o elemento de juicio suficiente que permita acreditar el daño, pues no fue allegado con el acervo probatorio, documento alguno que lograra demostrar el presunto detrimento patrimonial de las demandantes, más allá de la sola afirmación de haber sufrido dicho daño. En este punto vale la pena solicitar al Despacho tomar en consideración lo dispuesto en el inciso cuarto del artículo 206 del Código General del Proceso, respecto a que, en caso de no ser demostrada la cifra pretendida por concepto de daños patrimoniales, especialmente lo concerniente al lucro cesante, se de aplicación a la sanción allí dispuesta.

En este orden de ideas, es preciso reiterar que la parte demandante tenía entre sus mandatos toda la carga probatoria sobre los perjuicios deprecados en la demanda. Por lo tanto, cada uno de los daños por los cuales está exigiendo una indemnización deberán estar claramente probados a través de los medios idóneos que la ley consagra en estos casos. Esta teoría ha sido ampliamente desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, debido a que sobre este particular ha establecido lo siguiente:

*“(...) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, **y que los mismos***

sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración, como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada.¹ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

*“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que “(...) **la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso;** [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (...)”²* - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En virtud de lo expuesto, resulta claro que el extremo actor desconoció los mandatos legales y jurisprudenciales citados, dado que su estimación no obedece a un ejercicio razonado sino meramente especulativo. Razón por la cual, objeto enfáticamente el juramento estimatorio presentado por el extremo actor.

CAPÍTULO II

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES FRENTE A LA DEMANDA

1. NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DE LA ASEGURADA, AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA DEUDOR No. 02 262 0000058805.

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que la asegurada, señora Norey Esther Lastra Gamero, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, así como de los tratamientos a los que era sometida, 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 contrato de seguro, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

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

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. M.P. Margarita Cabello Blanco. EXP: 2007-0299.

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

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 este 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**”³. (Subrayado y negrita fuera del texto original).*

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la asegurada, señora Lastra Gamero, conociendo a profundidad sus padecimientos, omitió informar sobre estos en la etapa precontractual, faltando a la verdad. 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 vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, verbi gracia, la Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que, (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el 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, tal como ocurrió en esta caso, y que precisa lo siguiente:

“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.

³ BECERRA, Rodrigo. Nocións Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

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

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

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

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia, a través de Sentencia del 01 de septiembre de 2010, Magistrado Ponente Edgardo Villamil Portilla, Radicación No. 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con

sinceridad su verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos que en el cuerpo de esta providencia se expone:

*“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 seria 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.”⁴ (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

En el mismo sentido, pero esta vez en sentencia del 03 de abril de 2017, Magistrado Ponente Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, radicado No. 11001- 31-03-023-1996-02422-01, la Sala de Casación Civil de 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.”⁵ (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

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

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

⁵ 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.

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

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

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.”⁶ (Subrayado y negrita 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 este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe*

⁶ 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.

*reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

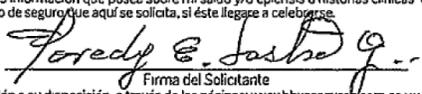
En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicentes que rescata el más alto tribunal constitucional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

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

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el mes de octubre de 2019, época en la cual la asegurada solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera

que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora Noredy Esther Lastra Gamero las respondió de manera omisiva, aun cuando tenía pleno conocimiento que esta falta a la verdad constituía una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que, la señora Lastra Gamero conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al octubre de 2019, 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 omisión en la respuesta, faltando a la verdad por la asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			
Estatura	1.55 cms	Peso	55 Kg
¿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, discopalia?		Si	No
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			✓
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			✓
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?			✓
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			✓
* Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			
* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización			
No firme esta solicitud sin leer este texto			
Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable.			
Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., entregando los soportes y documentos correspondientes.			
Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 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 consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o rebeldía de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.			
Artículo 1068 del Código de Comercio Terminación automática del Seguro "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato".			
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 designados, a mi cónyuge, a mis familiares 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 llegase a celebrarse.			
 Firma del Solicitante			
El Clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvaseguros.com.co y www.bbva.com.co			

Documento: Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora Noredy Esther Lastra Gamero.

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

(...)

No firme esta solicitud sin leer este texto

(...)

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

Visto lo anterior, la aseguradora indagó a la señora Muñoz, sobre su condición de salud y como se vio se preguntó **si sufre o ha sufrido** de las citadas condiciones, específicamente de “(...) *infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disforia, discopatía (...)*”, si ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica, si sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado en las preguntas realizadas. No obstante,

frente a dichos interrogantes la asegurada manifestó a todas y cada una de ellas que NO, de tal manera, que está claro que faltó a la verdad al suscribir la declaración de asegurabilidad generándose así las consecuencias previstas en el artículo 1058 del código de comercio.

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso la señora Lastra Gamero respondió de forma omisiva y faltando a la verdad a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el entonces asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable despacho tenga en cuenta que la señora Noredy Esther Lastra Gamero no informó a mi representada que padecía sendos padecimientos de salud y que eran de su conocimiento con anterioridad a la suscripción del seguro, en el mes de octubre de 2019, como lo son la *“diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)”*, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018 y que fueron objeto de calificación por deficiencias, tal y como se puede observar en la anotación inscrita en el Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio expedido el 17 de abril de 2023 que obra en el expediente.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual: **(i)** la señora Noredy Esther Lastra ya contaba con una serie de diagnósticos de: *“diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)”*, con anterioridad al mes de octubre de 2019, fecha en la que se perfeccionó el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 262 0000058805, y **(ii)** Eue 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. Esto último, 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 esta 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 la asegurada omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total

y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C-232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

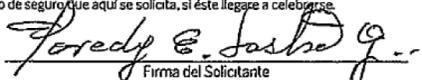
“Séptima. - Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.

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

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

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

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de las declaraciones de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que estas claramente incluyen varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto la asegurada, señora Carmela de Jesús, 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.

