

Señores

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES
E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL
RADICACIÓN: 2024044372-005-00
EXPEDIENTE: 2024-6324
DEMANDANTE: LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE 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, actuando en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal y como se acredita con el poder y el certificado de existencia y representación legal que obran en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por el Doctor Felipe Guzmán Aldana, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por Luis Guillermo Lindarte Velásquez en contra de BBVA Seguros De Vida Colombia S.A., anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

SOLICITUD PRELIMINAR DE SENTENCIA ANTICIPADA

De conformidad con las disposiciones de orden público contenidas en el artículo 278 del Código General del Proceso, y en consideración a los principios de economía procesal y legalidad comedidamente se solicita al Despacho proferir sentencia anticipada comoquiera que se encuentra vastamente acreditada la configuración de la prescripción de la acción de protección al consumidor del numeral 3 del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011.

La norma aludida del Código General del Proceso, fija para el juzgador el deber de proferir sentencia anticipada, cuando se encuentre probada, entre otras excepciones, la de prescripción, tal como se indica a continuación:

“ARTÍCULO 278. CLASES DE PROVIDENCIAS Las providencias del juez pueden ser autos o sentencias.

(...)

En cualquier estado del proceso, el juez deberá dictar sentencia anticipada, total o parcial, en los siguientes eventos:

(...)

3. Cuando se encuentre probada la cosa juzgada, la transacción, la caducidad, la prescripción extintiva y la carencia de legitimación en la causa.” (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta indispensable tomar en consideración que en el presente caso nos encontramos ante una clara prescripción de la Acción, comoquiera que la Póliza VGDB-221 en donde el señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ figuraba como asegurado, tuvo su vigencia desde el 25 de octubre de 2019 hasta el día 09 de febrero de 2022. Por ende, en el caso de marras el accionante tenía un plazo máximo para promover la Acción de Protección al Consumidor Financiero ante esta honorable Superintendencia, hasta el 09 de febrero de 2023. Sin embargo, esto no sucedió, sino que la demanda fue radicada hasta el 02 de abril de 2024, fecha para la cual ya se encontraba prescrita la Acción de protección al consumidor financiero, pues ya había transcurrido más de 1 año desde que ocurrió la terminación del contrato de seguro.

De conformidad con lo anterior, se arriba a la inexorable conclusión de que el término máximo que le asistía al demandante para pretender la afectación del seguro y el pago del mismo por medio de la acción de protección al consumidor de que tiene competencia esta Delegatura, no podría superar el 9 de febrero de 2023 por expresa disposición del artículo 58 de la Ley 1480 de 2011. Incluso, la solicitud de indemnización efectuada por el demandante el 27 de julio de 2023 no fue capaz de interrumpir el termino prescriptivo, en la medida en que aquel ya se había consolidado desde el 9 de febrero de 2023. Por estos argumentos, es claro que sin lugar a duda la acción de protección al consumidor se encuentra prescrita y este honorable despacho debe proferir sentencia anticipada favorable para BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Frente al hecho 1: Teniendo en cuenta que son varias las manifestaciones que aquí se presentan, procedo a pronunciarme así:

- A mi mandante no le consta de manera directa las situaciones en que se ajustó el contrato de mutuo entre el demandante y el Banco BBVA Colombia S.A., puesto que aquella es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto.

- Es cierto que el señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ suscribió un contrato de seguro con mi representada, con el fin de cubrir los riesgos de muerte o incapacidad total y permanente y en calidad de beneficiario se designó al Banco BBVA.

Sin embargo, desde este momento el honorable delegado debe tener en cuenta que el contrato de seguro en el cual finca su pretensión el señor Lindarte tuvo una vigencia desde el 25 de octubre de 2019 hasta el 7 de febrero de 2022, por ende la parte demandante contaba con un año después de la terminación del contrato para promover la acción de protección al consumidor financiero, sin embargo la demanda solo se presentó hasta el 1 de abril de 2024, por ende operó la prescripción, situación que impedirá que se acceda a las pretensiones de la demanda.

Frente al hecho 2: Es parcialmente cierto, debe decirse que si bien es cierto que al señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ le fue realizada una junta medica laboral de retiro en donde se emitió un concepto de calificación de disminución de la capacidad laboral, debe advertirse que el accionante tuvo conocimiento del resultado de esta precisamente el día 07 de mayo de 2021 y no el 06 de octubre de 2021 como se describe. Por lo anterior, incluso es evidente que desde dicha calenda operó la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro prevista en el artículo 1081 del C.Co. razón suficiente para negar las pretensiones.

Frente al hecho 3: No es cierto tal como se redacta el hecho. Para claridad del despacho se precisa entonces el contenido del clausulado aplicable a la Póliza Grupo Deudores No. VGDB-221 con vigencia desde el 25 de octubre de 2019 hasta el día 09 de febrero de 2022, la cual establece en su amparo de incapacidad total y permanente:

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.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

“Documento: *Condicionado aplicable a la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores Bancaseguros.*

Es así que las condiciones aplicables al amparo en comento son sustancialmente diferentes a las descritas por el accionante, dejando de lado un dato de suma relevancia como el contenido en dicho amparo y que hace referencia a la fecha del siniestro la cual corresponde a la fecha de emisión de la correspondiente calificación.

Frente al hecho 4: Teniendo en cuenta que son varias las manifestaciones que aquí se presentan, procedo a pronunciarme así:

- No le consta a mi representada lo referenciado en el hecho en cuanto a que el accionante haya elevado una solicitud directamente ante el Banco BBVA Colombia S.A, pues debe tener presente la Honorable Superintendencia debe tener en cuenta que dicha entidad es diferente de mi representada, sin embargo, en el plenario se observa una solicitud de fecha 27 de julio de 2023.
- Es cierto lo indicado en el hecho por el accionante citando un aparte del escrito con fecha del 29 de septiembre de 2023 emitido por BBVA Seguros S.A. dentro del cual se objetó formalmente y con el debido sustento la solicitud relacionada con el amparo de incapacidad total y permanente contenido dentro de la Póliza Grupo Deudores No. VGDB-221 con vigencia desde el 25 de octubre de 2019 hasta el día 09 de febrero de 2022.

