

Señor

JUEZ PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTA.

E.....S.....D.

PROCESO: VERBAL.

DEMANDANTE: YOMAR ENRIQUE MEJIA

DEMANDADO: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

RAD: 11001-4003-001-2024-00492-00.

CONTESTACION DE EXCEPCIONES:

JORGE MARIO MARTINEZ NAVARRO, abogado en ejercicio identificado civil y profesionalmente al pie de mi respectiva firma, actuando en mi calidad de apoderado de la parte demandante en el proceso de la referencia, ante usted y por medio del presente escrito, estando en el término legal, descorro las excepciones propuestas por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, relacionada a las siguientes:

1) NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO, AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130316052392345430.

Esta excepción no está llamada a prosperar con base a que al momento que se celebró este contrato de seguro, cubrió el evento por incapacidad total y permanente, mi cliente YOMAR ENRIQUE MEJIA la realiza por medio de un ofrecimiento telefónico de una asesora del Banco BBVA, que en su afán de realizar dicha operación crediticia, violó el derecho o carga de información, en el cual el señor **YOMAR ENRIQUE MEJIA** solo firmo y plasmo su huella en los documentos, dejando claro que a él no se le pregunto su estado de salud, ni tampoco se le puso en conocimiento el cuestionario de asegurabilidad, tampoco le practicaron exámenes médicos o solicitaron que aportara un examen de su estado de salud actual, ya que él había sido cliente de otro tipo de póliza de este mismo banco, el cual estos descontaron de manera mensual de su nómina de trabajo estas cuotas, por lo cual era un cliente **EJEMPLAR**, además la asesora le manifestó a mi poderdante que ella terminaba de diligenciar los documentos y que solo los firmara y colocara su huella, todo lo anterior denota la buena fe por parte de mi poderdante. con lo anterior se concluye **que se vulnero el derecho fundamental de la información del consumidor dispuesto en la LEY 1328 DE 2009**, por medio de la cual se dictan normas financieras, de seguros, del mercado de valores, y otras disposiciones, artículo 7. **F}. ELABORAR LOS CONTRATOS Y ANEXOS QUE REGULEN LAS RELACIONES**

CON LOS CLIENTES, CON CLARIDAD, EN CARACTERES LEGIBLE A SIMPLE VISTA Y PONERLOS A DISPOSICION DE ESTOS PARA SU ACEPTACION. COPIA DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTEN LA RELACION CONTRACTUAL DEBERA ESTAR A DISPOSICION DEL RESPECTIVO CLIENTE, Y CONTENDRA LOS TERMINOS Y CONDICIONES DEL PRODUCTO O SERVICIO, LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES, Y LAS TASAS DE INTERES, PRECIOS O TARIFAS Y LA FORMA PARA DETERMINARLOS.

Ahora bien, el principio rector del contrato de seguro es el principio de la buena fe, es decir, la reticencia es lo contrario, es sinónimo de mala fe, por lo tanto para que exista reticencia, se debe probar por parte de la aseguradora mala fe de mi mandante YOMAR ENRIQUE MEJIA, además la jurisprudencia de la corte constitucional ha señalado que la entidad que alegue reticencia, debe no solamente demostrar la mala fe; si no que también debe realizar una valoración medico a los asegurados o solicitarle un examen de su estado actual, caso particular no se realizó. Así las cosas, no se pueden perder de vista lo establecido en el código de comercio en su artículo 863, define la buena fe en el periodo precontractual; Las partes deberán proceder de buena fe exenta de culpa en el periodo precontractual, so pena de indemnizarlos perjuicios que se causen. El artículo 871 del código de comercio establece el principio de buena fe; Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena ley, en consecuencia, obligarán no solo a lo pactado expresamente en ellos, sino a todo lo corresponda a la naturaleza de los mismo, según la Ley, la costumbre o la equidad natural. De la anterior normatividad se puede concluir que la buena fe esta desde la etapa precontractual y es de obligatorio cumplimiento de las partes, y de incumplirse deberá indemnizar por los perjuicios que se causen, es así como las partes tienen el deber reciproco de suministrar la información debida, el incumplimiento de este deber, por el lado del asegurado acarrea en ser sancionado por reticencia y por el lado de la aseguradora acarrea en pagar una indemnización por los daños ocasionado, en el caso particular de mi poderdante este principio fue vulnerado, en razón a que la asesora no informo, ni puso a su disposición el contenido, alcance jurídico de los documentos, como tampoco realizo el cuestionario de asegurabilidad, solo sometió a mi poderdante a firmar y colocar la huella, por lo que se tiene más que probado que la demandada incurrió en omitir el deber y derecho de información comprensible, transparente, clara, veraz y oportuna, así como de poner a disposición de sus clientes los contratos y anexos para su aceptación. Por otro lado la aseguradora BBVA SEGUROS, en ocasión al deber profesional de la actividad que realice debió constatar el estado de riesgo de mi poderdante, debido a que el desgaste natural de su profesión como operario de maquinaria de la empresa Drummond resulta apenas lógico que se encuentre deteriorado con el pasar del tiempo, razón por la cual debió consultar su historia clínica o realizarle exámenes previo a la celebración del contrato o solicitarle un examen actual de su estado de salud.