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)			Si	No
Estatura	1.55 cms	Peso	55 Kg	
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?				
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?				
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?				
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?				
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?				
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:				
* Soy consciente y he sido informado que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguros y acreerará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización				
No firme esta solicitud sin leer este texto				
Declaro que he leído, entiendo y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 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 consignada en esta solicitud, exime a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todas las respuestas aquí son exactas, completas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio. Artículo 1068 del Código de Comercio Terminación automática del Seguro. "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato". En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1991, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios designados, a mi cónyuge, a mis familiares 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 llegase a celebrarse.				
 Firma del Solicitante				
El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvaseguros.com.co y www.bbva.com.co				

Documento: Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora Noreddy Esther Lastra Gamero.

Transcripción literal: “¿Ha padecido o está en el tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?”

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que la señora Lastra Gamero había sido diagnosticada con “diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)”, faltó a la verdad al omitir contestar las preguntas que indagaban sobre la existencia de este problema de salud, (ii) que a pesar de que la señora Noreddy Esther había sido sometida a tratamientos para las enfermedades padecidas, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban sobre el particular, (iii) que a pesar de que la señora Lastra tenía antecedentes, contestó negativamente a las preguntas que indagaban sobre otro tipo de enfermedades no relacionadas en la declaración de asegurabilidad, (v) que si bien la hoy demandante padecía de sendas enfermedades, negó sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario.

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 de la asegurada. El aseguramiento la señora Lastra Gamero debe declararse nulo, debido a que aquella negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro, como se expone en el escrito de la demanda para el caso que nos ocupa, desconociendo la ubérrima buena fe que recae en cabeza de la señora Noredy Esther Lastra para el momento de la suscripción del contrato de seguro, en cumplimiento de sus deberes como consumidora financiera. Tal y como se expondrá a continuación, no solo 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 estos 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 estas 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”.

El citado artículo demuestra que es facultad de las aseguradoras la realización de exámenes médicos a sus clientes para verificar que la información otorgada por los mismos en la declaración de asegurabilidad es veraz, pues esta carga precontractual a cargo del tomador tiene estrecha relación con el principio de la *uberrimae bona fidei*, la razón de esto es que, en el contrato de seguros la compañía aseguradora no puede asumir los riesgos sin conocer el grado de peligrosidad que estos encierran, y la única fuente de conocimiento del estado del riesgo que el asegurador tiene es precisamente, la información que otorga el tomador, ya que se presupone que él tiene contacto directo con el mismo.

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.

Por su parte, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

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

*De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, **obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la celebración del contrato de seguro de vida.** Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (*uberrimae bona fidei*), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico⁷.*

⁷ 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.”

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que solo el 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 fundamentales⁸. 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 conocer⁹.” (Subrayado y negrita fuera del texto original)

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso como las compañías aseguradoras no se encuentran en la obligación de realizar ningún tipo de examen de ingreso ante la obligación en cabeza del tomador de declarar de manera sincera su estado de salud previo y actual para la suscripción del contrato de seguro, así:

*“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.**”¹⁰ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los

⁸ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁹ 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.

¹⁰ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreño Pérez. 14 Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁴, en donde estableció lo siguiente:

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

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

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

(...)

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

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 la ausencia de esta carga en cabeza de las compañías aseguradoras:

“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, **sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe...**¹¹(subrayado y negrita 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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, **el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines.** Como al asegurador no se le puede exigir que 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,*

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

*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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.** (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por el señor Arturo Díaz Murillo expediente No. 2016-0318 en relación con la realización de exámenes médicos por parte de las aseguradoras manifestó lo que a continuación se transcribe:

*“Así las cosas **no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o requerir la Historia clínica de la asegurada para verificar una enfermedad o condición que al momento de diligencia la solicitud sin salvedad manifestó la asegurada no padecer o ratificar un estado del riesgo que fue declarado bajo el supuesto ubérrima bona fide**” (Subrayado y negrita fuera del texto original)*

Asimismo, la Superintendencia Financiera de Colombia, Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en sentencia del 26 de Octubre de 2016 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por la señora Carmela Sofia Orozco contra el Banco Caja Social, expediente No. 2016-0367, se ha reconocido:

*“A la luz de las normas y el precedente judicial citado aunado al análisis del acervo probatorio se tiene que **la omisión de la información sobre el estado de salud tiene gran injerencia en el contrato de seguro cuyo cumplimiento persigue,** y es que se aseveró por la actora que su esposo había informado a la entidad aseguradora las enfermedades que padecía, **por el contrario de la solicitud denominada certificado individual, se extrae que el demandante suscribió el documento sin reparo alguno en su contenido, por lo que avaló con su firma las manifestaciones allí contenidas,** esto es, que su estado de salud era bueno, pese que las historias clínicas allegadas al plenario desmentían tal afirmación.*

*Se tiene que el demandante diligencia la declaración de asegurabilidad con el fin de ser incluido en la póliza de vida grupo deudores, luego al momento de adquirir el crédito fue indagado sobre su estado de salud, y manifestó gozar de un buen estado de salud, sobre el particular, debe señalarse que previo a suscribirse el contrato de seguro, el tomador está en la obligación de declarar los hechos y circunstancias que rodean su estado del riesgo con el fin de que se pueda dar a conocer su extensión y otorgar un consentimiento que no se encuentre errado: con motivo de la declaración en cita **se le permite a la aseguradora valorar oportunamente la conveniencia del riesgo para asumirlo o abstenerse de***

hacerlo de acuerdo con los presupuestos técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia en virtud de la libertad contractual, así las cosas en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias jurídicas que identifican el riesgo moral y subjetivo y el físico objetivo que inciden en el juicio del asegurador de tal manera que si se omiten o no corresponden a la realidad el contrato estaría sujeto a la ascensión legal de nulidad"
(Subrayado y negrita fuera del texto original)

Por lo anterior, no es admisible que los operadores judiciales y el extremo activo pretendan que, por cada contrato de seguro se realice un examen médico, pues es impensable y poco práctico, debido a que el funcionamiento de los contratos de seguro se perfecciona por prácticas distintas.