Frente al hecho 5: No es cierto tal como se redacta el hecho. Para claridad del despacho se precisa que la compañía aseguradora ha realizado una correcta interpretación del evento, en atención al contenido del clausulado aplicable a la Póliza Grupo Deudores No. VGDB-221 con vigencia desde el 25 de octubre de 2019 hasta el día 09 de febrero de 2022, la cual establece en su amparo de incapacidad total y permanente:

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.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

“Documento: *Condicionado aplicable a la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores Bancaseguros.*

Transcripción parte esencial: *La fecha del siniestro será la fecha de emisión de la correspondiente calificación.*

Así pues, la calificación de pérdida de capacidad laboral del señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ emitida por la Dirección de Sanidad del Ejército Nacional se produjo el 07 de mayo de 2021, por lo que se emitió la objeción respectiva con argumentos de fondo en atención a las condiciones pactadas dentro del contrato de seguro. En otras palabras, el termino de prescripción

ordinaria prevista en el artículo 1081 del C.Co. se había consolidado por el paso del tiempo sin que se ejerciera la correspondiente acción. Ahora bien, no puede perderse de vista que la parte demandante tiene la facultad de decidir la senda por la cual encausará sus pretensiones y para el efecto el señor Luis Lindarte decidió promover la acción de protección al consumidor financiero para cuyo ejercicio se le concede el término de un año desde la finalización del contrato, por lo tanto solo hasta el 7 de febrero de 2023 se extendía su plazo para ello, pero como consta en el plenario la demanda tan solo se radicó hasta el 1 de abril de 2024 por lo que debe declararse la prescripción que contempla la ley 1480 de 2011.

Frente al hecho 6: Lo dispuesto en este numeral no corresponde a un hecho sino a una mera apreciación del contenido de una norma por parte del apoderado.

Frente al hecho 7: Lo dispuesto en este numeral no corresponde a un hecho sino a una mera apreciación del contenido de una norma por parte del apoderado para pretender excusar el fenómeno de la prescripción, sin embargo, es claro que al margen de los recursos que se pudieran ejercer en contra de dicha calificación, el hecho de la invalidez se conoce desde el preciso momento en que se emite la junta medico laboral, contrario es el evento en el que la persona es calificada con menos del 50% y ejerce los recursos de ley para incrementar ese porcentaje, evento que no es el aplicable al caso de marras, por ende desde el 7 de mayo de 2021 se había certificado por la entidad competente la condición de invalidez del demandante y por consiguiente desde aquel momento empezó a correr el termino de prescripción consagrado en el artículo 1081 del C.Co. dejando pasar el tiempo sin ejercer las acciones judiciales correspondientes.

Frente al hecho 8: No es cierto, el fenómeno prescriptivo del que trata el artículo 1081 del C.Co. empieza a correr desde el 7 de mayo de 2021 fecha en que se emitió por parte de la junta médica el porcentaje de pérdida de capacidad laboral del señor Lindarte.

Pese a lo anterior debe reiterarse que el demandante decidió acudir ante esta honorable superintendencia para ejercer la acción de protección al consumidor, para la cual se prevé un término de prescripción específico contemplado en el artículo 58 de la Ley 1480 de 2011, pues tratándose de controversias netamente contractuales, el interesado tan solo cuenta con el término de un año para ejercer este tipo de acción, desde la finalización del contrato. Es así que en atención a lo dispuesto por la normatividad vigente y aplicable al caso que nos ocupa, el accionante tenía un plazo máximo para promover la Acción de Protección al Consumidor Financiero hasta el día 09 de febrero de 2023, es decir, exactamente un año después de la finalización del contrato de seguro, lo cual ocurrió día 09 de febrero de 2022. Sin embargo, dicha situación no se cumple bajo este criterio de análisis, por lo que en el presente asunto ha operado la prescripción de la acción.

Frente al hecho 9: No es un hecho es una mera apreciación subjetiva del apoderado de la parte demandante, que en todo caso se torna inane porque en este caso lo cierto es que operó la prescripción de la acción de protección al consumidor financiero, toda vez que no se interpuso la demanda dentro del año siguiente a la terminación del contra de seguro.

Frente al hecho 10: No es cierto, tratándose de la acción de protección al consumidor financiero lo realmente relevante es definir si transcurrió más de un año desde la finalización del contrato hasta la fecha de radicación de la demanda, pues no puede pasarse por alto que esta es la senda que escogió la parte demandante para solicitar la declaratoria de sus pretensiones. Luego, es aplicable la disposición contenida en el numeral 3 del artículo 58 de la ley 1480 de 2011, lo que implica que el señor Lindarte solo tenía hasta el día 09 de febrero de 2023 para promover la demanda, es decir, exactamente un año después de la finalización del contrato de seguro, el cual como ya se indicó terminó el día 09 de febrero de 2022. Sin embargo, dicha situación no se cumple bajo este criterio de análisis. En conclusión, en el presente caso ha operado la prescripción de la acción de protección al consumidor financiero.

Frente al hecho 11: No es cierto, se itera que tratándose de un asunto que el demandante decidió ventilar ante esta delegatura de la Superintendencia Financiera, el término aplicable es la disposición contenida en el numeral 3 del artículo 58 de la ley 1480 de 2011, lo que implica que el señor Lindarte solo tenía hasta el día 09 de febrero de 2023 para promover la demanda, es decir, exactamente un año después de la finalización del contrato de seguro, el cual como ya se indicó terminó el día 09 de febrero de 2022. Sin embargo, dicha situación no se cumple bajo este criterio de análisis. En conclusión, en el presente caso ha operado la prescripción de la acción de protección al consumidor financiero.

Frente al hecho 12: No me consta lo referenciado en el hecho, entre tanto se precisan supuestas actuaciones relacionadas con una sociedad ajena al giro normal de los negocios de mi representada, por lo que cualquier clase de comunicación emitida por la misma es por demás ajena al conocimiento de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el Demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que (i) la acción de protección al consumidor financiero está prescrita y (ii) incluso operó la prescripción prevista en el artículo 1081 del C.Co. y (iii) de todas maneras el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ

debe ser declarado nulo según los términos del artículo 1058 del C.Co., como consecuencia de la reticencia con la que el mentado señor suscribió el certificado individual de seguro.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN “1”: Me opongo a la PRIMERA 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 vinculado a la obligación número 0013-0158-68-4009500703, contraída por LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ, ante una clara prescripción de la Acción de protección al consumidor financiero, comoquiera que el contrato de seguro tuvo su vigencia desde el 25 de octubre de 2019 y terminó el día 09 de febrero de 2022, razón por la cual en atención a las directrices contenidas en la Ley 1480 de 2011 en su artículo 58 numeral 3, el accionante tenía un plazo máximo para promover la Acción de Protección al Consumidor Financiero ante la honorable Superintendencia, hasta el día 09 de febrero de 2023, es decir, exactamente un año después de la finalización del contrato de seguro, no obstante la misma se presentó para su admisión el día 01 de abril de 2024.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN “2”. Me opongo a la SEGUNDA pretensión elevada por la parte Accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, en cuanto es consecuencial de la anterior, y como aquella no tiene vocación de prosperidad, esta tampoco, pues es evidente que la prescripción de la acción de protección al consumidor torna nugatorias todas las pretensiones de la demanda.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN “3”. Aunque esta pretensión de reembolso de las supuestas cuotas pagadas por el señor Lindarte no se dirige en contra de la aseguradora BBVA Seguros de Vida sino frente al banco, debe decirse que de todas formas me opongo a que se condene a mi mandante a efectuar pago alguno por concepto del contrato de seguro, lo anterior, porque es evidente que la prescripción de la acción de protección al consumidor financiero conlleva a la desestimación de todas las pretensiones.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN “4”. Toda vez que no es una pretensión que se dirija en contra de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. no hay lugar a efectuar pronunciamiento alguno.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Me permito de manera enfática objetar el juramento estimatorio realizado por la parte demandante comoquiera que dicha estimación se encuentra lejos de ser una estimación razonada de la cuantía, por cuanto el contrato de seguro no está llamado a hacerse efectivo por la evidente prescripción de la acción de protección al consumidor financiero.

