



Pedro Luis Ospina Sánchez

Administrador de Empresas Universidad "E.A.N."
Técnico Administrativo en Seguros Generales "SENA"
Ex-Funcionario de Aseguradoras y Ex-Asesor de Seguros.
Abogado "Universidad Libre"

Especializado en Demandas contra todas las Compañías de Seguros de los ramos de Generales, Técnicos y de Vida.

Doctores

NANCY CRISTINA GUERRERO CASALLAS

HONORABLE JUEZA TREINTA Y DOS (32) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ

cmpl32bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

OSCAR LEONARDO ROMERO BAREÑO

HONORABLE JUEZ SESENTA Y OCHO (68) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ

cmpl68bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

E.

S.

D.

RADICACIÓN	110014003032-2023-01203-00
TIPO DE PROCESO	DECLARATIVO DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL
TRAMITE	VERBAL DE MENOR CUANTÍA
DEMANDANTE	JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUÁREZ
LITISCONSORTE	BBVA COLOMBIA S.A.
DEMANDADA	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
ASUNTO	RÉPLICA EXCEPCIONES DE MÉRITO

Cordial y respetuosamente se dirige ante la Honorable Presidencia del Despacho, PEDRO LUIS OSPINA SÁNCHEZ, mayor de edad, residenciado y domiciliado en Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía 79.148.652 expedida en Bogotá, dignatario de la Tarjeta Profesional 151.378 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando en mi reconocida calidad de APODERADO JUDICIAL DEL EXTREMO ACTOR, para dentro de la oportunidad legal para el efecto y de conformidad con el ARTÍCULO 9 DE LA LEY 2213 DE 2022, proceder a EJERCER EL DERECHO DE RÉPLICA DE LAS EXCEPCIONES DE MÉRITO PROPUESTAS POR PARTE DEL ILUSTRE PROCURADOR JUDICIAL DE LA SOCIEDAD DEMANDA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S. A. laborío que encaro previas las siguientes:

CUESTIÓN PREVIA

En punto a las excepciones, tiene explicado la Honorable Corte Suprema de Justicia que:

"(...) en su sentido propio el vocablo 'excepción' no es sinónimo de cualquier defensa opuesta a la pretensión del actor, habida cuenta que como lo enseñaron desde comienzos de siglo ilustres expositores encabezados por Chiovenda, se defiende el demandado que se circunscribe a negar el fundamento de la pretensión, al paso que el demandado excepciona cuando aduce hechos nuevos que impiden la protección jurídica del interés del demandante o que tienden a justificar la extinción de las consecuencias jurídicas en las que aquella pretensión



vino cimentada. En otras palabras, la proposición de una excepción desplaza de suyo los términos fácticos de la controversia, amplía de manera litigiosa en tanto introduce en la discusión hechos diversos de aquéllos afirmados por el actor, alterando por ende el ámbito de la decisión y sus posibles límites...' (Casación del 30 de enero de 1992)" (Sent. Cas. 31 de mayo de 2006)

Luego, con estrictez, la excepción de mérito no es la mera negación de las súplicas de la demanda o de los hechos que las sustentan, aunque vislumbren alguna resistencia u oposición del demandado, pues, por el contrario, ella siempre envuelve un asunto novedoso que éste incorpora a la controversia, tendiente a enervar los pedimentos del accionante"

ANTES DE EMPEZAR A CONTROVERTIR CADA UNA DE LAS EXCUSAS PROPUESTAS POR LA PASIVA COMO ASÍ LO FUE SU OBJECCIÓN, CON TODO RESPETO, TRANSCRIBO A CONTINUACIÓN ALGUNOS CONCEPTOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS QUE DEBEN TENER TODOS LOS CONTRATOS DE SEGURO Y EN ESPECIAL, LO CONCERNIENTE A LA UBÉRRIMA BONA FIDES NO SÓLO DEL ASEGURADO QUE ES A QUIEN SIEMPRE SE LE EXIGE, SINO TAMBIÉN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS EN SUS DIFERENTES ETAPAS DE LA CONFORMACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y MÁS AÚN, EN EL MOMENTO DE VERDAD DEL CONTRATO EN CITA, QUE ES CUANDO EL ASEGURADO SABE A CIENCIA CIERTA QUÉ TAN BUENA ES LA PÓLIZA QUE CONTRATÓ Y LO SOLVENTE EN TODO ASPECTO DE LA ASEGURADORA QUE LA RESPALDA, PUES PARECIERA CON TODO RESPETO, QUE BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. HUBIESE SOSLAYADO TALES PRINCIPIOS PARA EVADIR AL MÁXIMO Y HASTA DONDE SU CONTRAPARTE COMO LOS OPERADORES JUDICIALES SE LO PERMITAMOS, SU INELUDIBLE OBLIGACIÓN INDEMNIZATORIA EN LA CUAL SE ENCUENTRA TARDÍA DE HONRAR:

"Un adagio comúnmente conocido en el siglo pasado señalaba que quien que habla (SIC) de contractual habla de algo justo. Este adagio se fundaba en el hecho de que las partes son las que mejor pueden defender sus intereses y lograr un acuerdo equitativo.

Desde este punto de vista la protección del contratante por el ordenamiento se debe entonces orientar fundamentalmente a lograr que el consentimiento sea libre y consciente. Para hacer frente a dicha preocupación existe la teoría de los vicios del consentimiento. Adicionalmente, y respecto de algunos negocios jurídicos se estableció la lesión, pues el legislador consideró que en ellos debería existir por lo menos un mínimo de justicia.

Sin embargo, la realidad demostró que dichos instrumentos eran insuficientes, particularmente cuando apareció la contratación masiva, lo cual dio lugar al surgimiento de la teoría de los contratos de adhesión, la cual no produjo los resultados que deseaban sus autores, pues la jurisprudencia y la doctrina aplicaron a dichos contratos las reglas generales, teniendo en cuenta, eso sí, algunas que se acomodaban particularmente bien a los contratos de adhesión.

¹ C.S.J. Cas, Civil, sentencia de 15 de enero de 2010. M. P. Pedro Octavio Munar Cadena.



como aquella de acuerdo con la cual los contratos ambiguos deben interpretarse en contra de quien los redactó (...) (Resaltado fuera de texto).

En efecto la protección de la libertad de los contratantes y la justicia de las transacciones corresponde a un valor del ordenamiento constitucional. A este respecto es importante destacar que la jurisprudencia de la H. Corte Constitucional ha señalado (Sentencia T-340-93 h. Magistrado: Doctor Eduardo Cifuentes):

"(...) La libertad de Contratación deriva de la Constitución una doble garantía: su propia condición exige que sus limitaciones generales tengan base legal y que se justifiquen socialmente en cuanto se enderecen a garantizar relaciones justas y libres". Esto último debe hacerlo la ley cuando la autonomía privada se revele insuficientemente para asegurarlas y dicha intervención venga exigida por el principio de solidaridad y la necesidad de imponer la igualdad sustancial, particularmente si la autonomía solo resulta predicable de algunos agentes económicos o sujetos y el poder privado llega a traducirse en abuso, daño o expoliación de la parte débil cuya libertad negocial pasa a ser puramente formal'.

"En todo caso, no será posible lograr la vigencia de un orden justo si la categoría del contrato, que por sí sola responde de una porción significativa de las relaciones sociales, no es examinada por el Juez y asumida por los particulares con un mínimo criterio de justicia sustancial (CP arts. 2 y 13)."

1.1. LA JURISPRUDENCIA EXISTENTE

A tal efecto, cabe citar, en primer lugar, la sentencia del 19 de octubre de 1994, de la cual fue magistrado ponente el doctor Carlos Esteban Jaramillo Scholss, en la cual la Corte reconoció la posibilidad de aplicar la teoría del abuso del derecho en materia contractual.

Allí se dijo:

"En ese orden de ideas, tratándose de la autonomía de la voluntad privada y el conjunto de facultades con que en virtud de ella cuentan las personas, facultades que se condensan en la de celebrar un determinado negocio jurídico o dejar de hacerlo, en la de elegir con quién realizarlo y en la de estipular las cláusulas llamadas a regular la relación así creada, pueden darse conductas abusivas que en cuanto ocasionando agravio a intereses legítimos no amparados en una prerrogativa específica distinta, dan lugar a que el damnificado, aún encontrándose vinculado por negocio y, por fuerza precisamente de las consecuencias que para él acarrea la eficacia que de este último es propia, pueda exigir la correspondiente indemnización".

"Y un ejemplo sin duda persuasivo de esta clase de comportamientos irregulares los suministra el ejercicio del llamado poder de negociación por parte de quien encontrándose de hecho o por derecho en posición dominante en el tráfico de capitales, bienes y servicios, no solamente ha señalado desde un principio las condiciones en que se celebra determinado contrato, sino que



en la fase de ejecución o cumplimiento de éste último le compete el control de dichas condiciones, configurándose en éste ámbito un supuesto claro de abuso cuando, atendidas las circunstancias particulares que rodean el caso, una posición de dominio de tal naturaleza resulta siendo aprovechada por acción o por omisión con detrimento del equilibrio económico de la contratación. En consecuencia no estuvieron desacertados los falladores de instancia en la especie de autos al advertir, en sus respectivas sentencias, que la actuación de las entidades de crédito, cuando incurren en las que suelen denominarse malas prácticas bancarias que lesionan la normatividad vigente, la buena fe o el esmero profesional con que dichas entidades deben operar en beneficio de sus clientes puede ser fuente de abuso dada la amplia capacidad de dominio en la negociación con que cuentan, abuso que debidamente comprobado y de acuerdo con el principio general enunciado líneas atrás, le suministra base suficiente a las pretensiones resarcitorias que invocan esta modalidad de ilícito civil..." (Resaltado fuera de texto).

CITA A KARL LAREZN QUIEN SEÑALA QUE SIEMPRE QUE HAY UN VÍNCULO JURÍDICO ENTRE DOS PERSONAS ESTÁN OBLIGADAS A COMPORTARSE DE MANERA DE NO DEFRAUDAR LA CONFIANZA RAZONABLE DEL OTRO.

Si se analiza esta jurisprudencia existen varios aspectos que merece la pena destacar: en primer lugar, la referencia a la buena fé como un criterio que permite el control judicial. En segundo lugar, si bien la Corte hace referencia a los criterios tradicionales de abuso del derecho, afirma que cuando una parte se encuentra en una posición de dominio hay abuso cuando se aprovecha de su posición con detrimento del equilibrio económico de la contratación; en tercer término, dicho control opera aun cuando precisamente el contrato haya atribuido determinadas facultades a una de las partes o haya previsto determinadas reglas, es decir que el control implica el contenido mismo del contrato, y en cuarto término, dentro de los criterios de control adquiere importancia específica el hecho de que una de las partes traiciona la confianza depositada por la otra y no tiene en cuenta los intereses de esta última.

Ahora bien, en relación con esta nueva tendencia también vale la pena destacar otra sentencia de la Corte Suprema de Justicia en la cual se expresó (sentencia del 29 de enero de 1.998. H. Magistrado: Doctor Carlos Esteban Jaramillo Scholss):

"(...) Así, pues, uno de los elementos que identifican este esquema (se refiere al seguro) es la obligación "condicional" que contrae la referida empresa aseguradora, consistente en ejecutar la prestación prometida si llegare a realizarse el riesgo asegurado, obligación que por lo tanto equivale al costo que frente al "sinistro" debe ella asumir y de igual modo representa la contraprestación a su cargo, correlativa al pago de la prima que recibe del tomador, siempre en el bien entendido que la susodicha obligación es producto sobresaliente de un contrato que en tanto concebido para desempeñar una función bienhechora y no de simple pugna entre intereses económicos antagónicos según lo apunta con acierto un afamado expositor (Joaquín Garrigues. Contrato de Seguro Terrestre. Cap. 2º. Num. ii), tiene un doble fundamento en la idea de buena fe extrema uberrimae fidei contractus- y en la idea de



solidaridad, nociones ambas que lejos de quedarse en loables aspiraciones teóricas de las que el comercio suele no ocuparse con la atención necesaria, son ricas por el contrario en consecuencias prácticas cuando se trata de resolver los problemas, de no poca importancia por cierto, que con mucha frecuencia se presentan en torno a la manera apropiada como han de ser interpretadas, y también aplicadas, las cláusulas contenidas en los documentos contractuales al tenor de los cuales se rige por principio cada relación asegurativa en particular.

"En efecto, tomando como punto de forzosa referencia los postulados básicos que acaban de señalarse, la doctrina jurisprudencial (G.J., T. CLXVI, pag. 123) tiene definido de vieja data que en orden a impedir las nocivas tendencias, tanto de quienes reclaman con el propósito de procurar conseguir beneficios extraños al seguro contratado, lo que sin duda redundaría en menoscabo para la mutualidad de riesgos homogéneos creada, como de los aseguradores de exonerarse de responder desconociendo razonables expectativas que del contrato emergen para aquellos, éste último debe ser interpretado en forma similar a las normas legales y sin perder de vista la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley (Arts. 1048 a 1050 del C. de Com.), los intereses de la comunidad de asegurados y las exigencias técnicas de la industria. Dicho en otras palabras, el contrato de seguro es de interpretación restrictiva y por eso en su ámbito operativo, para determinar con exactitud los derechos y las obligaciones de los contratantes, predomina el texto de la que suele denominarse "escritura contentiva del contrato" en la medida en que, por definición, debe conceptuarse como expresión de un conjunto sistemático de condiciones generales y particulares que los jueces deben examinar con cuidado, especialmente en lo que tiene que ver con las cláusulas atinentes a la extensión de los riesgos cubiertos en cada caso y su delimitación, evitando favorecer soluciones en mérito de las cuales la compañía aseguradora termine eludiendo su responsabilidad al amparo de cláusulas confusas que de estar al criterio de buena fe podrían recibir una inteligencia que en equidad consulte mejor los intereses del asegurado, o lo que es todavía más grave, dejando sin función el contrato a pesar de las características propias del tipo de seguro que constituye su objeto, fines éstos para cuyo logro desde luego habrán de prestar su concurso las normas legales, pero siempre partiendo del supuesto, valga insistir, de que aquí no son de recibo interpretaciones que impliquen el rígido apego literal a estipulaciones consideradas aisladamente y, por ende, sin detenerse en armonizarlas con el espíritu general que le infunde su razón de ser a todo el contexto contractual del que tales estipulaciones son parte integrante." (Resaltado fuera de texto).

"De esta sentencia vale la pena destacar la interpretación que para la Corte debe hacerse del contrato teniendo en cuenta la finalidad del mismo, la estructura de la operación aseguradora y la buena fe. La Corte Suprema de Justicia señala que para la interpretación de los contratos debe tomarse en cuenta "la finalidad que está llamado a servir, esto es comprobando la voluntad objetiva que traducen la respectiva póliza y los documentos que de ella hacen parte con arreglo a la ley (Arts. 1048 a 1050 del C. de Com.), los intereses de la comunidad asegurados y las exigencias técnicas de la industria". Igualmente hace referencia la Corte



a la buena fe, como criterio para determinar una interpretación equitativa del contrato y la necesidad de preservar la finalidad del mismo. De este modo, los contratos deben interpretarse de tal manera que se logre su finalidad y en forma equitativa."² (Resaltos fuera de texto)

I. EL PRINCIPIO DE LA BUENA FE COMO PRINCIPIO FUNDAMENTAL DEL DERECHO Y SUS MÚLTIPLES MANIFESTACIONES

"El principio de la buena fe ha sido elevado, por la doctrina, de forma unánime, a un principio general del derecho, de manera que tanto los autores defensores de una posición iusnaturalista del derecho, como aquellos juristas partidarios de la mecánica exclusiva del derecho positivo, reconocen la existencia de este principio inspirador del ordenamiento jurídico, que tiene una indudable relevancia en la jurisprudencia de nuestros tribunales a través del recurso a la analogía iuris.

Este principio de la buena fe ha tenido su reconocimiento en la codificación decimonónica, aunque obviamente su origen aparece en el derecho romano y es una constante en la evolución histórica de las relaciones jurídicas. En el primer documento codificado, del Código civil francés, se contempla la buena fe en el artículo 1.134, el cual, tras reconocer el valor de ley de los pactos contractuales, añade que deben ser ejecutados de buena fe, reconociendo la posibilidad de interpretación y de integración del vínculo contractual, así como la situación subjetiva de las partes contratantes. (...)

Ahora bien, de dentro de éste principio único de la buena fe, es dable distinguir dos perspectivas. De una parte, la buena fe en sentido objetivo, como moralidad y honradez que debe existir en el ámbito del tráfico mercantil y de otra, la buena fe en sentido subjetivo, como ausencia de culpa o negligencia en el sujeto que realiza una determinada conducta.

De forma paralela, y presumida la existencia de buena fe en sentido subjetivo, es necesario también que el contrato despliegue la función social prevista de forma típica y legal, de conformidad con los principios de honradez y probidad, tan lejanos en la realidad cotidiana, pero que el legislador y en general, el ordenamiento jurídico exige que sean respetados de una forma objetiva en la actividad jurídica en general y de forma específica en la contratación mercantil, donde aparece la figura del consumidor, o parte contratante, más débil económicamente y que debe ser objeto de protección. (Resaltado y mayúsculas fuera de texto).

