

Señores,

JUZGADO TREINTA Y DOS (32°) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.

cmpl32bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL
RADICADO: 110014003032-2023-01203-00
DEMANDANTE: JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUAREZ
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, domiciliado y residente en Cali, identificado con la cédula de Ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal y como se acredita con el poder y el certificado de existencia y representación legal que obran en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el NIT 800.240.882-0, representada legalmente por el Doctor Felipe Guzmán Aldana, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., sometida al control y vigilancia por parte de la Superintendencia Financiera de Colombia. De manera respetuosa y encontrándome dentro del término legal, procedo a presentar **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por José Antonio Quiroga Suarez 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:

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

FRENTE AL HECHO PRIMERO: A mi representada no le consta toda vez que el Banco BBVA Colombia S.A es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se ajustó el contrato de mutuo. Por esta razón, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

FRENTE AL HECHO SEGUNDO: Es cierto que para el mes de septiembre de 2019 el BANCO BBVA COLOMBIA tenía vigente un convenio con mi representada **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.** para amparar los riesgos de Vida, Incapacidad Total y Permanente de sus Clientes deudores, practica permitida en virtud de lo dispuesto en el Decreto 2555 del 2010. Así mismo es cierto que conforme a ello, se expidió la Póliza de Seguro de Vida Grupo Deudores 0110043.

FRENTE AL HECHO TERCERO: No me consta lo referenciado en el hecho, entre tanto se precisan supuestas actuaciones relacionadas con una sociedad ajena al giro normal de los negocios de mi

representada, por lo que cualquier clase de comunicación emitida por la misma es por demás ajena al conocimiento de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Así pues, es válido indicar al despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO CUARTO: Es cierto que el señor José Antonio Quiroga Suárez fue incluido como asegurado en la póliza No. VGDB 0110043 emitida por mi representada para amparar el riesgo de muerte e incapacidad total y permanente. Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración, que, el señor José Antonio Quiroga Suárez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión como asegurado en el contrato de seguro. La anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que los antecedentes y enfermedades que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato eran relevantes y conllevaron a que el demandante fuera calificado con una pérdida de capacidad laboral superior al 50%. En otras palabras, es claro que sí mi representada hubiera conocido la existencia de sus antecedentes médicos como Flebitis y Tromboflebitis de los Miembros Inferiores, además, de la Disminución de la Agudeza Visual desde hace seis años (2015); Trastorno interno de la rodilla en registro médico de mayo de 2019, es decir con anterioridad a la inclusión en el precitado contrato, evidentemente se hubiere retraído de celebrar el misma, o por lo menos la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar las anotaciones de la historia clínica del señor José Antonio Quiroga Suárez que reposan en el mismo dictamen de pérdida de calificación laboral para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

FRENTE AL HECHO QUINTO: Es cierto que el producto fue comercializado a través de la fuerza comercial del banco BBVA, practica permitida en virtud de lo dispuesto en el Decreto 2555 del 2010. Al margen de la forma de adquisición del seguro, ello no obsta para que el asegurado cumpla con la obligación legal de declarar sinceramente el estado del riesgo, hecho que el hoy demandante no cumplió, por cuanto el señor Quiroga Suárez fue reticente en virtud de que no declaró las enfermedades que lo aquejaban y de las cuales tenía pleno conocimiento, razón por la cual la falta a dicho deber comporta la nulidad del seguro por reticencia y la aseguradora no está obligada a efectuar pago alguno.

FRENTE AL HECHO SEXTO: No es cierto que al señor Quiroga Suárez se le hubiere obligado a suscribir la solicitud de seguro pues esto ocurrió de manera libre y voluntaria, de tal suerte que en el mismo documento de la solicitud/certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 0110043 que está debidamente firmado el 24 de septiembre de 2019, 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:



DOCUMENTO: Solicitud / certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 0110043.

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 Quiroga Suárez no se le hubiera brindado la información completa de la póliza, pues en la copia de la solicitud / certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 0110043 debidamente firmada el 24 de septiembre de 2019, se dejó expresa anotación indicando que “el clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición. a través de la página www.bbvaseguros.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.

Sin perjuicio de lo anterior, el señor Quiroga Suárez no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Por el contrario, respondió negando todas las preguntas que se encuentran en el formulario de asegurabilidad. De modo que no puede pretenderse convalidar la reticencia del entonces asegurado indicando que no fue advertido sobre la relevancia de sus condiciones de salud, cuando el mismo documento es claro en indicar que recibió la información del producto de forma clara y aún así diligenció libremente la información contenida en esa solicitud.

FRENTE AL HECHO SÉPTIMO: No es cierto como se planeta el hecho, en este punto me permito

precisar que el litigio gira en torno a un seguro de vida grupo deudor cuya naturaleza es satisfacer la obligación contraída por el asegurado en el evento de que se configure el siniestro, claro está si el contrato de seguro no se encuentra viciado de nulidad. Así las cosas, aunque el señor Quiroz haya solicitado un crédito de \$45.000.000 y a su vez por ese hecho se haya incluido al mentado demandante en el seguro grupal, ello no implica que la aseguradora deba sufragar dicha suma, porque en efecto el valor asegurado se reduce al saldo insoluto de la obligación, pues es aquel el aspecto que comporta el interés asegurado en este tipo de negocio, por ende el valor asegurado no puede ser igual al valor del monto que la entidad financiera desembolsó al señor Quiroz.

FRENTE AL HECHO OCTAVO: A mi representada no le consta toda vez que dicho Contrato de Mutuo con Intereses no fue celebrado por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. comoquiera que la Compañía de Seguros es una persona jurídica totalmente distinta del Banco BBVA Colombia S.A. entidad por medio de la cual se conceden los créditos. Sin embargo, es cierto que la prima del seguro se recaudaba a través de la entidad financiera.

FRENTE AL HECHO NOVENO: No me consta de manera directa lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas a la Compañía Aseguradora sin embargo, de la prueba documental adosada con la demanda se advierte que es cierto.

