

Señores,

JUZGADO TREINTA Y SIETE (37) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ

cmpl37bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL

RADICADO: 110014003037-2023-01286-00

DEMANDANTE: HÉCTOR RAMÍREZ ZAPATA

DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO.

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 **HECTOR RAMIREZ ZAPATA** 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 DE SENTENCIA ANTICIPADA

Previo a efectuar el análisis por el cual a mi representada no le asiste obligación indemnizatoria, es preciso indicar que el artículo 278 del Código General del Proceso dispuso con claridad el deber que le asiste al juez de proferir sentencia anticipada cuando encuentre probada la prescripción, así:

“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)”*

En virtud del mandato contenido en la citada disposición normativa, respetuosamente solicito al Honorable Despacho proferir sentencia anticipada a favor de mi mandante, comoquiera que en el litigio que nos ocupa ha operado el fenómeno de la prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro, que se encuentra en cabeza de la demandante. Lo anterior toda vez que se encuentra acreditado en el plenario que la notificación al señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA del dictamen realizado por la Junta Medico Definitiva No. 120401 fue el 25 de agosto de 2021, por ende, desde dicha calenda empezó a correr el término de dos años previsto en el artículo 1081 del C.Co, para que el asegurado HECTOR RAMIREZ ZAPATA ejerciera acciones en contra de la compañía aseguradora, dicho tiempo transcurrió sin que el demandante ejerciera alguna tipo de acción esto debido a que fue hasta el 9 de diciembre de 2023 día en que fue radicada la solicitud de indemnización y la demanda tan solo se promovió hasta el 13 de diciembre de 2023, es decir cuando el fenómeno prescriptivo ya se había consolidado.

De manera sucinta los hitos temporales que prueban la prescripción se consolidan de la siguiente manera.

- Conocimiento por parte de la interesada (asegurado) del dictamen realizado por la Junta Medico Definitiva No. 120401: **25 de agosto de 2021**
- Es claro que este término se consolidó el **25 de agosto de 2023**.
- Solicitud de indemnización por parte de la asegurada: **9 de diciembre de 2023**
- Fecha de radicación de la demanda: **13 de diciembre de 2023**.

Por todo lo anterior, y teniendo en cuenta que la radicación de la demanda superó el término ordinario para adelantar las acciones derivadas del contrato de seguro es evidente que operó el fenómeno extintivo que impedirá que se imponga obligación alguna a cargo de la compañía de seguros. Debido a lo anterior, solicito respetuosamente al señor Juez dictar sentencia anticipada parcial en la que se niegue las pretensiones del llamamiento en garantía y se exima de responsabilidad a mi prohijada.

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO PRIMERO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Lo anterior, toda vez que **BANCO BBVA COLOMBIA S.A.** es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** y por ende, no le consta ningún

hecho relativo a la adquisición de obligaciones financieras. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: Teniendo en cuenta que son varias las manifestaciones que se presentan en el presente numeral procedo a pronunciarme así:

- No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante con relación a la conversación sostenida con el funcionario de la entidad financiera con relación al producto financiero, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Lo anterior, toda vez que BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y por ende no le consta ningún hecho relativo a la adquisición de obligaciones financieras. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.
- No es cierto que al HECTOR RAMIREZ ZAPATA no haya recibido información y los soportes documentales de la Póliza No 022620000071239, pues como se advierte del contenido literal de la solicitud/certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores Consumo y Comercial No. 001301589623203155 que está debidamente firmado por el señor Zapata, se advierte que el demandante firmó dos veces el referido documento, en señal de aceptación de: (i) De la información suministrada respecto al estado de salud y (ii) recepción de la información respecto al producto adquirido, esto es el seguro deudor: veamos:

terminación automática del contrato y podrá ser el asegurado para el pago de la prima devenir en beneficiario del contrato".

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1991 autorizo a cualquier médico hospitalario, clínico, comunitario de salud pública, de la ciudad de Bogotá, D.C., a emitir el certificado de defunción de mi conyugue a mis familiares o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y/o enfermedad que me haya sido comunicada por el médico tratante, así como la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formara parte del contrato de seguro que aquí se solicita y se otorga a la BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.

[Firma]
Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición a través de las páginas www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

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

Para constancia se firma en *[Firma]* a los 07 días del mes de Julio de 2021

[Firma]
Firma del Solicitante

[Firma]
Firma Autorizada

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 21 - Torre A - Vía del Comercio 2019107
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 01800 09360, 0 y Bogotá 337 8040
Defensor del Consumidor Financiero: Carrera 8 No. 72-29 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 343 38 11, correo electrónico: consumidor.financiero@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA - ICA No practicar retención

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO

[Firma]
Firma Autorizada

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)

Tasa	%	Extra Prima	%	Anexo ITP	Si ☐	No ☐
Prima Mensual						
\$						
				Periodicidad		

MO26300105180602599623203155

[Firma]
Firma Autorizada

Documento: Solicitud/Certificado Individual Seguro De Vida Grupo Deudores
Consumo y Comercial No. 001301589623203155

Fecha: Julio 1 de 2021

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

FRENTE AL HECHO TERCERO: No es cierto como se expresa. Pues en la copia de la solicitud / certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 001301589623203155, que se aporta con el presente escrito, el demandante certificó con su firma que había recibido información de forma y completa en dicho documento. Así mismo, a través del mismo formato se informó que “*el clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición. a través de la página www.bbvaseguros.com.co ”. Así las cosas, resulta claro y se evidencia que se le brindó toda la información requerida en el momento solicitar su aseguramiento.*

FRENTE AL HECHO CUARTO: Teniendo en cuenta que son varias las manifestaciones que se presentan en el presente numeral procedo a pronunciarme así:

- No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante con relación al producto financiero No. 001301589623203155, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Lo anterior, toda vez que BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y por ende no le consta ningún hecho relativo a la adquisición de obligaciones financieras. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.
- Es cierto que la obligación en mención fue amparada frente al riesgo de muerte y de incapacidad total y permanente por parte de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**. Conforme a ello, se expidió la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores No. 001301589623203155. Sin embargo, debe considerarse en primera medida desde este momento que no hay lugar a afectar la referida póliza, en primera medida porque la acción derivada del contrato de seguro está prescrita en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio. Aunado a lo anterior, debe considerarse que sin perjuicio de que la acción esté prescrita, el contrato de seguro debe ser declarado en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que el asegurado fue reticente al no declarar su real estado de salud.

FRENTE AL HECHO QUINTO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

En todo caso, solicito al Honorable Despacho tener en consideración desde este momento que la acción derivada del contrato de seguro está prescrita, como quiera que transcurrieron más de dos años desde que se notificó al señor Zapata la pérdida de capacidad laboral y la fecha de presentación de la demanda. Aunado a lo anterior, debe considerarse que sin perjuicio de que la acción esté prescrita, el contrato de seguro debe ser declarado en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, teniendo en cuenta que el asegurado fue reticente al no declarar su real estado de salud, tal como se puede extraer del dictamen al que se hace mención en el presente numeral.