II. EL CONTRATO DE SEGURO COMO CONTRATO "UBERRIMA BONA FIDES"

² LA PROTECCIÓN DEL CONTRATANTE Y LA EVOLUCIÓN DEL DERECHO CONTEMPORÁNEO - Juan Pablo Cardenas Mejia - Instituto Antioqueño de Responsabilidad Civil y del Estado - Revista No. 9 de Septiembre de 2.000 - RESPONSABILIDAD CIVIL Y DEL ESTADO - Páginas 41 al 92



El seguro es un contrato fundamentado en la buena fe. Así lo manifestaba, el recordado e inolvidable profesor J. Efrén Ossa, cuando matizaba la anterior afirmación, unánime en la doctrina comparada, diciendo textualmente, en relación con la nota de buena fe, predicable de la noción de contrato de seguro:

'Como todos los contratos. Sólo que el seguro lo es en más alto grado, uberrimae fidei, lo que tiene un fundamento extensible en la intangibilidad de la mercancía que constituye su objeto y en la imprecisa consistencia de los elementos que se utilizan para regular el precio de ella'

Sin embargo, esta buena fe en sentido subjetivo, no solamente debe predicarse del asegurado, entendido de forma amplia como equivalente a consumidor o usuario del servicio asegurativo, sino también se extiende a la esfera del asegurador, donde difícilmente puede apreciarse la existencia de una actuación contraria a la buena fe, aunque la misma si puede encontrándose en el ámbito de los mediadores de seguros que ávidos de alcanzar la comisión, informan erróneamente al consumidor sobre las características del seguro o que ocultan al asegurador hechos relevantes del asegurado que impedirían la existencia del seguro, si bien en la jurisprudencia anglosajona se ha elaborado una teoría sobre las razonables expectativas del asegurado en relación con el contrato de seguro celebrado, que ha llevado a la modificación de los términos literales del mismo. (Resaltado fuera de texto).

(...)

B. LA BUENA FE EN EL MOMENTO DE LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

En el momento de la celebración del contrato de seguro, debe existir buena fe por ambas partes, si bien este deber encuentra singular aplicación respecto al asegurador, ya que el deber de buena fe en sede contractual le obliga a que las cláusulas del contrato no contengan cláusulas abusivas, entendiendo por tales las contrarias a la buena fe y al principio de equilibrio de las prestaciones.

Esta afirmación era ya recogida por el maestro Garrigues, cuando textualmente afirmaba:

'DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA EMPRESA DE SEGUROS, LA BUENA FE CONSISTIRÁ EN CERCIORARSE DE QUE OTRO CONTRATANTE CONOCE Y ENTIENDE TODAS LAS CLÁUSULAS DEL CONTRATO Y QUE NINGUNA DE ELLAS ES PELIGROSA, LESIVA U ONEROSA, NI ESTÁ REDACTADA EN TÉRMINOS OSCUROS'. (Resaltado, Subrayas y Mayúsculas fuera de texto).

C. LA BUENA FE EN EL MOMENTO DEL SINIESTRO

EL MOMENTO DEL SINIESTRO, CUANDO SE ACTUALIZA LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR, ES EL MOMENTO EN QUE SE MANIFIESTA EN SU PLENITUD LA BONDAD DEL CONTRATO DE SEGURO.

La prestación indemnizatoria del asegurador se encuentra subordinada al cumplimiento de determinados presupuestos o cargas por parte del asegurado, tales como el aviso



de siniestro, la justificación del daño sufrido, el deber de información sobre las circunstancias del mismo, así como el deber de salvamento, dirigido a reducir las consecuencias dañosas del siniestro.

UNA VEZ EL ASEGURADO HA CUMPLIDO CON LAS ANTERIORES CARGAS, SURGE LA OBLIGACIÓN DEL ASEGURADOR DE LIQUIDAR EL SINIESTRO Y PAGAR LA INDEMNIZACIÓN.

Se trata de una obligación trascendental, sobre la que hacía hincapié el profesor Morandi, tristemente desaparecido, cuando afirmaba:

'La liquidación del siniestro y su pago deben efectuarse en el tiempo debido; manifestando el asegurador en el cumplimiento de estas tareas la mayor diligencia en el pedido de la información complementaria del siniestro, evitando requerir datos inconducentes a esos fines, o cuando se ha agotado su necesidad de conocer o la posibilidad de suministrar a esa información por parte del asegurado'. (...)

En tiempos recientes, dijo la Corte:

"(...)

Justamente, la buena fe es un principio general del derecho, presente en todas las instituciones, figuras y reglas del ordenamiento jurídico.

Por su particular connotación, a no dudarlo, el juez, en su labor aplicativa y hermenéutica del ordenamiento en la solución de los conflictos, debe considerarla en especial, en las relaciones obligatorias y contractuales, "cuanto principio directriz de todo sistema jurídico, del tráfico jurídico y de la convivencia social, 'con sujeción al cual deben actuar las personas -sin distingo alguno- en el ámbito de las relaciones jurídicas e interpersonales en las que participan, bien a través del cumplimiento de deberes de índole positiva que se traducen en una determinada actuación, bien mediante la observancia de una conducta de carácter negativo (típica abstención), entre otras formas de manifestación. Este adamantino axioma, insuflado al ordenamiento jurídico -constitucional y legal- y, en concreto, engastado en un apreciable número de instituciones, grosso modo, presupone que se actúe con honradez, probidad, honorabilidad, transparencia, diligencia, responsabilidad y sin dobleces. Identifícase entonces, en sentido muy lato, la bona FIDES con la confianza, la legítima creencia, la honestidad, la lealtad, la corrección (...) La buena fe, someramente esbozada en lo que a su alcance concierne, se torna bifronte, en atención a que se desdobra, preponderantemente para efectos metodológicos, en la apellidada 'buena fe subjetiva' (creencia o confianza), al igual que en la 'objetiva' (probidad, corrección o lealtad), sin que por ello se lesione su concepción unitaria que, con un carácter más panorámico, luce unívoca de cara al ordenamiento jurídico. Al fin y al cabo, se anticipó, es un principio general -e informador- del derecho, amén que un estándar o patrón jurídicos, sobre todo en el campo de la hermenéutica negocial y de la responsabilidad civil' (cas. civ., 2 de julio de 2001, exp. 6146). La buena fe, se identifica, con el actuar real,



honesto, probo, correcto, apreciado objetivamente, o sea, 'con determinado estándar de usos sociales y buenas costumbres', no 'hace referencia a la ignorancia o a la inexperiencia, sino a la ausencia de obras fraudulentas, de engaño, de reserva mental, astucia o viveza, en fin de una conducta lesiva de la buena costumbre que impera en la colectividad', es 'realidad actuante y no simple intención de legalidad y carencia de legitimidad' y se equipara 'a la conducta de quien obra con espíritu de justicia y equidad al proceder razonable del comerciante honesto y cumplidor' (cas. civ. Sentencias de 23 de junio de 1958, LXXXVIII, 234; 20 de mayo de 1936; XLIII, 46 y ss., 2 de abril de 1941, LI, 172; 24 de marzo de 1954, LXXXVIII, 129; 3 de junio de 1954, LXXXVII, 767 y ss.)" (cas. civ. sentencia de 15 de julio de 2008, exp. 68001-3103-006-2002-00196-01).

Por esto, "cuando las partes realizan una regulación específica de los intereses involucrados en sus esferas dispositivas (negocio jurídico), con apego a la reglamentación normativa vigente, propician, paralelamente, que la ley les brinde el reconocimiento y convalidación de la voluntad declarada, en los términos por los que hayan optado los mismos contratantes. Pero ese posicionamiento les impone, colateralmente, la observancia irrestricta de reglas de conducta que involucran conceptos ligados a la lealtad y buena fe, tanto para sí como para con aquellos que de una u otra forma resultan afectados (Art. 1603 *ibídem*). La buena fe implica que las personas, cuando acuden a concretar sus negocios, deben honrar sus obligaciones y, en general, asumir para con los demás una conducta leal y plegada a los mandatos de corrección socialmente exigibles. El acatamiento de dichos principios implica para el contratante el sentimiento de proceder como lo hace cualquier ser humano digno de confianza, que honra su palabra, que actúa conforme a las buenas costumbres, que respeta a sus semejantes, que responde con honestidad sus compromisos, aviniéndose, incondicionalmente, a reconocer a sus congéneres lo que les corresponde. Obrar dentro de esos parámetros es prohiar conductas que han sido erigidas como referentes sociales de comportamientos apropiados. Obrar de buena fe es proceder con la rectitud debida, con el respeto esperado, es la actitud correcta y desprovista de elementos de engaño, de fraude o aprovechamiento de debilidades ajenas. Inclusive, bueno es destacarlo, desarrollo de estos parámetros es la regla que impide reclamar amparo a partir de la negligencia o descuido propios: '[n]emo auditur propriam turpitudinem allegans'" (Resaltado en el texto original, cas. civ. sentencia de 9 de agosto de 2007, exp. No. 08001-31-03-004-2000-00254-01).

El principio general de la buena fe está en indisociable conexión con la confianza legítima, legalidad y probidad de los ciudadanos, protege de cambios sorpresivos e inesperados que, aunque amparados en las reglas de derecho, contradigan las serias expectativas gestadas con la conducta anterior, en función de las cuales estructuran su programa de vida por la confianza inspirada en la seriedad, estabilidad, coherencia y



plenitud del comportamiento futuro, tutelando su buena fe y convicción en la proyección de la situación anterior.

A este propósito, la Corte en relación a la seguridad y confianza jurídicas, ha puntualizado:

"El principio está en indisociable conexión con la seguridad jurídica, la legalidad y la buena fe, sin confundirse con éstas. Implica que las autoridades no adopten medidas que aunque lícitas contraríen las expectativas legítimas creadas con sus actuaciones precedentes en función de las cuales adoptan sus decisiones, protegiendo la convicción proba, honesta y leal de su estabilidad y coherencia.

"En cuanto a sus requisitos, presupone: a) un acto susceptible de infundir confianza y crear esperanzas fundadas; b) una situación preexistente generatriz de una expectativa verosímil, razonable y legítima basada en la confianza que inspira la autoridad con su conducta sobre su mantenimiento o estabilidad; y c) una actuación de buena fe del sujeto (S. Calmes, Du principe de protection de la confiance légitime en droits allemand, communautaire et français, Dalloz, Paris, 2001, pág. 496).

"La confianza legítima se traduce en la protección de las expectativas de estabilidad. Se protege, la convicción íntima del ciudadano en la estabilidad normativa y las actuaciones del Estado, sin llegar al extremo de la petrificación del ordenamiento jurídico, ni a su preservación indefinida por cuanto el derecho se construye diariamente, vive en su interpretación y aplicación por los jueces como garantes primarios de los derechos, libertades y garantías ciudadanas (F. Castillo Blanco, La protección de confianza en el derecho administrativo, Marcial Pons, Madrid, 1998, p.108; Eduardo García De Enterría, 'El principio de protección de la confianza legítima como supuesta tutela justificativa de la responsabilidad patrimonial del Estado Legislador', en Estudios de Derecho público económico. Libro homenaje al Profesor Sebastián Martín Retortillo, Civitas, Madrid, 2003, págs. 33 y ss)

"En este contexto, el principio no solo es deseable, sino que se presenta como una exigencia social ineludible para garantizar la buena fe y las legítimas expectativas por situaciones derivadas del comportamiento anterior. [...] El principio aplica en cada situación concreta, se aprecia por el juzgador in casu, conforme al marco de circunstancias singular, considerando los distintos factores incidentes, la actuación de la autoridad, la confianza generada, las expectativas legítimas creadas, la buena fe de los particulares, sin existir un criterio absoluto, inflexible e inmediato. Es además, menester, ponderar los diferentes intereses eventualmente contrapuestos. Naturalmente, no se restringe al ámbito de las relaciones ciudadanas con los órganos del Estado, por constituir un principio que irradia el ordenamiento. En tratándose de la aplicación e interpretación de las normas jurídicas por los jueces, tiene relativa operancia, por cuanto las decisiones obedecen a situaciones fácticas, normativas y probatorias diversas, la jurisprudencia es dinámica y cambia en función



de las necesidades sociales. Empero, la uniformidad, coherencia y consistencia de la jurisprudencia concierne a la certidumbre del orden jurídico y, por tanto, desarrolla los principios liminares del Estado, lo que explica, de un lado su estabilidad y no su construcción caprichosa o conveniente y, de otro lado, la adopción de las modificaciones y adaptaciones en forma seria, serena y ponderada, desde luego que la confianza de los ciudadanos en los órganos de impulsión o aplicación normativa está articulada en la coherencia y en su mantenimiento, sin llegar al estatismo, en cuanto confía y espera una conducta serena y responsable. Por ello, la seguridad jurídica, está estrechamente vinculada con la confianza legítima, sin confundirse con ésta, protegiendo 'la confianza que los ciudadanos pueden tener en la observancia y el respeto de las situaciones derivadas de la aplicación de normas válidas y vigentes' (Sentencia del Tribunal Constitucional español N° 147 de 1986, fundamento jurídico 4º) y '[e]sta confianza no se garantiza con la sola publicidad del texto de la ley, ni se agota en la simple adscripción nominal del principio de legalidad. Comprende además la protección a las expectativas legítimas de las personas de que la interpretación y aplicación de la ley por parte de los jueces va a ser razonable, consistente y uniforme'. (Corte Constitucional, Sentencia C-836 de 2001)" (Sentencia de Revisión de 25 de junio de 2009, exp. 11001-02-03-000-2005-00251-01).

Teniendo a la vista las anteriores consideraciones de orden jurisprudencial y Doctrinal, a continuación, analizaremos LAS EXCUSAS PROPUESTAS POR EL ILUSTRE PROCURADOR JUDICIAL que defiende los intereses de la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., frente a las ACERTADAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA.

RÉPLICA A LOS MEDIOS DE DEFENSA QUE LA PASIVA INTITULÓ COMO "NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO; INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL; LA ACREDITACIÓN DE LA MALA FE NO ES UN REQUISITO DE PRUEBA PARA QUIEN ALEGA LA RETICENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO"

La razón de la acumulación estriba, en particular, en el hecho de que solamente se presenta una arquetípica excepción con efectos de minar o neutralizar las pretensiones de la demanda, relacionada con la NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA EN LA INFORMACIÓN; puesto que las restantes defensas consisten en argumentos de apoyo, fundamentos o posiciones para arar el camino de la excepción de nulidad relativa, en la cual se acusa al ASEGURADO de haber sido infiel en la declaración de la información sobre la cual recayó el riesgo asumido por la aseguradora demandada.



En estos términos, la Aseguradora demandada pretende, con apoyo en el **Artículo 1058 del Código de Comercio**, excusar el pago de la indemnización, en razón a que el **ASEGURADO** guardó silencio en declarar su estado de salud, no indicando los padecimientos y afecciones que le habían diagnosticado, situación que constituye **RETICENCIA** y desencadena la **NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO**.

En esos precisos contornos de la discusión que propone la aseguradora, dos asuntos merecen relevancia, el primero de ellos, la demostración de **LA RETICENCIA** como germen que desencadena la consecuencia de **NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO**, y la segunda, que si estando demostrada la reticencia por parte del asegurador, la acción en favor de la compañía de seguros se encuentra vigente para la fecha en que se propuso por vía de excepción.

En cuanto a lo primero, debe destacarse que frente a la institución que se viene comentando, la Doctrina y la Jurisprudencia han indicado que la alegación por nulidad relativa, basada en la reticencia, debe analizarse con criterio restrictivo, toda vez que no constituye una sanción legal automática que se configure con la sola disparidad entre EL ESTADO DE SALUD consignado en la HISTORIA CLÍNICA DEL DEUDOR ASEGURADO Y LA INFORMACIÓN RECOGIDA EN LOS FORMULARIOS RESPECTIVOS, o en defecto del mismo, el deber que tenía el asegurado de decir la verdad sobre el estado del riesgo que traslada al asegurador, tal como dispone el **Artículo 1058 del Código de Comercio**; por lo que no debe perderse de vista que la sanción de nulidad relativa, causada por la reticencia es, además, una cuestión excepcional, por lo que el éxito de su alegación, amerita demostrar por parte del asegurador, la relevancia e incidencia de la supuesta información reticente y, sobre todo, que la asunción del riesgo no fue producto de una indebida selección o individualización del riesgo por parte de la compañía de seguros, en el entendido que ésta como profesional, pudo o debió conocer el estado real del riesgo que asumía.