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

FRENTE AL HECHO DÉCIMO PRIMERO: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte Demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. En todo caso no se observa la constancia de que la notificación al demandante del resultado de dicha junta médica le haya sido comunicada el 5 de enero de 2022. Por lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEGUNDO: Si bien es cierto que el 07 de enero de 2022 se presentó solicitud de indemnización ante mi representada, esta misma fue objetada el 14 de enero de 2022, ya que en la Historia Clínica aportada como anexo de la misma, se encontró que el señor Quiroga Suárez fue reticente al no declarar el sinceramente el estado del riesgo, pues el señor Quiroga Suárez registra antecedentes médicos como Flebitis y Tromboflebitis de los Miembros Inferiores,

además, de Disminución de la Agudeza Visual desde hace seis años (2015); Trastorno interno de la rodilla en registro médico de mayo de 2019, alguna, desde hace más de 5 años. Claramente estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de la vinculación al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO TERCERO: No es un hecho sino una mera apreciación del apoderado de la parte demandante, que en todo caso desconoce que el simple hecho de aportar el resultado de la junta medica laboral no implica la existencia de obligación a cargo de la compañía aseguradora, máxime cuando en este asunto el hoy demandante fue reticente y no puso de presente sus afecciones de salud al momento de solicitar el aseguramiento, y que posteriormente serían dichos antecedentes los que llevaron a la junta medica de sanidad militar a calificarlo con una pérdida de capacidad laboral al 50%, es decir, las patologías conocidas y omitidas por el señor Quiroz conlleva a que el contrato de seguro este viciado de nulidad, aspecto que por contera implica la imposibilidad de condenar a mi prohijada.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO CUARTO: Si bien es cierto que la Póliza De Vida Grupo Deudores No. VGDB0110043 se encontraba vigente para la fecha en que se indica se emitió el Dictamen de Pérdida de Capacidad del asegurado, la póliza de seguro no podrá verse afectada toda vez que, el señor Quiroga Suárez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro en calidad de asegurado, aspecto que conlleva a la nulidad del acto jurídico.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO QUINTO: Es cierto que el 14 de enero de 2022 se objetó la solicitud de indemnización con fundamento que en el presente caso se configura la nulidad del artículo 1058 del C.Co. toda vez que, de acuerdo con la Historia clínica aportada, el señor Quiroga Suárez registra antecedentes médicos como Flebitis y Tromboflebitis de los Miembros Inferiores, además, de Disminución de la Agudeza Visual desde hace seis años (2015); Trastorno interno de la rodilla en registro médico de mayo de 2019, como se lee:



Bogotá, Enero 14 de 2022

Señores
BBVA COLOMBIA S.A.
Sucursal Cimitarra
Gerente

REF.	TOMADOR	BBVA COLOMBIA S.A.
	POLIZA	VGDB No. 0110043
	ASEGURADO	JOSE ANTONIO QUIROGA SUAREZ
	CEDULA	1099542793
	SINIESTRO	VGDB-24883
	OBLIGACION	00130158009617961493

Respetados Señores,

Una vez analizados los documentos aportados para la reclamación relativa al seguro de vida grupo deudores, afectando el amparo de incapacidad total y permanente por hecho ocurrido el 14 de octubre de 2021, nos permitimos manifestar lo siguiente:

De acuerdo con la historia clínica de Dirección General de Sanidad Militar de septiembre 25 de 2018, encontramos que el señor José Antonio Quiroga Suarez tiene antecedentes médicos de Flebitis y Tromboflebitis de los Miembros Inferiores, además, se evidencian antecedentes médicos de Disminución de la Agudeza Visual desde hace seis años (2015); Trastorno interno de la rodilla en registro médico de mayo de 2019. Estos diagnósticos forman parte de las causales de calificación. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivaron la objeción al pago del respectivo seguro.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO SEXTO: No es cierto que el señor Quiroga Suárez no tuviera la información completa de la póliza, pues en la copia de la solicitud / certificado individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 0110043 debidamente firmada el 24 de septiembre de 2019, cuenta con una anotación que dice “el clausulado con las condiciones generales de su póliza están a su disposición. a través de la página www.bbvaseguros.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.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO SÉPTIMO: Si bien es cierto que no se ha promovido acción legal por parte de mi representada para declarar la nulidad del contrato de seguro. Lo cierto es que la acción para obtener la nulidad del seguro de Vida Grupo Deudores, solo se entenderá prescrita de manera extraordinaria hasta el 24 de septiembre de 2024 es decir, 5 años después de la suscripción del certificado de asegurabilidad Individual Seguro De Vida Grupo Deudores No. 0110043 para el 24 de septiembre de 2019, por ende se encuentra completamente facultada para alegar por vía de excepción la nulidad relativa del contrato derivada de la reticencia.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO OCTAVO: No me consta lo referenciado en el hecho, entre tanto se precisan supuestas actuaciones relacionadas con una sociedad ajena al giro normal de los negocios de mi representada, por lo que cualquier clase de comunicación emitida por la misma es por demás ajena al conocimiento de BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Así pues, es válido indicar al

despacho que deberá cumplirse la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma el Demandante debe probar su dicho a través de los medios de prueba pertinentes, conducentes y útiles para tal fin.

FRENTE AL HECHO DÉCIMO NOVENO: No es cierto como se presenta el hecho, debe precisarse que mi mandante no ha realizado pago alguno por la solicitud de la indemnización realizada por el demandante y con cargo a la Póliza De Vida Grupo Deudores No. VGDB0110043, toda vez que, el señor Quiroga Suárez fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro en calidad de asegurado. La anterior omisión cobra fundamental relevancia debido a que los antecedentes y enfermedades que el Accionante negó en el momento de su inclusión en dicho contrato tales como Flebitis y Tromboflebitis de los Miembros Inferiores, además, de Disminución de la Agudeza Visual desde hace seis años (2015); Trastorno interno de la rodilla en registro médico de mayo de 2019, evidentemente eran relevantes para el asegurador, pues de haberlos conocido se hubiere retraído de celebrar el mismo, o por lo menos la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del señor Quiroga Suárez para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

II. OPOSICIÓN A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el Demandante, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, debido a que el aseguramiento en el que ostentaba la calidad de asegurado el señor JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUÁREZ 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.