Lo anterior en virtud a que, si fuera obligación de las aseguradoras la realización de estos exámenes médicos, se omitiría la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad y no tendría fundamento alguno el artículo 1058 del Código de Comercio, que prevé la reticencia como causal relativa del contrato de seguro cuando el asegurado/tomador no declara el verdadero estado del riesgo, en otras palabras, dejaría de ser una obligación contractual para la parte asegurada declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, situación inviable para el presente negocio jurídico, pues la piedra angular de este tipo contractual es la *UBERRIMA BUENA FE "BONA FIDES"*.

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 estas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es este 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. Como se

configura en el presente caso ante la omisión a la verdad en la que incurrió la señora Noredy Esther Lastra al momento de la suscripción del aseguramiento.

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 esta 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 seguro¹².” (Subrayado y negrita fuera del texto original)

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 Gutiérrez¹³, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

“Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su

¹² 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.

¹³ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma». (Subrayado y negrita 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 este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae 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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**”.* (Subrayado y negrita fuera del texto original)

Ahora, si bien se tiene conocimiento de pronunciamientos constitucionales frente a la carga de la prueba de la mala fe, debe entenderse que en estos se está cometiendo un yerro, en la medida que la buena fe es exigible del asegurado en el momento precontractual de la declaración del estado del riesgo, y no cuando la aseguradora se encuentra demostrando la reticencia del contrato de seguro.

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

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

4. IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DEL DAÑO EMERGENTE.

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, se debe tener en cuenta que la parte actora pretende el reconocimiento de sendas sumas de dinero por concepto de daño emergente que a su arbitrio denomina “consolidado” y “futuro”, sin embargo, tal y como se explicará a continuación, los emolumentos anteriormente mencionados no pueden ser reconocidos en favor de la señora Noredy Esther Lastra Gamero, toda vez que no fue allegado con el acervo probatorio, documento alguno que lograra demostrar el presunto detrimento patrimonial de la señora Gamero. Por tanto, es evidente que no está acreditado que el extremo actor haya sufrido una afectación en su patrimonio.

La Honorable Corte Suprema de Justicia ha definido el daño emergente en los siguientes términos:

“De manera, que el daño emergente comprende la pérdida misma de elementos patrimoniales, las erogaciones que hayan sido menester o que en el futuro sean necesarios y el advenimiento de pasivo, causados por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad.

Dicho en forma breve y precisa, el daño emergente empobrece y disminuye el patrimonio, pues se trata de la sustracción de un valor que ya existía en el patrimonio del damnificado; en cambio, el lucro cesante tiende a aumentarlo,

corresponde a nuevas utilidades que la víctima presumiblemente hubiera conseguido de no haber sucedido el hecho ilícito o el incumplimiento.”¹⁴

Con fundamento de lo anterior, podemos concluir que el daño emergente comprende la pérdida de elementos patrimoniales causado por los hechos de los cuales se trata de deducirse la responsabilidad. Ahora bien, la parte demandante manifiesta como daño emergente la suma de SIETE MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE (\$7.431.240), y CUARENTA Y SEIS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL SETECIENTOS QUINCE PESOS M/CTE (\$46.970.715), las cuales ni siquiera se encuentran debidamente discriminadas ni amparada en facturas, soportes de pago o cualquier otro documento contable o equivalente a las luces del Estatuto Tributario o del Código de Comercio.

En este orden de ideas, es fundamental que el Despacho tome en consideración que la carga de la prueba de acreditar los supuestos perjuicios reside única y exclusivamente en cabeza de la parte demandante. En este sentido, si dicha parte no cumple con su carga, y en tal virtud, no acredita debida y suficientemente sus aparentes daños, es jurídicamente improcedente reconocer cualquier suma por dicho concepto. Esta teoría ha sido ampliamente desarrollada por la Corte Suprema de Justicia, debido a que, sobre este particular, ha establecido lo siguiente:

*“(…) aun cuando en la acción de incumplimiento contractual es dable reclamar el reconocimiento de los perjuicios, en su doble connotación de daño emergente y lucro cesante, no lo es menos que para ello resulta ineludible que el perjuicio reclamado tenga como causa eficiente aquel incumplimiento, **y que los mismos sean ciertos y concretos y no meramente hipotéticos o eventuales, teniendo el reclamante la carga de su demostración**, como ha tenido oportunidad de indicarlo, de manera reiterada.¹⁵” - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

Bajo esta misma línea, en otro pronunciamiento también ha indicado que la existencia de los perjuicios en ningún escenario se puede presumir, tal y como se observa a continuación:

*“Ya bien lo dijo esta Corte en los albores del siglo XX, al afirmar que **“(…) la existencia de perjuicios no se presume en ningún caso; [pues] no hay disposición legal que establezca tal presunción (…)**”¹⁶ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

¹⁴ Corte Suprema de Justicia. Sentencia del 07 de diciembre de 2017. M.P. Margarita Cabello Blanco. SC20448-2017

¹⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 15 de febrero de 2018. M.P. Margarita Cabello Blanco. Exp. 2007-0299.

¹⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 12 de junio de 2018. Mp Luis Armando Tolosa Villabona. EXP: 2011-0736.

Bajo estos derroteros, en el caso particular es completamente improcedente reconocimiento alguno a título de daño emergente, por cuanto no existe prueba cierta, clara y suficiente que acredite una afectación en el patrimonio de la señora Noredy Esther Lastra Gamero, en tanto no prueba la existencia del supuesto perjuicio y no acredita que haya incurrido en algún pago concerniente a esa tipología de daño. Así las cosas, las sumas solicitadas por el extremo actor no tienen sustento alguno.