FRENTE AL HECHO SEXTO: Si bien es cierto que el 09 de diciembre de 2023, se presentó reclamación directa ante mi representada, para el momento en que se presentó ese documento ya habían transcurrido más de dos años desde que se había notificado el dictamen al demandante, por lo que tal escrito no pudo interrumpir el término prescriptivo en los términos del artículo 94 del Código General Del Proceso como se indicó anteriormente.

FRENTE AL HECHO SÉPTIMO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Lo anterior, toda vez que BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y por ende no le consta ningún hecho relativo a la adquisición de obligaciones financieras. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO OCTAVO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Lo anterior, toda vez que BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y por ende no le consta ningún hecho relativo a la adquisición de obligaciones financieras. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO NOVENO: No es cierto que al señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA no se le hubiera brindado la información completa de la póliza, No es cierto como se expresa. Pues en la copia de la solicitud / certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 001301589623203155, que se aporta con el presente escrito, el demandante certificó con su firma que había recibido información de forma y completa en dicho documento. Así mismo, a través del mismo formato se informó que “*el clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición. a través de la página www.bbvasseguros.com.co”*. Así las cosas, resulta claro y se evidencia que se le brindó toda la información requerida en el momento solicitar su aseguramiento.

En todo caso, en este punto, es pertinente indicar que la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, crea obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar los términos y condiciones de sus contratos. De lo que se desprende, que la obligación de informarse con rigurosidad sobre los productos financieros que han adquirido o piensan adquirir, está en cabeza de los consumidores financieros.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO: No es cierto que por parte de mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. exista incumplimiento alguno respecto de sus deberes de la supuesta falta de información y debida diligencia que se describe en el presente hecho. Al respecto y para claridad del despacho, es pertinente advertir que el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA suscribió la solicitud de seguro de manera libre y voluntaria, de tal suerte que en el mismo documento, que está debidamente firmado el 01 de julio de 2021, obra la doble firma del hoy demandante, en señal de aceptación de dos cosas **(i)** la aceptación de la información suministrada respecto al estado de salud y **(ii)** la certificación de que recibió la información respecto al producto adquirido, esto es el seguro deudor: veamos:

amparados. La presente solicitud formara parte del contrato de seguro que aquí se solicita, si este llegare a celebrarse.

Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición a través de las páginas www.bbvasseguros.com.co y www.bbva.com.co

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

Para constancia se firma en a los 01 días del mes de Julio de 2021

Firma del Solicitante

Firma Autorizada

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 78-40 Bogotá D.C. Teléfono: +57 315 577 6200 - 602-6594075

Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 0160209340, 0 y +57 315 577 6200

Defensor del Consumidor Financiero: Carrera 9 No. 72-24 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono: +57 315 577 6200

Somos Grandes Contribuyentes Res. 075 de 2016 - Retenedores de IVA: No aplica

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)			
Tasa	%	Extra Prima	%
Prima Mensual		Periodicidad	

Anexo ITP ☐ Si ☐ No

SOLICITUD/CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO



M026300105180602599623203155

Documento: Solicitud / certificado individual Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000071239, certificado No. 0013-0158-61-4019125618.

Transcripción parte esencial: (...) **CERTIFICO QUE RECIBÍ LA INFORMACIÓN RELATIVA AL PRODUCTO DE FORMA CLARA Y COMPLETA, QUE DILIGENCIÉ FIELMENTE A INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD Y SUSCRIBO**

*EL PRESENTE DOCUMENTO COMO CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN DEL
PRESENTE SEGURO.*

Ahora, tampoco al cierto que el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA no se le hubiera brindado la información completa de la póliza, pues en la copia de la solicitud / certificado individual con su firma certificó no solo que la información se brindó de manera completa y clara, sino que se puso en conocimiento que “el clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición. a través de la página www.bbvasseguros.com.co”. Entonces es claro y se evidencia que se le brindó toda la información requerida en el momento de firmar la declaración de asegurabilidad.

En este punto, es pertinente indicar que la Ley 1328 de 2009, específicamente en sus literales b y d, crea obligaciones para los consumidores financieros de informarse sobre los productos que adquieren, así como leer y revisar los términos y condiciones de sus contratos. De lo que se desprende, que la obligación de informarse con rigurosidad sobre los productos financieros que han adquirido o piensan adquirir, está en cabeza de los consumidores financieros.

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 el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA 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. Aunado a lo anterior, la acción derivada del contrato de seguro está prescrita en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA. Me opongo a que se declare que existe una Póliza de Vida de Seguros Deudores No. 02 262 0000071239, que ampara la obligación crediticia No. 001301589623203155, pues, aunque la existencia del seguro no está en discusión, lo cierto es que la misma está viciada de nulidad porque el señor Cristian Fernando Combita Reyes no declaró sinceramente el estado del riesgo, esto es, no declaró sus antecedentes y patologías en el momento de solicitar el aseguramiento. Así mismo, la acción derivada del contrato de seguro está prescrita en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio, pues han transcurrido más de dos años desde la fecha en que se notificó al señor Zapata del dictamen de pérdida de capacidad laboral (25 de agosto de 2021) y la fecha en la que se presentó la demanda (13 de diciembre de 2023).

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA. Me opongo a esta pretensión por cuanto es claro que no procede declarar civil y contractualmente responsable a mi representada, y en este sentido, no existe ningún tipo de incumplimiento hacia el demandante. Así las cosas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, con base en los siguientes

argumentos:

- Prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro: En el caso que nos ocupa ha operado el fenómeno de la prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza de la demandante. Lo anterior toda vez que se encuentra acreditado en el plenario que la notificación al señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA del dictamen realizado por la Junta Medico Definitiva No. 120401 fue el 25 de agosto de 2021, por ende, desde dicha calenda empezó a correr el término de dos años previsto en el artículo 1081 del C.Co, para que el asegurado HECTOR RAMIREZ ZAPATA ejerciera acciones en contra de la compañía aseguradora, dicho tiempo transcurrió sin que el demandante ejerciera alguna tipo de acción esto debido a que fue hasta el 9 de diciembre de 2023 día en que fue radicada la solicitud de indemnización y la demanda tan solo se promovió hasta el 13 de diciembre de 2023, es decir cuando el fenómeno prescriptivo ya se había consolidado.
- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de las pólizas de seguro expedida por mi representada, como quiera que el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Dichas omisiones, cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus antecedentes. Sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de antecedentes médicos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estos antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: Me opongo a esta pretensión por cuanto es claro que no procede declarar solidariamente responsables a mi representada, ni al el BANCO BBVA COLOMBIA S. A., por cuanto no existe ningún tipo de incumplimiento en sus deberes en el proceso de colocación. Pues tal como se advierte, de la declaración de asegurabilidad que se aporta como prueba, es dable advertir que el demandante formalizó la solicitud de su aseguramiento, luego de recibir de manera completa y clara la información frente a dicho producto. Circunstancia que se acredita con la doble firma consignada en dicho documento. Finalmente, debe considerarse que la acción derivada del contrato de seguro está prescrita en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio, pues han transcurrido más de dos años desde la fecha en que se notificó al señor Zapata del dictamen de pérdida de capacidad laboral (25 de agosto de 2021) y la fecha en la que se presentó la demanda (13 de diciembre de 2023).

FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: Me opongo a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, no debe cancelar ningún rubro por algún tipo de concepto a él hoy demandante. Así las cosas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, con base en los siguientes argumentos:

- Prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro: En el caso que nos ocupa ha operado el fenómeno de la prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza de la demandante. Lo anterior toda vez que se encuentra acreditado en el plenario que la notificación al señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA del dictamen realizado por la Junta Medico Definitiva No. 120401 fue el 25 de agosto de 2021, por ende, desde dicha calenda empezó a correr el término de dos años previsto en el artículo 1081 del C.Co, para que el asegurado HECTOR RAMIREZ ZAPATA ejerciera acciones en contra de la compañía aseguradora, dicho tiempo transcurrió sin que el demandante ejerciera alguna tipo de acción esto debido a que fue hasta el 9 de diciembre de 2023 día en que fue radicada la solicitud de indemnización y la demanda tan solo se promovió hasta el 13 de diciembre de 2023, es decir cuando el fenómeno prescriptivo ya se había consolidado.
- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de las pólizas de seguro expedida por mi representada, como quiera que el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Dichas omisiones, cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus antecedentes. Sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de antecedentes médicos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estos antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA: Me opongo a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada. Así las cosas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, con base en los siguientes argumentos:

- Prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro: En el caso que nos ocupa ha operado el fenómeno de la prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza de la demandante. Lo anterior toda vez que se encuentra acreditado en el plenario que la notificación al señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA del dictamen realizado por la Junta Medico Definitiva No. 120401 fue el 25 de agosto de 2021, por ende, desde dicha calenda empezó a correr el término de dos años previsto en el artículo 1081 del C.Co, para que el asegurado HECTOR RAMIREZ ZAPATA ejerciera acciones en contra de la compañía aseguradora, dicho tiempo transcurrió sin que el demandante ejerciera alguna tipo de acción esto debido a que fue hasta el 9 de diciembre de 2023 día en que fue radicada la solicitud de indemnización y la demanda tan solo se promovió hasta el 13 de diciembre de 2023, es decir cuando el fenómeno prescriptivo ya se había consolidado.
- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de las pólizas de seguro expedida por mi representada, como quiera que el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Dichas omisiones, cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus antecedentes. Sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de antecedentes médicos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estos antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA: Me opongo a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, no debe cancelar ningún rubro por algún tipo de concepto de intereses y demás emolumentos en favor del BANCO BBVA COLOMBIA S. A. Así las cosas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, con base en los siguientes argumentos:

- Prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro: En el caso que nos ocupa ha operado el fenómeno de la prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza de la demandante. Lo anterior toda vez que se encuentra acreditado en el plenario que la notificación al señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA del dictamen realizado por la Junta Medico Definitiva No. 120401 fue el 25 de agosto de 2021, por ende, desde dicha calenda empezó a correr el término de dos años previsto en el artículo 1081 del C.Co, para que el asegurado HECTOR RAMIREZ ZAPATA ejerciera

acciones en contra de la compañía aseguradora, dicho tiempo transcurrió sin que el demandante ejerciera alguna tipo de acción esto debido a que fue hasta el 9 de diciembre de 2023 día en que fue radicada la solicitud de indemnización y la demanda tan solo se promovió hasta el 13 de diciembre de 2023, es decir cuando el fenómeno prescriptivo ya se había consolidado.

- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de las pólizas de seguro expedida por mi representada, como quiera que el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Dichas omisiones, cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus antecedentes. Sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de antecedentes médicos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estos antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SÉPTIMA: Me opongo a esta pretensión por cuanto es claro que no procede que el BANCO BBVA COLOMBIA S. A., le reintegre las cuotas que le puedan corresponder al señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA y en este sentido, no debe cancelar ningún rubro por algún tipo de concepto en favor del demandante. Así las cosas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, con base en los siguientes argumentos:

- Prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro: En el caso que nos ocupa ha operado el fenómeno de la prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza de la demandante. Lo anterior toda vez que se encuentra acreditado en el plenario que la notificación al señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA del dictamen realizado por la Junta Medico Definitiva No. 120401 fue el 25 de agosto de 2021, por ende, desde dicha calenda empezó a correr el término de dos años previsto en el artículo 1081 del C.Co, para que el asegurado HECTOR RAMIREZ ZAPATA ejerciera acciones en contra de la compañía aseguradora, dicho tiempo transcurrió sin que el demandante ejerciera alguna tipo de acción esto debido a que fue hasta el 9 de diciembre de 2023 día en que fue radicada la solicitud de indemnización y la demanda tan solo se promovió hasta el 13 de diciembre de 2023, es decir cuando el fenómeno prescriptivo ya se había consolidado.

- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de las pólizas de seguro expedida por mi representada, como quiera que el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Dichas omisiones, cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus antecedentes. Sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de antecedentes médicos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estos antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE A LA PRETENSIÓN OCTAVA: Me opongo a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por concepto de intereses por cuenta de mi representada, y en este sentido, no debe cancelar ningún rubro a él hoy demandante.

Así las cosas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, con base en los siguientes argumentos:

- Prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro: En el caso que nos ocupa ha operado el fenómeno de la prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza de la demandante. Lo anterior toda vez que se encuentra acreditado en el plenario que la notificación al señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA del dictamen realizado por la Junta Medico Definitiva No. 120401 fue el 25 de agosto de 2021, por ende, desde dicha calenda empezó a correr el término de dos años previsto en el artículo 1081 del C.Co, para que el asegurado HECTOR RAMIREZ ZAPATA ejerciera acciones en contra de la compañía aseguradora, dicho tiempo transcurrió sin que el demandante ejerciera alguna tipo de acción esto debido a que fue hasta el 9 de diciembre de 2023 día en que fue radicada la solicitud de indemnización y la demanda tan solo se promovió hasta el 13 de diciembre de 2023, es decir cuando el fenómeno prescriptivo ya se había consolidado.
- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de las pólizas de seguro expedida por mi representada, como quiera que el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos. Dichas omisiones, cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus antecedentes. Sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro. En otras palabras, es claro que, si mi

representada hubiera conocido de antecedentes médicos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estos antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE A LA PRETENSIÓN NOVENA: Me opongo a la condena del pago de las costas del proceso, agencias en derecho e indexación por sustracción de materia, en tanto que resulta consecuencial a las anteriores pretensiones y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada.