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA. Si bien no me opongo a que se declare que en efecto el contrato Póliza De Vida Grupo Deudores No. VGDB0110043 se suscribió, si me opongo a cualquier consecuencia jurídica adversa para mi mandante que quiera fincarse en ese hecho, pues, aunque la existencia del seguro no está en discusión lo cierto es que el mismo está viciado de nulidad porque el señor Quiroga Suárez no declaró sinceramente el estado del riesgo.

OPOSICIÓN A LA PRETENSIÓN SEGUNDA. En efecto **ME OPONGO.** Si bien el seguro estaba vigente para la fecha en que fue expedido el Dictamen Médico de Pérdida de Capacidad Laboral del demandante y eso no se discute, de todas formas, no se puede afectar por que el Seguro Póliza De Vida Grupo Deudores No. VGDB0110043 está viciado de nulidad porque el señor Quiroga Suárez no declaró sinceramente el estado del riesgo.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: En efecto el beneficiario oneroso es BANCO BBVA y eso no está en discusión. Si me opongo a cualquier consecuencia jurídica adversa para mi mandante que quiera fincarse en ese hecho, pues, aunque el beneficiario oneroso no está en discusión lo cierto es que el mismo está viciado de nulidad porque el señor Quiroga Suárez no declaró sinceramente el estado del riesgo.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: En efecto, **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 concepto de saldos restantes a los hoy demandantes. Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante.

- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de la póliza de seguro expedida por mi representada, como quiera que el señor José Antonio Quiroga Suárez 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. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la Flebitis y Tromboflebitis de los Miembros Inferiores, además, de Disminución de la Agudeza Visual desde hace seis años (2015); Trastorno interno de la rodilla que padecía el señor José Antonio Quiroga Suárez 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 José Antonio Quiroga Suárez para advertir que desde una valoración que se afine 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.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA: En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión en tanto el Seguro Póliza De Vida Grupo Deudores No. VGDB0110043 ampara la obligación y por ende es el saldo insoluto lo que se reconocería y no más allá de ello. Luego, no es correcto pedir a favor del demandante suma alguna.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SEXTA: En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión por cuanto es claro la solicitud de indemnización fue objetada por mi representada con fundamento en el artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración de la reticencia, es decir que existiendo motivos sólidos para efectuar dicha objeción aunado al hecho irrefutable de la nulidad por reticencia es indiscutible que la solicitud de

indemnización efectuada por el demandante no da lugar a ninguna consecuencia jurídica adversa para la compañía de seguros.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN SÉPTIMA: En efecto, **ME OPONGO**. En este caso no existe prueba del saldo insoluto de la obligación, aspecto que puede certificar la entidad financiera acreedora.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN OCTAVA: En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión por cuanto es claro que no se ha configurado el fenómeno de prescripción en forma extraordinaria para alegar la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia del asegurado.

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que el hecho que da base a la acción es la calenda de suscripción de la declaración de asegurabilidad por parte del demandante, hecho que sucedió para el 24 de septiembre de 2019. Luego, la acción derivada de la póliza de seguro de Vida Grupo Deudores, solo se entenderá prescrita de manera extraordinaria hasta el 24 de septiembre de 2024 es decir, 5 años después de la ocurrencia del hecho que da base a la acción. De manera que no ha prescrito en ninguna medida.

FRENTE A LAS PRETENSIONES CONDENATORIAS DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto valor asegurado por las siguientes razones:

- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de la póliza de seguro expedida por mi representada, como quiera que el señor José Antonio Quiroga Suárez 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. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la Flebitis y Tromboflebitis de los Miembros Inferiores, además, de Disminución de la Agudeza Visual desde hace seis años (2015); Trastorno interno de la rodilla que padecía el señor José Antonio Quiroga Suárez 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 José Antonio Quiroga Suárez para advertir que desde una valoración que se afine 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.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: ME OPONGO a la prosperidad de los intereses solicitados, en tanto que esta pretensión resulta consecuencial a la pretensión principal y al ser aquella improcedente, esta también debe ser desestimada.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto valor asegurado por las siguientes razones:

- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de la póliza de seguro expedida por mi representada, como quiera que el señor José Antonio Quiroga Suárez 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. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la Flebitis y Tromboflebitis de los Miembros Inferiores, además, de Disminución de la Agudeza Visual desde hace seis años (2015); Trastorno interno de la rodilla que padecía el señor José Antonio Quiroga Suárez 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 José Antonio Quiroga Suárez para advertir que desde una valoración que se afine 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.

FRENTE A LA PRETENSIÓN CUARTA: ME OPONGO a la prosperidad de los intereses solicitados, en tanto que esta pretensión resulta consecuencial a la pretensión principal y al ser aquella improcedente, esta también debe ser desestimada.

FRENTE A LA PRETENSIÓN QUINTA: En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho. Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

FRENTE A LAS PRETENSIONES SUBSIDIARIAS

FRENTE A LA PRETENSIÓN PRIMERA: En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto daño emergente por las siguientes razones:

- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de la póliza de seguro expedida por mi representada, como quiera que el señor José Antonio Quiroga Suárez 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. En otras palabras, es claro que si mi representada hubiera conocido de la Flebitis y Tromboflebitis de los Miembros Inferiores, además, de Disminución de la Agudeza Visual desde hace seis años (2015); Trastorno interno de la rodilla que padecía el señor José Antonio Quiroga Suárez 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 José Antonio Quiroga Suárez para advertir que desde una valoración que se afine 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.

FRENTE A LA PRETENSIÓN SEGUNDA: **ME OPONGO** a la prosperidad de los intereses solicitados, en tanto que esta pretensión resulta consecuencial a la pretensión anterior y al ser aquella improcedente, esta también debe ser desestimada.