En igual sentido e incluso en gracia de discusión el mismo está viciado de nulidad relativa por la falta de declaración del estado del riesgo porque la parte demandante ha pretendido a través del juramento

estimatorio tener por probada la cuantía de sus pretensiones desconociendo la naturaleza del contrato que hoy nos convoca.

De manera precisa, en cuanto el juramento estimatorio pretende servir como medio de prueba siempre que no sea objetado por la parte demandante, me permito indicar que de ninguna manera puede tenerse como prueba de las pretensiones las sumas relacionadas por la accionante. Lo anterior debido a que el seguro que hoy ocupa la atención de despacho es un seguro de vida grupo deudor situación que implica que de existir obligación indemnizatoria la misma se suscribe únicamente al pago del saldo insoluto de la obligación al momento del fallecimiento u ocurrencia de una incapacidad total y permanente. Situación que en este caso no se ha probado, pues afirmar que la obligación y en consecuencia lo que se pretende se ciñe a la suma de \$50.000.000 es desacertado.

En este punto debe decirse que tampoco es procedente la solicitud de restitución de los pagos que se hayan debido realizar a la entidad financiera porque, primero, hay una clara indeterminación de la estimación, no se brinda un valor por el que se solicite la restitución y porque, además, tampoco se encuentra cuáles o cuantas son las cuotas que el accionante ha asumido con cargo a los créditos.

Finalmente, tampoco es dable exigir el pago de intereses moratorios a partir de la fecha en que el accionante solicitó el pago de los seguros pues habiéndose objetado oportunamente la petición, con fundamentos fácticos y jurídicos sólidos, es claro que la eventual obligación de mi representada no se encuentra acreditada y por lo mismo, los presuntos intereses solo podrían computarse a partir de una eventual sentencia, que así condene a la aseguradora.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO - APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 58 NUMERAL 3 DE LA LEY 1480 DE 2011.

En el presente caso nos encontramos ante una clara prescripción de la Acción de protección al consumidor financiero comoquiera que el contrato de seguro vida grupo deudor en donde el señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ, figuraba como asegurado tuvo su vigencia desde el 25 de octubre de 2019 hasta el día 09 de febrero de 2022, razón por la cual, al tratarse de una controversia netamente contractual, la parte demandante estaba obligada a ejercer la acción dentro del año siguiente a la terminación del acto jurídico, es por ello que, su término para accionar ante la Superintendencia Financiera de Colombia únicamente se extendía hasta el 9 de febrero de 2022, por lo tanto, la demanda radicada el 1 de abril de 2024 se presentó por fuera del término, porque

no existe ninguna prueba de que dicho termino se haya suspendido o interrumpido, pues ni siquiera la solicitud de indemnización del 27 de julio de 2023 tuvo este último efecto, porque se itera que el término de prescripción de la acción de protección al consumidor feneció el 9 de febrero de 2022.

Para resolver el caso es necesario hacer un estudio del fenómeno de la prescripción de la acción de protección al consumidor financiero que es la senda que ha escogido el actor para ventilar sus pretensiones, es por ello que en atención a las directrices contenidas en la Ley 1480 de 2011 en su artículo 58 numeral 3, se prevé el termino para el ejercicio de esta acción y el momento desde el cual empieza a correr el fenómeno extintivo, veamos:

“Artículo 58. Procedimiento (...)
(...)

3. Las demandas para efectividad de garantía, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a la expiración de la garantía y las controversias netamente contractuales, a más tardar dentro del año siguiente a la terminación del contrato, En los demás casos, deberán presentarse a más tardar dentro del año siguiente a que el consumidor tenga conocimiento de los hechos que motivaron la reclamación. En cualquier caso deberá aportarse prueba de que la reclamación fue efectuada durante la vigencia de la garantía.”
(Subrayado propio).

Al respecto, también es importante destacar la sentencia del Tribunal Superior de Bogotá que ha sido reiterada por el Juzgado 11 civil del circuito de Bogotá al resolver un recurso de apelación en contra de una sentencia proferida por esta Honorable Superintendencia, en donde se precisa sobre el alcance del numeral 3 de la ley 1480 de 2011, veamos:

“Enseña el numeral 3º del artículo 58 Ley 1480 de 2011, que la acción de protección al consumidor se debe presentar dentro del año siguiente al vencimiento de la garantía cuando se trate de la efectividad de esta, o dentro del año siguiente a la terminación del contrato cuando se refiera a controversias contractuales, o en los demás casos, dentro del año siguiente a la fecha en que el consumidor conoció de los hechos que dan lugar a la reclamación.

Como es bien sabido, el curso del tiempo afecta las regulaciones contractuales y del consumo, no sólo a través de la prescripción extintiva sino, también, de la caducidad, entendida esta última como el término perentorio para el ejercicio de una prerrogativa, dispuesto en la ley, y que, por ser inherente al orden público, opera de pleno derecho, pues, en últimas lo que se busca es la seguridad jurídica, al evitar que el sujeto pasivo quede obligado por un período más allá de lo razonable.

Sin embargo, en el caso sub judice debe entenderse que se trata de una prescripción y no de una caducidad, como así lo clarificó el Tribunal Superior de Bogotá en la sentencia proferida el 21 de enero de 2016, donde explicó que:

“[s]i bien es cierto, el numeral 3° del art. 58 de la Ley N° 1480 de 2011, al cual acudió, no hace alusión a una figura en concreto, y, por ende, podría decirse que se refiere a una caducidad de la acción, como en efecto se declaró; también lo es, que de forma posterior, específicamente en el numeral 6° de la misma disposición, el legislador optó por la figura de la prescripción de la acción, regulación de índole especial que debe primar y la cual no puede ser declarada de oficio (...) debe acatarse la regulación consagrada en el art. 2513 del C.C., por expresa remisión vertida en los arts. 1°, 2° Y 822 del C. de Co., en consonancia con lo reglado en el art. 305 del C. de P.C., normas también de orden y derecho público, por lo mismo, de obligatorio cumplimiento”