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

En relación a esta excepción, es menester traer a colación el fallo proferido en estas mismas circunstancias por el **JUZGADO PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO DE ORALIDAD VALLEDUPAR**, el día veinticuatro (24) de febrero del dos mil veintiuno (2021) REF. DECLARATIVO RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL DTE.IRIS MARÍA OSPINO FERNÁNDEZ. DDO. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y BANCO BBVA COLOMBIA S.A. RAD. NO. 20001-40-03-007-2018-00355-01. En la cual hace un pronunciamiento reciente de la Corte Constitucional sobre el deber de las aseguradoras de indagar el estado del riesgo; en sentencia T-027 del 2019, da las siguientes reglas:

“La aseguradora tiene la obligación de realizar una de las siguientes acciones, con el propósito de determinar de forma real y objetiva la situación de salud del tomador o asegurado y fijar las condiciones del contrato: a) realizar los exámenes médicos necesarios con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro o; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado. En caso de que no se practiquen los exámenes médicos o no se solicite la historia clínica, la aseguradora tiene la obligación de probar la mala fe del tomador o asegurado, esto es, demostrar con suficiencia que éstos actuaron con la intención de ocultar la existencia de alguna condición médica al momento de suscribir el contrato de seguro y de esta manera sacar provecho de ello.. Si la aseguradora conocía, podía conocer o no demuestra los elementos que dan lugar a la presunta reticencia, es decir, si incumple cualquiera de las cargas señaladas en precedencia, no podrá eximirse u oponerse a la obligación de hacer efectiva la póliza de seguro cuando el tomador o asegurado efectúen el respectivo reclamo ante la ocurrencia del siniestro amparado.

En estas circunstancias su señoría, no puede excusarse por medio de esta figura la entidad accionada, a fin de desconocer un deber legal de reconocimiento de esta póliza, dado que como lo ha dicho la corte constitucional esta obligación si recae en la entidad

en examinar las condiciones de salud del accionante al momento de adquirir esta póliza, más aun sabiendo de antemano la actividad desempeñada por el señor YOMAR MEJÍA en la empresa DRUMMOND, ahora bien, porque en el tiempo que realizaba los descuentos de los pagos mensuales de esta póliza al señor YOMAR ENRIQUE MEJIA nunca pidió reportes médicos a esta empresa, y pretende ahora traer a colación esta circunstancia cuando se está exigiendo dicho derecho?.

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

La jurisprudencia de esta Corporación ha reconocido que si bien el contrato de seguro se constituye en un acuerdo de naturaleza privada que es suscrito entre particulares, éste, en razón a que supone el desarrollo una relación contractual de carácter asimétrico, debe ejecutarse bajo el entendido de que la “autonomía de la voluntad” con la que cuentan las partes (la aseguradora y el asegurado) para pactar las condiciones del contrato, encuentra como límite el principio de *uberrimae fidae o abundante buena fe* que propende porque cada una de las partes actúe en respeto de los intereses de la otra y, en específico, que las aseguradoras no abusen de su posición dominante en detrimento de los derechos de los ciudadanos que acuden a ellas.