FRENTE A LA PRETENSIÓN TERCERA: En efecto, **ME OPONGO** a esta pretensión por cuanto es claro que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho. Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

III. OBJECIÓN 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:

- Nulidad del contrato de seguro: No podrá ordenarse la afectación de la póliza de seguro expedida por mi representada, comoquiera que el señor José Antonio Quiroga Suárez 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 la Flebitis y Tromboflebitis de los Miembros Inferiores, además, de Disminución de la Agudeza Visual desde hace seis años (2015); Trastorno interno de la rodilla que padecía el señor José Antonio Quiroga Suárez 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 José Antonio Quiroga Suárez 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.
- El seguro de vida grupo deudor tiene un beneficiario oneroso, por ende el demandante no puede solicitar indemnización a su favor: El demandante pide a su favor la diferencia entre el saldo insoluto y el valor desembolsado de \$45.000.000 porque a su juicio el valor asegurado se estipuló en una suma fija equivalente a los \$45.000.000. Sin embargo, la naturaleza del Seguro de Vida deudor en este caso es amparar ante la muerte o ITP, siempre que no verifique nulidad entre otras circunstancias, por reticencia, la aseguradora pagaría a la entidad financiera el saldo insoluto de la obligación y no más que ello, por ende, el demandante no puede pretender que se pague la obligación al banco y por otro lado que a él se le pague el excedente hasta los \$45.000.000. Luego, el derivado de las defensas que se exponen a lo largo del escrito, no hay razón alguna para que se ordene a pagar al banco lo que asciende de la deuda, y al demandante el excedente de \$45.000.000 y mucho menos los intereses moratorios.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO PRINCIPALES

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

En el presente asunto debe tenerse en consideración, que el Asegurado, el señor JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUÁREZ, 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 Flebitis y Tromboflebitis de los Miembros Inferiores, además, se evidencian antecedentes médicos de Disminución de la Agudeza Visual desde hace seis años (2015); Trastorno interno de la rodilla en registro médico de mayo de 2019 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**”¹.* (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

¹ 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.

encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno, verbi gracia, la Corte Constitucional, en sentencia T-437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

“Ahora bien, tanto la jurisprudencia como la doctrina han sido enfáticas al afirmar que, si bien el artículo 1036 del Código de Comercio no lo menciona taxativamente, el contrato de seguro es un contrato especial de buena fe, lo cual 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.”² (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

² Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 01/09/2010, MP: Edgardo Villamil Portilla, Rad: 05001- 3103-001-2003-00400-01.

el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”³
(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.”⁴(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

³ 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.

⁴ 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.

específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del C.Co. La sentencia C-232 de 1997 expresa lo siguiente:

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cumulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador**, puesto que a este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio 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 JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUÁREZ 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 QUIROGA SUÁREZ conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de septiembre de 2019, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del entonces asegurado y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

"Documento: Declaración de asegurabilidad de septiembre de 2019."

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor JOSÉ ANTONIO

QUIROGA SUÁREZ respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento, debido a que el entonces Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable despacho tenga en cuenta que el señor QUIROGA SUÁREZ no informó a mi representada que tenía sendos padecimientos de salud y que eran de su conocimiento con anterioridad a la suscripción del seguro, es decir, a pesar de que el señor QUIROGA SUÁREZ tenía sendos padecimientos de salud con anterioridad al mes de septiembre de 2019 no los declaró. Además, como se demostrará en el curso del proceso mediante la prueba que se allegue mediante la expedición de oficios que se solicitará, el demandante ya tenía esas dolencias que omitió declarar.

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

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

DESGLOSE LITERALES				
NÚMERO	SECUELA	IMPUTABILIDAD	INDICES	PORCENTAJE
1-A	NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN	Literal A	0	0%
SLP. QUIROGA SUAREZ JOSE ANTONIO JM No 211343 FECHA: 14 DE OCTUBRE DE 2021 UNIDAD: BATALLON DE INFANTERIA # 41 GR. RAFAEL REYES				
6				
NÚMERO	SECUELA	IMPUTABILIDAD	INDICES	PORCENTAJE
2-A	5-035	Literal A	13	42%
3-A	NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN	Literal A	0	0%
4-A	NO HAY LUGAR A FIJAR ÍNDICES DE LESIÓN	Literal B	0	0%
5-A	6-053	Literal A	2	4.93%
6-A	1-191	Literal B	7	8.49%

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

“2. FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS: Valorado y tratado por medicina interna, cirugía vascular y salud ocupacional. actualmente en manejo médico.

5. HIPERMETROPIA AMBOS OJOS: Valorado Y Tratado Por Optometría y Salud Ocupacional, con reporte de Av Ojo Derecho E Izquierdo 20/40 Retinoscopia 20/25.

5. TRAUMA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO LA ALTURA DE MUSLO Y RODILLA - TRASTORNO DEL MENISCO: Valorada y Tratada Por Ortopedia y Salud Ocupacional los Cuales Dejan Como Secuela. A) Gonalgia Derecha.

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

VI. CONCLUSIONES

A- DIAGNÓSTICO POSITIVO DE LAS LESIONES O AFECCIONES:

- 1).GASTRITIS CRÓNICA ANTRAL VALORADA Y TRATADA POR SALUD OCUPACIONAL CON REPORTE DE EVDA ACTUALMENTE SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO, ESTABLE.
- 2).FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE OTROS VASOS PROFUNDOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES; ASOCIADO A TROMBOFILIA, TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE PIERNA IZQUIERDA, SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDOS (SAAF), ANTICOAGULACION CRÓNICA CON WAFARINA, DOLOR CRÓNICO, VALORADO Y TRATADO POR MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA VASCULAR Y SALUD OCUPACIONAL. ACTUALMENTE EN MANEJO MEDICO.
- 3).ORQUIALGIA CRÓNICA VALORADO Y TRATADO POR UROLOGIA ACTUALMENTE SUSCEPTIBLE DE MANEJO MEDICO, ESTABLE.
- 4).INFECCIÓN RESUELTA POR PLASMODIUM, MALARIA RESUELTA VALORADA Y TRATADA POR MEDICINA INTERNA ACTUALMENTE SIN SECUELAS.
- 5). HIPERMETROPIA AMBOS OJO VALORADO Y TRATADO POR OPTOMETRIA Y SALUD OCUPACIONAL, CON REPORTE DE AV OJO DERECHO E IZQUIERDO 20/40 RETINOSCOPIA 20/25 AMBOS OJOS DEJANDO COMO SECUELA. A) ALTERACION VISUAL 20/25 AMBOS OJOS.
- 6).DURANTE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS SUFRE CAIDA DE MOTO EN MOVIMIENTO OCACIONANDO TRAUMA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO LA ALTURA DE MUSLO Y RODILLA GENERANDO TRASTORNO DEL MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESIÓN ANTIGUA ASOCIADO A DESGARRO MENISCAL I DE RODILLA DERECHA SECUNDARIO A TRAUMA VALORADA Y TRATADA POR ORTOPEDIA Y SALUD OCUPACIONAL LOS CUALES DEJAN COMO SECUELA. A) GONALGIA DERECHA. FIN DE LA TRANSCRIPCION.

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

- **FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS**

Fecha: 18/03/2021 Servicio: MEDICINA INTERNA

FECHA INICIO: CONCEPTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN SEGUIMIENTO POR HEMATOLOGIA, DR MARIO ARENAS SIGNOS Y SINTOMAS: ECOGRAFIA DOPLER DE MIEMBROS INFERIORES JUNIO DEL 2019, TROMBOSIS VENOSA, EDEMA DE DOLOR DE LA PIERNA IZQUIERDA ETIOLOGIA: SINDROME DE ANTICUERPOS, ANTIFOSFOLIPIDOS (SAAF), ANTICUAGULANTE LUPIDICO POSITIVO
TVP EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO ABRIL DEL 2018 TRATAMIENTOS VERIFICADOS: WAFARINA 7.5 MG DOMINGO MARTES Y JUEVES
WAFARINA 10 MG LUNES MIERCOLES, VIERNES Y SABADO ESTADO ACTUAL: EDEMA DOLOR EN PIERNA IZQUIERDA DIAGNOSTICO: FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE OTROS VASOS PROFUNDOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES, TROMBOFILIA, TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE PIERNA IZQUIERDA, SINDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDOS (SAAF), ANTICOAGULACION CRONICA CON WAFARINA SECUELAS: EDEMA, DOLOR, ERITEMA DE PIERNA IZQUIERDA PRONOSTICO: DEBE CONTINUAR ANTICOAGULACION DE FORMA DE INDEFINIDA, SEGUN CRITERIO HEMATOLOGICO CONDUCTA A SEGUIR: CIERRE DE CONCEPTO MEDICO POR MEDICINA INTERNA, SEGUIMIENTO POR HEMATOLOGIA, ANTICOAGULACION DE FORMA INDEFINIDA CON WAFARINA, CONTROL PERIODICO (HM) 176579.

“Documento: *Acta de junta medico laboral 211343 - acápite de conceptos de los especialistas.*

Transcripción parte esencial: *TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN SEGUIMIENTO POR HEMATOLOGIA, DR MARIO ARENAS SIGNOS Y SINTOMAS: **ECOGRAFIA DOPLER DE MIEMBROS INFERIORES JUNIO DEL 2019, TROMBOSIS VENOSA, EDEMA DE DOLOR DE LA PIERNA IZQUIERDA** ETIOLOGIA: SINDROME DE ANTICUERPOS, ANTIFOSFOLIPIDOS (SAAF) (...) TVP EN MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO **ABRIL DEL 2018** TRATAMIENTOS VERIFICADOS: WAFARINA 7.5 MG DOMINGO MARTES Y JUEVES (...) DEBE CONTINUAR ANTICOAGULACION DE FORMA DE INDEFINIDA, SEGUN CRITERIO HEMATOLOGICO CONDUCTA A SEGUIR: CIERRE DE CONCEPTO MEDICO POR MEDICINA INTERNA, SEGUIMIENTO POR HEMATOLOGIA, **ANTICOAGULACION DE FORMA INDEFINIDA CON WAFARINA,** CONTROL PERIODICO (HM) 176579.” (énfasis propio)*

Como se puede apreciar, del documento anterior se desprende un resumen de la historia clínica del señor José Antonio Quiroga Suárez, específicamente por el servicio de medicina interna, la misma data del 2018 en donde se especifica el padecimiento de trombosis venosa profunda en seguimiento por hematología. Tal como se desprende de la anotación incorporada en el informe de la junta medico laboral aportada por el demandante, se puede establecer que con anterioridad a la suscripción del seguro (septiembre de 2019) el señor Quiroga conocía de sus padecimientos de salud y específicamente su diagnóstico de *Trombosis Venosa - flebitis y tromboflebitis* ya que como se explica estos antecedentes médicos incluso requirieron el manejo indefinido de anticoagulación con wafarina, es decir que no era un evento difícil de recordar para el demandante y conociendo de aquel debió declararlo al momento de solicitar de suscribir la declaración de asegurabilidad, contrario a ello, tales afecciones de salud nunca fueron informadas a la compañía aseguradora.