*En concordancia con lo expuesto, **resulta claro que la inacción o no interposición de la acción de protección al consumidor en el año siguiente a la terminación de la vigencia técnica del contrato de seguro trae como consecuencia la prescripción de la acción en cuestión**, lo cual, se advierte, no excluye la posibilidad de acudir a la vía ordinaria siempre y cuando no se hubiere configurado la prescripción por las reglas generales que rigen la materia al interior de dicha tipología de negocio jurídico, en este caso, las del contrato seguro reguladas en el artículo 1081 y siguientes del estatuto mercantil¹.**(subrayado y negrilla fuera del texto original)***

En este orden de ideas, para demostrarle a la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia que en el caso concreto la Acción de Protección al Consumidor Financiero se encuentra prescrita y/o caducada, resulta de suma importancia, **(i)** determinar cuál fue la fecha de terminación del contrato de seguro, **(ii)** verificar la fecha de presentación del primer requerimiento para establecer si es posible hablar del fenómeno de la interrupción de la prescripción y **(iii)** la fecha de presentación de la demanda, a fin de determinar si entre dichas calendas, transcurrió más de un año para tener por acreditada la prescripción de la acción.

Para dilucidar el primer aspecto, es pertinente traer al presente escrito el contenido de la certificación emitida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. con fecha del 17 de mayo de 2024, que se aporta a esta contestación, dentro de la cual se especifica el periodo de vigencia de la póliza de seguro vida grupo deudor en donde fue asegurado el hoy demandante, veamos:

¹ Juzgado Once Civil Del Circuito, sentencia de segunda instancia del 4 de agosto de 2021, Exp. Rad. No. 110010800820200027501.
<https://www.ramajudicial.gov.co/documents/36156022/59055140/Providencias+edo+114+06+de+agosto.pdf/565781b3-7270-42f7-8681-91b13901cf54>



“Documento: Certificado de obligación del 17 de mayo de 2024.

Transcripción parte esencial: La póliza fue formalizada con fecha 25/10/2019 y revocada el 09/02/2022. El beneficiario oneroso de la póliza fue BBVA Colombia, 100%.”

Como se observa, la fecha de vigencia del seguro estuvo comprendida entre el 25 de octubre de 2019 y el 9 de febrero de 2022, que valga decir corresponde a la misma vigencia certificada en el documento aportado por el demandante dentro de sus pruebas documentales. Además, es pertinente aclarar que la vigencia del seguro se extendió solo hasta dicha calenda porque solo hasta esa fecha se verificó el pago de primas por parte del hoy demandante, veamos:

DETALLE DE MOVIMIENTOS SEGURO VIDA DEUDOR					
NRO CERTIFICADO	:	0013-0158-68-4009500703	EN MONEDA:	PESO COLOMBIANO	
TIPO DE SEGURO	:	VIDA GRUPO DEUDOR			
TITULAR	:	LUIS GUILLERMO LINDARTE VELASQUEZ			
NRO DE PRESTAMO	:	0013-0158-63-9618363046			
NRO POLIZA	:	02 214 0000111596	FECHA DE APERTURA:	25/10/2019	
PERIODO DE COBERTURA				Valor	Fecha de Pago
DEL	25/10/2019	AL	31/10/2019	\$ 8,333	31/10/2019
DEL	01/11/2019	AL	30/11/2019	\$ 50,000	29/11/2019
DEL	01/12/2019	AL	08/12/2019	\$ 13,333	06/12/2019
DEL	08/12/2019	AL	07/01/2020	\$ 50,000	03/01/2020
DEL	08/01/2020	AL	07/02/2020	\$ 50,000	06/02/2020
DEL	08/02/2020	AL	07/03/2020	\$ 50,000	05/03/2020
DEL	08/03/2020	AL	07/04/2020	\$ 50,000	07/04/2020
DEL	08/04/2020	AL	07/05/2020	\$ 50,000	07/05/2020
DEL	08/05/2020	AL	07/06/2020	\$ 50,000	08/06/2020
DEL	08/06/2020	AL	07/07/2020	\$ 50,000	07/07/2020
DEL	08/07/2020	AL	07/08/2020	\$ 50,000	10/08/2020
DEL	08/08/2020	AL	07/09/2020	\$ 50,000	07/09/2020
DEL	08/09/2020	AL	07/10/2020	\$ 50,000	05/10/2020
DEL	08/10/2020	AL	07/11/2020	\$ 50,000	03/11/2020
DEL	08/11/2020	AL	07/12/2020	\$ 50,000	07/12/2020
DEL	08/12/2020	AL	07/01/2021	\$ 50,000	07/01/2021
DEL	08/01/2021	AL	07/02/2021	\$ 50,000	08/02/2021
DEL	08/02/2021	AL	07/03/2021	\$ 50,000	08/03/2021
DEL	08/03/2021	AL	07/04/2021	\$ 50,000	07/04/2021
DEL	08/04/2021	AL	07/05/2021	\$ 50,000	07/05/2021
DEL	08/05/2021	AL	07/06/2021	\$ 50,000	08/06/2021
DEL	08/06/2021	AL	07/07/2021	\$ 50,000	07/07/2021
DEL	08/07/2021	AL	07/08/2021	\$ 50,000	09/08/2021
DEL	08/08/2021	AL	07/09/2021	\$ 50,000	07/09/2021
DEL	08/09/2021	AL	07/10/2021	\$ 50,000	07/10/2021
DEL	08/10/2021	AL	07/11/2021	\$ 50,000	08/11/2021
DEL	08/11/2021	AL	07/12/2021	\$ 50,000	07/12/2021
DEL	08/12/2021	AL	07/01/2022	\$ 50,000	07/01/2022
DEL	08/01/2022	AL	07/02/2022	\$ 50,000	07/02/2022
IMPORTE COBRADO: _(\$ 1.371,667 _)					

Es así como se observa que el ultimo pago de la prima correspondió al 8 de enero de 2022 al 7 de febrero de 2022, y por ende, en la certificación anexa se indica que el seguro fue revocado desde el 9 de febrero de 2021. Luego desde dicha calenda en atención a lo dispuesto por la normatividad vigente y aplicable al caso que nos ocupa, el accionante tenía un plazo máximo para promover la Acción de Protección al Consumidor Financiero ante la honorable Superintendencia, es decir hasta el día 09 de febrero de 2023, es decir, exactamente un año después de la finalización del contrato de seguro, el cual como ya se indicó terminó el día 09 de febrero de 2022.

Ahora, respecto al segundo aspecto a dilucidar, vale la pena hacer referencia a la solicitud de indemnización de fecha 27 de julio de 2023, sobre la cual es necesario advertir que ni siquiera esta puede tener la virtualidad de interrumpir la prescripción porque eso solo es posible cuando el término no se ha consolidado. Luego si el término de un año para promover la acción ya había fenecido desde el 9 de febrero de 2023 entonces la solicitud de indemnización es inane para predicar interrupción alguna.