Visto lo anterior, el esfuerzo que debe emplear el asegurador, a fin de servirse de la **NULIDAD RELATIVA POR RETICENCIA**, es significativo, pues adicional a la discrepancia en la información dada por el asegurado, si es que a ello tuvo lugar u oportunidad, y la consignada en su bitácora médica, es menester que afloren las pruebas que demuestren que el asegurador habiendo conocido la situación del estado de salud, se habría retraído de contratar o lo hubiese hecho en condiciones más retributivas. Esas circunstancias que deben estar presentes para estructurar la **NULIDAD RELATIVA POR RETICENCIA**, por lo tanto, aquello conlleva a entender que **LA SANCIÓN LEGAL ES CALIFICADA, EXCEPCIONAL³ Y CONDICIONAL**,

³ Corte Suprema de Justicia, Sentencia SC3791/2021. M.P. Luis Armando Tolosa Villabona.



pues el asegurador con la sola demostración de la inconsistencia en la información registrada para efectos de acceder o tomar el seguro, está a inicio de camino en el propósito de demostrar la reticencia, debiendo acopiar las pruebas necesarias para la demostración de la hipótesis o condición sobre la conducta que hubiere asumido al conocer el verdadero estado de salud del asegurado; en este tópico, no basta simplemente con indicar el desafuero por la mentira, sino que es necesario acreditar, **FÁCTICA, LEGAL Y FINANCIERAMENTE**, cuál habría sido la conducta a asumir por el asegurador para restablecer el equilibrio de la relación de seguros; habida cuenta de la naturaleza conmutativa del **CONTRATO DE SEGURO**. La mera inconformidad del asegurador, huérfana de prueba de los elementos axiológicos de la nulidad relativa por reticencia, enloda la aspiración de la compañía. Por venir al caso, es importante resaltar que en materia financiera o de equilibrio del contrato de seguro, el asegurador debe dar la prueba del desequilibrio que representaría haber asumido el riesgo en las condiciones ocultas por el asegurado, a la vez que es necesario a más que obligatorio, que se indique cuáles fueron las razones y ecuaciones financieras respecto de las contraprestaciones a favor del asegurador, y finalmente, cuáles serían las nuevas realidades prestacionales, de haber conocido el verdadero estado de salud del asegurado. Sin la demostración de lo anterior, una alegación del asegurador en ese sentido, carecerá por entero de fortuna.

Como apoyo a lo atrás dicho, la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional ha sostenido que el asegurador, al ser quien ostenta la posición dominante y quien define las condiciones del arquetipo contrato de adhesión de seguros, está sujeto a unos deberes mayores, como los siguientes:

El primero⁴ de ellos consiste en la carga que tiene la aseguradora de estipular en el texto de la póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyen todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que si se excluye alguna cobertura, esta deberá ser determinable para que, en forma posterior, la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella. (Subrayas del suscrito)

El segundo – consecuencia del primero – es el deber de aplicar la interpretación pro consumatore, es decir, que en casos en los cuales se verifique la existencia de cláusulas ambiguas o vagas, estas deberán interpretarse a favor del usuario, en virtud del artículo 83 de la constitución y del artículo 1624 inciso 2 del código civil.

El tercero deber consiste en desplegar todas las conductas pertinentes para, por una parte, fijar adecuadamente las condiciones del contrato de seguro y, por otra parte, comprobar el elemento

⁴ Corte Constitucional, sentencia T – 222 de 2014



subjetivo en la configuración de la reticencia. Sobre el despliegue de las conductas pertinentes, podría decirse que ellas están encaminadas a que el asegurador verifique que efectivamente, hay correspondencia entre la información brindada y el estado real del tomador (o asegurado). Esta correspondencia se logra a través de acciones tales como: a) elaborar una declaración de asegurabilidad que le permita al tomador (o asegurado), informar sinceramente sobre su estado de salud – en otras palabras, elaborar declaraciones con cuestionarios adecuados⁵ y no simples declaraciones generales-; b) solicitar la autorización a la historia clínica y realizar una verificación de la declaración hecha por el tomador o asegurado, para poder establecer las condiciones contractuales y; c) en algunos casos, realizar los exámenes médicos pertinentes para corroborar lo declarado por el tomador o asegurado. (Subrayas y Resaltos del suscrito).

Vista la importancia del cumplimiento de los anteriores deberes, acordes a un principio de diligencia connatural al carácter de profesional que se reputa en la compañía de seguros, para así lograr un ajuste equitativo de las prestaciones económicas del contrato, se repara también la FALTA DE INFORMACIÓN Y ASESORÍA que recibió el asegurado al momento de diligenciar el CONTRATO DE SEGURO, pues el profesional en el riesgo obligatoriamente debe explicar de manera clara y suficiente el contenido y las consecuencias que puede generar el ocultamiento de la información para el desenvolvimiento del CONTRATO DE SEGURO, y no solo manifestándole la necesidad de una firma para el perfeccionamiento del aseguramiento, incluso con la excusa de ser este necesario para el desembolso de los créditos. (Entiéndase que el derecho a la información también involucra el derecho a informarse a través de actuaciones diligentes relacionadas con el carácter de profesional en el mercado financiero que ostenta dicha aseguradora.)

En los términos anteriores, es importante señalar que si bien, al consumidor le es exigido un deber de auto información según las normas de la LEY 1480 DE 2011, razón que en principio neutralizaría el deber de información máxima a cargo del profesional, para el caso concreto, resulta evidente que el derecho de acceso al crédito puso al consumidor en un estado de inferioridad, que permitió a la compañía de seguros, guiada por el CANAL DE COMERCIALIZACIÓN Y COLOCACIÓN DEL CONTRATO, el aprovechamiento de su necesidad primaria, tanto económica como negocial, circunstancia que repugna al Estado Social de Derecho y al Derecho de los Contratos, para lo cual, como sistema de remedio contractual y en procura de dar permanencia al contrato, en tal asunto se inhibe el exigir con carácter de obligación el deber de información del estado del riesgo a cargo del consumidor, debido a que su conducta no pudo ser

⁵ Véase Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 04.03.2016 (SC 2803-2016), Magistrado ponente Fernando Giraldo Gutiérrez.



ajustada o corregida desde la etapa preliminar en orden a garantizar la operación económica del contrato, esto como consecuencia del incorrecto manejo de la información que el asegurador trasladó al consumidor o mejor, de la inexistencia de la información.

No puede perderse de vista que, bajo un sistema de fuentes, debe aplicarse el ordenamiento jurídico concreto, pues al contrato no solo le son propias las pautas o reglas contempladas de consuno en el acuerdo, o las connaturales al acuerdo, sino también las establecidas en la ley, y entiéndase LEY en sentido amplio, pues la CONSTITUCIÓN, SUS PRINCIPIOS, VALORES Y DERECHOS FUNDAMENTALES, limitan el abuso de quien establece el dominio y poder en el negocio sobre el consumidor profano, a quien solamente se le impuso el aseguramiento como requisito necesario para su acceso al crédito; en todo caso, criterio necesario para establecer la inexigibilidad del deber de información al consumidor, lo constituye el hecho de que aquél, no anduvo con su voluntad a conducir la iniciativa del negocio, pues su convicción íntima se anidó en acceder al mercado financiero para la satisfacción de intereses primarios que garantizaban su derecho al crédito.

Sin tapujos, es evidente que existe en el mercado una fraudulenta y torticera convivencia del BANCO ACREEDOR y LA ASEGURADORA del suceso de la INVALIDEZ DEL DEUDOR, puesto que el primero no le cobra al segundo, ni la segunda le paga al primero la prestación asegurada, pese a que las PRIMAS DE SEGURO, muy por el contrario, si le venían exigiendo al grupo asegurado; de contrapartida, en lugar de cumplir cuando contractualmente deben honrar sus obligaciones, nacidas de la confianza en la operación y del abordaje informal que de aquél tuvo el candidato al seguro, la emprenden contra él, pues en la premisa económica de la operación BANCA - SEGUROS se asocian en silencio, ya que tras incumplir lo propio de la relación contractual, se reparten el botín reflejado en las primas de seguro en favor del asegurador, frente a un riesgo que si asumió ya tenía como excusar su cobertura tras una nulidad por reticencia que aquélla mismo hábil y deslealmente en forma bastante solapada propició, y en las grandes comisiones en favor de la entidad financiera por "permitir" el uso a la red del establecimiento para la colocación del producto, con la que se garantizaba la informalidad y la deficiencia intencional en la información.

Pese a lo anterior, póngase de relieve que bajo los contornos particulares en los que se desenvolvió la suscripción del CONTRATO DE SEGURO, la compañía de seguros, o por lo menos el intermediario o mandatario (agente comercial) que a ella representa, conocía de la profesión del señor JOSÉ ANTONIO



QUIROGA SUAREZ, como soldado profesional, circunstancia que entre otras cosas, resulta relevante en cuanto al nivel de exposición y riesgo, lo que contribuye de manera directa en el estado de salud del asegurado, situación que pudiese haber sido conocida por el asegurador de haber desplegado un **DEBER DE DILIGENCIA PROFESIONAL INHERENTE A SU ACTIVIDAD, propósito en el cual se exigía la toma de una actitud diligente de cara a la asunción del riesgo.**

Lo anterior significa que la reticencia solo existirá o así podrá declararse, siempre que la aseguradora en su deber de diligencia no pueda conocer los hechos debatidos o censurados como reticentes. Si fuera de otra manera podría, en la práctica, firmar el contrato de seguro y solo cuando el tomador o beneficiario presente la reclamación, alegar la reticencia.

En oportunidad posterior, sobre el mismo asunto, se reafirmó, que *"Por lo tanto, en aquellos casos en que la aseguradora incumple sus obligaciones mínimas, ésta no podrá objetar el pago de la indemnización bajo el argumento de la configuración del fenómeno de la reticencia. De esta forma, la aseguradora deberá probar suficientemente el elemento subjetivo de la mala fe del tomador, es decir, la intención deliberada del tomador de ocultar su condición médica."*⁶, posición reiterada en otras providencias como las SENTENCIAS T-832 DE 2010⁷, T-1018 DE 2010⁸, T-751 DE 2012⁹, T-222 DE 2014¹⁰, T-830 DE 2014¹¹, T-007 DE 2015¹² y T-393 DE 2015¹³.

Como viene de verse, actitudes como estas no pueden ser cohonestadas por los administradores de justicia, ya que la compañía de seguros no es un simple espectador en la negociación, sino que es parte en la formación, elaboración y diseño de las coberturas, con base en la mutualidad de riesgos que estudia, analiza y delimita, por manera que debe exigírsele una actitud por entero profesional, máxime si su

⁷ M.P. Maria Victoria Calle Correa.

⁸ M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

⁹ M.P. Maria Victoria Calle Correa.

¹⁰ M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

¹¹ M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

¹² Jorge Iván Palacio Palacio.

¹³ M.P. Myriam Ávila Roldán.



actividad va dirigida a la asunción del riesgo frente a un análisis realizado por él. Obsérvese que permitir esta conducta pasiva y relajada de la compañía conllevaría a aceptar prácticas, ahora sí, de mala fe, por parte de la empresa aseguradora.

De allí que eran varias y de diverso temperamento demostrativo, las condiciones para que se abriera paso la NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO, ocasionada por la presunta reticencia del asegurado; reticencia y sanción de nulidad que no se satisfacía con la mera denuncia de la discordancia en la información sobre el estado de salud, máxime si dicha información pudo haber sido conocida por parte de la compañía de seguros, teniendo en cuenta que EL ASEGURADO AL DILIGENCIAR SU INFORMACIÓN PERSONAL SEÑALÓ SU PROFESIÓN Y OCUPACIÓN COMO SOLDADO DEL EJÉRCITO NACIONAL, CIRCUNSTANCIA QUE SIN HESITACIÓN ALGUNA AL RESPECTO, INEXORABLEMENTE GENERABA, DESDE LUEGO, UNA MAYOR EXPOSICIÓN DEL RIESGO, Y POR CONSIGUIENTE UNA PROBABILIDAD MAS PRÓXIMA AL ACAECIMIENTO DEL SINIESTRO; profesión de la cual se desprenden enfermedades que pudieron haber sido conocidas por el asegurador de desplegar una actitud por entero profesional exigida en el mercado al que se dedica, lo que termina por cerrarle la puerta a cualquier embate contra la vigencia o validez del contrato de seguro, bajo el presupuesto de la inaplicabilidad de la nulidad por haber tenido la posibilidad de conocer el estado real del riesgo.

Respecto a este mismo tema de INAPLICABILIDAD DE LA NULIDAD POR RETICENCIA E INEXACTITUD EN LA DECLARACIÓN DEL ESTADO DEL RIESGO, el Dr. JOSÉ EFRÉN OSSA GÓMEZ (Q.E.P.D.) en las PÁGINAS 351 A 353 de su magistral obra el CONTRATO DE SEGURO, así se ha referido:

"(...)

Es pues, presupuesto ineludible de la improcedencia de las sanciones a que se contraen los tres primeros incisos del art. 1058, el conocimiento real o presuntivo, por parte del asegurador, de los "hechos o circunstancias" encubiertos conforme a la declaración del tomador. Y es un presupuesto cuya lógica resplandece. "No obstante tales infracciones – dicen PICARD Y BESSON – (refiriéndose a los hechos omitidos o inexactamente declarados), el asegurador no puede pretender, ni que ha sido víctima de dolo o de error, ni que su opinión del riesgo ha sido modificada, toda vez que, por hipótesis, tenía o tuvo conocimiento exacto del riesgo"

Definido, con todo, el presupuesto en mención, la ley distingue, en cuanto a la concreción de sus efectos, si el conocimiento real o presuntivo fue adquirido, por el asegurador, antes o después de celebrado el contrato.

a) Antes de celebrado el contrato. Si no obstante haber conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que recaen la inexactitud o reticencia del tomador, el asegurador celebra el contrato, por este solo hecho se torna inaplicable las sanciones de nulidad relativa o de reducción de la prestación asegurada.



Desaparece el error del asegurador como vicio de su consentimiento, si los ha conocido. Y si es que ha debido conocerlos, el vicio como tal se vuelve irrelevante. Es un modo de sanción con que la ley castiga la negligencia del asegurador o de sus agentes.

b) Después de celebrado el contrato. Conocidos tales hechos o circunstancias con posterioridad a la celebración del contrato, bien sea por información directa del tomador (lo que importa rectificación de su declaración) o por otro medio, pueden darse, dependiendo de la naturaleza de aquellos, de su grado de influencia en el estado real del riesgo, estas alternativas:

I. De haberlos conocido oportunamente, el asegurador no hubiera celebrado el contrato. En esta hipótesis hay que suponer que no estará dispuesto a ratificarlo y debe, por tanto, o revocarlo unilateralmente, si ello es posible conforme al art. 1071 (es una solución práctica) o, si no, promover la acción rescisoria antes que expire el término de prescripción ordinaria. Y, además, abstenerse de cualquier acto que envuelva aceptación tácita, como la percepción periódica de las primas.

II. De haberlo conocido, hubiera celebrado el contrato en condiciones más onerosas para el tomador. Si tal fuere el caso, el asegurador puede allanarse a "subsananlos" como dice la Ley, sea mediante el reajuste de la prima originalmente estipulada o la introducción de nuevas estipulaciones, o aceptarlos, pura y simplemente, si fuere apenas relativa su importancia técnica de modo expreso o tácito. De un modo u otro, se está en presencia de la ratificación o convalidación del acto jurídico y el tomador puede considerarse redimido de las sanciones legales.

(...)

En cuanto a la aceptación tácita, ella debe entenderse a través de actos del asegurador que, por su naturaleza, cumplidos con posterioridad al momento en que tuvo conocimiento de los hechos o circunstancias omitidos o inexactamente declarados, signifiquen ejecución voluntaria del contrato o de "la obligación contratada" (C.C., art. 1754), tales como la percepción de nuevas primas periódicas (la de renovación, v. gr., a la expiración de una vigencia anual, las trimestrales, en el seguro de vida, etc.), la aceptación de aumentos de valor asegurado o el pago de siniestros. (...)" (Negrillas y subrayas fuera de texto)

En este sentido, aunque no existe ley que imponga realizar exámenes médicos o corroborar la información declarada por el asegurado, sin embargo, la carga de inspeccionar el riesgo se impone cuando el asegurador podía conocer o advertir su estado con la información declarada por el asegurado respecto de su profesión y ocupación como miembro del ejército nacional, y además si se repara en que la iniciativa negocial no se mostraba cristalina, pues su psiquis negocial no se dirigió a la contratación de un seguro, sino que el sistema de aseguramiento fue impuesto y exigido como garantía adicional de pago del crédito, en atención a las políticas de socialización o dispersión de los riesgos financieros.



De igual manera, la Corte Suprema de Justicia, frente al conocimiento presuntivo del profesional sobre el estado del riesgo, recientemente¹⁴ ha establecido:

"La última regla anunciada es conocida como conocimiento presunto, o presuntivo, del asegurador sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad; su materialización de acuerdo con la jurisprudencia parte de reconocer que: (i) la compañía aseguradora es un profesional del ramo, que debe conducirse como tal durante la vigencia del contrato y la etapa precontractual; (ii) debe obrar con diligencia en la identificación del estado del riesgo; (iii) no basta que se conforme con la declaración de asegurabilidad del tomador, cuando la naturaleza del riesgo solicitado le impone la carga de conocer cierta información, o si en el contexto de cada caso específico, se presentan circunstancias que permitan conocer, o siquiera advertir, cual es el verdadero estado del riesgo.

Y, para demostrarlo en juicio, con arreglo a la jurisprudencia de esta corporación debe acreditarse, que : (i) el asegurador ha tenido la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo; (ii) cuenta con elementos que lo invitan a pensar que existen discrepancias entre la información del tomador y la realidad; y, (iii) omite adelantarlas".