Además, solicito que se condene a la parte demandante a pagar las costas del proceso y agencias en derecho y se pague indexación, de las sumas antes mencionadas.

OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Conforme lo dispone el Art. 206 del Código General del Proceso y sin que ello signifique aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi procurada, respetuosamente presento objeción al Juramento Estimatorio de la demanda por las siguientes razones:

- Prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro: En el caso que nos ocupa ha operado el fenómeno de la prescripción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro que se encuentra en cabeza de la demandante. Lo anterior toda vez que se encuentra acreditado en el plenario que la notificación al señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA del dictamen realizado por la Junta Medico Definitiva No. 120401 fue el 25 de agosto de 2021, por ende, desde dicha calenda empezó a correr el término de dos años previsto en el artículo 1081 del C.Co, para que el asegurado HECTOR RAMIREZ ZAPATA ejerciera acciones en contra de la compañía aseguradora, dicho tiempo transcurrió sin que el demandante ejerciera alguna tipo de acción esto debido a que fue hasta el 9 de diciembre de 2023 día en que fue radicada la solicitud de indemnización y la demanda tan solo se promovió hasta el 13 de diciembre de 2023, es decir cuando el fenómeno prescriptivo ya se había consolidado.
- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de la póliza de seguro expedida por mi representada, comoquiera que el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces Asegurado conocía sus enfermedades y

antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los antecedentes de diabetes mellitus desde el año 2019, que padecía el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, que se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

1. PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE LA ACCIÓN DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO.

El Despacho debe tener en consideración que en este caso operó la prescripción ordinaria de las acciones derivadas del contrato de seguro consagrada en el artículo 1081 del Código de Comercio. Lo anterior por cuanto el término bienal inició su conteo el día 25 de agosto de 2021, fecha en la que tuvo lugar el hecho que da base a esta demanda, esto es, desde que se calificó con una pérdida de capacidad laboral del 63.79% al señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA y hecho del que el conoció en ese mismo momento, por lo que el hoy demandante tenía dos años para presentar esta demanda, es decir aquel término se configuró el día 25 de agosto de 2023. Luego, como el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA interpuso la demanda solo hasta el día 13 de diciembre de 2023, se concluye que la presentó cuando ya el término de prescripción había fenecido. Incluso, el término prescriptivo se había cumplido desde la fecha en la que se presentó la primera solicitud de indemnización el 9 de diciembre de 2023, las acciones que se derivan del contrato de seguro se encuentran totalmente prescritas, en tanto no se promovió esta demanda en el lapso de dos años contados a partir de esa fecha.

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

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

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)

En cuanto a la interpretación de las expresiones “hecho que da base a la acción” y “momento en que nace el derecho” la Corte Suprema de Justicia en reiteradas oportunidades ha señalado que no son diversos los alcances, pues se trata de significar con distintas palabras la misma idea; una y otra se refieren a la ocurrencia del siniestro¹:

En el contrato de seguros la prescripción tiene ciertas reglas especiales, contenidas básicamente en el artículo 1081 del Código de Comercio, la cual puede ser ordinaria o extraordinaria.

La primera «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» (inc. 2º); mientras que la otra «será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho» (inc. 3º); términos que «no pueden ser modificados por las partes» (inc. 4º).

En torno al alcance que la jurisprudencia ha dado a las expresiones «tener conocimiento del hecho que da base a la acción» y «desde el momento en que nace el respectivo derecho», empleadas por la citada norma para las dos formas prescriptivas, reiteró la Corte en sentencia de casación civil de 12 de febrero de 2007².

...comportan ‘una misma idea’³, esto es, que para el caso allí tratado no podían tener otra significación distinta que el conocimiento (real o presunto) de la

¹ Corte Suprema de Justicia, Sala Cas. Civ., Sentencia SC130-2018, radicación número 11001-31- 03-031-2002-01133-01, de 12 de febrero de 2018, M.P. Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo.

² Exp. No. 68001-31-03-001-1999-00749-01; reiterada en la citada SC 04-04-2013.

³ La Corte citó en dicha oportunidad la sentencia de 7 de julio de 1977, G.J. CLV, p. 139.

ocurrencia del siniestro, o simplemente del acaecimiento de éste, según el caso, pues como se aseveró en tal oportunidad ‘El legislador utilizó dos locuciones distintas para expresar una misma idea’”. En la misma providencia esta Sala concluyó que el conocimiento real o presunto del siniestro era “el punto de partida para contabilizar el término de prescripción ordinario”, pues, como la Corte dijo en otra oportunidad⁴, no basta el acaecimiento del hecho que da base a la acción, sino que por imperativo legal “se exige además que el titular del interés haya tenido conocimiento del mismo efectivamente, o a lo menos, debido conocer este hecho, momento a partir del cual ese término fatal que puede culminar con la extinción de la acción ‘empezará a correr’ y no antes, ni después”.

De conformidad con lo anterior no queda duda que el termino prescriptivo empezará a contar desde el acaecimiento del hecho que da base a la acción y el conocimiento de aquel por parte del demandante. Tratándose del caso concreto indudablemente el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA fue calificado con de pérdida de capacidad laboral el 25 de agosto de 2021 y en esa misma calenda el tuvo conocimiento de aquella situación tal como lo confiesa en el hecho 5 de la demanda. Sin lugar a duda, lo aquí mencionado implica que el momento desde el cual se empezó a contar el termino de prescripción, es del 25 de agosto de 2021 y que aquel corresponde al fenómeno ordinario, es decir de dos años. Para que no quede duda del término de prescripción aplicable y el momento en que empieza su conteo es prudente referir otro pronunciamiento de la Corte Suprema de Justicia en donde ya se ha decantado este tópico:

“En múltiples oportunidades la Corte ha precisado que la prescripción ordinaria se caracteriza por ser de naturaleza subjetiva, sus destinatarios son todas las personas legalmente capaces, empieza a correr desde cuando el interesado conoció o debió conocer “el hecho base de la acción” y el término para su configuración es de dos años, mientras que la extraordinaria, es de carácter objetivo, corre contra toda clase de personas incluidos los incapaces, empieza a contarse desde cuando nace el correspondiente derecho y su término de estructuración es de 5 años.

(...)

En esa medida, no llama a duda que cuando la citada disposición prevé que el término para que se configure la prescripción ordinaria empieza a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del «hecho que da base a la acción», se refiere al conocimiento real o presunto de la ocurrencia del siniestro, entendido este como el momento de la realización del riesgo asegurado en los términos del artículo 1072 del Código de Comercio, con independencia de la naturaleza de la acción o de la calidad de quien procura

⁴ Sent. Cas. Civ. de 18 de mayo de 1994, Exp. No. 4106, G.J. t. CCXXVIII, p. 1232.

obtener la tutela judicial de sus derechos prevalido de la existencia de una relación aseguraticia, en la que pudo o no haber sido parte.”