Riohacha 27 de julio de 2023

Señores

BANCO BBVA

ASUNTO : Solicitud

Respetuosamente hago entrega de la documentación exigida por su entidad financiera para la aplicación del seguro de vida deudor adquirida al momento de tomar un crédito de libranza de libre inversión con el banco BBVA con el siguiente número de producto así: 9618363046, solicito la aplicación del seguro de acuerdo a la incapacidad permanente que sufrí en actividades del servicio y de acuerdo junta médica laboral y de retiro Numero 120242 fecha 7 de mayo del 2021 obteniendo un porcentaje de la lecciones quede con el 50.46% de incapacidad permanente , por lo anterior remito documentación anexa a esta entidad.

“Documento: Solicitud de indemnización del 27 de julio de 2023.”

En ese sentido estando establecido que cuando se trata de controversias netamente contractuales la acción de protección al consumidor debe promoverse dentro del año siguiente a la finalización de aquel contrato, en este caso ha quedado demostrado que el seguro finalizó el 9 de febrero de 2022, a su vez que la demanda se radicó el 1 de abril de 2024, entonces entre una y otra fecha transcurrió más de un año y no existe ningún fenómeno de interrupción de la prescripción. En consecuencia, como está plenamente demostrado transcurrió más de un año para el ejercicio de la acción ante esta superintendencia, razón suficiente para negar las pretensiones de la demanda

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

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que pese a que en este caso ha operado la prescripción de la acción de protección al consumidor financiero, al margen de ello el Asegurado, el señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, tales como dolor testicular desde el año 2018, dolor de columna posterior a trauma por caída con esguince durante patrullaje desde el año 2010, dolor de rodilla de 2011, dolor de hombro derecho desde 2015, dolor de pies desde 2015, tinnitus hipoacusia bilateral posterior a trauma acústico con explosivos desde el año 2015 y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

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

*“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C. Co), a fin que 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**”². (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, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, 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:

“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

² BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.

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

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

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

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

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

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia en Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

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

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estar llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”³ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001- 31-03-023-1996-02422-01., 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.”⁴ (Subrayado y negrilla fuera del texto original)*

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001-3103-001-2003-00400-01.

⁴ 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.

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

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

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si 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.”⁵(Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cumulo 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*

⁵ 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.

*del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**" (Subrayado y 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 uberrima, 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 la época en la cual el Asegurado solicitó su aseguramiento, se le formuló un cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor LINDARTE VELÁSQUEZ conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de 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 las respuestas negativas y falsas del entonces asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

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

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)		Si	No
Estatura	1.64 cm	Peso	63 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, hipertension, distonia, discopatia?			X
¿presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?			X
¿ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?			X
¿sufrir alguna incapacidad física o mental?			X
¿ha sido sometido en alguna ocasión o le han sugerido la práctica de examen para diagnóstico del sida? Caso positivo indique el resultado.			X
¿sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?			X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:			

“Documento: Declaración de asegurabilidad de octubre de 2019.”

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el 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 el señor LINDARTE VELÁSQUEZ no informó a mi representada que padecía sendos padecimientos de salud y que eran de su conocimiento con anterioridad a la suscripción del seguro, es decir, a pesar de que el señor LINDARTE VELÁSQUEZ tenía sendos padecimientos de salud con anterioridad al mes de octubre de 2019. Además, como se demostrará en el curso del proceso

mediante la prueba que se allegue mediante la expedición de oficios que se solicitará, el señor ya tenía esas dolencias que omitió declarar.

Asi entonces veremos cómo los diagnósticos que se tuvieron en cuenta para emitir el dictamen de pérdida de capacidad laboral eran anteriores a la fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad:

En el acta de junta médica laboral para efectuar el cálculo del porcentaje de final de calificación, se consideran entonces las enfermedades tal como se aprecia a continuación:

LESION Y/O AFECCION	IMPUT.	INDICES	% TABLA A	EDAD	DISMIN %	% RESIDUAL
9A	B	5	12.00		100.00	12.00
9B	B	2	9.00		88.00	7.92
5	B	1	8.50		80.08	6.81
6	A	7	17.00		73.27	12.46
4	A	4	10.50		60.82	6.39
3	A	2	9.00		54.43	4.90

Las enfermedades, lesión y/o afección referidas en el cálculo final del porcentaje de pérdida de capacidad laboral corresponden a las siguientes:

“3. Dolor escrotal derecho crónico valorado y tratado por urología actualmente sintomático.

4. Síndrome manquito rotador hombro derecho valorado y tratado por ortopedia que deja como secuela A): Omalgia derecha.

5. Lumbalgia crónica valorado por ortopedia actualmente sintomático.

6. Condromalacia patelar bilateral

9A. Exposición crónica al ruido valorado por otorrino con soporte de audiometría tonal seriada y potenciales evocados auditivos de estado estable que deja como secuela: Hipoacusia neurosensorial oído derecho 41 DBS promedio.

9B. Exposición crónica al ruido valorado por otorrino con soporte de audiometría tonal seriada y potenciales evocados auditivos de estado estable que deja como secuela: Hipoacusia neurosensorial 32.5 DBS promedio” (subrayado y negrilla fuera del texto original)

La anterior numeración se puede evidenciar en el acápite del acta de junta medica denominado conclusiones-diagnostico positivo de las lesiones o afecciones:

A- DIAGNÓSTICO POSITIVO DE LAS LESIONES O AFECCIONES:

1).ASTIGMATISMO MIOPICO AMBOS OJOS VALORADO Y TRATADO POR OFTALMOLOGIA Y OPTOMETRIA CON AGUDEZA VISUAL QUE CORRIGE 20/20 AMBOS OJOS CON MEDIOS OPTICOS.- 2).CONJUNTIVITIS ACTINICA VALORADO Y TRATADO POR OFTALMOLOGIA SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO.- 3).DOLOR ESCROTAL DERECHO CRONICO VALORADO Y TRATADO POR UROLOGIA ACTUALMENTE SINTOMATICO.- 4).SINDROME MANGUITO ROTADOR HOMBRO DERECHO VALORADO Y TRATADO POR ORTOPEdia QUE DEJA COMO SECUELA: A). OMALGIA DERECHA.- 5).LUMBALGIA CRONICA VALORADO POR ORTOPEdia ACTUALMENTE SINTOMATICO.- 6).CONDROMALACIA PATELAR BILATERAL VALORADO Y TRATADO POR ORTOPEdia QUE DEJA COMO SECUELA: A). GONALGIA BILATERAL.- 7).ESGUINCE CRONICO DE CUELLO DE PIE BILATERAL VALORADO Y TRATADO POR ORTOPEdia SIN MENCION DE DAÑO Y/O LESION ESTRUCTURAL.- 8).PIE PLANO BILATERAL VALORADO POR ORTOPEdia SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO.- 9).EXPOSICION CRONICA AL RUIDO VALORADO POR OTORRINO CON SOPORTE DE AUDIOMETRIA TONAL SERIADA Y POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE ESTADO ESTABLE QUE DEJA COMO SECUELA: A). HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL OIDO DERECHO 41 DBS PROMEDIO.- B).HIPOACUSIA NEUROSESORIAL 32.5 DBS PROMEDIO.- FIN DE LA TRASCRIPCION