Así, de un lado, se ha interpretado que el deber de buena fe en este tipo de relaciones contractuales implica que el asegurado tiene una serie de obligaciones y cargas que debe cumplir en relación con su contraparte; tal y como lo es la honesta declaración de todas las circunstancias que, al momento de la celebración del contrato, puedan influir en el nivel del riesgo asegurado. De esta manera, si se omite voluntariamente cumplir con esta obligación puede configurarse el fenómeno de la “reticencia”, establecida en el artículo 1058 del Código de Comercio, que genera la nulidad relativa del contrato de seguro.

Sin embargo, esta Corte ha determinado que la simple existencia de una inexactitud o incongruencia entre la realidad y la información suministrada por el contratante en la declaración de asegurabilidad no puede ser entendida automáticamente como “reticencia”, pues para que esta figura pueda configurarse es necesario que se demuestre la mala fe del asegurado al pretender evitar que el contrato de seguro le resulte más oneroso o que la aseguradora desistiera de asumirlo.

De otro lado, es menester destacar que el deber de buena fe referido implica “una responsabilidad mayor para quienes ejercen la posición dominante en la relación contractual”, esto

es, las aseguradoras, por cuanto son quienes definen las condiciones materiales del contrato de seguro y, por tanto, no les es dable alegar vacíos en el texto que redactaron, para sacar provecho. Ello, al punto de que se ha desarrollado el principio de interpretación pro consumatore, en virtud del cual cualquier duda o problema interpretativo que surja con ocasión a la aplicación del contrato, debe ser resuelta en favor de los intereses del asegurado. (Sentencia T-061-2020 Corte Constitucional))

En ese sentido, quien suscribe el contrato de seguro tiene la obligación de declarar con honestidad la totalidad de los factores que puedan afectar las condiciones en que se suscribe el contrato de seguro, lo cierto es que, como se indicó con anterioridad, la mera discrepancia entre la información contenida en las declaraciones de asegurabilidad y aquella existente en la historia clínica del asegurado no implica la configuración de la “reticencia” y, en ese sentido, corresponde a la aseguradora: **(i)** demostrar el elemento subjetivo de la reticencia, esto es, la voluntad dolosa del asegurado tendiente a engañar y sacar provecho de la omisión evidenciada; **(ii)** haber desplegado todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, pues las aseguradoras **se encuentran vedadas de alegar reticencia si conocían o podían conocer los hechos que la constituyeron**; esto es, si se abstuvieron de verificar la información, habiendo podido hacerlo, *mal haría el juez en validar su negligencia; y (iii) demostrar un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado.*

En conclusión, si bien los contratos de seguro se rigen principalmente por la voluntad de las partes, esta voluntad encuentra límite en la buena fe que debe regir el accionar de quienes los suscriben y, tratándose de las aseguradoras, este deber de actuar conforme a la buena fe se califica y demanda de ellas una responsabilidad mayor en razón de su posición dominante en relación con los ciudadanos que fungen como asegurados.

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

Esta excepción no está llamada a prosperar, toda vez que, la misma carece de fundamentos, tal como se indicó en la excepción anterior, la entidad aseguradora tiene el posición dominante y ejercicio de ello le asiste la obligación de realizar una actividad encaminada a verificar el estado de salud de sus asegurados y no pretender trasladar la dicha obligación a sus asegurados, máxime cuando la costumbre ha demostrado que las aseguradoras en estos casos no brindan una información adecuada y conforme a las necesidades de ambas partes, de igual manera es deber consultar dicha información al momento de realizar los formularios de las pólizas.