Además, es preciso también referirse a la historia clínica parcial del señor Quiroga que se aporta con este escrito para evidenciar que este diagnóstico era conocido por el asegurado de manera anterior al mes de septiembre de 2019, veamos:

VALORACIÓN AMBULATORIA

25/09/2018 13:33:44

CÓDIGO DE CONSULTA:

890266 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

FINALIDAD DE LA CONSULTA:

No aplica

CAUSA EXTERNA:

Enfermedad general

MOTIVO DE CONSULTA:

Control

ENFERMEDAD ACTUAL:

Procedente: cimitarra, soldado activo
Desde hace 3 meses viene presentando edema progresivo unilateral de miembro inferior izquierdo a nivel distal asociado a dolor a nivel de region posterior y en ocasiones limita para la actividad fisica, deambulacion. No refiere lesiones cutaneas, no signos inflamatorios.
Al reinterrogarse refiere que en Abril presento un viaje por via terrestre de aproximadamente de 22 horas. Valorado por última vez en Julio 2018 donde se ordenaron exámenes

** Agosto 22/2018

Doppler venoso de MII: Trombosis venosa profunda parcialmente recanalizada que compromete la vena poplítea y las venas gemelares en su tercio proximal de la pierna izquierda. Linfedema infrapoplíteo izquierdo.

FECHA INICIO ATENCION: 1/09/2020 2:42:24 p. m.

FECHA DE REGISTRO: 1/09/2020 3:00:49 p. m.

Edad: 34 Años \ 3 Meses \ 18 Días

Procedencia: CIMITARRA

Dirección: CIMITARRA

Teléfono: 3156693349

Entidad: DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

Régimen: Otro

Estrato: NIVEL CERO

Responsable:

Dirección:

Teléfono:

Finalidad Consulta: No_Aplica

Causa Externa: Enfermedad_General

MOTIVO DE CONSULTA

PACIENTE CONTROL DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA HACE DOS AÑOS Y MEDIO, DE LA PIERNA IZQUIERDA, ANTOCIAGULADO CON WARFARINA VALORADO POR HEMATOLOGIA QUE CONTINUARA CON LA ANTICOAGULACION CON DX DADO POR SINDROME DE ANTIFOSFOLIPIDOS, ANTIUOAGULANTA LUPICO DOLOR EDEMA DE LA EXTRAMIDAD, CON DOPPLER VENOSO QUE MUESTRA TROMBOSIS DE VENOSA PROFUNDA IZQUIERDA PORBREMENTE RECANALIZADA EN VENA POPLITEA Y SOLEAS

ENFERMEDAD ACTUAL

HAY EDEMA DE LA PIERNA IZQUIERDA ASI COMO NO TENISON DE MASAS, ASI COMO PRESENCIA DE VARICES, PEREMABILIDAD A RTERIAI

Documento: Historia Clínica.

Transcripción de la parte esencial:

FECHA REGISTRO: AGOSTO 22/2018: Doppler Venoso de MILL: Trombosis venosa profunda parcialmente recanalizada que compromete la vena poplítea y las venas gemelares en su tercio proximal (...)

FECHA REGISTRO: 01/09/2020 - PACIENTE CONTROL DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA HACE DOS AÑOS Y MEDIO, DE LA PIERNA IZQUIERDA, ANTOCIAGULADO, CON WARFARINA.

A partir de este documento se demuestra fehacientemente que al menos desde el año 2018, el señor Quiroga fue diagnosticado con Trombosis venosa y así lo indica la historia clínica en donde

se refleja las conclusiones de la ecografía Doppler que le fue practicada. 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.

- **HIPERMETROPIA AMBOS OJOS**

Fecha: 18/03/2021 Servicio: OPTOMETRIA

FECHA INICIO: DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL EN VISION LEJANA, Y PROXIMA HACE SEIS AÑOS APROXIMADAMENTE. SIGNOS Y SINTOMAS: DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL EN VISION LEJANA Y VISION PROXIMA, PRURITO E HIPEREMIA OCULAR Y SECRESION MUCUPURULENTE, AGUDEZA VISUAL OD: 20/40 - OD: 2.0, OFTAMOLOSCOPIA OD: POLO POSTERIOR APARENTEMENTE NORMAL, RETINOSCOPIA OD: 3.5 SPN 20/25, SUBJETIVO OD: 2.5 SPN 20/20, 0.5, EXAMEN EXTERNO OD HIPEREMIA CONJUNTIVAL GENERALIZADA, SECRESION MUCUPURULENTE, CORNEA OK, CRISTALINO TRANSPARENTE. ETIOLOGIA: LOS RAYOS NO ENFOCAN EN LA RETINA, HIPERMETROPIA, CONJUNTIVITIS A CAUSA DE BACTERIAS. TRATAMIENTOS VERIFICADOS: USO DE CORRECCION OPTICA, ANTIBIOTICOS EN GOTAS OFTALMOLOGICAS. ESTADO ACTUAL: BIEN. DIAGNOSTICO: HIPERMETROPIA, HIPERMETROPIA AO, CONJUNTIVITIS BACTERIANA AO. SECUELAS: NINGUNA. PRONOSTICO: BUENO. CONDUCTA A SEGUIR: USO DE CORRECCION OPTICA, USO DE ANTIBIOTICO INSTAURADO POR MEDICINA GENERAL. (HM) 176500.

“Documento: *Acta de junta medico laboral 211343 - acápite de conceptos de los especialistas*

Transcripción parte esencial: *DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL EN VISION LEJANA, Y **PROXIMA HACE SEIS AÑOS APROXIMADAMENTE** SIGNOS Y SINTOMAS: DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL EN VISION LEJANA Y VISION PROXIMA, PRURITO E HIPEREMIA OCULAR Y SECRESION MUCUPURULENTE, AGUDEZA VISUAL OD: 20/40 - OD: 2.0, OFTAMOLOSCOPIA OD: POLO POSTERIOR APARENTEMENTE NORMAL, RETINOSCOPIA OD: 3.5 SPN 20/25, SUBJETIVO OD: 2.5 SPN 20/20, 0.5, EXAMEN EXTERNO OD HIPEREMIA CONJUNTIVAL GENERALIZADA, SECRESION MUCUPURULENTE, CORNEA OK, CRISTALINO TRANSPARENTE. (énfasis propio)*

Como se puede apreciar, del documento anterior se desprende un resumen de la historia clínica del señor Quiroga, específicamente por el servicio de Optometría, en donde se especifica que sus síntomas devienen de hace aproximadamente seis años. Tal como se desprende de la anotación incorporada en el informe de la junta medico laboral aportada por el demandante, se puede establecer que con anterioridad a la suscripción del seguro (septiembre 2019) el señor Quiroga conocía de sus padecimientos de salud y específicamente su diagnóstico de Disminución de la Agudeza Visual desde el 2015, es decir que sus problemas visuales son anteriores al mes de septiembre de 2019, fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad y en donde tales afecciones de salud nunca fueron informadas a la compañía aseguradora.