A continuación, se verá como cada una de las enfermedades que se relacionan en el acta de junta medico laboral, eran de pleno conocimiento del señor Pinzón por ser diagnosticadas con anterioridad al mes de septiembre de 2019 fecha para la cual se suscribió la declaración de asegurabilidad, veamos:

- **DOLOR ESCROTAL DERECHO CRONICO**

Fecha: 26/10/2020 Servicio: UROLOGIA

FECHA DE INICIO: SOLICITADO POR DN. DOLOR TESTICULAR PRESENTA DESDE EL AÑO 2018 DOLOR TESTICULAR DERECHO PERMANENTE QUE AUMENTA DE INTENSIDAD CON EL COITO Y EJERCICIO TRAUMA CONTUNDENTE ESCROTAL EN 2018 EN UN BUS, NIEGA ETS E IVU, NIEGA CIRUGIA INGUINO ESCROTAL, VIDA SEXUAL ACTIVA, PAREJA ESTABLE, TIENE UN A HIA DE 1 AÑO DE EDAD,SKINOS Y SINTOMAS EF EC 70 FR: 18 ALERTA, ORIENTADO, HIDRATADO ABDOMEN BLANDO, NO MASAS, NO DOLOROSO, GU PENE Y ESCROTO DE ASPECTO USUAL, NO MASAS NI VARICOCELE DOLOR AL PALPAR TESTICULO IZQUIERDO ETIOLOGIA: ADQUIRIDO ESTADO ACTUAL: DOLOR ESCROTAL DERECHO DIAGNOSTICO: DOLOR ESCROTAL DERECHO CRONICO, PRONOSTICO: EXPECTANTE. Nul. FDO. GONZALO SUAREZ. N°185071 .09.-

“Documento: Acta de junta medico laboral 120242 - acápite de conceptos de los especialistas

Transcripción parte esencial: *Dolor testicular presenta dese el año 2018, dolor testicular derecho permanente que aumenta de intensidad con el coito y ejercicio trauma contundente escrotal en 2018 en un bus... (...)*

Como se puede ver en la anotación inscrita en el acta de junta medico laboral que obra en el expediente, el señor Luis Guillermo Lindarte Velásquez padecía de un dolor testicular desde el 2018 y se deja claro que dichos dolores tienen como etiología un trauma contundente en un bus, fecha para la cual el demandante desarrollaba sus actividades dentro de las fuerzas militares. Como se aprecia esta patología es anterior a la fecha de suscripción del contrato de seguro, lo que implica que eran de pleno conocimiento del señor Lindarte Velásquez, sin embargo, nunca lo informó a la compañía aseguradora.

- **SÍNDROME MANGUITO ROTADOR HOMBRO DERECHO - LUMBALGIA CRÓNICA - CONDROMALACIA PATELAR BILATERAL**

Fecha: 30/09/2020 Servicio: ORTOPEDIA

FECHA DE INICIO: DOLOR COLUMNA LUMBAR DESDE 2010 POSTERIOR A TRAUMA POR CAÍDA CON EL ESQUINCE DURANTE PATRULLAJE. DOLOR RODILLA DESDE 2011. DOLOR HOMBRO DERECHO DESDE 2015. DOLOR PIES DESDE 2015. SIGNOS Y SÍNTOMAS: HOMBRO DERECHO DOLOR A LA ABDUCCIÓN Y ROTACIÓN INTERNA, COLUMNA LUMBAR DOLOR A LA FLEXIÓN Y EXTENSIÓN L5-S1 RODILLA DERECHA MOVILIDAD 0-135 FLEXIÓN DOLOR LIMITACIÓN Y DOLOR, RODILLA IZQUIERDA MOVILIDAD 0-135 FLEXIÓN DOLOR PATELAR. CUELLO DE PIE DOLOR BILATERAL PIE. ETIOLOGÍA: CAÍDA CON EL EQUIPO EN 2010 ENFERMEDAD GENERAL ESTADO ACTUAL: LIMITACIÓN FUNCIONAL DOLOROSA HOMBRO DERECHO, LIMITACIÓN FUNCIONAL DOLOROSA COLUMNA LUMBAR, LIMITACIÓN FUNCIONAL DOLOROSA RODILLA, LIMITACIÓN FUNCIONAL DOLOROSA TOBILLOS Y PIE. DIAGNÓSTICO: SÍNDROME MANGUITO ROTADOR, HOMBRO DERECHO, 2 LUMBALGIA CRÓNICA, 3 CONDROMALACIA PATELAR BILATERAL, 4 ESQUINCE CRÓNICO CUELLO DE PIE BILATERAL, 5 PIE PLANO BILATERAL PRONÓSTICO: RESERVADO. Nihil FDO. JAVIER DIAZ N°182214_11-

“Documento: Acta de junta medico laboral 120242 - acápite de conceptos de los especialistas

Transcripción parte esencial: Dolor columna lumbar desde 2010 posterior a trauma por caída con el esguince durante patrullaje, dolor de rodilla desde 2011, dolor hombro derecho desde 2015... Signos y síntomas: Hombro derecho dolor a la abducción y rotación interna, columna lumbar dolor a la flexión y extensión L5-S1 rodilla derecha movilidad 0-135 flexión dolor limitación y dolor, rodilla izquierda movilidad 0-135 flexión dolor patelar... etiología: caída con el equipo en 2010. Enfermedad general estado actual: limitación funcional dolorosa hombro derecho, limitación funcional dolorosa columna lumbar, limitación funcional dolorosa rodilla... Diagnóstico: **síndrome manguito rotador hombro derecho, 2 lumbalgia crónica, 3 condromalacia patelar bilateral... (...)**”

Como se puede apreciar, del documento anterior se desprende un resumen de la historia clínica del señor Lindarte Velásquez, específicamente por el servicio de ortopedia, la misma data del 2010 en donde se especifica que trabajando para el ejercito sufre una caída con el equipo, resultando en varias patologías entre estas: *Hombro derecho con dolor a la abducción y rotación interna, columna lumbar dolor a la flexión y extensión L5-S1 rodilla derecha movilidad 0-135 flexión dolor limitación y dolor, rodilla izquierda movilidad 0-135 flexión dolor patelar.* Tal como se desprende de la anotación incorporada en el informe de la junta medico laboral aportada por el demandante, se puede establecer que con anterioridad a la suscripción del seguro (octubre de 2019) el señor Lindarte conocía de sus padecimientos de salud y específicamente su diagnóstico de *síndrome manguito rotador hombro derecho, 2 lumbalgia crónica, 3 condromalacia patelar bilateral* ya que como se explica estos antecedentes son producto de las labores del mismo en las fuerzas militares, es decir que sus problemas se extendieron por al menos 9 años, es decir con anterioridad al mes de octubre de 2019 fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad y en donde tales afecciones de salud nunca fueron informadas a la compañía aseguradora.

