

Señor:
JUEZ CIVIL CHIRIGUANA DE (REPARTO)
E. S. D.

REFERENCIA: DEMANDA VERBAL DE MENOR CUANTÍA
DEMANDANTE: YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ
DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Cordial saludo,

JORGE MARIO MARTINEZ NAVARRO, mayor de edad, identificado civil y profesionalmente como aparece al pie de mi correspondiente firma, obrando como apoderado del señor **YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ**, mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía No. 18.974.865 de Curumaní – Cesar, en forma comedida por medio del presente escrito me permito instaurar ante su Despacho **PROCESO VERBAL DE MENOR CUANTÍA** contra la entidad **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, Persona Jurídica de derecho privado, identificada con el Nit. No. 800.240.882-0, representada legalmente por **MANUEL JOSE CASTRILLON PINZON**, identificado con la cedula de ciudadanía No. 1.061.733.649, o quien haga sus veces, para que se haga efectivo el cumplimiento de la **PÓLIZA VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130316052392345430**, por el amparo de Incapacidad Total y Permanente, suscritas con la entidad financiera, por la suma de **CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.00)** más los intereses moratorios generados de la misma, de acuerdo con los siguientes:

HECHOS

PRIMERO: Mi cliente adquirió el día 01 de junio del 2022. la póliza No. **00130316052392345430**, la cubría los amparos Vida Básico, Incapacidad Total y permanente, desmembración e inutilización, por valor de **CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.00.)** entre otros.

SEGUNDO: Esta póliza fue adquirida y constituida bajo todos los trámites legales de una obligación contractual, dado que mi cliente venia cumpliendo sus obligaciones respecto al pago de las cuotas pactadas, de conformidad con los parámetros de la Corte Constitucional en estos casos:

“Sentencia T-086 de 2012, en la que esta Corte definió las características del contrato de seguro, así:

*“**Es consensual**, en la medida en que se perfecciona y nace con el sólo consentimiento, desde el momento en que se realiza el acuerdo de voluntades entre el asegurador y el tomador sobre los elementos esenciales del contrato de seguros.*

***Es bilateral**, por cuanto las partes se obligan recíprocamente. Genera obligaciones para las dos partes contratantes: para el tomador, la de pagar la prima, y para el asegurador, la de asumir el riesgo y, por ende, la de pagar la indemnización si llega a producirse el evento que la condiciona.*

***Es oneroso** porque es un contrato que reporta beneficio o utilidad para ambas partes. El gravamen a cargo del tomador es el del pago de la prima y el del asegurador es el pago de la prestación asegurada en caso de siniestro.*

***Es aleatorio** por cuanto en el contrato de seguros tanto el asegurado como el asegurador están sujetos a una contingencia que es la posible ocurrencia del siniestro. Es de ejecución sucesiva, puesto que las obligaciones a cargo de los contratantes se van desarrollando continuamente hasta su terminación”.*

TERCERO: Mi cliente hizo exigible dicha póliza, debido a que fue calificado por COLPENSIONES, mediante Dictamen No. DML. 4800698 con una Pérdida de Capacidad Laboral del 52.34%, por las múltiples patologías que actualmente padece.

CUARTO: Mi cliente el día 22 de febrero del 2023, presento reclamación Administrativa, solicitando el cumplimiento de las pólizas **SEGURO VITAL INTEGRAL PREMIUN V2 No. 00130316052392345430** y **POLIZA DE SEGUROS DE VIDA FAMILIAR VITAL RED No. 00130316052532186326** aportando para ello, todos los documentos exigidos por la entidad bancaria para dicho trámite, los cuales se indican a continuación:

1. *Copia de la cedula del señor **YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ***
2. *Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral No. DML. 4800698 de fecha 27 de enero de 2023.*
3. *Historia Clínica*

QUINTO: El día 15 de marzo del 2023 la entidad **BBVA SEGUROS**, mediante comunicado enviado a mi poderdante por correo electrónico, le manifiesta su negación de reconocer el pago de una de estas pólizas (**VITAL INTEGRAL PREMIUN 00130316052392345430**) argumentado lo siguiente:

“De acuerdo a la historia clínica de Salud Total de enero 04 de 2022 encontramos que usted tiene antecedentes patológicos de DMS (Diabetes Mellitus tipo II) además, se evidencian antecedentes médicos de HTA (Hipertensión Arterial) en registro medico de enero 02 de 2022, también se evidencia antecedentes médicos de Radiculopatía Cervical desde junio 01 de 2021 y síndrome de manguito rotatorio en 2021. Estos diagnósticos forman parte de las causales de calificación. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivaron la objeción al pago del respectivo seguro.