Por lo visto, se puede afirmar de manera pacífica que en este caso el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA le es aplicable el término de prescripción ordinario, por ser el mismo asegurado y además completamente capaz quien persigue la prestación que de aquel negocio se pudiere derivar. Pero además el término bienal de prescripción empezó su conteo desde el 25 de agosto de 2021 cuando se le expidió el porcentaje de pérdida de capacidad laboral superior al 50% y además del cual conoció en la misma calenda. Por lo tanto, contaba con dos años para formular su demanda y como no lo hizo sino hasta el 13 de diciembre de 2023 debe decirse que no interrumpió la prescripción porque aquella ya había fenecido. Incluso tampoco podía interrumpir el termino prescriptivo porque como ya se dijo para el momento de radicación de la demanda ya había transcurrido los dos años que prevé la norma, pero además porque la sola presentación de la demanda no puede interrumpir el término sino que tal como prevé el artículo 94 del CGP, se requiere que el auto admisorio de la demanda se notifique al demandado dentro del año siguiente al que fue notificado en estados, y tal como se puede ver en el plenario, el auto admisorio fue notificado en estados del 13 de diciembre de 2023.

Continuando con lo aquí mencionado, es menester incluso analizar un escenario en el que pudiera considerarse una posible interrupción de la prescripción por la solicitud de indemnización que realizó la señora Lopera, frente a lo cual se anticipa que incluso en ese escenario la prescripción se consolidó con creces. En este sentido, debe considerarse lo preceptuado en el artículo 94 del Código General de Proceso, pues señala que, en todas las clases de prescripciones, el requerimiento privado efectuado por el acreedor al deudor interrumpe el término que se encuentra en curso, siempre y cuando este sea escrito y únicamente por la primera vez que se presente dicha solicitud, a saber:

“La presentación de la demanda interrumpe el término para la prescripción e impide que se produzca la caducidad siempre que el auto admisorio de aquella o el mandamiento ejecutivo se notifique al demandado dentro del término de un (1) año contado a partir del día siguiente a la notificación de tales providencias al demandante. Pasado este término, los mencionados efectos solo se producirán con la notificación al demandado.

La notificación del auto admisorio de la demanda o del mandamiento ejecutivo produce el efecto del requerimiento judicial para constituir en mora al deudor, cuando la ley lo exija para tal fin, y la notificación de la cesión del crédito, si no se hubiere efectuado antes. Los efectos de la mora solo se producirán a partir de la notificación.

La notificación del auto que declara abierto el proceso de sucesión a los asignatarios,

también constituye requerimiento judicial para constituir en mora de declarar si aceptan o repudian la asignación que se les hubiere deferido.

Si fueren varios los demandados y existiere entre ellos litisconsorcio facultativo, los efectos de la notificación a los que se refiere este artículo se surtirán para cada uno separadamente, salvo norma sustancial o procesal en contrario. Si el litisconsorcio fuere necesario será indispensable la notificación a todos ellos para que se surtan dichos efectos.

El término de prescripción también se interrumpe por el requerimiento escrito realizado al deudor directamente por el acreedor. Este requerimiento solo podrá hacerse por una vez. (Subrayado y negrilla fuera del texto)

En este orden de ideas, para demostrarle al Honorable Despacho que incluso si en gracia de discusión se aceptara que la solicitud de indemnización que realizó el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA surte los efectos de interrupción de prescripción conforme a lo previsto en el artículo 94 del CGP, aun así, la prescripción operó. Para el efecto será necesario tener en cuenta cuál es la fecha de ocurrencia del hecho que da base a la acción y que fue conocido por la hoy demandante, cual fue la fecha de la solicitud de indemnización y tercero cual fue la fecha de presentación de la demanda.

En el caso concreto, el hecho que da base a la acción y que fue plenamente conocido por el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA ocurrió el 25 de agosto de 2021, fecha de la emisión del Dictamen de pérdida de capacidad laboral donde se declara un porcentaje del 67,14, veamos:

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

DIPSO

141304

ACTA DE JUNTA MÉDICA LABORAL No. 120401

REGISTRADA EN LA DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO

LUGAR Y FECHA:

BUCARAMANGA SANTANDER, 25 DE AGOSTO DEL 2021

INTERVIENEN:

Doctor

DR(A). DIANA DEL ROSARIO CUAICAL E.
Médico de Sanidad

Doctor

DR. JAVIER HOYOS CARDONA
Medico de Sanidad

Doctor

DR(A). EDUAR JOSE RONCALLO CERVANTES
Medico de Sanidad

ASUNTO:

Que trata del Acta de Junta Médica Laboral Militar. Que estudia en todas sus partes los documentos de sanidad del caso a valorar, clasificando la capacidad laboral, lesiones, secuelas, indemnizaciones e Imputabilidad al servicio, de conformidad con el Artículo. 15 del Decreto 1796 de 14-SEPTIEMBRE DEL 2000, acordando el texto y conclusiones, de acuerdo con los conceptos emitidos por los especialistas tratantes: ORTOPEDIA – POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS DE ESTADO ESTABLE – AUDIOMETRIA TONAL SERIADA – OPTOMETRIA – UROLOGIA – MEDICINA FAMILIAR

Ahora bien, debe precisarse que el día 09 de diciembre de 2023 el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA presentó una solicitud de indemnización a mi mandante, mi representada respondió dicha petición, objetando la misma en razón a que, la asegurada había sido reticente por cuanto no informó los antecedentes patológicos que padecía previo a la celebración del contrato de seguro y se había configurado una exclusión pactada.

Lo anterior implica que la solicitud de indemnización realizada el día 09 de diciembre de 2023 fue el primer requerimiento y único acto que hubiera podido interrumpir la prescripción conforme al artículo 94 del CGP. Así las cosas, es innegable que el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA tan solo contaba hasta el mes de agosto de 2023 para presentar su demanda, situación que no ocurrió sino hasta el día 13 de diciembre de 2023, conforme a las actuaciones registradas, es decir cuando ya había transcurrido más de dos años conforme al término de prescripción ordinaria:



REPUBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA

CENTRO DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS JURISDICCIONALES

PARA LOS JUZGADOS CIVILES Y DE FAMILIA

Fecha : 13/dic./2023

ACTA INDIVIDUAL DE REPARTO

Página 1

037

GRUPO

PROCESOS VERBALES (MENOR CUANTIA)

120484

SECUENCIA: 120484

FECHA DE REPARTO: 13/12/2023 3:39:35p. m.