En conclusión, en el caso de marras la parte demandante pretende estimar la cuantía del daño emergente sin que se observe dentro del plenario un esfuerzo probatorio encaminado a demostrar un detrimento patrimonial real. Es entonces evidente que en el presente caso no está probado mediante ningún medio probatorio que los actores hayan sufrido una afectación en su patrimonio, pues sus pretensiones están basadas exclusivamente sobre especulaciones. De este modo, dado que la parte actora no cumplió con la carga probatoria que le es exigible, el Honorable Despacho no tiene otra alternativa diferente que negar las pretensiones de la demanda.

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

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

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

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

En conclusión, dado que la señora Noredy Esther Lastra fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente su estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al omitir informar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, fueron indispensables para la calificación de su pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con el Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, y que, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a

pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

6. IMPOSIBILIDAD DE CONDENAR AL PAGO DE INTERESES MORATORIOS TODA VEZ QUE LA OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA NO HA NACIDO.

Es claro que para que nazca a la vida la obligación indemnizatoria y sobre todo condicional de mi representada, se requería que el asegurado cumpliera con la carga establece en el artículo 1077 del C.Co., ante la ausencia de acreditación de la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida no puede predicarse la existencia de obligación alguna y por ende tampoco puede considerarse que mi representada se encuentre en mora, dado que, no es posible predicarse la mora de una obligación inexistente, por lo dicho es claro que ningún respaldo encuentra la solicitud de pago de intereses de mora cuando la señora Noredy Esther Lastra Gamero fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, esto es no informó sus diagnósticos de “*diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad vascular periférica (...)*”, enfermedades que le fueron diagnosticadas de acuerdo con su historia clínica, el 22 de enero de 2018”. Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador. Por lo anterior mientras se encuentren insatisfechos los dos presupuestos anteriores no es posible afirmar que haya nacido obligación alguna y mucho menos que se encuentre insatisfecha.

Es decir se encuentra insatisfecho el cumplimiento de la acreditación del siniestro y la cuantía de la pérdida y que siendo estos dos elementos esenciales en los términos del artículo 1077 del C.Co., para acreditar el derecho a recibir una indemnización por parte del asegurador debe afirmarse enfáticamente que mientras no se pruebe tales presupuestos no es posible considerar que ha nacido a la vida jurídica la obligación indemnizatoria y sobre todo condicional de Allianz Seguros S.A. Por lo dicho, salta a la vista que ni de manera pre judicial ni siquiera en esta instancia la asegurada ha acreditado la ocurrencia del siniestro ni la cuantía de la pérdida, por ende no podría tampoco predicarse la mora de una obligación que no ha surgido como consecuencia de la misma omisión en la acreditación de las cargas del artículo 1077 del C.Co que se encuentra en cabeza de la señora Noredy Esther Lastra Gamero.

Ahora bien, debe dejarse claro que en el hipotético y remoto evento en que el Honorable Despacho considere que la indemnización es procedente y que existe obligación por parte de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A, se deberá tener en consideración que la certeza sobre dicho derecho sólo quedará probado al momento de proferirse sentencia, porque en ninguna medida la parte Demandante demostró de manera extrajudicial la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la pérdida,

por lo que si el Despacho encontrara sustento de tal pretensión es claro que ello implicaría que los presupuestos del artículo 1077 se demostraron en el curso del proceso, después de surtirse el debate probatorio y por ende no podría condenarse al pago de intereses moratorios desde el momento en que se efectuó una solicitud de indemnización (que no es en ninguna medida una reclamación) sino únicamente a partir de la decisión judicial.

Como sustento de lo anterior, se encuentra que la Corte Suprema de Justicia en cuanto al momento en el que se empiezan a causar los intereses moratorios, ha establecido en distintas oportunidades que éstos empiezan a causarse a partir de la ejecutoria del fallo judicial que da certeza a la obligación. Específicamente, en la reciente sentencia del 26 de mayo de 2021, en la que se indicó textualmente:

“Respecto del momento a partir del cual procedía disponer el pago de intereses moratorios, conforme al análisis que se dejó consignado al estudiarse el cargo segundo del recurso extraordinario de casación, al que se hace remisión expresa, se colige el desacierto de la fecha fijada por el a quo con tal fin -6 de septiembre de 2010-, misma señalada por el Tribunal, la cual, por ende, deberá modificarse, para disponer que la eventual causación de los indicados réditos, será a partir de la ejecutoria del presente fallo”¹⁷

Aunado al anterior pronunciamiento, es relevante resaltar cómo la Corte Suprema ha dicho que la sanción a la que corresponde los intereses de mora no puede ser aplicada de manera objetiva sino que debe atenderse al caso concreto a fin de evaluar el motivo de retardo en el pago, lo anterior en palabras de la Corte al indicar que:

“De igual modo, en providencia del 29 de abril de 2005, reiteró: “ a la luz de los principios generales relativos al retardo en el cumplimiento de las obligaciones, principios en los que claramente se sustenta el precepto contenido en el artículo 1080 del C. de Co., desde el momento en que de acuerdo con este precepto ha de entenderse que comienza la mora del asegurador, es decir desde el día en que la deuda a su cargo es líquida y exigible, o mejor, lo habría sido racionalmente si no hubiere diferido sin motivo legítimo la liquidación de la indemnización y el consiguiente pago, dicho asegurador, además de realizar la prestación asegurada, está obligado al resarcimiento de los daños”

Los fragmentos jurisprudenciales que acaban de citarse explican que la aseguradora sólo incurre en mora cuando no paga la indemnización dentro del mes siguiente a la fecha de la reclamación, si ésta se ha hecho debidamente por el asegurado y con el cumplimiento de las carga probatorios sobre la existencia del siniestro y el valor del daño.