Sea de recordar lo dicho por la corte constitucional, *la simple existencia de una inexactitud o incongruencia entre la realidad y la información suministrada por el contratante en la declaración de asegurabilidad no puede ser entendida automáticamente como “reticencia”, pues para que esta figura pueda configurarse es necesario que se demuestre la mala fe del asegurado al pretender evitar que el contrato de seguro le resulte más oneroso o que la aseguradora desistiera de asumirlo.* En este sentido, la entidad pretende retener la prima a título de pena, por un hecho que sus voces recae única y exclusivamente al asegurado, lo cual no corresponde a la realidad de esta clase de contratos, en sus afán de reconocimiento echa de menos las obligaciones y cargas que recaen sobre la entidad aseguradora en calidad de dominante, respecto de la cual no ejerció su actividad en debida forma por la premura de asegurar a mi cliente ya que este representa un cliente del cual pueden tener una rentabilidad en este tipo de contratos.

Ahora bien, tal como se ha indicado en renglones corresponde a la aseguradora: **(i)** demostrar el elemento subjetivo de la reticencia, esto es, la voluntad dolosa del asegurado tendiente a engañar y sacar provecho de la omisión evidenciada; **(ii)** haber desplegado todas las actuaciones pertinentes para verificar la correspondencia entre la información brindada y el estado real del asegurado, pues las aseguradoras **se encuentran vedadas de alegar reticencia si conocían o podían conocer los hechos que la constituyeron**; esto es, si se abstuvieron de verificar la información, habiendo podido hacerlo, **mal haría el juez en validar su negligencia; y (iii) demostrar un nexo de causalidad entre la preexistencia evidenciada y la condición médica que dio origen a la configuración del riesgo asegurado,** lo cual brilla por su ausencia en la contestación de la demanda ya que solo se realiza manifestación sin arrimar material probatorio que compruebe la existencia de los requisitos referidos, dejando sin techo la manifestación de que mi poderdante YOMAR ENRIQUE MEJIA, faltara a la verdad, siendo lo contrario, si se tiene

que la aseguradora no brindo una información idónea al cliente, quien hoy reclama sus derechos.

5) APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO MATERIALIZADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130316052392345430.

Señor Juez, esta excepción no corresponde una excepción propiamente dicha, partiendo que la misma no controvierte los hechos ni pretensiones de la demanda, es solo una manifestación de los requisitos establecidos para reconocer el amparo de incapacidad total y permanente, la cual debe corresponder a un dictamen expedido por las autoridades sobre las cuales recae dicha obligación de emitir un dictamen como en el caso bajo estudio efectivamente ocurrió.

Ahora bien, en un alcance amplio de la manifestación de la parte demandada, deja entre ver que no se realizó un examen detallado de las pruebas arrojadas con la presentación de la demanda con la cual se aportó el dictamen de pérdida de capacidad laboral superior al 50% por parte de la Colpensiones dictamen No. DML 4800698 DEL 27 de enero de 2023, Que dio un porcentaje correspondiente al 52.34%, por el cual se hace efectivo el derecho de reclamar el reconocimiento y pago del amparo asegurado de incapacidad total y permanente, lo anterior deja en evidencia el derecho que le asiste a mi cliente y el cual esta llamado a ser reconocido por el demandado, partiendo que se encuentran dadas las condiciones que afirma en su contestación la entidad.

1.2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, DESMEMBRACIÓN O INUTILIZACIÓN

A. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI COMO ASEGURADO SUFRES UNA INCAPACIDAD QUE TE IMPIDA EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO TU NO LA HAYAS PROVOCADO, SE TE PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

MUY IMPORTANTE

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECES 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 TE ENCUENTRES 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.

ahora bien, no se entiende para unos casos, si la entidad 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 obtenida en las mismas condiciones legales y cumpliendo con todas las políticas financieras de la entidad, y que el señor YOMAR MEJIA era buen cliente y pagaba de manera puntual su póliza., cabe preguntar entonces, ¿porque le brindaron así mismo la póliza **VIDA INTEGRAL PREMIUM V2 No. 00130316052392345430**, ya que a esta, si le quieren indagar la figura de la reticencia, situación que no se asemeja en lo absoluto a proceder su desconocimiento contractual para poder cancelarla, debido que para ellos para descontarle de manera mensual de su nómina de trabajo si era un cliente idóneo y ejemplar, pero para que el momento de tener su enfermedad y hacerle exigible su cumplimiento, acá si es una persona que mintió y actúa de mala fe al momento de adquirirla. Cosa totalmente contraria del derecho de igualdad y principio de buena fe de mi cliente.