- **TRAUMA EN MIEMBRO INFERIOR DERECHO LA ALTURA DE MUSLO Y RODILLA - TRASTORNO DEL MENISCO**

Fecha: 18/03/2021 Servicio: ORTOPEDIA

FECHA INICIO: PACIENTE SUFRE TRAUMA DE RODILLA DERECHA HACE DOS AÑOS, DURANTE ACCIDENTE DE TRANSITO CUMPLIENDO ORDENES DE SERIVICIO, TIENE IAL SIGNOS Y SINTOMAS: RODILLA DERECHA CAJON ANTERIOR Y POSTERIOR NEGATIVO, DOLOR EN REGION ARTICULAR, NEGATIVO PARA LESION DE LIGAMENTOS COLATERALES, RMN DE RODILLA DERECHA, RUPTURA DE CUERNO POSTERIOR Y CUERPO MENISCO INTERNO ETIOLOGIA: TRAUMATICA TRATAMIENTOS VERIFICADOS: ANALGESIA, TERAPIA FISICA ESTADO ACTUAL: LIMITACION PARA LA MARCHA PROLONGADA DIAGNOSTICO: TRASTORNO DEL MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA, DESGARRO MENISCO INTERNO DE RODILLA DERECHA SECUELAS: DOLOR CRONICO EN RODILLA DERECHA PRONOSTICO: MAL PRONOSTICO, PACIENTE ANTICOAGULADO, NO SE PUEDE LLEVAR A CIRUGIA POR ALTO RIESGO DE SANGRADO MASIVO CONDUCTA A SEGUIR: ANALGESIA, NO REALIZAR EJERCICIOS DE ALTO IMPACTO, NO MANIPULAR CARGAS (HM) 176578.

- **“Documento:** Acta de junta medico laboral 211343 - acápite de conceptos de los especialistas
- **Transcripción parte esencial:** **PACIENTE SUFRE TRAUMA DE RODILLA DERECHA HACE DOS AÑOS, DURANTE ACCIDENTE DE TRANSITO CUMPLIENDO ORDENES DE SERIVICIO, TIENE IAL SIGNOS Y SINTOMAS: RODILLA DERECHA CAJON ANTERIOR Y POSTERIOR NEGATIVO, DOLOR EN REGION ARTICULAR, NEGATIVO PARA LESION DE LIGAMENTOS COLATERALES, RMN DE RODILLA DERECHA, RUPTURA DE CUERNO POSTERIOR Y CUERPO MENISCO INTERNO ETIOLOGIA: TRAUMATICA TRATAMIENTOS VERIFICADOS: ANALGESIA, TERAPIA FISICA ESTADO ACTUAL: LIMITACION PARA LA MARCHA PROLONGADA DIAGNOSTICO: TRASTORNO DEL MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA, DESGARRO MENISCO INTERNO DE RODILLA DERECHA SECUELAS: **DOLOR CRONICO EN RODILLA DERECHA PRONOSTICO: MAL PRONOSTICO, PACIENTE ANTICOAGULADO, NO SE PUEDE LLEVAR A CIRUGIA POR ALTO RIESGO DE SANGRADO MASIVO CONDUCTA A SEGUIR: ANALGESIA, NO REALIZAR EJERCICIOS DE ALTO IMPACTO, NO MANIPULAR CARGAS** (HM) 176578. (énfasis propio)**

Además, es preciso también referirse a la historia clínica parcial del señor Quiroga que se aporta con este escrito para evidenciar que este diagnóstico era conocido por el asegurado de manera anterior al mes de septiembre de 2019, veamos:

VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA 05/08/2019 09:49:51
CÓDIGO DE CONSULTA:
890380 CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
FINALIDAD DE LA CONSULTA:
No aplica
CAUSA EXTERNA:
Enfermedad general
MOTIVO DE CONSULTA:
PACIENTE QUE CONSULTA POR CONTROL CON REPORTE DE RESONANCIA
ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE QUE CONSULTA POR CONTROL CON REPORTE DE RESONANCIA, DON DOLOR EN RODILLA, CON RUPTURA DE CUERNO POSTERIOR DE MENISCO INTERNO.
ESTRATIFICACION DE RIESGO CARDIOVASCULAR:
No registra
REMITIDO DE:
No registra
PROFESIONAL DE LA SALUD:
DANIEL FORERO OROZCO

Documento: Historia Clínica.

Transcripción de la parte esencial:

FECHA REGISTRO: 05/08/2019: Consulta de Control o de Seguimiento por Especialista en Ortopedia y Traumatología. Paciente que Consulta por control con reporte de resonancia, con dolor en rodilla, con ruptura de cuerno posterior de menisco interno.

Como se puede apreciar, del documento anterior se desprende un resumen de la historia clínica del señor Quiroga, específicamente por el servicio de ortopedia, la misma data de más de dos años (contados antes de marzo de 2021) en donde se especifica: paciente sufre trauma de rodilla derecha hace dos años, durante accidente de tránsito cumpliendo órdenes de servicio, lo que conlleva a un diagnóstico trauma en miembro inferior derecho la altura de muslo y rodilla lo que generó un trastorno del menisco debido a desgarró o lesión antigua asociado a desgarró meniscal de rodilla derecha. Tal como se desprende de la anotación incorporada en el informe de la junta medico laboral aportada por el demandante, se puede establecer que con anterioridad a la suscripción del seguro (Septiembre de 2019) el señor Quiroga conocía de sus padecimientos de salud y específicamente su afección del menisco a causa de un accidente de tránsito ya que como se explica estos antecedentes son producto de las labores del señor Quiroga en las fuerzas militares, es decir que sus problemas de desgarró y trastorno de menisco se extendieron por al menos 5 años, evidentemente con anterioridad al mes de septiembre de 2019, fecha de suscripción de la declaración de asegurabilidad y en donde tales afecciones de salud nunca fueron informadas a la compañía aseguradora.