De esta manera, al indicar la **Honorable Corte Suprema de Justicia** que esta hermenéutica parte de entender que el instituto del conocimiento presuntivo no es un remedio general para indultar o condonar notarias reticencias, sino precisamente, un correctivo para preservar el contrato frente a controversias suscitadas a raíz de hechos que el asegurador debía y podía conocer, señaló que:

(iii) A pesar del ocultamiento, la aseguradora no actuó como un profesional diligente durante el trámite del aseguramiento, pues, en tal calidad podía y debía conocer la información callada por el asegurado;(iv) lo anterior, porque sus funcionarios pudieron apreciar el estado de sobrepeso, del entonces candidato a tomador, pues él era una persona obesa, como dio cuenta el peritaje fincado sobre la historia clínica, las declaraciones de parte y el testimonio de Sergio Plinio Quinones; y, (vi) si bien, esa contemplación, no implicaba, para la aseguradora, el deber de diagnosticar de un vistazo las patologías del paciente, en especial, la diabetes mellitus, si surgía la posibilidad de sospechar de la existencia de potenciales enfermedades, ya que la regla de experiencia sugiere que las personas con sobrepeso suelen tener comorbilidades asociadas, como la

¹⁴ Véase Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 11.07.2023 (SC 167-2023), Magistrada ponente Martha Patricia Guzmán Álvarez.



*misma diabetes y la hipercolesterolemia; y, (vii) de haber disipado la sospecha, a través de la práctica de un examen médico, o de la solicitud de historia clínica, hubiere arribado al conocimiento de las comorbilidades que el paciente dej de declarar*¹⁵. (subraya y negrilla ajena al texto original)

Frente a este tópico, como se ve, la aseguradora no fue acuciosa o diligente en su investigación sobre el objeto del aseguramiento, en la medida en que contempló la exposición al riesgo del asegurado en función a su profesión como **SOLDADO ACTIVO DEL EJÉRCITO NACIONAL**, y dejó de sospechar que tal circunstancia era relevante de cara al estado del riesgo, el cual podía determinarse antes de asumir la cobertura. De allí, que era casi que natural, bajo las reglas de la experiencia, asumir o inferir la existencia de enfermedades que aquejaban al asegurado, habida cuenta de su profesión, pues es conocida como potencialmente peligrosa o riesgosa, aspecto que inexorablemente debió ser tenido en cuenta por el mercado asegurador, pues las condiciones de asegurabilidad, según las cuales parten de analizar los factores de probabilidad y estadística del riesgo, asumían que dicha profesión tenía grabada una **EXTRA PRIMA O SOBRE PRIMA**, precisamente por la proximidad que esta ostenta frente a los riesgos de la persona del asegurado que asume la compañía de seguros.

Dicha valoración luce consonante con las **CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO**, pues, como venimos señalando, las circunstancias de riesgo propias de la profesión del asegurado, insoslayablemente tenían relevancia de cara a los riesgos asumidos por el profesional. A partir de ahí, se colige que la aseguradora contaba con elementos que la invitaban, conforme a su cariz profesional, a pensar que existían discrepancias entre la información depositada en el formulario de asegurabilidad y el estado de salud del asegurado; situación que sumada a la naturaleza y tipología del contrato hacían mas claro el incumplimiento del **deber que inexorablemente tenía la aseguradora de auto informarse**, pues no se trató de un seguro individual sino uno colectivo o agrupador, al cual se incluyen los asegurados, precisamente, por su intención de acceder a un crédito, no liminarmente por su ánimo de asegurar su **VIDA O INVALIDEZ**.

Habría que ver si conforme a las **POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN Y MATRIZ DE RIESGOS**, la profesión ejercida por el asegurado ameritaba un tratamiento específico o particular, atendiendo el **NIVEL DE RIESGO Y LA PROXIMIDAD A SU CONCRECIÓN**, situación que insoslayablemente debió alertar al asegurador que realmente es serio y

¹⁵ *Ibidem*



responsable en la **CALIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE RIESGOS**, en procura de tomar las medidas pertinentes y suficientes para descartar, mediante pruebas médicas, el estado de salud de su potencial asegurado, antes de asumir el riesgo, como es **SU DEBER SER Y RECTO PROCEDER DE UN PROFESIONAL EN LA SELECCIÓN DE RIESGOS**.

Como se ve, al lado de la protección que la ley brinda al asegurador cuando sanciona con nulidad relativa el seguro, a instancia de declaraciones viciosas que le impiden conocer el estado real del riesgo, el legislador le exige que sea diligente, que tome una actitud condigna a su calidad de profesional, conminándolo a que use esos especiales conocimientos con los que cuenta o debe tener, a fin de percatarse del real estado del riesgo, pues al no acatar estas directrices durante el aseguramiento, no puede predicar que el asegurado lo indujo a error, pues precisamente las circunstancias sobre las cuales edifica dicha excusa eran por entero conocidas, o por su calidad podían y debían ser conocidas.

Precisamente, la regla del conocimiento presunto sobre los vicios de la declaración de asegurabilidad, parte de reconocer que: (i) la aseguradora es un profesional y esto debe evidenciarse desde la etapa pre contractual y en la vigencia de la póliza, (ii) la aseguradora debe ser diligente en la identificación del estado del riesgo, y (iii) la aseguradora no puede confiar solo en la declaración del asegurado, si la naturaleza del riesgo o circunstancias específicas requieren conocer información real del riesgo. Precisamente, en su cariz profesional la sociedad demandada no debió ser indiferente ante la profesión del asegurado, pues como es obvio para la víspera de la suscripción del contrato de seguro desempeñaba una labor de alto riesgo.

De esta manera, se encuentra demostrada esta regla del conocimiento presuntivo en la medida en que se acreditó que: (i) la aseguradora tuvo la posibilidad de hacer las averiguaciones para determinar el estado del riesgo, (ii) la aseguradora contó con elementos que le permitieron inferir discrepancias entre la información proporcionada por el asegurado y la real, y (iii) la aseguradora omitió adelantar dichas labores para comprobar el estado del riesgo. Y, por si fuera poco, relíevase que no se trata de un seguro individual de personas en donde el asegurado conduzca la iniciativa negocial para la formación del acto jurídico, el cual, para el caso analizado, tuvo concreción entre el **TOMADOR-ENTIDAD FINANCIERA-** y la **COMPAÑÍA DE SEGUROS**, con el propósito del asegurado cumpliera con las políticas de riesgo y garantías exigidas por la financista para permitirle el ejercicio de acceso al crédito.



Todo lo anterior nos permite concluir que la compañía de seguros no solamente se queda en camino de probar los elementos axiológicos que estructuran la nulidad relativa, sino que tampoco podía alegarla con buen futuro, pues al conocer el rol profesional del asegurado y no tomar las medidas diligentes condignas de su calidad de profesional en la selección de riesgos, llevan a que la acción de nulidad por reticencia, si es que existió, sea inaplicable, pues nadie puede sacar provecho de su propia incuria, descuido o falta de diligencia.

Frente a los ELEMENTOS QUE SOPORTAN LA NULIDAD RELATIVA POR RETICENCIA EN MATERIA DE SEGUROS, la jurisprudencia ha destacado, lo siguiente:

*"i) los contratos de seguros se rigen por el principio de buena fe que obliga a ambos contratantes y que se materializa en el deber de redactar el clausulado de las pólizas de seguros eliminando todo tipo de ambigüedad contractual, lo cual impone incluir con precisión y de forma taxativa las preexistencias que generan exclusión de cobertura del riesgo asegurado; ii) con el fin de determinar tales preexistencias, las aseguradoras tienen la carga de realizar exámenes médicos previos al tomador de la póliza para establecer de forma objetiva su condición de salud al momento de suscribir el seguro; iii) en caso de no realizar el examen médico previo, las aseguradoras tienen la carga de demostrar que la preexistencia era conocida con certeza y con anterioridad por el tomador del seguro, y que al no haberla reportado en la declaración de asegurabilidad éste incurrió en una mala fe contractual, ya que solo de esa forma es posible sancionar la conducta silente con la reticencia que establece el artículo 1058 del Código de Comercio; y, en todo caso; iv) no será sancionada si el asegurador conocía, podía conocer o no demostró los hechos que dan lugar a la supuesta reticencia."*¹⁶ (Subrayado de nuestra autoría)

En verdad las cuestiones atinentes a la SELECCIÓN DEL RIESGO que va a asumir el asegurador, es labor que debe desplegarse en la ETAPA PRECONTRACTUAL, de manera diligente y profesional, por lo que los descuidos del asegurador en esa etapa sensible del seguro, que suponga dificultades o vicisitudes en cualquiera de las cuestiones determinantes del seguro, a posteriori no pueden ser alegadas como excusa de pago de la prestación asegurada, debido a que se reconoce en ello una INDEBIDA SELECCIÓN DEL RIESGO QUE IMPIDE ABRIR LA PUERTA DE LA NULIDAD RELATIVA POR RETICENCIA O INEXACTITUD, en razón a que el asegurador pudo o debió prever la situación que después puede servir de asiento a la sanción establecida en el Artículo 1058 del Código de Comercio.

¹⁶ Sentencia T-393 de 2015



Para apalancar aún más lo anterior, traigo a colación la columna de opinión del Doctor GERMAN ANDRÉS CAJAMARCA CASTRO que por lo general defiende los intereses de las aseguradoras, cambiando obviamente en esos momentos su propia tesis académica, en donde hace una exposición acorde con la realidad en los acontecimientos judiciales, sobre los elementos que inescindiblemente debe probar la aseguradora para salir adelante en la solicitud de NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA Y/O INEXACTITUD, la cual in extenso me permito transcribir:

*"La nulidad relativa del contrato de seguro"*¹⁷

Conforme con lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio, el tomador y/o asegurado "está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro".

Teniendo en cuenta la disposición transcrita, generalmente, en escenarios judiciales para declarar la nulidad relativa de un contrato de seguro se exige sólo demostrar la existencia de la reticencia o inexactitud y que el asegurado conocía esas circunstancias no informadas. Así es la práctica en controversias sobre la afectación de los amparos de vida e incapacidad total y permanente, en los que la aseguradora en la mayoría de los casos plantea la nulidad relativa por no haber informado el asegurado sinceramente el estado de salud y lo hace respaldada en pruebas (historia clínica) de la existencia del diagnóstico de un padecimiento antes de la celebración del contrato.

Con dicha prueba la aseguradora justifica la existencia de la nulidad relativa y los juzgadores proceden a declararla, presumiendo que la aseguradora de haber conocido esos hechos o circunstancias se hubiera retraído de celebrar el contrato o habría estipulado condiciones más onerosas, es decir, no se corrobora ni se acredita ese hecho, se parte de la idea que la falta de sinceridad sobre cierta circunstancia del riesgo inexorablemente conlleva la nulidad relativa.

En relación con ello, se considera que el artículo 1058 del Código de Comercio exige que también se debe demostrar que la aseguradora de haber conocido esos hechos o circunstancias se hubiera retraído de celebrar el contrato o habría estipulado condiciones más onerosas. Por consiguiente, si no hay prueba de este hecho no es admisible declarar la nulidad relativa del contrato de seguro.

¹⁷ (Cajamarca, 2018) <https://www.asuntoslegales.com.co/analisis/german-andres-cajamarca-2716867/la-nulidad-relativa-del-contrato-de-seguro-2716866>



Ahora bien, podría argumentarse que la existencia de la pregunta en el cuestionario da cuenta de la importancia de la información para valorar el riesgo y que una respuesta sincera hubiera generado la abstención en la celebración del contrato o estipulación de condiciones más onerosas, pero igual eso sigue siendo una presunción o conjetura, es decir, no es suficiente, pues en el marco judicial debe demostrarse, conforme con las políticas de suscripción o documento equivalente, que en realidad esa reticencia e inexactitud generaba un efecto en la celebración del contrato de seguro; esto en la medida que el juez tiene la facultad de apreciar en cada caso la trascendencia de la omisión o inexactitud y el efecto que hubiera generado la misma en el negocio jurídico.

En ese orden de ideas, se estima que para que se configure la nulidad relativa del contrato de seguro y sea declarada por la autoridad judicial deben demostrarse tres elementos: (i) la existencia de la reticencia y/o inexactitud sobre hechos o circunstancias que rodean el riesgo; (ii) que eran conocidas por el asegurado, y, (iii) que la aseguradora de haber conocido esos hechos o circunstancias se hubiera retraído de celebrar el contrato o habría estipulado condiciones más onerosas." (Subrayas y Negritas del suscrito).

En otro apartado, resulta necesario resaltar, que el principio de la buena fe tiene como nota característica, ser plurifásico y bilateral, lo primero en tanto se desarrolla en el iter contractual y, seguidamente porque se torna exigible a las partes que intervienen en el contrato de seguro, y no solo al asegurado, como así lo pretende hacer creer la compañía de seguros. Así mismo, respecto a que las aseguradoras siempre alegan que han sido engañadas por los asegurados, como así lo argumentaron en el caso en comento, no es cierto, como para que en los Estrados Judiciales se les favorezca injustamente, donde la BUENA FE también insoslayablemente se les debe exigir, pues SU VORACIDAD POR INCREMENTAR SUS MILLONARIAS ARCAS, LAS LLEVA A ASEGURAR HASTA LO INASEGURABLE, como sucedió en la sentencia que a continuación transcribo parcialmente, donde el Doctor CARLOS IGNACIO JARAMILLO JARAMILLO les dio una EXCELENTE LECCIÓN SOBRE LA UBÉRRIMA BONA FIDES EN EL CONTRATO DE SEGURO, pues siempre quieren dárseles de VÍCTIMAS, sin que falte el operador judicial que ingenuamente crea que en verdad lo son:

SALA DE CASACION CIVIL

Magistrado Ponente: CARLOS IGNACIO JARAMILLO JARAMILLO

Bogotá D.C., dos (2) de agosto de dos mil uno (2001)

Ref: Expediente No. 6146

"(...)

Y al mismo tiempo es bipolar, en razón de que ambas partes deben observarla, sin que sea predicable, a modo de unicum, respecto de una sola de ellas, v.gr: el tomador del seguro, ya que el asegurador predisponente, entre otras conductas a su cargo (positivas y negativas), debe



abstenerse de introducir en el clausulado -que someterá a consideración de su cocontratante- cláusulas abusivas (cas. civ. de 2 de febrero de 2001; exp: 5670) y, en general, llegado el momento respectivo, honrar la palabra empeñada, cumpliendo para dicho fin la prestación asegurada, lo que supone estricto apego al postulado en referencia, en su vertiente objetiva (Vid: cas. civ. de 19 de abril de 1999; exp: 4929, en la cual la Sala preconizó que la buena fe es "un postulado de doble vía...que se expresa -entre otros supuestos- en una información recíproca").

De igual modo, particularmente por su inescindible conexidad con el asunto específico sometido a escrutinio de la Corte, importa subrayar que el instituto de la buena fe, en lo que atañe al campo negocial, incluido el seguro, es plurifásico, como quiera que se proyecta a lo largo de las diferentes fases que, articuladas, conforman el plexo contractual -en un sentido amplio-: la atinente a la formación del negocio jurídico, lato sensu (fase formativa o genética), la relativa a su celebración (fase de concreción o de perfeccionamiento) y la referente a su desenvolvimiento, una vez perfeccionado (fase ejecutiva; de consumación o post-contratual). Desde esta perspectiva, un sector de la moderna doctrina concibe al contrato como un típico 'proceso', integrado por varias etapas que, a su turno, admiten sendas subdivisiones, en las que también se enseña el postulado de la buena fe, de amplia proyección ([2]).

De consiguiente, a las claras, se advierte que la buena fe no es un principio de efímera y menos de irrelevante figuración en la escena jurídica, por cuanto está presente, in extenso, amén que con caracterizada intensidad, durante las etapas en comento, tanto más si la relación objeto de referencia es de las tildadas de 'duración', v. gr: la asegurativa, puesto que sus extremos -in potentia o in concreto-, deben acatar fidedignamente, sin solución de continuidad, los dictados que de él emergen (prédica conductiva). Es en este sentido que los artículos 863 y 871 del C. de Co y 1.603 del C. C., en lo pertinente, imperan que "Las partes deberán proceder de buena fe exenta de culpa en el período precontractual..."; "Los contratos deberán celebrarse y ejecutarse de buena fe....", y "Los contratos deben ejecutarse de buena fe...." (El subrayado es ajeno a los textos originales).

Quiere decir lo anterior que para evaluar si un sujeto determinado actúo o no de buena fe, resulta imperativo examinar, en cada una de las precitadas fases, la conducta por él desplegada, pero de manera integral, o sea en conjunto, dado que es posible que su comportamiento primigenio, en estrictez, se cña a los cánones del principio rector en cita y ulteriormente varíe, en forma apreciable y hasta sorpresiva, generándose así su inequívoco rompimiento. De allí que la buena fe no se pueda fragmentar, en orden a circunscribirla tan sólo a un segmento o aparte de una fase, por vía de ejemplo: la precontractual -o parte de la precontractual-, ya que es necesario, como corresponde, auscultarla in globo, según se indicó, valorando las diversas oportunidades que los interesados tuvieron para actuar con lealtad, corrección (correttezza) y diligencia, según sea el caso. Al fin y al cabo, sin excepción, ella se predica de la integridad de eslabones que, analizados en retrospectiva, conforman la cadena contractual (iter contractus), rectamente entendida. No es gratuito que el citado artículo 863 del Código de Comercio, expressis verbis,



establezca un débito de comportamiento que cobija todo el "...período precontractual", sin distingo de ninguna especie.

(...)