REPARTIDO AL DESPACHO:

JUZGADO 37 CIVIL MUNICIPAL BOGOTA

IDENTIFICACION:

NOMBRES:

APELLIDOS:

PARTE:

16233399

HECTOR RAMIREZ ZAPATA

01

SOL798106

SOL798106

01

17345497

ANGEL

GONZALEZ RIVEROS

03

OBSERVACIONES:

REPARTOCLF009

FUNCIONARIO DE REPARTO

lrodrigg

REPARTOCLF009

v. 2.0

ΜΦΤΣ

λροδριγγ

Teniendo en cuenta lo previamente expuesto, se puede resumir lo aquí relatado de la siguiente manera:

- El día 25 de agosto de 2021 tuvo lugar el hecho que da base a la acción, es decir la calificación de pérdida de capacidad laboral del señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA, y en esa misma calenda aquella conoció de dicha situación conforme lo confesó en el hecho 5 de su demanda.
- Con este primer hito temporal, preliminarmente se indica que el termino de dos años para presentar la demanda fenecería el 25 de agosto de 2023.

- La demanda se presentó el 13 de diciembre de 2023, es decir cuando ya había transcurrido más de dos años desde el hecho que da base a la acción y plenamente conocido por el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA.
- En un segundo escenario, se encuentra que el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA realizó la solicitud de indemnización a mi mandante el 9 de diciembre de 2023.
- La demanda fue radicada hasta el 13 de diciembre de 2023, es decir cuando había transcurrido 2 años y 4 meses desde la solicitud de indemnización.

Por lo antes mencionado, no cabe duda de que desde cualquier arista en este caso operó la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro porque la parte demandante no interpuso su demanda dentro de los dos años siguientes sea desde la fecha en que fue calificada con pérdida de capacidad laboral o desde la solicitud de indemnización realizada el 9 de diciembre de 2023.

En conclusión, teniendo en cuenta que la demanda se presentó con posterioridad a los dos años siguientes a la fecha en que ocurrió la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral y que fue plenamente conocido por el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA, es decir el 25 de agosto de 2021 o incluso desde la fecha en que se presentó la solicitud de indemnización por parte de la hoy demandante, es decir el 9 de diciembre de 2023, se puede afirmar con total convicción que la prescripción ordinaria derivada del contrato de seguro conforme al Artículo 1081 del Código de Comercio, feneció con creces. Lo anterior, teniendo en cuenta que, la accionante tenía únicamente el termino de dos años siguientes al 25 de agosto de 2021 para presentar su demanda y como aquella tan solo se presentó el 13 de diciembre de 2023, cuando el término bienal ya había transcurrido con creces, el despacho deberá declarar la prosperidad de este medio exceptivo y negar las pretensiones de la demanda.

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

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

En el presente asunto debe tenerse en consideración, que el asegurado, el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA, 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 los antecedentes de diabetes mellitus, hipoacusia neurosensorial bilateral, síndrome de manguito rotador, lumbalgia mecánica crónica y Gonalgia bilateral, que dieron lugar al dictamen expedido por la Junta Medico Definitiva No. 120401 de fecha 25 de agosto de 2021 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**”⁵.* (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:

⁵ 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.

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

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

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos 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.”⁶ (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***

⁶ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01.

consecuencia es la nulidad que debe declararse. Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”⁷
(Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

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

En ese contexto, no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si 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.”⁸(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

⁷ 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.

⁸ 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.

*de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador**, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae 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 dicientes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito sine qua non para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.

- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, 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 HECTOR RAMIREZ ZAPATA 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 HECTOR RAMIREZ ZAPATA conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de julio de 2021, 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:

- **Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000071239, certificado No. 0013-0158-61-4019125618**

BBVA
Seguros

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito	Oficina	Ciudad
2021/07/01	Cartagena	Cartagena
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde: 2021/07/01
Vigencia hasta: Fin de crédito		

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos	Identificación de nacimiento	Edad
HECTOR RAMIREZ ZAPATA	162333991	43
Dirección	Telefono	Ciudad
Cll. 111# 23-16	3116616318	Cartagena
Fecha de nacimiento	Genero	Ocupación/Profesión
1978-04-04	M	Pensionado

Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)

Nombres Completos e Identificación	Parentesco	% Participación

Información Adicional

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

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

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

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

	SI	No
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?		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
¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?		X

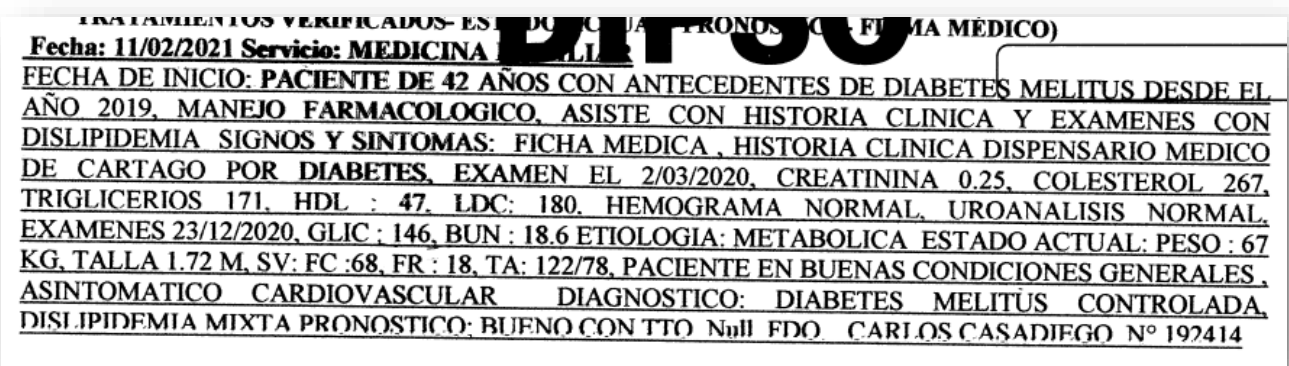
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:

“Documento: Declaración de asegurabilidad de julio de 2021.”

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

Ahora bien, obsérvese de la historia clínica de titularidad del demandante los siguientes diagnósticos y antecedentes que respaldaron el análisis de deficiencias anteriormente descrito:

- **DIABETES MELLITUS**



Documento: dictamen expedido por la Junta Medico Definitiva No. 120401 de fecha 25 de agosto de 2021.

Transcripción de la parte esencial:

FECHA REGISTRO: 11/02/2021: PACIENTE DE 42 AÑOS CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELITUS DESDE EL AÑO 2019, MANEJO FARMACOLOGICO, ASISTE CON HISTORIA CLINICA Y EXAMENES CON DISLIPIDEMIA SIGNOS Y SITOMAS: FICHA MEDICA, HISTORIA CLINICA DISPENSARIO MEDICO DE CARTAGO POR DIABETES, EXAMEN EL 02/02/2020, CREATININA 0.25 COLESTEROL 267, TRIGLICERIOS 171, HDL: LDC_ 180. HOMOGRAMA NORMAL, UROANALISIS NORMAL, EXAMENES 23/12/2020, GLIC: 146, BUN: 18,6 ETIOLOGIA: METABOLICA ESTADO ACTUAL: PESO 67 KG TALLA 1072 M, SV: FC 68 FR: 18 TA: 122/78, PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ASINTOMATICO CARDIOVASCULAR DIAGNOSTICO: DIABETES MELITUS CONTROLADA DISLIPIDEMIA MISXTA PRONOSTICO: BUENO CON TTO (...)