¹⁷ Corte Suprema de Justicia. Sentencia SC1947-2021. M.P. Álvaro Fernando García Restrepo. 26 de mayo de 2021.

Pero esta sanción-ha afirmado esta Corte-no se impone de manera objetiva, pues para que haya lugar a ella es necesario que la falta de pago de la indemnización carezca de causa justificada o le sea imputable al asegurador, por lo que el juez deberá entrar a valorar en todos los casos el motivo de retraso en la liquidación. En ese orden- prosiguió esta corporación- si la excusa de la aseguradora consiste en que no fue posible determinar el monto del daño, y logra probar ese hecho en el proceso, entonces no habrá lugar a imponerle sanción alguna, porque es claro que la falta de satisfacción oportuna de la obligación no se debió a su culpa, tal como ha sido explicado por esta sala: “En consecuencia, el monto líquido de la prestación es presupuesto estructural de la obligación de pagar el capital asegurado y de la mora (in illiquidis mora non fit), razón por la cual, en ausencia de comprobación, no es exigible ni la indemnización ni la sanción moratoria¹⁸. (Sentencia de 27 de agosto de 2008.Exp- 1997-14171-01”

Lo anterior, deja claro que únicamente con la decisión final que adopte el juzgador se podrá establecer si efectivamente se cumplen las cargas del artículo 1077 del C.Co y en efecto se otorgará certeza al derecho pretendido, por lo que de ninguna manera se podría condenar al pago de intereses moratorios desde que el demandante efectuó la solicitud de indemnización comoquiera que tal pedimento nunca se constituyó en una verdadera reclamación que acreditara los dos presupuestos antes enunciados. Luego, antes de proferirse el fallo no existe certeza sobre la obligación presuntamente pendiente de indemnizar.

Por lo anteriormente expuesto, solicito al Despacho declarar probada esta excepción.

7. 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. Dicho precepto establece lo siguiente:

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

¹⁸ Corte Suprema de Justicia, sentencia SC 5681 de 2018, MP. Ariel Salazar Ramírez

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

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

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

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

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

La primera, según se acotó en líneas anteriores, de stirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y “toda clase de personas” –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el 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.”¹⁹ (Subrayado fuera del texto original)

¹⁹ 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 caso de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C.Co.

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

8. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

Solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del Accionante (1081 C. Co.).

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

V. EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA DEUDOR No. 02 262 0000058805.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

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

2. EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha del fallecimiento.

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

3. EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

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

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

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.²⁰ (...)

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

(...) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o

²⁰ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

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.²¹ (...)

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. **9622617546. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco BBVA Colombia. 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.

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.

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por la señora Noredy Esther Lastra Gamero que se relaciona con el crédito No. 0013-0158-00-9622617546.
- 1.2. Condicionado General del Contrato de Seguro Póliza Vida Deudor No. 02 262 0000058805.
- 1.3. Certificación del estado actual de la Póliza de Seguro Vida Deudor No. 02 262 0000058805, en donde figura como asegurada la señora Noredy Esther Lastra.

²¹ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

- 1.4. Derecho de petición enviado al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio – Fomag, a fin de obtener la historia clínica de la señora Noredy Esther Lastra, valoradas para la elaboración del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- 1.5. Derecho de petición enviado a la Unión Temporal del Norte Región 6, a fin de obtener la historia clínica de la señora Noredy Esther Lastra.
- 1.6. Derecho de petición enviado a la Organización Clínica General del Norte, a fin de obtener la historia clínica de la señora Noredy Esther Lastra.

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

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **NOREDY ESTHER LASTRA GAMERO**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación, y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. La señora Lastra Gamero, podrá ser citada en la dirección de notificación que relaciona en su líbelo.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado en el artículo 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA SA**, para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de la Póliza de Seguro Vida Deudor.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **ALEXANDRA QUECANO**, Gerente Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en

caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora Noredy Esther Lastra. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora Noredy Esther Lastra, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el entonces 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.

- 4.2. Solicito se sirva citar a la doctora a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora Noredy Esther Lastra. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora Noredy Esther Lastra, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas por el entonces 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.

- 4.3. Solicito se sirva citar a la Doctora **ANA MARÍA BARÓN MENDOZA**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de derecho y de la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, sus exclusiones, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, vigencia, coberturas, exclusiones, etc., de los

Contratos de Seguro objetos del presente litigio. La Doctora podrá ser citada en el correo electrónico abmendoza@gmail.com.

No obstante, comedidamente solicito al honorable Juez que, en aplicación de los artículos 103, 171 y siguientes del C.G.P., se autorice a los testigos en mención para comparecer ante su Despacho de forma remota en ejercicio del uso de las tecnologías de la información, de las comunicaciones y/o medios electrónicos, con el objetivo de facilitar y agilizar el acceso a la administración de justicia, así como ampliar su cobertura. Lo anterior, como quiera que los testigos actualmente se encuentran domiciliados y además residen en la ciudad de Bogotá.

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 **A LA ACCIONANTE**, señora Noredy Esther Lastra Gamero, para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora Noredy Esther Lastra Gamero, identificada con cédula de ciudadanía No. 22.429.831, desde el año 2018 hasta el año 2023.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Solicitud elevada por de la señora Noredy Esther Lastra ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que la señora Noredy Esther Lastra inició los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y pérdidas de capacidad previas que la señora Noredy Esther Lastra sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Individual; y así mostrar la reticencia con que la accionante 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 estos.

Adicionalmente, el propósito de esta exhibición de documentos es conocer la fecha en la que la señora Noredy Esther Lastra inició los trámites que derivaron en su calificación de pérdida de capacidad laboral del 17 de abril de 2023. Como consecuencia, resulta indispensable que dichos documentos se exhiban en la etapa procesal pertinente.