*En efecto en la declaración de asegurabilidad que se diligencia para tomar el seguro de vida, el asegurado debe declarar el conocimiento o la existencia de enfermedades o patologías que haya padecido o padezca, pero en este caso no se declararon las enfermedades arribas indicadas y, que de haberse reportado seguramente no se hubiese aceptado la expedición del seguro o hubiese quedado aplazada y supeditado a los resultados de los exámenes que la compañía hubiese realizado, pero como declaro no padecer de ninguna afección o dolencia, se expidió la póliza como un **Riesgo Normal**.*

Ahora bien, la aseguradora en virtud del principio de la Buena Fe que gobierna el contrato de seguros no presume que el asegurado este faltando a la verdad o tratando de engañar cuando diligencia el cuestionario, sino que se confía en que las respuestas consignadas en el mismo, son del todo ciertas. Si posteriormente se determina que el asegurado conociendo un hecho importante relativo a su salud, no se declara, se configura la Reticencia, que da lugar la objeción del pago del seguro.

De otra parte, con independencia de que la causa de su invalidez haya sido por un hecho diferente a la enfermedad conocida y no declarada, esto no incluye la obligación que le asistía al asegurado de haber declarado fehacientemente sus antecedentes médicos relevantes, como estipula el artículo 1058 del Código de Comercio.

SEXTO: Que BBVA SEGUROS, concedió el pago de la póliza **DE SEGUROS DE VIDA FAMILIAR VITAL RED No. 00130316052532186326**, por valor de **SETENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS (\$77.700.878)**, la cual fue adquiridas en las mismas condiciones legales y cumpliendo con todas las políticas financieras que la póliza **VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130316052392345430**.

SEPTIMO: De acuerdo con lo antes citado no se entiende como la entidad **BBVA SEGUROS**, desconoce el cumplimiento de la póliza **VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130316052392345430** y si canceló la **POLIZA DE SEGUROS DE VIDA**

FAMILIAR VITAL RED No. 00130316052532186326, desconociendo el principio de Igualdad y el proceso ante esto hechos.

OCTAVO: Respecto a estas situaciones el **ARTÍCULO 1058. <DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO Y SANCIONES POR INEXACTITUD O RETICENCIA>**. Señala que “El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente (subrayados para resaltar)

Por otra parte, sin ser menos importante, **en la declaración de asegurabilidad mi protegido otorga la siguiente autorización:**

AUTORIZO expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución para suministrar a los beneficiarios o a bbva seguros-compañía seguros de vida. Toda la información que posea sobre mi estado de salud y/o epicrisis o historia clínica aun con posterioridad a la ocurrencia de los riesgos amparados.

NOVENO: Sin embargo, Bajo esa premisa, la Corte Constitucional ha hecho unos estudios muy importantes en materia de preexistencia y reticencia en los contratos de seguros:

Sentencia t-832 de 2010. En el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que EL BANCO BBVA - SEGUROS DE VIDA, fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud del peticionario. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso el señor JAVIER PARRA MORALES a la póliza de vida grupo deudores.

Igualmente, en sentencia T- 222 de 2014, la corte ha dicho que: “La aseguradora están en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro”

DECIMO: Como bien se sabe, la ley estipula que los contratos pactados (Art 1495 del C.C.) son ley para las partes, es por ello, que a pesar de las especificaciones señaladas en dicha póliza No. **00130316052392345430**, y los documentos aportados para su exigencia., la entidad **BBVA SEGUROS** pretende desconocer el derecho **AL DEBIDO PROCESO** y la **IGUALDAD** en sus procedimientos, colocando una serie de impedimentos a fin de no responder por dicha póliza y exigiendo una serie de requisitos, que para el final se burla de sus usuarios para negarlas, dejando en entredicho el **PRINCIPIO DE BUENA**.