- **HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL OÍDO DERECHO 41 DBS PROMEDIO - HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL 32.5 DBS PROMEDIO**

Fecha: 24/09/2020 Servicio: OTORRINO

FECHA DE INICIO: CUADRO CLÍNICO DE MÁS DE CINCO AÑOS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN TINNITUS HIPOACUSIA BILATERAL, POSTERIOR A TRAUMA ACÚSTICO CON EXPLOSIVOS. SIGNOS Y SÍNTOMAS: HIPOACUSIA BILATERAL CON TINNITUS OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, AUDIOMETRÍA TONAL Y POTENCIALES AUDITIVOS DE FEBRERO DE 2010 QUE MUESTRA HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MODERADA BILATERAL. ETIOLOGÍA: INDETERMINADO. ESTADO ACTUAL: SINTOMÁTICO CON HIPOACUSIA BILATERAL, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL. DIAGNÓSTICO: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MODERADA BILATERAL. PRONÓSTICO: INDETERMINADA. Nul FDO. JUAN CARLOS PEÑA N°185079 J4.-

Fecha: 28/02/2020 Servicio: POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS

EN OÍDO DERECHO SE ENCUENTRA COMPROMISO DE LOS UMBRALES AUDITIVOS ELECTROFISIOLÓGICOS DE GRADO LEVE A MODERADO PARA LAS FRECUENCIAS DE 500HZ, 1000HZ, 2000HZ Y 4000HZ. LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS A ALTA INTENSIDAD SUGIEREN UN COMPONENTE CONDUCTIVO QUE SE CORRELACIONA CON AUDIOMETRÍAS TONALES. EN OÍDO IZQUIERDO UMBRALES AUDITIVOS ELECTROFISIOLÓGICOS DE GRADO LEVE PARA LAS FRECUENCIAS DE 500HZ, 1000HZ, 2000HZ Y 4000HZ. CONDUCCIÓN AUDITIVA ELECTROFISIOLÓGICA BILATERAL HASTA EL FALLO CEREBRAL UMBRALES AUDITIVOS ELECTROFISIOLÓGICOS HIPOACUSIA BILATERAL DE GRADO LEVE A MODERADO CON DESCENSO EN FRECUENCIAS 4000HZ A 8000HZ EN OÍDO DERECHO. Nul FDO. MÉDICO ESPECIALISTA J8.-

“Documento: *Acta de junta medico laboral 120242 - acápite de conceptos de los especialistas*

Transcripción parte esencial: *Cuadro clínico de más de cinco años de evolución consistente en tinnitus hipoacusia bilateral, posterior a trauma acústico con explosivos* **Signos y síntomas:** *Hipoacusia bilateral con tinnitus otoscopia bilateral normal, audiometría tonal y potenciales auditivos de febrero de 2010 que muestra Hipoacusia neurosensorial moderada bilateral ...* **Estado actual:** *sintomático con hipoacusia bilateral...* **Diagnóstico:** *Hipoacusia neurosensorial moderada bilateral.”*

Como se puede apreciar, del documento anterior se desprende un resumen de la historia clínica del señor Lindarte Velásquez, específicamente por el servicio de otorrino, la misma data del 2015 en donde se especifica que trabajando para el ejercito y como consecuencia de una detonación de explosivos resulta en varias patologías entre estas una *Hipoacusia neurosensorial moderada bilateral*. Tal como se desprende de la anotación incorporada en el informe de la junta medico laboral aportada por el demandante, se puede establecer que con anterioridad a la suscripción del seguro (octubre de 2019) el señor Lindarte conocía de sus padecimientos de salud y específicamente su diagnóstico de hipoacusia neurosensorial oído derecho 41 dbs promedio - hipoacusia neurosensorial 32.5 dbs promedio, ya que como se explica estos antecedentes son producto de las labores del mismo en las fuerzas militares, es decir que sus problemas se con anterioridad al mes de octubre de 2019 fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad y en donde tales afecciones de salud nunca fueron informadas a la compañía aseguradora.

En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de las patologías descritas detalladamente en párrafos anteriores, se constituye en un hecho que sin lugar a dudas nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co, y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento como resultado de la reticencia con la que el señor LINDARTE VELÁSQUEZ suscribió su declaración de asegurabilidad y como se demostrará al interior del proceso el citado demandante desde antes de octubre de 2019 cursaba con diversas patologías y/o afecciones de salud, por ende debió declararlas al momento de solicitar el seguro, y no lo hizo.

La aseguradora indagó al señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ sobre su condición de salud preguntando si había padecido o está en tratamiento de alguna patología en concreto. Frente a dichos interrogantes el asegurado manifestó a todas y cada una de ellas que NO. De tal manera, que está claro que faltó a la verdad al suscribir las declaraciones de asegurabilidad generándose así las consecuencias previstas en el artículo 1058 del Código de Comercio.

Se insiste en que, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad. En este sentido 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. Lo mencionado, 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.

En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de las condiciones de salud del demandante atendiendo a la calificación de pérdida de capacidad laboral del 50.46%, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que el señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) el señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ ya contaba con una serie de diagnósticos con anterioridad al mes de octubre de 2019, fecha en la que se perfeccionó el seguro, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevante para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad altera ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado. Éste último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía

aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

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

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

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

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

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

En resumen, el señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el Asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro es supremamente relevante para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los padecimientos y condiciones preexistentes de salud con anterioridad al perfeccionamiento del 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, bastará con examinar la historia clínica del señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ, que se solicita de oficio para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que el ocultamiento de sus enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Lindarte debe declararse nulo, debido a que negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de los contratos, tales como Dolor escrotal derecho crónico, Síndrome manguito rotador hombro derecho, Lumbalgia crónica, Condromalacia patelar bilateral, Hipoacusia neurosensorial oído derecho 41 DBS promedio e Hipoacusia neurosensorial 32.5 DBS promedio. Más aun, cuando sus patologías le fueron preguntadas expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro. Tal y como se expone a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario,

existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes.

Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de 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 ubérrima bona fidei. La razón de esto es que en el contrato de seguro 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 jurídico⁶. Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales⁷. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer⁸”. (Subrayado y Negrita fuera del texto original)

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

“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al

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

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

⁸ Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

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.**⁹ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerezo Pérez. Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.”
(Subrayado fuera del texto original)

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

*“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, **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...**”¹⁰*(subrayado fuera del texto original).