Los mencionados documentos se encuentran en poder del Accionante, como quiera que como afiliado 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.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora Noredy Esther Lastra Gamero, identificada con cédula de ciudadanía No. 22.429.831, desde el año 2018 hasta el año 2023.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Solicitud elevada por de la señora Noredy Esther Lastra ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que la señora Noredy Esther Lastra inició los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías que la señora Noredy Esther Lastra sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Individual; y así mostrar la reticencia con que la accionante 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 estos. El **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG** puede ser notificado en la Calle 72 # 10 - 03 Bogotá D.C. o en la dirección electrónica: notjudicial@fiduprevisora.com.co

Los mencionados documentos se encuentran en poder del FOMAG, como quiera que, al tratarse de un régimen especial, es ésta la entidad que conoce la información de salud de la señora Noredy Esther Lastra Gamero y es quien tiene acceso a documentos que

gozan de reserva tales como la historia clínica, así como también, el dictamen que lo ha calificado y el expediente médico. Por tal razón solicito respetuosamente a su Despacho ordene exhibirlos en la oportunidad procesal pertinente.

5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **CLÍNICA GENERAL DEL NORTE** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora Noredy Esther Lastra Gamero, identificada con cédula de ciudadanía No. 22.429.831, desde el año 2018 hasta el año 2023.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Solicitud elevada por de la señora Noredy Esther Lastra ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que la señora Noredy Esther Lastra inició los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías que la señora Noredy Esther Lastra sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Individual; y así mostrar la reticencia con que la accionante 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 estos. La **CLÍNICA GENERAL DEL NORTE** puede ser notificada en la CALLE 57 N° 25-105 de Barranquilla, o en la dirección electrónica: coordsiauatlr6@clinicageneraldelnorte.com;

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la precitada como quiera que, al tratarse de un régimen especial, es ésta la entidad que conoce la información de salud de la señora Noredy Esther Lastra Gamero y 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.

5.4. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la **UT NORTE REGIÓN 6** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora Noredy Esther Lastra Gamero, identificada con cédula de ciudadanía No. 22.429.831, desde el año 2018 hasta el año 2023.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Solicitud elevada por de la señora Noredy Esther Lastra ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que la señora Noredy Esther Lastra inició los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías que la señora Noredy Esther Lastra sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza Vida Individual; y así mostrar la reticencia con que la accionante 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 estos. La **UT NORTE REGIÓN 6** puede ser notificada en la CALLE 57 N° 25-105 de Barranquilla, o en la dirección electrónica: coordsiauatlr6@clinicageneraldelnorte.com;

Los mencionados documentos se encuentran en poder de la precitada como quiera que, al tratarse de un régimen especial, es ésta la entidad que conoce la información de salud de la señora Noredy Esther Lastra Gamero y 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.

6. **OFICIOS**

6.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie al **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora Noredy Esther Lastra Gamero, identificada con cédula de ciudadanía No. 22.429.831, desde el año 2018 hasta el año 2023.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.

- Solicitud elevada por de la señora Noredy Esther Lastra ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que la señora Noredy Esther Lastra inició los trámites de calificación.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que fue la encargada de realizar el dictamen de pérdida de capacidad laboral de la accionante, tal como se puede observar en los documentos arrimados al proceso. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que la señora Lastra Gamero sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. El **FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO – FOMAG** puede ser notificado en la Calle 72 # 10 - 03 Bogotá D.C. o en la dirección electrónica: notjudicial@fiduprevisora.com.co

6.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la **UT NORTE REGIÓN 6** para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora Noredy Esther Lastra Gamero, identificada con cédula de ciudadanía No. 22.429.831, desde el año 2018 hasta el año 2023.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Solicitud elevada por de la señora Noredy Esther Lastra ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que la señora Noredy Esther Lastra inició los trámites de calificación.

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.

La UT NORTE REGIÓN 6 puede ser notificada en la CALLE 57 N° 25-105 de Barranquilla, o en la dirección electrónica: coordsiauatlr6@clinicageneraldelnorte.com;

6.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie a la CLÍNICA GENERAL DEL NORTE para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora Noredy Esther Lastra Gamero, identificada con cédula de ciudadanía No. 22.429.831, desde el año 2018 hasta el año 2023.
- Copia íntegra del Formato para el Dictamen Médico Legal de la Pérdida de Capacidad Laboral o del Estado de Invalidez para los Educadores Afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio.
- Solicitud elevada por de la señora Noredy Esther Lastra ante la Junta Médico Laboral con el fin de iniciar sus trámites de calificación.
- Informe la fecha en que la señora Noredy Esther Lastra inició los trámites de calificación.

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.

La CLÍNICA GENERAL DEL NORTE puede ser notificada en la CALLE 57 N° 25-105 de Barranquilla, o en la dirección electrónica: coordsiauatlr6@clinicageneraldelnorte.com;

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

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías de la señora Noredy Esther Lastra Gamero 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 la señora Muñoz 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 C. Co., son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica completa del Asegurado.

Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte Demandante y de las entidades e instituciones prestadoras de salud del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, 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.

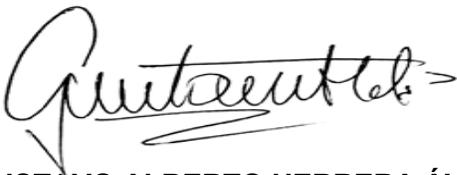
ANEXOS

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

NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Av. 6A Bis #35N-100, Oficina 212, Cali, Valle del Cauca, Centro Empresarial Chipichape, o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co
- Mi procurada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados, en Bogotá defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co
- La Demandante y su apoderado recibirán notificaciones en las direcciones que relacionan en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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

Seguros

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito Año / Mes / Día	Oficina	Ciudad
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde Año / Mes / Día
		Vigencia hasta Fin del crédito o fin de plazos

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos ROBERTO ESTEBAN VASQUEZ GARRERO		Identificación 22.429.831	Edad 63
Dirección CALLE 41 # 70-25		Teléfono 301 7230971	Ciudad BAMANGUA
Fecha de nacimiento 1951 / 01 / 15	Genero M	Ocupación/Profesión Pensionada	

Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo).