DECIMO PRIMERO: Que las actuaciones desplegadas por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** con respecto a la solicitud de mi cliente de hacer efectiva dicha póliza está fuera de todo contexto pues en el mismo certificado individual del seguro de vida se lee: "**Vida Básico, Incapacidad Total y Permanente, Desmembración o Inutilización**"; y mi poderdante encuadra en la de **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**, situación que se presentó después de la fecha de suscripción del contrato de seguro.

DECIMO SEGUNDO: Que, ante la actitud omisiva de la entidad demandada, frente a las reclamaciones de mi cliente, este se vio en la necesidad de presentar Solicitud de Conciliación Prejudicial en Derecho ante el **CENTRO DE CONILIACIÓN, ARBITRAJE Y AMIGABLE COMPOSICIÓN ACORDEMOS POR LA PAZ**, con el fin de llegar a un amistoso acuerdo.

DECIMO TERCERO: Que el día 30 de junio de 2023, se realizó la audiencia de conciliación ante el **CENTRO DE CONILIACIÓN, ARBITRAJE Y AMIGABLE COMPOSICIÓN ACORDEMOS POR LA PAZ**, en la ciudad de Valledupar, audiencia a la cual la entidad convocada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, asistió y manifestó que a la entidad no le asiste animo conciliatorio, por lo que, en vista de la negativa, se expidió por parte de dicho Centro de Conciliación, Constancia de No Conciliación por No Acuerdo No. No. 044-2023, en donde queda claro haberse agotado el requisito de procedibilidad para acceder a la vía judicial.

PRETENSIONES

1. Que se haga efectivo el cumplimiento de la Póliza No. **00130316052392345430** por valor de **CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.00)** de fecha 01 de junio del 2022, suscritas entre esta entidad y mi poderdante.
2. En consecuencia, de lo anterior, ordenar a **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, cancele a mi cliente el señor **YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ**, la suma de **CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000)** correspondiente a la Póliza No. **00130316052392345430**.
3. Se ordena a **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, cancelar a mi poderdante el señor **YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ** los intereses moratorios causados desde que se presentó la reclamación hasta que se verifique el pago de la Póliza No. **00130316052392345430** por valor de **CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.00)** de fecha 01 de junio del 2022.
4. Como consecuencia de lo anterior, condenar en costas y agencias en derecho a la entidad demandada.
5. Que se me reconozca personería.

ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA

Declaro bajo la gravedad del juramento que la cuantía de este proceso es la suma de **CIEN MILLONES DE PESOS (\$100.000.000)**, consistentes en el valor de la póliza emitida por el **BANCO BBVA** al señor **YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ**, hasta la fecha de presentación de esta demanda.

COMPETENCIA

Es competencia de este Juzgado, en primera instancia, por la naturaleza de la acción, por razón del territorio donde se produjo el hecho, y por la cuantía que se deriva de aquella, la cual es superior a 40 SMLMV.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como fundamentos de derecho los Artículos 1036 y subsiguientes del Código de Comercio consagrados en el Título V del Libro Cuarto del Código de Comercio y demás normas concordantes y pertinentes.

Así mismo, solicito tener en cuenta la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional que hace referencia al tema objeto de debate, en especial la Sentencia T-222/14 en la cual el alto tribunal indicó:

En el año 2010, la Corte fijó unas reglas muy importantes en materia de preexistencias y reticencia en los contratos de seguro. Así, mediante Sentencia T-832 de 2010, la Corte estableció dos asuntos de suma trascendencia y que pueden ser extraídos de su lectura. En primera medida, (i) que la carga de la prueba en materia de preexistencias radicaba en cabeza de la aseguradora y no del tomador del seguro y, en segundo lugar, (ii) que las aseguradoras no podían alegar preexistencias si, teniendo las posibilidades para hacerlo, no solicitaban exámenes médicos a sus usuarios al momento de celebrar el contrato. Por tanto, en esos eventos, no era posible exigirles un comportamiento diferente a los asegurados.

En la mencionada decisión, la Corte abordó un caso en el que una señora de cincuenta y cuatro (54) años de edad había adquirido un crédito con un banco, el cual fue amparado con un seguro de vida grupo de deudores suscrito con una aseguradora. La señora trabajaba como profesora y en el año 2009, su ARP le dictaminó una pérdida de capacidad laboral del 77.5%. Al ser madre cabeza de familia y sin contar con rentas adicionales o recursos económicos suficientes, solicitó al banco acreedor que hiciera efectiva la póliza ante la aseguradora. Pese a ello, tanto la aseguradora como el banco sostuvieron que no era posible pagar la respectiva póliza pues al momento de celebrar el contrato, la peticionaria ya había adquirido la enfermedad causante de la pérdida de capacidad laboral. Es decir, se estaba en presencia de un caso de preexistencia.