4. *Establecido lo que precede, igualmente por su inobjetable y directa vinculación al presente litigio, al punto que se constituye en toral para el despacho de los dos cargos formulados, se torna imperativo registrar que en la legislación colombiana, per se, no toda reticencia o no toda inexactitud están llamadas, ineluctablemente, a eclipsar la intentio del asegurador, generando los letales efectos que fluyen de la nulidad relativa, no empece que la descrita es regla generalísima, conforme se ha expresado. De ahí que en determinadas y muy precisas circunstancias, en puridad, puede mediar un ocultamiento; aflorar una distorsión o fraguarse una falsedad de índole informativa y, no por ello, irremediablemente, abrirse paso la anulación en comento, dado que en punto tocante con vicisitudes advertidas -o advertibles- por la entidad aseguradora durante la fase reservada a la formación del vínculo asegurativo, por vía de ilustración, el legislador eliminó la posibilidad de decretar la sanción ex lege asignada a las prenotadas reticencia o inexactitud: la nulidad relativa. Y lo hizo, ciertamente, acatando atendibles razones, no exentas de granada lógica.*

En efecto: la ratio de la anunciada supresión sancionatoria, de suyo excepcional, hunde sus raíces en el hecho inconcuso de sustraer la mencionada secuela cuando el asegurador, previamente a la celebración del contrato, ha conocido -o debido conocer- la existencia de la reticencia o de la inexactitud, bien por intermedio del tomador in potentia, bien a través de las indagaciones, investigaciones o pesquisas adelantadas por el empresario del riesgo, en forma voluntaria (ex voluntate) o facultativa, apoyado en expertos.

En cualquiera de los citados supuestos, el asegurador, con anterioridad, tuvo ocasión de ponderar y sopesar el haz informativo reinante, de suerte que si en su condición indiscutida de profesional -con todo lo que ello implica- asintió en forma libre, amén de reflexiva y, por contera, aceptó celebrar el negocio jurídico asegurativo, es porque entendió que no existía un obstáculo insalvable o ninguna dificultad mayúscula llamada a opacar su voluntad o, que de haberla, sólo en gracia de discusión, asumía conscientemente las consecuencias dimanantes de su decisión, lo que no riñe con un eventual establecimiento de puntuales medidas y cautelas por parte suya.

Y si ello es así, cómo acudir entonces al instituto de la nulidad del seguro pretextando el advenimiento de una anomalía negocial, cuando fue el propio asegurador, quien a posteriori de conocer (real o presuntivamente) el vicio -en sentido lato-, concurrió espontáneamente a emitir su declaración de voluntad, por lo demás favorable al otorgamiento del amparo o cobertura respectiva.

Expresado de otra manera, la compañía aseguradora, bien por acción, bien por omisión, estaría removiendo cualquier vicisitud con potencialidad de nublar su asentimiento, de tal



suerte que la protección brindada por la ley mercantil mediante la entronización y disciplina - especialísima y sui generis- de los vicios de la voluntad, ab initio, perdería su razón de ser, por lo menos en las descritas circunstancias, habida cuenta que, en estrictez, no podría enrostrarse la consolidación de un engaño, o la alteración de la realidad factual. Como bien argumentó la Sala en su momento, "...si la aseguradora ha conocido la realidad y acepta asumir el riesgo, no ha sufrido engaño" (Sentencia del 18 de octubre de 1.995).

Así las cosas, si en función de la peculiar mecánica inherente a la formación del consentimiento en el contrato de seguro, connatural a determinados negocios de confianza, el legislador lo que persigue es evitar que la aseguradora sea sorprendida, engañada o timada por su cocontratante, o que aún siéndolo, según sea el caso, éste obtenga un beneficio ilícito de ello, es más que consecuente entender que el conocimiento previo radicado en cabeza del virtual afectado, purifica la relación negocial y purga, in radice, la sanción legal en cuestión, consistente en la nulidad relativa derivada de la reticencia o inexactitud en la que materialmente incurrió el candidato a tomador, dado que tuvo a su alcance la información adecuada e indicativa para escrutar su querer, por manera que si contrató, debe suponerse que lo hizo en condiciones de razonable equilibrio informático. Situación diferente, aun cuando no en sus efectos -que son simétricos-, es que no lo haya hecho, pudiéndolo efectivamente hacerlo, como de inmediato se acotará.

- 5. Por su relevancia funcional, a la vez que por su íntima conexidad con el sub lite, cumple relieves que el conocimiento del asegurador al que se ha aludido no sólo es el real -o efectivo-, esto es el directo y consciente, como a primera vista pudiera parecer, sino también el presunto, vale decir el que emerge, ministerio legis, como corolario de la falta de diligencia radicada en cabeza de un profesional en el riesgo, predicable de ciertos y determinados hechos que, por su connotación, podían haber servido para elucidar las circunstancias fidedignas que signaban al riesgo, en su estado primigenio, según se pinceló. Por ello es por lo que el prealudido inciso, en lo pertinente, dispone que la nulidad no tendrá lugar "...si el asegurador, antes de celebrar el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración....", tal y como acontece, lato sensu, en tratándose de otras figuras prototípicas del seguro, por vía de ejemplo con la agravación del estado del riesgo (art. 1.060 del C. de Co.), o con la "prescripción de las acciones que derivan del contrato" objeto de examen (art. 1.081 C. de Co.), en las que tampoco se torna extraño el apellidado conocimiento presunto, en prueba fehaciente de su cabida y aceptación explícita en la legislación nacional.*

Y es que resulta razonable que si la entidad aseguradora, como un indiscutido profesional que es, en tal virtud "debidamente autorizada" por la ley para asumir riesgos (art. 1.037. C. de Co), soslaya información a su alcance racional, de suyo conducente a revelar pormenores alusivos al estado del riesgo; o renuncia a efectuar valoraciones que, intrínsecamente, sin traducirse en pesado -u oneroso- lastre, lucen aconsejables para los efectos de ponderar el



riesgo que se pretende asegurar, una vez es enterado de posibles anomalías, o en fin deja de auscultar, pudiendo hacerlo, diciéndonos efectos que reflejan un específico cuadro o estado del arte (existencia de ilustrativas señales), no puede clamar, *ex post*, que se decreta la nulidad, como si su actitud fuera la de un asegurador acucioso y diligente, presto a ser informado, es cierto, pero igualmente a informarse, dimensión ésta también cobijada por la diligencia profesional, rectamente entendida, sin duda de mayor espectro, tanto más si "El tomador no es un especialista en la técnica del seguro" y, por tanto, "Su obligación no puede llegar hasta la extrema sutileza que apenas si podrá ser captada por el agudo criterio del asegurador", como se resaltó en la Exposición de Motivos del Proyecto de Código de Comercio, criterio éste materia de aval por parte de la doctrina comparada, la que confirma que "El asegurador renuncia o pierde el derecho de alegar la reticencia o falsa declaración.... "....d) cuando...debía conocer el verdadero estado del riesgo (en razón de su profesión, o por la naturaleza del bien sobre el que recae el interés asegurable, etc." ([3]).

Como se tiene claramente establecido, no es suficiente que se aduzca la mera gestación de estado de desconocimiento o de ignorancia fáctica acerca de unos específicos hechos, porque es menester que dicho estado o ignorancia se generen en forma legítima o se tornen excusables ('carga de diligencia'). "La buena fe –bien se ha afirmado- debe ser ignorancia, pero, también, ignorancia legítima, es decir, de tal naturaleza que no haya podido superarse con el empleo de una diligencia normal" ([4]), la que, en últimas, sirve para justificar la solicitud del asegurador relativa al decretum de tan severa sanción, puesto que "...la buena fe excluye la posibilidad de un actuar culposo", contrario a "...un actuar prudente, cuidadoso, diligente y previsor" ([5]).

Quiere decir lo anterior que si bien el asegurador es sujeto pasible de intensa y plausible protección de cara al fraude, a la deformación consciente de la realidad, o a la mera inexactitud patrocinados por determinados e inescrupulosos candidatos a tomadores que socavan el acrisolado postulado de la buena fe, aquel no puede asumir invariable e irrestrictamente, una actitud rayana en la pasividad, más propia de espectadores que de partícipes en una relación negocial, así sea en potencia, a fortiori cuando sobre él gravita, como acontece en general con todo extremo de un acuerdo volitivo, un correlativo deber de colaboración que, desde un ángulo más solidario –bien entendido-, se orienta a la satisfacción del interés de su cocontratante, lo que específicamente supone, según reconocida doctrina jusprivatista, una dinámica cooperación en beneficio ajeno, vívida explicitación de una de las múltiples aplicaciones del consabido postulado de conformidad con un criterio de reciprocidad, referido a la buena fe objetiva, continente de los –llamados- deberes instrumentales o secundarios alusivos al comportamiento interpartes, incluido el precontractual.



En torno a este puntual aspecto, es aconsejable memorar que la Sala, en pretérita ocasión, indicó que la expresión "Ha debido conocer, que es término utilizado por el art. 1058, hace referencia a que el actuar de la aseguradora al momento de determinar el estado del riesgo, debe ser diligente, o sea que no es de su arbitrio exigir del tomador una cualquiera prueba o declaración, descartando o guardando silencio sobre aspectos relevantes, y mucho menos dejando a su sola voluntad las manifestaciones o pruebas para la determinación del verdadero estado del riesgo, sino que, se repite, debe asumir un comportamiento condigno con su actividad, dado su profesionalismo en tal clase de contratación. En vía de principio general lo que la norma reclama es lealtad y buena fe, pues este es un postulado de doble vía en esta materia que se expresa en una información recíproca...." (Sentencia del 19 de abril de 1.999, exp. 4923) (El subrayado no pertenece al texto).

Otro tanto hizo en anterior oportunidad esta Corporación, al reseñar que, "...si por la naturaleza del riesgo solicitado para que sea asegurado y por la información conocida y dada por el tomador, la compañía aseguradora, de acuerdo con su experiencia e iniciativa diligente, pudo y debió conocer la situación real de los riesgos y vicios de la declaración, mas sin embargo no alcanza a conocerla por su culpa, lógico es que dicha entidad corra con las consecuencias derivadas de su falta de previsión, de su negligencia para salir de la ignorancia o del error inicialmente padecido "(Sentencia del 18 de octubre de 1.995) (Idem).

(...)

Eso sí, si ad libitum los practica, obviamente debe atender y meritar su resultado, en forma tal que si por alguna razón son aptos para revelar o sugerir una cualquiera patología objetiva, será de su cuenta y riesgo profundizar en la misma (etiología, posibles efectos, eventual tratamiento, etc.), toda vez que el no hacerlo, estándole ello a su alcance, de hecho lo vincula (conocimiento presunto), dado que se pondría en entredicho su diligencia y prudencia, in concreto, su profesionalismo, activándose de inmediato la excepción contemplada en el tantas veces aludido inciso cuarto del artículo 1.058 del cuerpo comercial, consistente en la imposibilidad de aplicar la sanción de la nulidad relativa del seguro, justamente porque "...ha...debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración".

Lo mismo acontecerá cuando el empresario, en forma inopinada, contrariando una experticia médica -tal y como tuvo lugar en el presente asunto litigioso-, desatiende la recomendación de uno de sus galenos, en el sentido de investigar un poco más al auscultado, en atención a la presencia de algunas señales reveladoras e inquietantes detectadas en desarrollo de exámenes clínicos o de laboratorio rutinarios, precisamente practicados para dichos menesteres.

(...)

- 9. Luego de las precedentes consideraciones, como se anticipó, necesarias para el recto entendimiento del asunto sometido al escrutinio de la Corte, no encuentra la Sala que las*



censuras estén llamadas a prosperar, por las siguientes razones:

a) En primer lugar, el Tribunal, luego de valorar los testimonios de Julio Ernesto Plazas Jaramillo y de Edgar Velasco Zamora, así como el documento visible al folio 73 del cuaderno principal, las historias clínicas del señor Forero en la Clínica Risaralda y en la Fundación Santa Fe de Bogotá, concluyó que éste, ciertamente, tras haber sido internado el 31 de julio de 1993 en el primero de los centros de salud aludidos y, en todo caso, "antes de recibir la aceptación condicionada" de la compañía de seguros a su solicitud de seguro (agosto 18 siguiente), tuvo conocimiento "del tumor de cáncer" que a la postre lo condujo a la muerte, pese a lo cual "No puso en conocimiento este hecho a la Aseguradora que para el 23 de agosto expidió la póliza" (fl. 37, cdno. 5).

Por tanto, no se puede afirmar, como se sostuvo en la primera de las censuras, que el sentenciador erró de hecho al no deducir de las referidas probanzas, "que el tomador Jaime Forero Malo desde el 31 de Julio de 1993 o al menos de los primeros días del mes de Agosto siguiente, sabía plenamente que su salud...estaba afectada severa y definitivamente por un tumor altamente maligno que se le descubrió en la vejiga, hecho que ocultó a la aseguradora hasta el momento de su muerte" (fl. 19, cdno. 7), pues esa fue, justamente, la conclusión a la que arribó el fallador de segundo grado, quien, en la apreciación material de los mencionados medios de prueba, estuvo acertado, pues no hizo caso omiso de la existencia de los mismos, ni distorsionó su contenido. Muy por el contrario, los apreció en su verdadera realidad objetiva.

b) En segundo lugar, destácase que lo relevante para el ad quem, fue que a la aseguradora se le advirtió "antes de celebrar el contrato -el 29 de junio de 1993- de que el riesgo a asumir no era aceptable", habida cuenta que "el médico autorizado por ella misma para hacer un diagnóstico relacionado con éste tópico", a quien el señor Forero informó que sufría de una enfermedad "del sistema genitourinario...por expulsión de cálculos renales la semana anterior", le indicó a aquella que existían anormalidades, por lo que sugirió "exámenes clínicos adicionales como la urografía excretora", no obstante lo cual la hoy demandada, "no realizó diligencia alguna para descartar la posibilidad de un cambio en el riesgo que indujera su voluntad como en el momento de ahora lo pregonar" (fls. 31, 36, 38 y 39, cdno. 5), conclusión que el recurrente pretende descalificar afirmando, de una parte, que "los tratamientos médicos son privados y están también protegidos con sigilo las historias clínicas", y de la otra, que como "el deber de lealtad que expresamente impone la ley al tomador de un seguro, lo obliga, en todo tiempo, a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que pudieran determinar la extensión del riesgo", debía abrirse paso la excepción de nulidad relativa, en la medida en que "mientras existiera la reticencia del tomador no tenía modo de enterarse de hechos ocurridos con posterioridad al examen médico y al diligenciamiento del cuestionario que le sometió la aseguradora" (fls. 19, 20 y 22, cdno. 7).



c) Claramente se aprecia, entonces, que si bien es cierto el fallador erró al considerar que el señor Forero no había sido reticente, pese a tener conocimiento –el 31 de julio de 1993- de la enfermedad que padecía, pues, a su juicio, la buena fe debía analizarse “al momento de hacer la solicitud y de contestar el cuestionario” alusivo a la declaración del estado del riesgo (fl. 38, cdno. 5), lo que ciertamente es errado, como se expuso con anterioridad, toda vez que ese postulado irradia las distintas etapas o fases del negocio jurídico, esta falencia es intrascendente en la medida en que no repercute en la decisión, como quiera que, pese a ella, la conclusión sería la misma a la que arribó el Tribunal, esto es, que la sanción de nulidad no era aplicable porque la aseguradora estaba en posibilidad de conocer ese hecho.

En efecto, al amparo de las precedentes reflexiones efectuadas en torno al fenómeno de la reticencia en el contrato de seguro y, específicamente, en lo tocante con la carga de información que, con carácter bipolar, tienen tomador y asegurador, debe colegirse que, atendidas las pruebas recaudadas, aunque es cierto que la mencionada carga para el “asegurando” no cesó en el momento en que absolvió el cuestionario de preguntas que le formuló la aseguradora en orden a determinar el estado del riesgo (julio 19 de 1993, fls. 56 y 57, cdno. 1), habida cuenta que dicha carga se extiende a todo el período precontractual, como quedó ampliamente explicado, no lo es menos que, a pesar de que aquel se enteró –el 31 de julio- de la enfermedad que padecía, antes de que la demandada aceptara su solicitud de seguro (agosto 18, fl. 63, ib.), lo mismo que de la fecha de suscripción de la póliza (agosto 25, fl. 64), la compañía, pese a esa omisión del tomador y por los datos que su propio ‘agente’ le había suministrado con anterioridad, bien pudo obtener esa información por otros medios, se insiste, en cumplimiento del deber de procurarse, según las circunstancias, la información necesaria para otorgar su asentimiento, motivo por el cual ella, con su actitud pasiva, dio lugar a que se materializara un conocimiento presunto que, al tenor del último inciso del artículo 1058 del Código de Comercio, ya examinado, purgó o enervó la sanción de nulidad relativa (culpa est, quod, quum a diligente provideri poterit, non est provisum), en la medida en que **alertada por uno de sus médicos, quien consideró el riesgo como “No aceptable”, por “obesidad y hematuria; antecedente de I.C.T.”**, sugiriendo la práctica de una “urografía excretora” como se indicó (fl. 58, cdno. 1), debió –en sana lógica- realizar las correspondientes indagaciones para determinar la verdadera naturaleza y estado del riesgo, pues así lo imponía el deber informativo que también recae en cabeza de la aseguradora, según se corroboró precedentemente, a fortiori, si se tiene en cuenta su insoslayable calidad de profesional, como ya se refirió, igualmente.