Nombres Completos e Identificación	Parentesco	% Participación

Información Adicional

Nombre de la E.P.S. a la que se encuentra afiliado: **Medio P**

¿Tiene medicina prepagada o plan complementario? Si No ¿Cuál?

Todas las preguntas deben ser contestadas a mano por el asegurado en forma clara sin usar rayas ni comillas

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura 1.55 cms	Peso 55 Kg	Si	No
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatia?			
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			
¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?			
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			

Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:

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

No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro la cual es veraz y verificable. Autorizo a actualizar la información personal, comercial y financiera, por lo menos una vez al año o cada vez que así lo solicite BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. entregando los soportes y documentos correspondientes. Se informa que es facultativo que responda preguntas sobre datos sensibles (salud, sexo, religión, entre otros) o sobre menores de edad. Sus derechos son los previstos en la Constitución y las leyes 1266 de 2008 y 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 verdicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio. Artículo 1068 del Código de Comercio Terminación automática del Seguro "La mora en el pago de la prima o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados por ocasión de la expedición del contrato". 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 designados, a mi cónyuge, a mis familiares 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.

Roberto E. Vasquez G.
Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición, a través de las páginas: www.bbvaseguros.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 ésta 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. Suscribí el presente documento como constancia de aceptación del presente seguro.

Para constancia se firma en **BAMANGUA** a los **07** días del mes de **04** de **2021**

Roberto E. Vasquez G. Firma del Solicitante

[Firma Autorizada] Firma Autorizada

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3438385, e-mail defensora.bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983.

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)

Tasa	Extra Prima	Anexo ITP	Valor Asegurado	Número de Obligación
%	%	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Prima Mensual \$	Periodicidad	Vr. Prima Total \$		

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300110236201589622617546



BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
Nit. 800.240.882 - 0

CERTIFICA:

Que: El (la) Señor (a) **NOREDY ESTHER LASTRA GAMERO**, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **22.429.831**, adquirió la obligación No. **0013-0158-00-9622617546** con el Banco BBVA Colombia, la cual se encuentra asegurada bajo la Póliza de Seguro **Vida Deudor** No. **02 262 0000058805**, certificado No. **0013-0158-61-4018788523**, con una periodicidad de pago mensual vencido y bajo las siguientes coberturas:

AMPARO	VR. ASEGURADO
Vida (Muerte por cualquier causa)	\$55.000.000,00
Incapacidad total y permanente	\$55.000.000,00

La póliza fue emitida con fecha 21/10/2019 y actualmente se encuentra vigente, (Adjuntamos Clausulado).

Se expide la presente certificación en la ciudad de Bogotá D.C., a los trece (13) días del mes de octubre del año dos mil veintitrés (2023).

Cordialmente,



BBVA Seguros de Vida Colombia S.A | Servicio al cliente.

Tel: 601 - 307-80-80 | 01-8000-934-020 | clientes@bbvaseguros.com.co

BBVA Seguros - Carrera 9 No 72 - 21 Piso 8 Bogotá Colombia

Elaborado por: FR

Se adjunta copia del Clausulado con condiciones generales de la póliza.

-Artículo 1068 del Código de Comercio. -Terminación Automática del contrato de Seguros "La mora en el pago de la prima de la póliza 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 la ocasión de la expedición de contrato".

"En nombre de BBVA SEGUROS reiteramos nuestro interés en servirle cada día mejor, por lo cual quedamos atentos a atender sus solicitudes y a resolver sus inquietudes a través de nuestra línea de servicio al Cliente en Bogotá al 307 8080 y a nivel nacional al 01 800 09 34020. También podrá acudir a nuestro Defensor del Consumidor Financiero, cuya función es la de ser vocero de los clientes o usuarios ante BBVA SEGUROS, así como conocer y resolver de manera objetiva y gratuita las quejas relativas a la prestación del servicio. Para este efecto debe enviar una solicitud escrita al Dr. Guillermo Dajud Fernández, Defensor del Consumidor Financiero principal, o a su suplente, Dr. Ángela Lucia Bibiana Gómez de lunes a viernes a la Carrera 9 No. 72-21 Piso 2º, en Bogotá, D.C.; teléfono 343 8385, fax 343 8387, por correo electrónico al e-mail: defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co o directamente en cualquiera de las oficinas de BBVA SEGUROS.



Seguros

Dicha solicitud debe contener los nombres y apellidos completos del reclamante, su documento de identidad, domicilio y dirección o e-mail para recepción de la correspondencia, número de teléfono y/o fax, y una descripción de los hechos y derechos que se consideren vulnerados.”

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES BANCASEGUROS

AMPARO BÁSICO

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

EXCLUSIONES

EL AMPARO BÁSICO NO CONTEMPLA EXCLUSIONES

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA – EL TOMADOR

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

CLÁUSULA SEGUNDA – GRUPO ASEGURADO

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

CLÁUSULA TERCERA – PAGO DE PRIMAS

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

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

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

CLÁUSULA CUARTA – FRACCIONAMIENTO DE PRIMAS

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

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

CLÁUSULA QUINTA – REVOCACIÓN DEL CONTRATO

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

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

CLÁUSULA SEXTA – DECLARACIÓN INEXACTA O RETICENTE

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

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

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

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

CLÁUSULA SÉPTIMA - IRREDUCTIBILIDAD

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

CLÁUSULA OCTAVA – TERMINACIÓN DEL AMPARO BÁSICO

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

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

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

CLÁUSULA NOVENA – RENOVACIÓN

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

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

CLÁUSULA DÉCIMA- CONVERTIBILIDAD

Los asegurados que se separen del grupo tendrán derecho a asegurarse sin nuevos requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo esta póliza, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro individual de los que emite “LA COMPAÑÍA”, con excepción de los planes

temporales o crecientes, siempre y cuando lo solicite dentro de un mes contado a partir de su retiro del grupo asegurado. El seguro individual se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado y su ocupación en la fecha de solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirán los certificados individuales con la clasificación impuesta bajo la póliza de grupo y la extra-prima que corresponda.