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que al menos desde varios años atrás, el señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA fue diagnosticado con diabetes mellitus desde el año 2019 y así lo indica el dictamen expedido por la Junta Medico Definitiva No. 120401 de fecha 25 de agosto de 2021 en donde se refleja su diagnóstico. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye 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.

- **HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL**

Como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que la asegurada por lo menos desde antes del 1 de julio de 2021, el señor Zapata padecía de HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye 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.

Fecha: 08/06/2021 Servicio: POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS

CONCLUSIONES: EN AMBOS OÍDOS SE ENCUENTRA UMBRALES AUDITIVOS ELECTROFISIOLÓGICOS, DENTRO DE PARÁMETROS DE ANORMALIDAD, PARA LAS FR DE 500, 1000, 2000 Y 8000 HZ, CONDUCCIÓN AUDITIVA ELECTROFISIOLÓGICA BILATERAL HASTA EL TALLO CEREBRAL UMBRALES AUDITIVOS ELECTROFISIOLÓGICO HIPOACUSIA BILATERAL DE MODO LEVE A MODERADO EN OI, Y LEVE A SEVERO EN OD

- **SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR**

Como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que la asegurada por lo menos desde antes del 1 de julio de 2021, el señor Zapata padecía SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye 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.

Fecha: 09/02/2021 Servicio: ORTOPEDIA

FECHA DE INICIO: DOLOR LUMBAR DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN, DOLOR EN RODILLAS 8 AÑOS DE EVOLUCIÓN, DOLOR HOMBRO 5 AÑOS DE EVOLUCIÓN SIGNOS Y SÍNTOMAS: HOMBRO DOLOR, DOLOR CERVICAL, COLUMNA LUMBAR DOLOR, RODILLAS DOLOR ETIOLOGÍA: ENFERMEDAD GENERAL ESTADO ACTUAL: LIMITACIÓN FUNCIONAL DE HOMBRO, LIMITACIÓN FUNCIONAL DE COLUMNA, LIMITACIÓN FUNCIONAL DE RODILLA DIAGNÓSTICO: SÍNDROME DE MANGUITO ROTADOR BILATERAL, LUMBALGIA CRÓNICA, GONALGIA BILATERAL PRONÓSTICO: RESERVADO
Null FDO. JAVIER F DIAZ N° 194013

- **LUMBALGIA MECÁNICA CRÓNICA**

Como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen

pericial, quedará claro que la asegurada por lo menos desde antes del 1 de julio de 2021, el señor Zapata padecía LUMBALGIA MECÁNICA CRÓNICA. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye 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.

- **GONALGIA BILATERAL**

Fecha: 09/02/2021 Servicio: ORTOPEdia

FECHA DE INICIO: DOLOR LUMBAR DE 10 AÑOS DE EVOLUCION, DOLOR EN RODILLAS 8 AÑOS DE EVOLUCION , DOLOR HOMBRO 5 AÑOS DE EVOLUCION SIGNOS Y SINTOMAS: HOMBRO DOLOR, DOLOR CERVICAL, COLUMNA LUMBAR DOLOR, RODILLAS DOLOR ETIOLOGIA: ENFERMEDAD GENERAL ESTADO ACTUAL:LIMITACION FUNCIONAL DE HOMBRO, LIMITACION FUNCIONAL DE COLUMNA, LIMITACION FUNCIONAL DE RODILLA DIAGNOSTICO: SINDROME DE MANGUITO ROTADOR BILATERAL, LUMBALGIA CRONICA, GONALGIA BILATERAL PRONOSTICO: RESERVADO Null FDO. JAVIER F DIAZ N° 194013

Como se demostrará en el curso del proceso especialmente con la prueba por oficio y el dictamen pericial, quedará claro que la asegurada por lo menos desde antes del 1 de julio de 2021, el señor Zapata padecía GONALGIA BILATERAL. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye 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.

En otras palabras, como se demostrará en el curso del proceso se podrá evidenciar como el asegurado si tenía diagnósticos de hipoacusia neurosensorial bilateral, diabetes mellitus, síndrome de manguito rotador, lumbalgia mecánica crónico y Gonalgia bilateral. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que el aseguramiento deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que el señor Héctor Zapata suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) el señor Zapata ya contaba con una serie de diagnósticos con anterioridad al mes de julio de 2021, fecha en la que se perfeccionó el primer seguro, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes 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

sinistro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual. Lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de las declaraciones de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que éstas claramente incluyen las enfermedades antes referida y que por supuesto el asegurado debió informar, ya que de haber sido conocida por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. Expresamente se le preguntó al Asegurado, lo siguiente:

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

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente que a pesar de que el demandante había sido diagnosticado con hipoacusia neurosensorial bilateral, diabetes mellitus, síndrome de manguito rotador, lumbalgia mecánica crónico y Gonalgia bilateral, faltando a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban por los padecimientos de estas enfermedades. Situación que claramente dista con la realidad tal como se contrasta con el dictamen de pérdida de capacidad laboral que se aporta con la demanda.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, el señor Zapata padecía y conocía de la existencia de su hipoacusia neurosensorial bilateral, diabetes mellitus, síndrome de manguito rotador, lumbalgia mecánica crónico y gonalgia bilateral. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de

ésta a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio de los cuestionarios sus patologías le fueron preguntadas expresamente. Es tan así que el entonces asegurado en señal de aceptación firmó las declaraciones de asegurabilidad, por un lado, avalando las declaraciones de su estado de salud y por otro, avalando el conocimiento de la nulidad si faltaba a la verdad, veamos:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 1 de de julio de 2021.**

BBVA
Seguros

SOLICITUD / CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES CONSUMO Y COMERCIAL

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito: 2021/07/01

Oficina: Frontpage

Ciudad: Cartago

Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.

C.C. o NIT: 860.003.020-1

Vigencia desde: 2021/07/01

Vigencia hasta: 07/Indefinido

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos: HECTOR RAMIREZ ZAPATA

Identificación: 16233399

Edad: 43

Dirección: Cll. 11 # 23-16

Teléfono: 3116616358

Ciudad: Cartago

Fecha de nacimiento: 1978-04-04

Genero: M

Ocupación/Profesión: Pensionado

Beneficiarios del Seguro (Aplica únicamente para créditos de vehículo)

Nombres Completos e Identificación	Parentesco	% Participación

Información Adicional

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

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

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

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura: 1.72 cms

Peso: 71 Kg

SI

No

¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, tromboembolia o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?

SI

No

¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?

SI

No

¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?

SI

No

¿Sufrir alguna incapacidad física o mental?

SI

No

¿Sufrir o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?

SI

No

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

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

No firme esta solicitud sin leer este texto

Declaro que he leído, entendido y acepto la información contenida en la presente solicitud de seguro y en sus anexos.