Otra cosa es que esa reticencia del señor Forero no genere, en este caso en particular, la sanción de nulidad relativa, sobre la base de haber operado la excepción contenida en el inciso final del artículo 1058 del Código de Comercio, consistente en que el asegurador “ha debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios...”, excepción ésta que, según fue examinado, presupone la transgresión del deber de conocer, según el caso, el estado del riesgo, o –mejor aún- de procurarse información sobre el mismo, concretamente en aquellos eventos en que tiene



en su haber datos suficientes e indicativos que le permitirían, con mediana diligencia, llegar a la precisión de los hechos que el 'asegurando' deformó, o al conocimiento que se reservó, tal y como en el sub lite aconteció, conforme lo acreditan las pruebas obrantes en el plenario.

(...)

Efectivamente, obsérvese que el 24 de junio de 1993, el Dr. Ramón Augusto Rincón Fernández, por encargo de La Nacional de Seguros S.A., le practicó un examen médico al señor Forero Malo, habiéndose referido por el examinado como antecedentes sintomáticos y/o patológicos de enfermedades del sistema genito-urinario (infecciones urinarias, hematurias, litiasis, inflamaciones de la próstata, secreción uretral), la expulsión de cálculos renales la semana anterior; como enfermedad metabólica la obesidad, e igualmente que sufrió de una isquemia cerebral transitoria en el año de 1992.

Ante ese cuadro clínico, el referido profesional de la salud conceptuó, en el aparte relativo a otras anormalidades del abdomen, que éstas sí existían y, al especificar, expresó "P. de Orina: hematuria y albuminuria". Sugirió igualmente la práctica de un examen adicional, cual fue una urografía excretora, por todo lo cual consideró "el riesgo como...No aceptable" (fl. 58, cdno. 5).

CON ESTA INFORMACIÓN, LA ASEGURADORA, LUEGO DEL ANÁLISIS DE LA SOLICITUD DE SEGURO QUE LE FUE FORMULADA POR EL SEÑOR FORERO, ACEPTÓ OTORGAR LA COBERTURA SOLICITADA, EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS: "LA PRESENTE TIENE POR OBJETO INFORMARLE QUE NUESTRO DEPARTAMENTO MÉDICO Y DE ACTUARÍA ESTUDIÓ DETENIDAMENTE SU SOLICITUD Y HABIENDO CONSIDERADO ESTE RIESGO COMO ESPECIAL, LE HA FIJADO UNA EXTRAPRIMA EN EL BÁSICO DEL 4.2%; POR LO CUAL SE HACE NECESARIO EL PAGO DE UNA PRIMA ADICIONAL DE \$126.000, QUEDANDO LA PRIMA TOTAL ANUAL EN \$1.470.000" (FL. 63, CDNO. 1) (SE SUBRAYA), RAZÓN POR LA CUAL PROCEDÍO, EL 25 DE AGOSTO SIGUIENTE, A EXPEDIR LA PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA NO. 5016057, CON UNA VIGENCIA COMPRENDIDA ENTRE EL 23 DE AGOSTO DE 1993 Y EL 23 DE AGOSTO DE 1994. (Mayúsculas, Subrayas y Negrillas del suscrito)

En consecuencia, bien podía colegir el Tribunal que si la compañía de seguros, enterada con antelación de la existencia de relevante información, hubiere hecho u ordenado que se efectuaran mayores indagaciones sobre el estado de salud del 'asegurando', dadas las circunstancias particulares que conoció por razón de los dicientes e indicativos exámenes médicos y de laboratorio efectuados (sangrado en la orina), así como en desarrollo de la explícita sugerencia planteada por el galeno al servicio de la propia entidad, o de otras que la disciplina médica aconsejara, muy probablemente habría podido detectarse la dolencia del carcinoma en las vías urinarias (fl. 12 vltto., cdno. 3), toda vez que, como lo señaló el propio médico que atendió inicialmente al señor Forero, Dr. Julio Ernesto Plazas Jaramillo, ese tipo de patologías se evidencia mediante un tratamiento endoscópico (fl. 8 vltto., cdno. 4), como en efecto ocurrió, según lo atestiguó el Dr. Alfonso Latiff Conde, para quien la "presencia de sangre



en la orina, (es) síntoma que ordinariamente corresponde a una lesión maligna en el tracto-urinario", por lo que a aquel "se le practicó -en nov/93- un estudio endoscópico de la vejiga...y se encontró -como ya había ocurrido en julio 31- evidencia de un tumor vesical de tipo infiltrante" (se subraya; fl. 51 vltto. ib.).

Es, pues, la propia conducta omisiva que observó la aseguradora demandada durante la gestación del negocio aseguraticio, contraria a la prudente diligencia que le era demandable, la que sirve de báculo para impedir el éxito de la censura, pues aunque es cierto que la ley le brinda especial y paladina protección frente a la conducta reticente o inexacta del aspirante a tomador, en este caso del señor Forero, no lo es menos que por gracia de la misma no podía asumir, al amparo de una mal entendida buena fe negocial, cuyo verdadero significado quedó precisado en los prolegómenos de esta providencia, una pasiva actitud que luce como rebelde o, por lo menos, unilateral e incausada, en frente de la diáfana directriz profesional y, de suyo técnica, planteada por el galeno a su servicio -que, por objetiva y fundada en evidencias clínicas, merecía más consideración y ponderación-, conducta aquella que se contrapone al indiscutido profesionalismo que, al propio tiempo, le es característico, el que se erige en fundamento mediano del deber de procurarse, recta vía, la información necesaria para contratar (deber secundario de autoinformarse), con lo cual quedó configurado, a términos del inciso 4º del artículo 1058 del Código de Comercio, el conocimiento presunto del estado del riesgo en cabeza del asegurador. Al fin y al cabo, como lo ha corroborada autorizada doctrina, "...si con ocasión de la inspección -del riesgo- o del examen médico, o no obstante una u otro, el asegurador o sus agentes, esto es, las personas cuyos actos u omisiones lo obligan civilmente, han dejado escapar hechos o circunstancias aparentes o notorios, inocente o culpablemente encubiertos por el tomador, tampoco podrá aquel aducirlos como soportes fácticos de las sanciones que nos ocupan. Es el conocimiento presuntivo. Son hechos o circunstancias que ha debido conocer' con mediana diligencia" (se subraya) ([9]).

En esas condiciones, no resulta carente de toda lógica -o antojadizo o rayano en lo inconsulto, irracional o absurdo- afirmar, como lo hizo el sentenciador que, conocido el informe del doctor Rincón y, más aún, su consejo de no asegurar, "en ese momento surgió para la aseguradora la obligación de conocer ampliamente en qué condiciones estaba negociando" (fl. 38, cdno. 5), pero optó, motu proprio, por dejar de lado -o relativizar- esos elocuentes elementos de convicción técnica, para actuar en forma contraria de la indicación científica, sin que exista ninguna evidencia de justificación de la conducta asumida, pues, antes bien, frente a ella, fue su determinación la de comunicar al señor Forero que aceptaba su propuesta de contrato (carta del 18 de agosto de 1993), con la única exigencia del pago de una extraprima, lo que devela que asumió el riesgo, tal y como éste se encontraba.

Así las cosas, aunque es cierto, como lo aseveró el fallador y lo acepta igualmente la censura, que el señor Forero no informó a la aseguradora del cáncer que padecía, pese a haberse enterado de él antes del otorgamiento de la póliza de seguro -y presumiblemente luego de haber



diligenciado el cuestionario referente a la declaración de asegurabilidad-, tal hecho, en este asunto específico, no resulta vinculante para la ley sustancial (inciso final art. 1058 C. de Co.), pues la conducta omisiva de la aseguradora, in concreto, impidió que se consolidara la sanción ex lege en referencia, gracias al conocimiento presunto sobre el estado del riesgo, suficiente para impedir, ab initio, la procedencia de la nulidad en cuestión, como se reseñó a espacio, precedentemente.(...)"

Bajo las anteriores consideraciones de orden DOCTRINAL Y JURISPRUDENCIAL, eran de importante temperamento los deberes exigidos para que la COMPAÑÍA DE SEGUROS pudiera albergar con buen recaudo la socorrida anulación de la vinculación del asegurado al CONTRATO DE SEGURO, en el entendido que con base a los hechos particulares del caso, sí era menester realizar inspección del riesgo (EXAMEN MÉDICO) O SOLICITARLE LA HISTORIA CLÍNICA AL DEUDOR ASEGURADO DE PROFESIÓN SOLDADO PROFESIONAL, en tanto DICHA PROFESIÓN SUPONE LA ELEVACIÓN DEL RIESGO Y UNA MAYOR PROBABILIDAD EN SU OCURRENCIA, RESPECTO A LOS RIESGOS QUE RECAEN SOBRE LA PERSONA DEL ASEGURADO, situación que desde luego, insoslayablemente generaba complicaciones naturales a su salud; de igual manera, también es evidente que en el seno de la jurisprudencia constitucional impera el requerimiento de prueba de MALA FE del asegurado para efectos de rescindir el contrato de seguro, como requerimiento de la compañía, máxime si la compañía bajo el conocimiento de aspectos o información relevante del deudor asegurado, podía o debía conocer del estado real del riesgo que asumía, y en asuntos en donde al asegurado no lo someten para los fines de declarar el estado del riesgo a un cuestionario, o cuando en dicho cuestionario no se encuentran las enfermedades que dice el asegurador no fueron declaradas, suponiendo en este último evento la irrelevancia de la enfermedad, o por lo menos, lo intrascendente de cara a la matriz de riesgos.

En este sentido, frente al presupuesto de la MALA FE, la SALA DE DECISIÓN CIVIL DEL HONORABLE TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ ha exteriorizado que¹⁸:

Partiendo, entonces, de los lineamientos jurisprudenciales descritos en párrafos antecedentes, bien pronto se anticipa la confirmatoria de la decisión confutada, dado que, en el caso bajo escrutinio, no aparece acreditada la mala fe que el tomador pudo haber tenido al ocultar su real condición de salud, al momento de efectuar las declaraciones del riesgo.

¹⁸ Tribunal Superior de Bogotá, Sala Civil, sentencia del 01.06.2023 (Radicación 11001-31-03-015-2018-00127-01), Magistrado ponente Juan Pablo Suárez Orozco.



(...) nociones que, aplicadas al caso concreto, permiten afirmar que no bastaba con simplemente verificar la ausencia de información suministrada por el tomador del seguro, para tener por nulo relativamente el referido acuerdo de voluntades, sino que era necesario, entre otras cosas, que la mala fe del declarante fuera probada por la aseguradora, como en párrafos anteriores la jurisprudencia transcrita dejó apuntado.

Desde esa tesitura, tras la valoración del acervo probatorio recopilado en las diligencias, no fue posible hallar medio de persuasión que sirviera de soporte para aseverar, derechamente, que el tomador del afianzado faltó a la verdad en un contexto de mala fides, orfandad que, sin más, impedía tener por acreditada la reticencia alegada por la aseguradora demandante, sujeto procesal sobre quien recaía la carga de demostrar dicha circunstancia, pues, a voces del órgano de cierre de la jurisdicción civil, "al asegurador cuando invoca la sanción de nulidad le corresponde demostrar la hipótesis normativa dichas. Acreditada la reticencia o inexactitud en la manifestación del estado del riesgo, a su vez, se prueba la mala fe quien hizo la declaración contrariando la realidad; empero, como así no sucedió, la nulidad de los contratos de seguro por dicho motivo no podía abrirse paso, porque, a la luz de los precedentes jurisprudenciales reseñados con antelación, la mala fe es uno de los elementos axiológicos para pregonar la reticencia de que trata el artículo 1058 del C. de Co., tal y como lo concluyó el funcionario de primer grado. (Negrilla ajena al texto original)

Así las cosas, por todo lo dicho, se refuta en puridad la excepción de nulidad relativa del CONTRATO DE SEGURO desde el punto de vista de su configuración; luego, delanteramente, el argumento se desarrollará desde el ámbito de la temporalidad u oportunidad para su formulación.

En cumplimiento de la antesala argumental, se destaca que la brújula que guía las aspiraciones de las pretensiones no varía de latitud, pues además de no estar estructurada la reticencia que sustenta la sanción de nulidad relativa del contrato de seguro, según ya quedó explicado en precedencia, el infortunio para la compañía se mantiene, debido a que la acción con la que contaba para desafiar la vigencia o validez del contrato de seguro, sucumbió por los fueros de la PRESCRIPCIÓN EXTINTIVA.

Para los anteriores fines, no sobra recordar que la prescripción extintiva ha sido tradicionalmente concebida por el legislador colombiano como un arquetípico modo de extinguir las obligaciones y correlativamente los derechos ajenos, por la inactividad o inercia del acreedor o deudor durante un lapso de tiempo determinado, establecido *ope legis* en el Artículo 1625 del Código Civil.

Es importante dejar claro desde ahora que, referente a la NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO, fundada en la presunta reticencia del ASEGURADO a la hora de suscribir el correspondiente formulario de vinculación a la póliza colectiva, **la oportunidad con la que cuenta el asegurador para proponerla**



eficazmente, tiene un límite, que no es otro que, el término consagrado en el **Artículo 1081 del Código de Comercio**, para la **EXTINCIÓN DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO**, lo que para el caso particular, se configuran el **TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN ORDINARIO** para lo cual se hace necesario realizar un análisis en punto a su verificación.

Puntualmente el **Artículo 1081 del Código de Comercio**, reza:

"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 Resaltado ajeno al texto)

Como la prescripción de las acciones judiciales, no es asunto oficioso del operador judicial, debe la parte que pretende beneficiarse con este particular modo de **EXTINCIÓN DE LAS ACCIONES**, alegarla expresamente, conforme lo establece el **Artículo 2513 del Código Civil y 282 del Código General del Proceso**; aspecto que motiva el presente aparte, en el cual se procura oponer a la aspiración de la demandada, la prescripción de la acción respectiva.

Bajo la metodología trazada, debe indicarse que tal como lo tiene establecido la Doctrina y la Jurisprudencia, **LA PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE LA ACCIÓN DE NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO**, conforme a lo señalado en el **Artículo 1081 del Código de Comercio**, el término de su extinción es de **DOS (2) AÑOS**, contados a partir de la fecha del conocimiento real o presuntivo por parte del asegurador de la circunstancia que lo habilita reclamar la rescisión del contrato. Como se trata de una prescripción de coste subjetivo, implica establecer desde cuándo conoció la parte del contrato que reclama su nulidad con causa en la reticencia y/o inexactitud, para así tener el punto de partida para calcular el término bianual.

Para el caso que nos ocupa, se tiene que la supuesta reticencia de la cual desgaja el asegurador la consecuencia de **NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO**, se produjo en el momento en que el potencial asegurado suscribió la respectiva **DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD**, lo que usualmente ocurre antes o concomitante con el ajuste de la relación contractual, sin que pueda tomarse aquella como el



único hito desde el cual debe contabilizarse el término con que cuenta el asegurador para alegar la nulidad relativa, debido, en esencia, a que tal sería un aspecto objetivo, dado que de allí solo se pueda advertir la suscripción de los documentos por el asegurado, sin que se pueda obtener un conocimiento cierto o presunto sobre la veracidad de las afirmaciones hechas por aquél, o lo que es mejor, de la falta de verdad en la declaración rendida. El punto crucial del asunto, consiste en determinar la fecha en que el asegurador conoció o pudo conocer que la manifestación sobre el estado de salud que hizo EL ASEGURADO, no se ajusta según aquél a la verdad, misma que coincide con la fecha en que se presentó ante el asegurador la respectiva RECLAMACIÓN FORMAL PARA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA. De igual modo, para dejar más salvaguardas a favor del asegurador, la jurisprudencia nacional ha establecido que en los casos en que no sea posible determinar la FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN POR SINIESTRO, el detonante para contabilizar el TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN PARA ALEGAR LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO, será la fecha en que el asegurador haga expresa su voluntad de no pagar el seguro reclamado, es decir, la FECHA DE LA OBJECCIÓN A LA RECLAMACIÓN POR SINIESTRO.

Teniendo claro los anteriores aspectos, se dirá, para este asunto en particular, que la fecha en que el asegurador conoció de la circunstancia que apalanca su reclamo por la NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO, no es otra que, la de la PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN POR SINIESTRO, toda vez que se encuentra plenamente demostrada la misma, por lo que desde aquélla calenda (ENERO 7 DE 2022) - QUE FUE CUANDO LE PRESENTARON LA RECLAMACIÓN POR SINIESTRO AL ASEGURADOR¹⁹, AFECTANDO EL AMPARO ADICIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, ACOMPAÑADO DEL DICTAMEN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL Y LA HISTORIA CLÍNICA-, el asegurador conoció la circunstancia que presuntamente sustentaba la NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO, por lo que el término prescriptivo acaecería el 7 DE ENERO DE 2024, fecha en la cual fenecería para el asegurador la oportunidad para ALEGAR LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO, bien sea por VÍA DE ACCIÓN O DE EXCEPCIÓN. En este particular asunto, la alegación de la nulidad relativa devino por el sendero de la EXCEPCIÓN DE MÉRITO; por lo que deberá contabilizarse el término prescriptivo desde la fecha de LA RECLAMACIÓN POR SINIESTRO HASTA CUANDO EL ASEGURADOR PRESENTÓ LA EXCEPCIÓN. Así las cosas, para el día 6 DE JUNIO DE 2024, día en que el asegurador incursionó al proceso y propuso la correspondiente excepción de fondo alegando la NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO,

¹⁹ Contestación al hecho décimo segundo de la demanda. (ART. 193 del C.G.P. - CONFESIÓN POR APODERADO JUDICIAL)



ya había transcurrido, desde la PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN POR SINIESTRO, DOS (2) AÑOS Y CINCO (5) MESES; tiempo superior al consagrado en la legislación comercial para impetrar la acción de nulidad relativa del seguro a expensas del asegurador.