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

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA- INEXACTITUD DE LA DECLARACIÓN DE LA EDAD

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

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

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

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

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

Cuando no se designen los beneficiarios o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos

legales de esté en la otra mitad. Igual solución se les dará si la designación del beneficiario ha sido a título gratuito y ocurre uno de los eventos siguientes: Si el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero y si la designación ha sido a título oneroso y ocurre cualquiera de los dos últimos eventos mencionados, el seguro será provecho únicamente de los herederos del beneficiario.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – AVISO DE SINIESTRO

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

El asegurado, tomador o beneficiario podrá reportar en línea el siniestro mediante:

Correo electrónico: siniestros.co@bbva.com
Línea nacional: 018000934020
Línea en Bogotá: 3078080

Si el siniestro se reporta por medio del correo electrónico mencionado anteriormente, para mayor agilidad y claridad, el asunto del correo se debe identificar como: Aviso de Siniestro, nombre de producto a reclamar, número de la póliza a reclamar, nombre completo del cliente y número del documento de identificación.

En este correo se debe hacer una breve descripción de los hechos que generaron el evento o la pérdida, la fecha y lugar de ocurrencia.

Sin perjuicio de la libertad probatoria que asiste, el asegurado, tomador o beneficiario deberá brindar los siguientes documentos, teniendo en cuenta el amparo presentado:

VIDA: Carta de reclamación formal o correo de aviso de siniestro, Registro civil de defunción, Epicrisis sobre la causa de fallecimiento.

ITP: Dictamen de calificación.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA– PAGO DE INDEMNIZACIONES

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

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

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

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

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA– DERECHOS DE INSPECCIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA- ADHESIÓN

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

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA- NOTIFICACIONES

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

CLÁUSULA VIGÉSIMA- PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA- DISPOSICIONES LEGALES

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA- OBLIGACIONES DEL TOMADOR / ASEGURADO

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

CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA- DOMICILIO

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

ANEXO PARA PÓLIZA DE DEUDORES

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

AMPARO

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

CAUSALES DE TERMINACIÓN

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

CONDICIONES PARTICULARES

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

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

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

ANEXO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

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

1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si durante la vigencia de la póliza a la cual accede y antes de cumplir el asegurado la edad definida en las condiciones generales y particulares de la póliza, si como asegurado sufre una incapacidad que impida de en forma total y permanente realizar cualquier tipo de actividad u ocupación siempre que no haya sido provocada por el asegurado la compañía pagará el 100% del valor asegurado.

Para los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente, aquella incapacidad sufrida por el asegurado dentro de los límites de edad establecidos en las condiciones particulares del presente anexo, originada por cualquier causa, sin ningún tipo de salvedades o limitaciones, que le genere al asegurado una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, sea cual fuere su régimen, naturaleza, incluyendo todo tipo de preexistencias, incluso la causada intencionalmente por este, y que se encuentre determinada, sin limitarse por cualquiera de las siguientes entidades: la ARL, la EPS, la AFP del Asegurado, las compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez o sobrevivencia, la Junta Regional o Nacional de Calificación de invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía, el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía o por parte de organismos debidamente facultados por la Ley que califiquen regímenes especiales.

La fecha de ocurrencia del siniestro en los eventos de incapacidad total y permanente será la fecha de la calificación de pérdida de capacidad laboral, de acuerdo con lo señalado en el dictamen de calificación.

2. CONVERTIBILIDAD

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

**Poder BBVA Seguros Colombia S.A - DEMANDANTE: NOREDY ESTHER LASTRA GAMERO -
RADICACIÓN: 080014053014-2023-00850-00**

danielaalejandra.lombana.contractor@bbva.com <danielaalejandra.lombana.contractor@bbva.com>

en nombre de

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

Miércoles 01/05/2024 21:22

Para:CMUN14ba@cendoj.ramajudicial.gov.co <CMUN14ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC:CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@gmail.com <CRISTIANSANJUANELO.ABOGADO@gmail.com>;Notificaciones GHA <notificaciones@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (494 KB)

PODER CASO NOREDY ESTHER LASTRA GAMERO.pdf; CERTIFICADO SIF - BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A..pdf;

Señores

JUZGADO 14 CIVIL MUNICIPAL DE BARRANQUILLA

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL
RADICADO: 080014053014-2023-00850-00
DEMANDANTE: NOREDY ESTHER LASTRA GAMERO
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

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

Señores

JUZGADO 14 CIVIL MUNICIPAL DE BARRANQUILLA

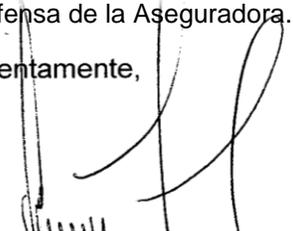
E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL
RADICADO: 080014053014-2023-00850-00
DEMANDANTE: NOREDY ESTHER LASTRA GAMERO
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

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

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

Atentamente,



FELIPE GUZMÁN ALDANA
Representante Legal.

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Acepto,

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

Certificado Generado con el Pin No: 2400137515452994

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

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

EL SECRETARIO GENERAL

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

CERTIFICA

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

NIT: 800240882-0

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Certificado Generado con el Pin No: 2400137515452994

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

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

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

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

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

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

Certificado Generado con el Pin No: 2400137515452994

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

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

individual, seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia.

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

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

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

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

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

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

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

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



NATALIA CAROLINA GUERRERO RAMÍREZ
SECRETARIA GENERAL

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