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

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

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

*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 ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.** (Subrayado 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 Arturo Díaz Murillo expediente 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 uberrima bona fidei”

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

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

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

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

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, 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 seguro¹¹. (negrilla y subrayas fuera del texto)”.

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez 17, expuso con

¹¹ 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.

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

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

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

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

*todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**". (Subrayado y 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) el asegurado no declaró los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, y (ii) que si esa información hubiera sido conocida con anterioridad a la celebración del contrato de seguro, la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

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

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

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

En conclusión, dado que el señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de su padecimiento de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocido 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 ellos, 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. PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que en si en este caso el dictamen de pérdida de capacidad laboral se emitió el 7 de mayo de 2021 y por ende, es aquel el que constituye la ocurrencia del hecho que da base a esta acción, por ende, encontramos que la parte demandante tan solo presentó esta demanda hasta el 1 de abril de 2024, es decir que transcurrió más de dos años desde la emisión del mentado dictamen e incluso en gracia de discusión tomando como fecha el 6 de octubre de 2021 como presunta fecha de notificación del dictamen por parte de la junta medico laboral, de todas maneras la prescripción se consolidó el 6 de octubre de 2023, por ende, la prescripción operó con creces.

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

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

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

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

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

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.”¹² (Subrayado fuera del texto original)

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que el hecho que da base a la acción está determinado por el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido por la junta de Calificación, por lo que es a partir de tal hito temporal desde donde deberá contabilizarse el término de prescripción bienal. Al efecto el referido dictamen fue emitido el 7 de mayo de 2021 por lo que corroborando dicha fecha con la presentación de la demanda que ocurrió el 1 de abril de 2024, se concluye que la prescripción se consolidó con creces.

¹² Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

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

7. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del CGP 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 SUBSIDIARIAS

1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ 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 ciña exclusivamente al saldo insoluto de la obligación.

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

2. EL SEGURO TIENE UN BENEFICIARIO ONEROSO

En este punto es preciso resaltarle al Despacho que en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, se adhiere a la póliza. Se recuerda en este punto, que generalmente los Establecimientos de Crédito son los únicos tomadores y beneficiarios a título oneroso de este tipo de seguros. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

“(...) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En

efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor.

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo¹³”

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores se encuentran estructuradas bajo la necesidad con la que contaban las entidades financieras de gestionar sus riesgos en las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que generalmente el único beneficiario a título oneroso de cualquier tipo de indemnización, solamente puede ser la entidad bancaria que tomó el seguro vida grupo deudor para asegurar a sus acreedores y el riesgo de impago derivado de su fallecimiento. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

“(…) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora¹⁴. ”

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 asociado tiene un beneficiario oneroso que está representado por el acreedor de la obligación financiera que adquirió el señor Luis Guillermo Lindarte. 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.

¹³ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014.

¹⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

Por todo lo anterior, es imperioso que el Despacho tome en consideración que, ante una eventual e improbable condena en contra de mi procurada, el beneficiario de la indemnización únicamente puede ser el acreedor de la obligación financiera que estaba vinculada con el seguro de vida deudor. En la medida que así fue pactado, lo que en estricto sentido permite concluir, que el Demandante no se encuentra facultado para recibir ningún valor por concepto de indemnización.

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

VI. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Certificado de obligación del 17 de mayo de 2024 emitido por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.
- 1.2. Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. VGDB-221
- 1.3. Condicionado aplicable a la Póliza Seguro de Vida Grupo Deudor No. VGDB-221
- 1.4. Detalle de movimientos del Seguro de Vida Grupo Deudor No. VGDB-221
- 1.5. Carta de objeción del 29 de septiembre de 2023 emitida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.
- 1.6. Derecho de petición enviado al Ministerio de Defensa Nacional – Comando General de las Fuerzas militares - Dirección General de Sanidad Militar.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ**, 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. El señor Forero podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

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 Vida Grupo Deudores.

4. TESTIMONIALES

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

Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho cómo habría procedido la Aseguradora de Vida, en relación con las pólizas que atañen a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la asegurada, así como la relevancia o no de las preexistencias médicas no declaradas la el asegurada de cara a los contratos de seguro comentados en este litigio. El testigo podrá ser ubicado en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados en la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co

- 2.1. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **ALEXANDRA QUECANO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor Luis Guillermo Lindarte Velásquez. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

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

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”; Comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del CGP, se sirva ordenar **AL ACCIONANTE LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ** quien resulta autorizado para acceder a la historia clínica para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica completa del señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ desde el año 2010 al 2019.

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

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

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **Ministerio de Defensa Nacional – Comando General de las Fuerzas militares - Dirección General de Sanidad Militar**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 12.122.331 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor Lindarte.

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

El **Ministerio de Defensa Nacional – Comando General de las Fuerzas militares - Dirección General de Sanidad Militar** puede ser notificado al correo electrónico notificacionesdgsm@sanidad.mil.co y disan.juridica@buzonejercito.mil.co

6. OFICIOS

Comendidamente ruego se oficie al **Ministerio de Defensa Nacional – Comando General de las Fuerzas militares - Dirección General de Sanidad Militar**, para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1.124.481.843 correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2019.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que LUIS GUILLERMO LINDARTE VELÁSQUEZ sufrió en años anteriores y al momento de suscribir los certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad.

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

El **Ministerio de Defensa Nacional – Comando General de las Fuerzas militares - Dirección General de Sanidad Militar** puede ser notificado en la al correo electrónico notificacionesdgsm@sanidad.mil.co y disan.juridica@buzonejercito.mil.co

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 tres asuntos esenciales para el litigio: **(i)** Que el Asegurado había sido diagnosticado antes del mes de octubre de 2019 con Dolor escrotal derecho crónico, Síndrome manguito rotador hombro derecho, Lumbalgia crónica, Condromalacia patelar bilateral, Hipoacusia neurosensorial oído derecho 41 DBS promedio e Hipoacusia neurosensorial 32.5 DBS promedio, **(ii)** que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías de Luis Guillermo Lindarte 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 como los antecedentes médicos que omitió informar el asegurado 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 los contratos, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el ellos.

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

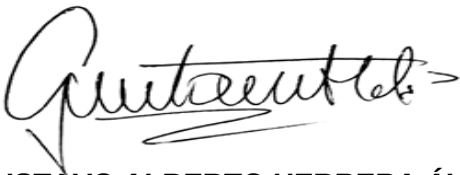
8. ANEXOS

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.

9. NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Avenida 6A bis No. 35N-100, oficina 212 de la ciudad de Cali, Valle del Cauca o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co
- Mi procurada, BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados, en Bogotá, correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com
- El Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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