En reiteradas oportunidades, tanto la Honorable Corte Constitucional como la Honorable Corte Suprema de Justicia, han determinado, de manera fundada, abundante y pacífica, que la naturaleza de la prescripción para el caso de la nulidad relativa del contrato de seguro, es la ordinaria establecida en el Artículo 1081 del Código de Comercio, por tratarse de una acción fundada sobre un criterio subjetivo, el cual requiere el conocimiento real o presunto del asegurador o de la parte que pretenda valerse de la nulidad contractual, de la circunstancia que lo habilita para oponerla; adicional a que el término de prescripción para tal nulidad propia del CONTRATO DE SEGURO, es de DOS (2) AÑOS, por expresa disposición del Código de Comercio; también tiene dicho la jurisprudencia que el inicio del conteo del término prescriptivo ordinario, es la FECHA DE PRESENTACIÓN DE LA RECLAMACIÓN POR SINIESTRO, en caso que esté determinada la misma o, en su defecto, desde cuando el asegurador hace expresa su voluntad de no pagar el seguro, lo que coincide con la OBJECCIÓN A LA RECLAMACIÓN PRESENTADA; por último, tiene determinado la jurisprudencia que la fatalidad de la prescripción culmina en el momento en que el asegurador presenta la demanda respectiva, si es que acude a la acción o, cuando presenta el escrito por el cual propone la excepción puntual de NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO; o lo que es lo mismo, se interrumpe el conteo, en caso de PRESENTACIÓN DE LA DEMANDA o del ESCRITO DE EXCEPCIONES.

En punto a los argumentos de la pasiva, debe decirse, desde el pórtico, que los mismos no están llamados a prosperar, toda vez que no allegó las pruebas que acrediten los elementos axiológicos y configurativos de la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia en la información sobre el estado de salud del asegurado, la cual aunque eventual como remotamente lo llegase a demostrar, ningún efecto útil se generaría pues YA SE CONFIGURÓ LA PRESCRIPCIÓN ORDINARIA PARA ALEGAR LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA EN LA INFORMACIÓN, ya fuese por ACCIÓN O RA POR EXCEPCIÓN.



LA SALA DE CASACIÓN CIVIL DE LA HONORABLE CORTE SUPREMA DE JUSTICIA²⁰, tiene dicho respecto de la PRESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE NULIDAD RELATIVA, ex Artículos 1058 y 1081 del Código de Comercio, lo siguiente:

"Debe señalarse, por lo demás, que las consideraciones del Tribunal no distan de lo que al respecto ha razonado la Corte en materia de la citada "prescripción": "El término dispuesto para la prescripción ordinaria corre, pues, en relación con la acción de nulidad relativa (art. 1058 C. de Co.) del contrato de seguro, a partir del conocimiento real o presunto que tenga el titular acerca de los vicios que lo afectan, al paso que el de la extraordinaria (5 años) corre desde el momento que nace el derecho a demandar esa nulidad. No hay duda, entonces, de que cuando el motivo de esa acción son las reticencias o inexactitudes respecto de las manifestaciones del tomador, el interesado en promoverla debe hacerla dentro de los dos años siguientes a la fecha en que conoció o debió conocer esas conductas, sin que en ningún caso pueda promoverla pasados cinco años desde cuando se produjo el perfeccionamiento del contrato, que dio nacimiento al derecho a demandar la rescisión, según se reseñó. Lo propio debe decirse en torno a la excepción de nulidad emergente de las citadas circunstancias, toda vez que ésta es disciplinada, igualmente, por el artículo 1.081 del C. de Co., así la norma se refiera, lato sensu, a las acciones, vocablo dentro del cual, en línea de principio, deben quedar cobijadas este tipo de excepciones, pues conforme quedó expuesto en los antecedentes legislativos de la citada disposición transcritos al inicio de estas consideraciones, al vencerse el término de los cinco (5) años el asegurador '...ya no podrá alegar la nulidad del contrato por vicios en la declaración de asegurabilidad' ni por vía de acción ni de excepción, se agrega... (Resaltos y Subrayas del suscrito)

En el campo de la Doctrina el extinto profesor JOSÉ EFRÉN OSSA GÓMEZ²¹, destaca que:

"Otra cosa es que, al cabo de dos años de conocida por el asegurador una causal de nulidad relativa del contrato, o transcurridos cinco (5) años desde la celebración del mismo, la acción para hacerla efectiva habrá prescrito (art. 1081)" (Resaltos fuera de texto)

Del análisis anotado en precedencia, es fácil advertir que a la compañía aseguradora ahora demandada, LE PRESCRIBIÓ LA OPORTUNIDAD PAR ALEGAR LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO DE FORMA ORDINARIA, y por consiguiente, no existe en el camino aspecto, actuación o manifestación

²⁰ Sentencia de 3 de mayo de 2000, exp. 5360. Reiterada en sentencia de 25 de enero de 2012. M. P. Fernando Giraldo Gutiérrez. Ref. exp. 1100102030002012-00007-00.

²¹ "TEORIA GENERAL DEL SEGURO":



del demandante, de la cual se pueda derivar una aceptación de la circunstancia que en el fondo alega el asegurador, para de allí desprender efectos interruptivos de la prescripción o de su renuncia mediante acto expresamente dirigido a abdicar el beneficio prescriptivo que obra a su favor. Si bien la prescripción que beneficia al extremo demandante, puede ser objeto de renuncia, conforme lo destaca el Artículo 2514 del Código Civil, la sola facultad conferida en el poder para renunciar, no abarca la de la prescripción ganada o que favorece al demandante, y que con ahínco se reclama como extinción de la acción de nulidad, no estando de más, hacer expresa mi manifestación de que por ningún motivo entro ni entraré a renunciar a la prescripción que como derecho obra a favor de mi mandante, ni éste último jamás renuncia ni renunciará a la misma.

Respecto a la prescripción de la oportunidad para alegar la nulidad relativa del contrato de seguro por reticencia en la información, traigo a colación los siguientes pasajes jurisprudenciales, que estoy plenamente convencido serán de gran ayuda al momento de entrar a dictar sentencia de fondo:

SENTENCIA 5360 DEL 3 DE MAYO DE 2000

ORDINARIO DE MARITZA GERRERO DE ALVAREZ Y ELVIRA CALDERON CONTRA ASEGURADORA GRANCOLOMBIANA DE VIDA S.A.

SALA DE CASACIÓN CIVIL DE LA HONORABLE CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

HONORABLE MAGISTRADO PONENTE Dr. NICOLÁS BECHARA SIMANCAS

"(...) Más adelante agrega que como el "tomador contestó negativamente el cuestionario de asegurabilidad que le fue propuesto por la compañía aseguradora a las preguntas sobre consulta de médicos durante los últimos cinco años y tratamiento a que hubiere sido sometido, como cuando guardó silencio sobre la enfermedad que padecía, obró sin sinceridad, esto es, sin la gran buena fe, o ubérrima buena fe, requerida para la celebración válida del contrato de seguro y tenida como causa del consentimiento por parte de la aseguradora, al ocultar hechos o circunstancias sobre el estado de riesgo que de ser conocidas por ella la hubieran retraído de la celebración del negocio o lo hubiere hecho en condiciones más onerosas".

En relación con la prescripción de la excepción de nulidad relativa del contrato de seguro, planteada por las demandantes con fundamento en el artículo 1081 del Código de Comercio y en el hecho de que transcurrieron más de 5 años desde la fecha de perfeccionamiento del contrato, el tribunal manifestó que "la prescripción alegada no se da por no haber transcurrido los términos indicados a partir del momento en que la aseguradora tuvo conocimiento del siniestro y de la falta de sinceridad en el asegurado al diligenciar el cuestionario de asegurabilidad, y que lo es de la reclamación debidamente formulada". (...)



La reforma vinculó la prescripción ordinaria al factor subjetivo, al disponer que los 2 años para ésta corren desde el momento "en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción"; al paso que ató al factor objetivo la prescripción extraordinaria, en tanto ordenó que el término de 5 años previsto para ella comienza a partir del momento en que "nace el respectivo derecho". (Resaltos fuera de texto). (...)

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, la floración—eficaz—de la reticencia o de la inexactitud en la declaración del estado de riesgo, etc.), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que expirado el histro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento. (Resaltos del suscrito).

Así, el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción (prescripción ordinaria), será distinto en cada caso concreto, según sea el tipo de acción a intentar, y quien su titular, y otro tanto es pertinente predicar del "momento en que nace el respectivo derecho", cuando se trate de la prescripción extraordinaria, pues en ésta ese momento tampoco es uno mismo para todos los casos, sino que está dado por el interés que mueve a su respectivo titular.

Consecuente con lo anotado, cuando se está en frente de acciones "derivadas del contrato" como sucede con la de reconocimiento de la indemnización (o de la prestación asegurada) a que tiene derecho el beneficiario, el momento a partir del cual ha de correr contra él la prescripción ordinaria, es distinto al que ha de tenerse en cuenta para computar idéntica prescripción contra el asegurador en el supuesto de que éste, apoyado en acciones "derivadas de la ley", demande o excepcione, según el caso, la nulidad relativa del contrato de seguro por inexactitud o reticencia del tomador en la declaración de asegurabilidad, pues en estos supuestos "el hecho que da base a la acción" o el nacimiento del "respectivo derecho" es necesariamente diferente. (Negrilla y Subraya fuera de texto)

En efecto, en el primer caso, como lo dijo la Corte en sentencia de 7 de julio de 1977 (G.J. T. CIV, pág. 139 y ss.), el término prescriptivo ordinario correrá a partir del conocimiento—real o presunto— y el extraordinario a partir del acaecimiento del siniestro; mientras que en el segundo caso, operará a partir del momento en que el asegurador conoció o debió conocer el hecho generador de la rescisión del contrato, es decir la inexactitud o reticencia comentadas; la misma distinción es preciso hacer, en el ejemplo referido, respecto del término prescriptivo extraordinario, porque, en el primer caso, ese término correrá contra el asegurado demandante a partir del acaecimiento del siniestro, cual lo precisó igualmente esta corporación en la sentencia señalada; mientras que, en el segundo caso los cinco años con



los que se consuma dicha prescripción extraordinaria correrán contra el asegurador desde la fecha de materialización de la inexactitud o reticencia que, en sede contractual, será estrictamente aquella en la cual se perfeccione el contrato viciado por la mediación de tales irregularidades, llamadas a eclipsar el asentimiento de la entidad aseguradora que, aun cuando ontológicamente son anteriores, no puede perderse de vista que el derecho a impugnarlo, surge luego de su celebración, de suerte que con antelación, en puridad, no hay aún contrato y, por sustracción de materia, nada que atacar. (...) (Negrillas y Subrayas del suscrito) (...)

4. Resulta por ende de lo dicho, que los dos años de la prescripción ordinaria corren para todas las personas capaces, a partir del momento en que conocen real o presuntamente del hecho que da base a la acción, por lo cual dicho término se suspende en relación con los incapaces (C.C., art. 2541), y no corre contra quien no ha conocido ni podido o debido conocer aquel hecho; mientras que los cinco años de la prescripción extraordinaria corren sin solución de continuidad, desde el momento en que nace el respectivo derecho, contra las personas capaces e incapaces, con total prescindencia del conocimiento de ese hecho, como a espacio se refirió, y siempre que, al menos teóricamente, no se haya consumado antes la prescripción ordinaria.
5. No puede predicarse entonces de manera general, cual lo hizo erróneamente el tribunal, que en todas las acciones derivadas del contrato de seguro o de la ley el término de prescripción ordinario y extraordinario tenga como punto común de partida "la ocurrencia del siniestro", pues como lo indicó la Corte en la sentencia ya citada de 7 de julio de 1977, ese punto de partida sólo es viable tratándose, como allí se dijo, de una excepción de prescripción opuesta por la aseguradora contra el beneficiario del seguro, muy distinto de lo que aquí ocurre, porque en este proceso quienes alegan la prescripción son las beneficiarias del seguro contra la excepción de nulidad relativa del contrato presentada por la compañía aseguradora, todo sin perjuicio del régimen especial consagrado en el nuevo texto del artículo 1131 del Código de Comercio, para el seguro de responsabilidad civil, inaplicable al presente asunto. (...) (Negrillas fuera de texto). (...)
6. El término dispuesto para la prescripción ordinaria corre, pues, en relación con la acción de nulidad relativa (C. de Co., art. 1058) del contrato de seguro, a partir del conocimiento real o presunto que tenga el titular acerca de los vicios que lo afectan, al paso que el de la extraordinaria (5 años) corre desde el momento que nace el derecho a demandar esa nulidad. No hay duda, entonces, de que cuando el motivo de esa acción son las reticencias o inexactitudes respecto de las manifestaciones del tomador, el interesado en promoverla debe hacerlo dentro de los dos años siguientes a la fecha en que conoció o debió conocer esas conductas, sin que en ningún caso pueda promoverla pasados cinco años desde cuando se produjo el perfeccionamiento del contrato, que dio nacimiento al derecho a demandar la rescisión, según se reseñó. Lo propio debe decirse en torno a la excepción de nulidad emergente de las citadas circunstancias, toda vez que ésta es disciplinada, igualmente, por el artículo 1081 del Código de Comercio, así la norma se refiera,



lato sensu, a las acciones, vocablo dentro del cual, en línea de principio, deben quedar cobijadas este tipo de excepciones, pues conforme quedó expuesto en los antecedentes legislativos de la citada disposición transcritos al inicio de estas consideraciones, al vencerse el término de los cinco (5) años el asegurador "... ya no podrá alegar la nulidad del contrato por vicios en la declaración de asegurabilidad" ni por vía de acción ni de excepción, se agrega. (Negritillas y Subrayas del suscrito) (...)

Como ya se anotó, la relación jurídica fraguada en la vinculación se torna inescrutable, en vista que el saneamiento operó de manera ordinaria.

También dentro de en este recorrido jurisprudencial acerca de la aplicación de la PRESCRIPCIÓN DE LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO POR RETICENCIA EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL ASEGURADO ACERCA DE SU ESTADO DE SALUD, encontramos la proferida muy atinadamente por parte de la SALA DE DECISIÓN CIVIL del HONORABLE TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ, providencia adiada el 8 DE ABRIL DE 2014, actuando como Honorable Magistrado Ponente el Doctor OSCAR FERNANDO YAYA PEÑA, dentro del expediente 11001310302520120042301, quien certeramente y a buena hora manifestó:

"En este asunto, observa la Sala que por lo menos desde el 24 de mayo de 2010, la aseguradora ya tenía conocimiento del "hecho que da base a la acción" de nulidad (es decir, la reticencia), pues fue en esa fecha que formuló su objeción (con base en esa causal) a la reclamación formal que le presentaron los aquí demandantes (fls. 13 a 15), al paso que el escrito de excepciones se radicó ante el juez de primera instancia el 4 de abril de 2013 (f. 83), es decir, 2 años, 10 meses y 11 días después.

No anduvo afortunado entonces el juez de primera instancia al tener por probada la defensa que impetró la opositora al abrigo del artículo 1058 del Código de Comercio, vicisitud que libera a la Sala de entrar a establecer si en realidad se verificó la reticencia que alegó (tardíamente) la aseguradora.

Quedó visto entonces que las defensas que esgrimió la opositora no podían abrirse camino: la de "nulidad del contrato" por haberse invocado por fuera del plazo que para el efecto contempla el artículo 1081 del Código de Comercio (lo que hace innecesario un pronunciamiento de fondo en punto a los hechos en que la aseguradora fincó la "reticencia") y la de "prescripción", porque no alcanzó a transcurrir ninguno de los dos términos extintivos (ordinario y extraordinario) que contempla ese mismo precepto normativo en contra de los aquí demandantes. (...)"

"Cuando se está en frente de acciones 'derivadas del contrato', como sucede con la de reconocimiento de la indemnización a que tiene derecho el beneficiario, el momento a partir del cual ha de correr contra él la prescripción ordinaria, es distinto al que ha de tenerse en cuenta para computar idéntica prescripción contra el asegurador en el supuesto de que éste, apoyado en acciones 'derivadas de la ley', demanda o excepcione, según el caso, la nulidad relativa del contrato de seguro por inexactitud o reticencia del tomador en la



declaración de asegurabilidad, pues en estos supuestos 'el hecho que da base a la acción 'o el nacimiento del 'respectivo derecho' es necesariamente diferente.