Autorezo a actualizar la información personal, comercial y financiera por lo menos una vez al año o cada vez que ocurra un cambio en la información.

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

Declaro que mis recursos no provienen de actividad ilícita alguna contemplada en la legislación Penal o de actividades ilícitas, ni de actividades ilícitas en la información prepagada en esta solicitud, enmiro a la compañía de toda responsabilidad. Expresamente declaro que todos las respuestas no provienen de actividades ilícitas y verídicas y acepto que cualquier omisión, inexactitud o retención de las mismas, sean tratadas de acuerdo con el artículo 1058 del código de comercio.

Artículo 1058 del Código de Comercio. Terminación automática del Seguro. La mora en el pago de la prima o de las cuotas de pago, o la suspensión por fundado motivo en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de las costas y honorarios de la suspensión del contrato.

En desarrollo al artículo 34 ley 23 de 1981, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros o cualquier otro profesional o institución de salud que me asista, a suministrar la información requerida a la compañía de seguros o a BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Toda información que posea sobre mi salud y actividades que me permitan determinar la ocurrencia de alguno de los riesgos amparados. La presente solicitud formará parte del contrato de seguro que aquí se solicita y sus anexos.

Firma del Solicitante

El clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición a través de las páginas: www.bbvasseguros.com y www.bbva.com.co

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

Para constancia se firma en: Cartago a los 01 días del mes de Julio de 2021

“Documento: declaración de asegurabilidad del 1 de julio de 2021.

Transcripción parte esencial: soy consciente y he sido informado de que cualquier inconsistencia en la información suministrada anteriormente traerá como consecuencia la nulidad del contrato de seguro y acarreará la posible pérdida del derecho a cualquier indemnización.

No firme esta solicitud sin leer este texto.”

En resumen, el señor Héctor Zapata fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la

Cali – Av. 6A Bis #35N-100, Oficina 212, Cali, Valle del Cauca, Centro Empresarial Chipchape
+57 315 577 6200 - 602-6594075
Bogotá – Calle 69 No.04-48 Oficina 502, Ed. Buro 69
+57 3173795688 - 601-7616436

GHA
ABOGADOS & ASOCIADOS

CAPL

Página 32 | 48

anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el Asegurado negó en el momento de perfeccionar sus seguros son supremamente relevante para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido del padecimiento de hipoacusia neurosensorial bilateral, diabetes mellitus, síndrome de manguito rotador, lumbalgia mecánica crónica y gonalgia bilateral con anterioridad al perfeccionamiento de los aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. Así, se concluye claramente que el ocultamiento de estas 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. Los aseguramientos de la señora Noriega (Q.E.P.D.) deben declararse nulos, debido a que negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de los contratos. Más aun, cuando su patología le fue preguntada 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 solo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes.

Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos tribunales de la Rama Judicial y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de estos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que estas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

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

El citado artículo demuestra que es facultad de las aseguradoras la realización de exámenes médicos a sus clientes para verificar que la información otorgada por los mismos en la declaración de asegurabilidad es veraz, pues esta carga precontractual a cargo del tomador tiene estrecha relación con el principio de la ubérrima bona fe. 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 jurídico⁹. 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 fundamentales¹⁰. 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 conocer¹¹”. (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 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.”¹² (Subrayado y negrilla fuera del texto original).*

⁹ 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.”

¹⁰ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

¹¹ 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.

¹² Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez. Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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 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...”¹³(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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador, puesto que a 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

¹³ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

*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 ubérrima 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 estas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es 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 distingos, 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 seguro¹⁴. (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, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

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

¹⁴ 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.

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 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 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 HECTOR RAMIREZ ZAPATA 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. 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.

EXCEPCIONES SUBSIDIARIAS

7. 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 a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

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

8. 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 mutuo¹⁵

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 aseguradora¹⁶. ”

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 HECTOR RAMIREZ ZAPATA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá

¹⁵ Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014.

¹⁶ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

ser exclusivamente en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

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.

MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

1. Póliza de seguro vida deudores No. 02 262 0000071239, acompañado de su condicionado general.
2. Certificado de vigencia de la Póliza de seguro vida deudores No. 02 262 0000071239.
3. Derecho de petición y constancia de radicación enviado a Dirección de Sanidad Militar, a fin de obtener la historia clínica del señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA.

4. INTERROGATORIO DE PARTE

- 4.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **HECTOR RAMIREZ ZAPATA**, 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.

5. DECLARACIÓN DE PARTE

- 5.1. 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.

6. TESTIMONIALES

- 6.1. Sírvasse 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

- 6.2. Solicito se sirva citar a la doctora **MARIA CAMILA AGUDELO ORTIZ**, asesora externa de mi representada con el objeto de que se pronuncie sobre los hechos narrados en la demanda, así como de los fundamentos de hecho y derecho sobre la Póliza de Seguro. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas, entre otros, del Contrato de Seguro objeto del presente litigio. El testigo podrá ser citado en la Carrera 72 C No. 22 A – 24, Conjunto Residencial Los Cerros de la ciudad de Bogotá D.C. o en el correo electrónico: camilaortiz27@gmail.com

7. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 7.1. 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 HECTOR RAMIREZ ZAPATA** quien resulta autorizado para acceder a la historia clínica para que exhiba copia íntegra de los siguientes documentos:

- Historia clínica completa del señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA desde el año 2011.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las enfermedades previas que HECTOR RAMIREZ ZAPATA sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro la Póliza de seguro vida deudores No. 02 262 0000071239, 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.

- 7.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA identificado con cédula de ciudadanía No. 16.233.399 correspondiente al periodo que va desde el año 2011. 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 HECTOR RAMIREZ ZAPATA.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que HECTOR RAMIREZ ZAPATA 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.

La Dirección General de Sanidad Militar puede ser notificado al correo electrónico notificacionesdgs@sanidad.mil.co y disan.juridica@buzonejercito.mil.co

8. OFICIOS

Comendidamente ruego se oficie a la **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR**, para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor HECTOR RAMIREZ ZAPATA identificado con cédula de ciudadanía No. 16.233.399 correspondiente al periodo que va desde el año 2011.

El propósito de esta solicitud es que a través de dichos documentos se pueda evidenciar las patologías y antecedentes que HECTOR RAMIREZ ZAPATA 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.

La **Dirección General de Sanidad Militar** puede ser notificado en la al correo electrónico atencion.usuario@sanidad.mil.co, notificacionesdgs@sanidad.mil.co y disan.juridica@buzonejercito.mil.co

9. 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 julio de 2021 con hipoacusia neurosensorial bilateral, diabetes mellitus, síndrome de manguito rotador, lumbalgia mecánica crónica y gonalgia bilateral **(ii)** que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías de HECTOR RAMIREZ ZAPATA 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 al despacho 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.

10. 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.

11. NOTIFICACIONES

- El suscrito, en la Cra 11A # 94A - 23 Of 201de la ciudad de Bogotao 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.