6. RIESGOS EXPRESAMENTE EXCLUIDOS EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130316052392345430

Respecto a esta excepción, cabe indicar que la misma esta encaminada a precisar que riesgos están excluidos de ser reconocidos y/o pagados por la aseguradora por la **PÓLIZA No. DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130316052392345430**, de la cual se reclama el amparo de incapacidad total y permanente, por parte del señor YOMAR MEJIA, teniendo como respaldo probatorio el dictamen No. DML 4800698 emitido por Colpensiones. Ahora bien, señor Juez, realizando un análisis estricto de la excepción, deja en claro que mi cliente tiene el derecho a que se realice el pago del dicho amparo por encontrarse dentro de los riesgos incluidos para dicho reconocimiento, al realizar un estudio de la excepción esta señala de manera taxativa los riesgos excluidos en la póliza dentro de los cuales no figura el reclamado por mi poderdante, lo cual deja plenamente evidenciado que dicho amparo se encuentra dentro de los riesgos (amparos) que la aseguradora debe asumir la obligación de reconocer el pago de dicho riesgo amparado por la póliza referida.

Como consecuencia de lo antes dicho, el despacho deberá conceder las pretensiones de la demanda y ordenar al demandado realizar el pago y reconocimiento del amparo asegurado.

7. PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.

Esta excepción no tiene vocación de prosperidad, de igual forma es menester indicar que el cuerpo de la misma no esta encaminada a controvertir los hechos de la demanda ni las pretensiones, toda vez que, hace referencia a los términos legales de prescripción de esta clase de procesos quedando en claro dichos términos.

De igual forma es de indicarle al despacho y a la contraparte que estos términos no son llamados a aplicarse en el proceso bajo estudio, teniendo en cuenta que la póliza se tiene vigencia a partir del primero (01) de junio de 2022, y el hecho que genero la reclamación del reconocimiento es el dictamen de perdida de calificación laboral emitido por Colpensiones el día 27 de enero de 2023, el cual dio un porcentaje de 52.34, reclamación que fue negada por la aseguradora y que no nos tiene en el proceso bajo estudio, por hacer uso del derecho dentro de los términos legales establecidos, lo cual denota que deben ser reconocidos los riesgos amparados a mi cliente el señor YOMAR ENRIQUE MEJIA, por los valores indicados en la **PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130316052392345430**, correspondiente a la suma de CIENTO MILLONES DE PESOS (\$100.000.000).

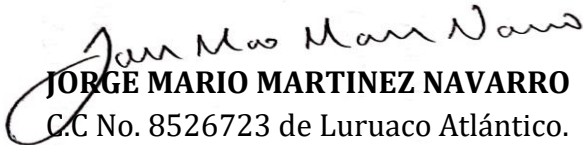
8) EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO EN LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL PREMIUM No. 00130316052392345430.

Se Indica al apoderado de la entidad accionada, que las excepciones son taxativas y deben basarse en el ordenamiento jurídico a fin de ser citadas, por ello no puede con el simple hecho de llenar espacio en la contestación de la demanda, recurrir o indagar responsabilidad al legislador para su beneficio propio de la entidad.

Así mismo, se denota en este enunciado, la manera coercitiva que la entidad influye al honorable despacho de pronunciarse de manera legal a este proceso, influenciándolo desde este momento, que parámetros debe señalar al momento de emitir un fallo desconociendo el principio rector de imparcialidad que debe tener su honorable juzgado al evaluar todas las pruebas aportadas en este proceso, por ende, está fuera de contexto previo.

En estos términos descorro traslado de las excepciones propuestas por la parte demandada, y de ante mano solicito al Honorable juzgado que se desestimen las mismas y se continúe con el trámite procesal correspondiente.

Atentamente.


JORGE MARIO MARTINEZ NAVARRO

C.C No. 8526723 de Luruaco Atlántico.

T.P No. No. 222231 del C.S de la Judicatura.