Como se mencionó, la Corte en esta providencia dijo que “en el caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Colseguros S. A. fue negligente al omitir realizar los respectivos exámenes médicos o exigir la entrega de unos recientes, para así determinar el estado de salud de la peticionaria. Por ese motivo, no es posible que ante la ocurrencia del riesgo asegurado, alegue que la enfermedad que lo ocasionó es anterior al ingreso de la señora Gloria Margoth Turriago Rojas a la póliza de vida grupo deudores”. Con base en ello, es posible concluir, entonces, que esta Corporación estableció que quienes deben probar la preexistencia son las aseguradoras y que actúan negligentemente si no realizan exámenes médicos o exigen la entrega de unos recientes para así verificar el verdadero estado de salud del asegurado. Así, esta Sentencia evidencia que para la Corte existen algunos casos donde, a pesar de existir enfermedades previas a la celebración del contrato, de ello no se sigue reticencia pues el deber de buena fe estaría en cabeza, más intensamente, de la compañía de seguros. Por tales motivos, concedió el amparo.

En ese mismo año, la Corte expidió la Sentencia T-1018 de 2010. En este fallo reiteró la anterior regla, aunque a la vez decretó un hecho superado al encontrar que el banco acreedor ya había condonado la deuda. Los hechos del caso muestran a una persona a quien su médico tratante le había diagnosticado cáncer gástrico a nivel del estómago nodular. El peticionario vivía con una pensión de aproximadamente un millón de pesos y de allí subsistían sus tres hijos menores y esposa. Como consecuencia de su enfermedad, fue calificado con una pérdida de capacidad laboral del 58.12%. Por esta razón, al haber suscrito un crédito con un banco, que a su vez había sido respaldado por una póliza de seguro de vida grupo de deudores que operaría por invalidez o muerte, solicitó el pago insoluto de la deuda. No obstante, la aseguradora rechazó su solicitud por considerar que el actor no había informado sobre su enfermedad al momento de tomar el seguro.

En dicha providencia, si bien la Corte encontró probado un hecho superado, sostuvo que “[b]ajo los anteriores supuestos y la realidad fáctica que ha quedado

dilucidada, es claro que la tutela pedida ha debido concederse, por la realidad de la afectación del derecho del actor al mínimo vital, quebrantado al tener que seguir abonando a una obligación crediticia, no obstante está cubierto con un seguro de vida grupo de deudores, siendo un anciano pensionado con menos de un millón de pesos de mesada, calificado “con 58.12% de pérdida de capacidad laboral de origen común, con fecha de estructuración enero 5/06, día del reporte de biopsia con adenocarcinoma recurrente”. En otros términos, esta Corporación no encontró suficiente el argumento de la aseguradora que indica que por el hecho de no informar a la aseguradora una enfermedad, es suficiente para que una persona en condición de discapacidad deba continuar pagando el crédito por sí misma.

Más recientemente, la Sentencia T-086 de 2012 volvió a fallar un caso con similares características. Muestran los hechos de la providencia varios casos de personas a las que sus aseguradoras les había negado el pago de la póliza del seguro de vida grupo de deudores, bajo el argumento que la enfermedad causa de la discapacidad, había ocurrido previamente a la celebración del contrato. En efecto, las personas padecían de una enfermedad que les había disminuido su capacidad laboral en más de un 50%. Pese a ello, la Corte no concedió el amparo tras considerar que no quedaba demostrada la existencia de un perjuicio irremediable. Por ello, al tener otras vías más adecuadas, la tutela se tornaba improcedente. Pese a ello, vale resaltar, los sujetos contaban con rentas adicionales como pensiones por invalidez, entre otras. Igualmente, no se probó sumariamente la incapacidad económica de los actores.