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

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

Se insiste en que, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUÁREZ respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en las declaraciones de asegurabilidad. En este sentido estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del aseguramiento. Lo mencionado, debido a que el entonces Asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades que indiscutiblemente debió haber informado a mi representada. Máxime, cuando de haber sido conocidas en el momento oportuno por esta última, esto es, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de las condiciones de salud del demandante que llevaron a que la junta de la dirección de sanidad lo calificara con una pérdida de capacidad laboral del 55.42%, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del C.Co, como resultado de la reticencia con la que el señor JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUÁREZ suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) el señor JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUÁREZ ya contaba con una serie de diagnósticos con anterioridad al mes de septiembre de 2019, fecha en la que se perfeccionó el 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 siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual. Lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

En resumen, el señor JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUÁREZ fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que el Asegurado negó en el momento de perfeccionar su seguro son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los padecimientos y condiciones preexistentes de salud con anterioridad al perfeccionamiento del aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En este sentido, bastará con examinar la historia clínica del señor JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUÁREZ, para advertir que desde una valoración que se afine en la sana crítica, se concluye claramente que el ocultamiento de sus enfermedades cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de sus seguros en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor Lindarte debe declararse nulo, debido a que negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de los contratos, tales como Flebitis y Tromboflebitis de los Miembros Inferiores, además, se evidencian antecedentes médicos de Disminución de la Agudeza Visual desde hace seis años (2015); Trastorno interno de la rodilla en registro médico de mayo de 2019. Más aun, cuando sus patologías le fueron preguntadas expresamente por medio de las declaraciones de asegurabilidad que suscribió.

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

2. 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 jurídico⁵. 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 fundamentales⁶. 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 conocer⁷”. (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

⁵ 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.”

⁶ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁷ 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.

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.”⁸ (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

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

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

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

(...)

Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de 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

⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guereño Pérez. Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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...”⁹(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,

⁹ LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editordrs Ltda., 2010. P, 164.

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

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

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

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...) 4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinguos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro¹⁰. (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

¹⁰ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando Giraldo Gutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

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

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

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

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

*todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**". (Subrayado y Negrita fuera del texto original)*

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

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

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

4. BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA RETICENCIA 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 JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUÁREZ 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.

5. PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

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

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

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

del contrato de seguro, la Corte Suprema de Justicia, Sala Civil manifestó lo siguiente:

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

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

Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía, (...), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento.”¹¹ (Subrayado fuera del texto original)

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción (14 de octubre de 2021), no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del C.Co.

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

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.

¹¹ Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil. Sentencia del 19 de febrero de 2002. MP: Dr. Nicolás Bechara Simancas.

V. EXCEPCIONES SUBSIDIARIAS

1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña exclusivamente al saldo insoluto de la obligación que en efecto es muy inferior al valor de \$45.000.000 que fue desembolsado por la entidad financiera.

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

2. EL SEGURO TIENE UN BENEFICIARIO ONEROSO

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

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

En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la

constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo¹²”

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 aseguradora¹³. ”

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 José Antonio Quiroga. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá 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.

¹² Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014.

¹³ Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

VI. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Declaración de asegurabilidad
- 1.2. Condicionado del seguro de vida grupo deudor.
- 1.3. Carta de objeción del 14 de enero de 2022 emitida por BBVA Seguros de Vida Colombia S.A.
- 1.4. Historia clínica parcial del señor José Antonio Quiroga Suárez.
- 1.5. Derecho de petición enviado al Ministerio de Defensa Nacional – Comando General de las Fuerzas militares - Dirección General de Sanidad Militar.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

- 2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte al señor **JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUÁREZ**, en su calidad de demandante, a fin de que conteste el interrogatorio que se le formulará frente a los hechos de la demanda, de la contestación y en general, de todos los argumentos de hecho y de derecho expuestos en este litigio. El señor Forero podrá ser citado en la dirección de notificación que relaciona en su líbello.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

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

4. TESTIMONIALES

- 4.1. 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 defensoriasegueros.co@bbvasegueros.co

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

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

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

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

- Historia clínica completa del señor JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUÁREZ desde el año 2010 al 2019.

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

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

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **Ministerio de Defensa Nacional – Comando General de las Fuerzas militares - Dirección General de Sanidad Militar**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor JOSÉ ANTONIO QUIRIGA SUÁREZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1099542793 correspondiente al periodo que va desde el año 2000 al 2019. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, comoquiera que el demandante pertenece a un régimen especial de seguridad social en salud, es esta la entidad que se encarga de la custodia de la información médica del señor Lindarte.

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

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

6. OFICIOS

Comedidamente ruego se oficie al **Ministerio de Defensa Nacional – Comando General de las Fuerzas militares - Dirección General de Sanidad Militar**, para que con destino a este proceso remita copia íntegra de la Historia Clínica del señor JOSÉ

ANTONIO QUIROGA SUAREZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1099542793 correspondiente al periodo que va desde el año 2010 hasta el año 2019.

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

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

El Ministerio de Defensa Nacional – Comando General de las Fuerzas militares - Dirección General de Sanidad Militar puede ser notificado en la al correo electrónico atencion.usuario@sanidad.mil.co

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

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar tres asuntos esenciales para el litigio: **(i)** Que el Asegurado había sido diagnosticado antes del mes de octubre de 2019 con Flebitis y Tromboflebitis de los Miembros Inferiores, además, se evidencian antecedentes médicos de Disminución de la Agudeza Visual desde hace seis años (2015) **(ii)** que de haber conocido **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, las patologías de José Antonio Quiroga 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.

8. ANEXOS

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

9. NOTIFICACIONES

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

Del Señor Juez, Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No 19.395.114

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