Un precedente muy importante para el caso que nos ocupa, es el contenido en la Sentencia T-751 de 2012. Además de reiterar algunas sentencias mencionadas en este capítulo, fijó algunas reglas relacionadas con cargas que deben cumplir las aseguradoras cuando alegan preexistencias. En dicha providencia, la Corte estudió varios casos de personas que habían adquirido créditos con diferentes bancos, los cuales estaban amparados con pólizas de seguro de vida grupo de deudores. Como ya se ha mencionado en varias oportunidades, tales seguros obligarían a la aseguradora a pagar el saldo insoluto del crédito, siempre que los tomadores perdieran más del 50% de capacidad laboral y/o por muerte. Los actores carecían de recursos económicos.

En criterio de la Corte, el principio de buena fe en los contratos de seguro adquiere mayor importancia. Sin embargo, este mandato no solo se predica respecto de los tomadores del seguro, sino, en algunos casos con mayor grado de exigencia, de las aseguradoras. Así, “de una parte, el contrato se caracteriza por la exigencia de una buena fe calificada de los contratantes, aspecto que se proyecta en la interpretación de sus cláusulas. De otra, pero en íntima relación con lo expresado, cuando el contrato se suscribe en el marco más amplio de las actividades financieras y crediticias, o cuando se asocia al goce efectivo del derecho a la salud, es deber de quien lo elabora eliminar cualquier ambigüedad, mediante la expresión precisa y taxativa de las preexistencias excluidas de la cobertura del seguro”. En otros términos, si bien existen múltiples riesgos asegurables, cuando se trate de contratos de seguros en el marco de actividades financieras, crediticias y de salud, el principio de buena fe se materializa a través de la obligación de quien elabora el contrato de eliminar cualquier tipo de ambigüedad incluyendo expresamente las preexistencias excluidas del riesgo.

Así, en criterio de este Tribunal Constitucional,

“[C]uando las cláusulas no definen de la manera explícita las condiciones de la cobertura debido a la incorporación de textos de excesiva vaguedad o exclusiones de carácter eminentemente genérico, se vulnera la buena fe del tomador en tanto no resulta posible establecer el alcance de la cobertura. En ese marco, y en síntesis, las partes del contrato de seguro deben tener un acceso equitativo a la información relevante, sobre el alcance del riesgo asegurado -por una parte- y la cobertura real del contrato -por otra-.” [En consecuencia] “la carga de declarar sinceramente la información relevante para la determinación del estado de riesgo (en este caso, el estado de salud) no puede traducirse en una imposibilidad absoluta de hacer efectiva la póliza, como consecuencia de un establecimiento ambiguo de la

cobertura, mediante cláusulas simplemente genéricas o mediante una alusión descontextualizada de las condiciones generales del contrato, carente de la precisión que se obtiene mediante las condiciones específicas del mismo”[33].

De acuerdo con ello, los límites a la libertad asegurativa “se concretan en la inoponibilidad de preexistencias que no fueron planteadas en el contrato de seguro, cuando la entidad aseguradora no efectuó un examen al momento de la suscripción del contrato”[34]. Ello implica, entonces, que la aseguradora, siguiendo la tesis de la Sentencia T-832 de 2010, debe exigir un examen médico so pena de no poder alegar preexistencias en eventos futuros.

Finalmente, en el año 2013, mediante Sentencia T-342, esta Corporación volvió a estudiar un tema de preexistencias y reticencia. En aquella ocasión, la Corte definió un caso de una persona de 56 años de edad a quien se le diagnosticó esclerosis lateral amiotrófica, imposibilitado para realizar sus funciones de manera regular. El actor había adquirido distintos créditos de consumo respaldados mediante pólizas de seguro, las cuales fueron negadas a cancelar por la aseguradora, argumentando que la enfermedad causante de la invalidez fue adquirida con anterioridad a la vigencia del contrato. En esa oportunidad, la corte, nuevamente, decidió a favor de los intereses del asegurado, pues en ese preciso evento la aseguradora no realizó exámenes previos a la celebración del contrato. Por tal motivo, no podía oponerse al pago de la póliza, dado que no cumplió con dicha carga.

En ese sentido sostuvo que,

“De las pruebas allegadas al expediente, y en concordancia con el citado parágrafo de las condiciones generales del contrato de seguro, encuentra la Sala que al momento de adquirir los créditos, el actor no llenó formulario alguno para ser asegurado, pese a ser una garantía para la entidad financiera que, en caso de muerte o incapacidad total y permanente, como efectivamente ocurrió, Equidad Seguros sufragara los saldos insolutos de las deudas existentes al momento del siniestro. Tampoco se observa que Equidad Seguros haya realizado algún tipo de examen médico, ni exigido que el actor como asegurado allegara uno, para así determinar su estado de salud y confrontarlo con las exclusiones y preexistencias del contrato que deben ser establecidas por la compañía”[35].

De la jurisprudencia estudiada, se pueden extraer varias conclusiones, en relación con la obligación de las aseguradoras de pagar la póliza a pesar de haber acaecido algún tipo de preexistencia. En primer lugar, (i) carecer de recursos económicos. La Corte ha entendido que no basta ser un sujeto de especial protección constitucional para que pueda reclamarse el pago de la póliza. Efectivamente, la persona debe carecer de los recursos económicos necesarios para continuar pagando las cuotas del crédito. En consecuencia, ha sido bastante rígido cuando las personas gozan de recursos económicos pues ha entendido que, en esos eventos, su móvil no es la protección de sus derechos fundamentales sino intereses netamente patrimoniales. Si ello fuera así, siempre, en todos los casos, las aseguradoras tendrían que pagar las pólizas, desnaturalizándose el contrato de seguros.

En segundo lugar (ii), que la familia del asegurado dependa económicamente de él. Si bien esta Corporación ha fallado a favor de personas que no responden económicamente por su familia, este parece ser un criterio muy importante a la hora de tomar la decisión. En efecto, el no pago de la póliza, en estos eventos, puede incluir la lesión y/o vulneración de los derechos fundamentales de todo un núcleo familiar. Si una persona no puede pagar la cuota de un crédito, muy probablemente esto tendrá efectos en su familia por los posibles cobros del banco.

En tercer lugar (iii), la carga de declarar no puede convertirse en una carga excesiva para el tomador del seguro, pues existen casos en los que las cláusulas son tan ambiguas que no es posible, naturalmente, suministrar con toda certeza las calidades del asegurado.

En cuarto lugar (iv), la carga de la prueba de la preexistencia radica en cabeza de la aseguradora.

Finalmente, en quinto lugar (v), la aseguradora está en la obligación de pedir exámenes médicos previos a la celebración del contrato de seguro, pues de otra manera no podrá alegar preexistencia alguna en un futuro. La Corte ha entendido que este deber es mayormente exigible a la aseguradora, pues en muchas ocasiones, las personas no cuentan ni con los medios, ni con el conocimiento suficiente para conocer sus enfermedades.

PRUEBAS

Documentales:

Solicito tenerse como pruebas, los siguientes documentos:

1. Poder para actuar.
2. Póliza de **VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130316052392345430**
3. Copia de la cedula del señor **YOMAR ENRIQUE MEJIA DIAZ**
4. Dictamen de Pérdida de Capacidad Laboral No. DML. 4800698 de fecha 27 de enero de 2023.
5. Formato de presentación de indemnizaciones.
6. Copia de la Reclamación administrativa para el Pago de Indemnización por siniestro de fecha 22 de febrero del 2023, de la póliza No. **00130316052392345430.**
7. Copia de historia clínica
8. Respuesta de la entidad **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**, de fecha 15 de marzo del 2023.
9. Correo donde se verifica el pago de la póliza No. **00130316052532186326**
10. Constancia de No Conciliación por No Acuerdo dentro del proceso conciliatorio No. 044-2023, expedida por el Centro de Conciliación, Arbitraje y Amigable Composición Acordemos por la Paz de fecha 30 de junio de 2023.

ANEXOS

Me permito acompañar los siguientes:

- a) Poder para actuar
- b) Copias de la demanda para su respectivo traslado.
- c) Las pruebas que se pretenden hacer valer.

NOTIFICACIONES

El suscrito recibirá notificación en la Manzana E18 Casa 14^a Urbanización Colombia de la Ciudad de Valledupar, Teléfono 3014916917 Correo electrónico eljork100@hotmail.com

El convocante recibe notificación en la Calle 10 No. 21-102 de curumaní cesar, y en correo electrónico yuyo2446@gmail.com

A la entidad accionada **BBVA SEGUROS** en la Carrera 9 No. 72-21 Piso 6, Bogotá D. C., Correo electrónico defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co siniestros.co@bbva.com judicialesseguros@bbva.com

Atentamente,


JORGE MARIO MARTINEZ NAVARRO
C.C. No. 8526723 de Luruaco Atlántico.
T.P. No. 222.231 del C. S. de la J.