En efecto, en el primer caso ('acciones derivadas del contrato'), el término prescriptivo ordinario correrá a partir del acaecimiento del siniestro; mientras que en el segundo caso ('acciones derivadas de la ley'), operará a partir del momento en que el, asegurador conoció o debió conocer el hecho generador de la rescisión del contrato, es decir la inexactitud o reticencia comentadas (...). Lo propio debe decirse en torno a la excepción de nulidad emergente de las citadas circunstancias, toda vez que ésta es disciplinada, igualmente, por el artículo 1081 del C. de Co., así la norma se refiera, lato sensu, a las acciones, vocablo dentro del cual, en línea de principio, deben quedar cobijadas por este tipo de excepciones (...).

Así las cosas, por actuaciones como la asumida por la demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. en la presente litis, cuando intentan por todos los medios posibles y hasta donde su contraparte como la misma majestad de la justicia así se lo permitamos, buscar argumentos infundados e ilegales para NO CUMPLIR CON SU OBLIGACIÓN CONDICIONAL DE UN VERDADERO ASEGURADOR, quienes cada vez se parecen más a las extintas SEGUROS CÓNDOR S.A. Y SEGUROS UNIVERSAL S.A., que jamás le decían no a una propuesta de aseguramiento, pero al momento de la realización del riesgo le sacaban a flote toda clase de excusas para no indemnizar, fue que el autor ANDREW TOBIAS, nos cuenta la siguiente historia:

"La mejor apuesta es la que se hace sabiendo que no se va a fallar. El seguro más beneficioso sería el que asegurarse contra algo que nunca ocurre (o, a la inversa, contra algo que ocurre con la suficiente regularidad como para ser predecible, como en el juego a cara y cruz). Hace sesenta años, en Chicago, W. Clement Stone empezó a vender a muy bajo precio pólizas que cubrían riesgos como: perder una pierna mientras se viaja en tren, barco o aeroplano, como lo registraba un escritor.

El lector se sorprendería al ver qué pocas son las personas que pierden sus piernas mientras van en tren, barco o aeroplano. En la actualidad Stone es un filántropo conservador y un profesional del pensamiento positivo (coautor de libros tan leídos como success through a positive Mental Attitude (Éxito mediante una actitud mental positiva) y the success System that Never Fails (Un sistema para triunfar que nunca falla). Sus esfuerzos iniciales, vendiendo puerta a puertas pólizas de seguros de accidentes, han logrado edificar la Combined Insurance Compañía of America, que obtiene descomunales beneficios. En ningún momento a lo largo de los últimos 28 años ha dejado de aumentar su tasa de ganancias. (Otra senda alternativa para obtener ganancias seguras fue la que siguió un poco amable contemporáneo de Stone: EL DIFUNTO JOHN D. MACARTHUR COMENZÓ A REUNIR SUS CIENTOS DE MILLONES VENDIENDO SEGUROS



CONTRA COSAS QUE SÍ OCURREN, Y ARREGLÁNDOSELAS PARA NO PAGAR CUANDO ASÍ SUCEDÍA)." (Negritas, Mayúsculas y subrayas fuera de texto). ²².

Acorde con los argumentos traídos a colación, con todo respeto y cordialidad, ruego a la Honorable Presidencia del Despacho que EN EL MOMENTO DE ENTRAR A DICTAR SENTENCIA DE FONDO, deseche dicha excepción, por no acreditar los elementos axiológicos de la nulidad relativa, y además, por HABERLE PRESCRITO LA OPORTUNIDAD A LA DEMANDADA BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA PARA ALEGARLA.

RÉPLICA AL MEDIO DE DEFENSA QUE LA PASIVA INTITULÓ COMO "BBVA SEGUROS DE VIDA S.A. TIENE LA FACULTAD DE RETENER LA PRIMA A TÍTULO DE PENA COMO CONSECUENCIA DE LA DECLARATORIA DE LA NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO".

En esta oportunidad, el asegurador en cabeza de su ilustre apoderado judicial, pone de relieve el derecho que le asiste de apropiarse o devengar la prima del seguro, en los términos de los Artículos 1059 y 1066 del Código de Comercio.

Bajo tal panorama, como ya tuvimos oportunidad de discutir en los acápites anteriores, no se encuentra estructurada la nulidad relativa del contrato de seguro, o en su defecto, las supuestas irregularidades se encuentran saneadas por el paso del tiempo, razón que impide la apropiación de la prima a título de pena, sin perjuicio que deba devengar la ya cancelada a fin de garantizar la conmutatividad del contrato y el equilibrio financiero de la operación.

De esta manera, el debate u objeto de la contienda se desplazó a los linderos de la temporalidad en la alegación de la nulidad relativa del contrato de seguro y en sus elementos axiológicos, los cuales no se encuentran verificados, máxime cuando la socorrida defensa era inoponible al asegurado como quiera que el profesional debió insoslayablemente haber desplegado una conducta diligente, albergándose de la información transmitida por el asegurado respecto de su profesión u oficio como soldado profesional y miembro activo de la fuerza pública, pudo o debió conocer el estado del riesgo.

Resulta entonces, inaplicable para el análisis del caso la disposición contenida en el Artículo 1059 del Código de Comercio; sanción legal que para el caso concreto no podía abrirse paso por cuanto el asegurador no demostró los elementos sobre los que descansa la INSTITUCIÓN DE LA NULIDAD RELATIVA

²² ANDREW, Tobias. LOS BANQUEROS INVISIBLES – TODO LO QUE LA INDUSTRIA DEL SEGURO NUNCA HA QUERIDO QUE USTED SEPA. Editorial Planeta. Barcelona (España). 1984. Págs 59-61; 132



DEL CONTRATO DE SEGURO, a la vez que quedó demostrado que el profesional en la asunción de riesgos tuvo oportunidad de conocer o precaver la situación que posteriormente pudo haber desencadenado la reticencia, si hubiera estado atento a la información consignada en el formulario que él mismo proporcionó; conducta poco diligente del asegurador que termina por cerrarle la puerta a cualquier embate contra la vigencia del contrato de seguro.

RÉPLICA AL MEDIO DE DEFENSA QUE LA PASIVA BAUTIZÓ COMO "PRESCRIPCIÓN ORDINARIA DE LAS ACCIONES DERIVADAS DEL CONTRATO DE SEGURO"

Al abrigo de lo dispuesto en el **Artículo 1081 del Estatuto Mercantil**, y con fundamento en el seguro de que trata el presente asunto, reclama el apoderado judicial de la sociedad demandada la extinción ordinaria de las acciones derivadas o con asiento en el contrato de seguro.

Aun cuando no presentó un fundamento fáctico para la prosperidad de la excepción de prescripción, como era su deber ser, situación que impide al juzgador realizar un análisis respecto de su estructuración, precisamente por ser esta defensa taxativamente dispositiva al tenor de lo dispuesto en el **Artículo 282 del Código General del proceso**, razón le asistiría al ilustre procurador judicial de la sociedad aseguradora encartada, si no fuera porque el término de prescripción de las acciones civiles, incluida la derivada del **CONTRATO DE SEGURO**, no corre de manera fatal e ininterrumpida; pues en su decurso pueden encontrarse situaciones que, legamente, están establecidas como suspensivas o interruptivas del término.

La prescripción general como modo de extinción de los derechos y acciones se encuentra prevista en el **Artículo 2512 del Código Civil**, norma que expresamente indica, lo siguiente:

"La prescripción es un modo de adquirir las cosas ajenas, o de extinguir las acciones o derechos ajenos, por haberse poseído las cosas y no haberse ejercido dichas acciones y derechos durante cierto lapso de tiempo, y concurriendo los demás requisitos legales.

Se prescribe una acción o derecho cuando se extingue por la prescripción".

Por su parte la prescripción que extingue las acciones propiamente dichas, está consagrada en el **Artículo 2535 de la misma obra sustantiva citada**, en los siguientes términos:



"La prescripción que extingue las acciones y derechos ajenos exige solamente cierto lapso de tiempo durante el cual no se hayan ejercido dichas acciones.

Se cuenta este tiempo desde que la obligación se haya hecho exigible".

La SALA DE CASACIÓN CIVIL DE LA HONORABLE CORTE SUPREMA DE JUSTICIA²³, ha determinado, desde el punto de vista de la finalidad de la institución de la prescripción, lo siguiente:

"El fin de la prescripción es tener extinguido un derecho que, por no haberse ejercitado, se puede presumir que el titular lo ha abandonado, mientras que el fin de la caducidad es preestablecer el tiempo en el cual el derecho puede ser útilmente ejercitado. Por ello en la prescripción se tiene en cuenta la razón subjetiva de no ejercitarlo, o sea la negligencia real o supuesta del titular, mientras que en la caducidad se considera únicamente el hecho objetivo de la falta de ejercicio dentro del término prefijado, prescindiendo de la razón subjetiva, negligencia del titular, y aún la imposibilidad del hecho".

En términos similares a los antes enunciados, se ha referido el profesor HINESTROSA²⁴, al destacar que *"Aún se sigue debatiendo acerca del objeto de la prescripción. O sea, sobre si lo que ella extingue o mata es la acción o el derecho subjetivo"*, para luego arribar a la conclusión que *"Consecuentemente, el derecho nacional, lejos de limitar el alcance de la prescripción extintiva a las acciones, lo proyectó a los derechos"*

En cuanto refiere a la prescripción especial en materia de derecho de seguros, se encuentra regulada por el Artículo 1081 del Código de Comercio, estableciendo, como es sabido, dos tipos de prescripciones, una de raigambre subjetivo, para la cual se consagró un término de DOS (2) AÑOS y otra de linaje objetivo, para la que se estableció un término más laxo de CINCO (5) AÑOS, contados desde momentos diferentes, según se busque la aplicación de una u otra.

A este respecto, la jurisprudencia nacional ha destacado, lo que a continuación se transcribe:

"En lo que atañe al contrato de seguro, el Código de Comercio se ocupó, en su artículo 1081, de regular el tema de la prescripción de las acciones derivadas del mismo o de las normas legales que lo disciplinan, erigiéndose, por tanto, en la regla general sobre la materia. Al respecto, estatuyó que "podrá ser ordinaria o extraordinaria" (inc. 1º) y dispuso que la primera "será de

²³ C.S.J., Cas. Civil, sent. nov. 8 de 1999. M. P. Jorge Santos Ballesteros. Exp. 6185.

²⁴ HINESTROSA Forero Fernando. Tratado de las Obligaciones. Tomo I. Universidad Externado de Colombia. Tercera Edición. Bogotá 2007. Pág. 837 y 838



dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción" (inc. 2°), mientras que la extraordinaria "será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho" (inc. 3°).²⁵

El profesor **EFRÉN OSSA**²⁶, en punto a la prescripción especial en materia de seguro, comentó:

"El art. 1081 del Código de Comercio, que regula la prescripción de las acciones a que da origen el contrato de seguro, es norma imperativa por su naturaleza y por su texto, en cuya rigurosa observancia está interesado el orden público"

Acopiado lo anterior, y de vuelta al caso que nos convoca, se aprecia que el demandante conoció del siniestro el **05 DE ENERO DE 2022**, con ocasión a la notificación del **ACTA DE JUNTA MÉDICA No. 211343**, lo que inicialmente daría para que la acción se extinguiera al llegar el día **05 DE ENERO DEL AÑO 2024**; no obstante, la demanda fue radicada el **05 DE OCTUBRE DE 2023** en la baranda digital dispensada por la Rama Judicial.

Resulta claro entonces que la presentación de la demanda fue tempestiva y produjo los efectos de interrupción dispensados en la ley procesal, pues la notificación a la sociedad demandada **BEVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S. A.**, se produjo dentro de la anualidad posterior a la notificación del auto por el cual se admitió a trámite la demanda (**Artículo 94 del Código General del Proceso**), teniendo en consideración que el auto admisorio de la demanda tiene fecha de **18 DE ENERO DE 2023** y la **NOTIFICACIÓN POR AVISO** el **22 DE MAYO DE 2024**.

De acuerdo con lo dicho, refulge que el término bianual para que acontezca la prescripción de la acción ordinaria de la acción derivada del contrato de seguro, no se encontraba cumplido, como desatinadamente lo reclama la representación judicial de la compañía de seguros demandada; pues el decurso temporal resultó interrumpido con la presentación de la demanda y su notificación tempestiva a la aseguradora demandada.

RÉPLICA AL MEDIO DE DEFENSA SUBSIDIARIO QUE LA PASIVA INTITULÓ COMO "EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL SALDO INSOLITO DE LA OBLIGACIÓN"

²⁵ C.s.j. cas. Civil. Sentencia de 29 de junio de 2007. M. P. Carlos Ignacio Jaramillo Jaramillo. Ref: Exp. N° 11001-31-03-009-1998-04690-01

²⁶ OSSA Efrén. Teoría general del seguro, pág. 533.



En sustento de su reproche afirmó que mi patrocinado no se encuentra habilitado para pretender sumas que excedan al **SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN**, bajo el supuesto de que, en primera medida, el seguro tiene designado un **BENEFICIARIO ONEROSO EXCLUSIVO**, y bajo segunda excusa, el seguro se contrae a la protección del crédito, lo que impide que existan dineros o sumas en exceso al saldo insoluto en favor del asegurado. (!!)

Lo primero que debe advertirse es que de las **PRETENSIONES PRINCIPALES DECLARATIVAS Y CONDENATORIAS**, existen dos categorías perfectamente distinguibles, de una parte, las relacionadas con **EL PAGO DEL SALDO INSOLUTO DEL CRÉDITO A FAVOR DE LA ENTIDAD FINANCIERA CONSTITUIDA COMO BENEFICIARIA ONEROSA EN EL CONTRATO DE SEGURO** y, de otra lado, las orientadas a **PEDIR EL PAGO DE LA DIFERENCIA ENTRE EL VALOR DEL SEGURO Y EL SALDO INSOLUTO ADEUDADO AL BANCO**, en caso de que existan remanentes con ocasión a la reducción del crédito con ocasión a los pagos realizados con posterioridad al siniestro, y en todo caso, en justificación a los excedentes de capital por cuanto el valor asegurado establecido para la vinculación al seguro del demandante se determinó como constante o estimado, referido a la suma desembolsada por la entidad financiera; suma que permanecía constante en el tiempo.

En ese sentido, resulta relevante señalar que el negocio jurídico en contienda encuentra sus bases en las normas que regulan el **SEGURO DE PERSONAS**, situación que delimita la interpretación sobre la **PRESTACIÓN O SUMA ASEGURADA**, la cual no encuentra su linderó en la protección patrimonial del financista, precisamente por cuanto su tipología no sigue el principio indemnizatorio, y sobre todo, porque el riesgo y el interés asegurado no recae sobre la suerte del crédito, el riesgo de insolvencia o el impago, sino en la **VIDA O INVALIDEZ DE LA PERSONA DEL ASEGURADO**.

De esta suerte las cosas, teniendo en mente que tanto **EL RIESGO** como **EL INTERÉS** recae sobre la **PERSONA DEL ASEGURADO**, debe señalarse que, conforme a la **NATURALEZA DEL SEGURO DE PERSONAS**, bajo la modalidad de **VIDA GRUPO DEUDORES**, el VALOR ASEGURADO, entendido este como **SUMA O RENTA DE CAPITAL ASEGURADO**, es fruto del consenso de las partes que intervinieron en la formación del negocio, el cual puede ser mayor, menor o igual al saldo insoluto de la obligación, sin que la determinación anterior implique la mutación del seguro, de uno de **PERSONAS**, a uno **PATRIMONIAL** bajo la **MODALIDAD DE CRÉDITO**; así ha sido señalado en **SENTENCIA SC DEL 30 DE JUNIO DE 2011** por la Honorable Corte Suprema de Justicia:

"En el seguro de vida grupo deudores, dada su naturaleza y finalidades especiales, el valor asegurado es el acordado por las partes, esto es, el convenido por el acreedor -



tomador y la aseguradora, quienes para tal fin gozan de libertad negocial (...) Ahora bien, en el estado actual de la legislación y para el caso concreto, la única limitación que existe en este campo, es que en el seguro de vida grupo deudores, la indemnización a favor del acreedor-tomador no puede ser mayor al saldo insoluto de la deuda, tal y como reza el artículo 120 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero (Decreto 663 de 2 de abril de 1993) al prever que "en los seguros de vida del deudor el valor asegurado no excederá el del saldo insoluto del crédito". Ello, en lo fundamental, coincide con lo previsto en la Resolución 2735 de 1990 y en la Circular Externa 037 del mismo año, dictadas por la Superintendencia Bancaria y vigentes para la época de celebración del contrato de mutuo referido en la demanda, que como se recuerda, ocurrió en noviembre de 1992 (...) Por ende, la indemnización que debe pagar la aseguradora, en caso de ocurrir el siniestro, está vinculada necesariamente a una obligación concreta a cargo del deudor, en el cual la prestación debida -determinada o determinable- tiene una magnitud que va aparejada a la extensión del riesgo.

En ese evento, el acreedor sólo recibirá el valor insoluto de la deuda y, conforme al artículo 1144 del Código de Comercio, "el saldo será entregado a los demás beneficiarios". Nótese, precisamente, que aquí halla sentido el artículo 1042 del Código de Comercio, según el cual "salvo estipulación en contrario, el seguro por cuenta valdrá como seguro a favor del tomador hasta concurrencia del interés que tenga en el contrato y, en lo demás, con la misma limitación, como estipulación en provecho de tercero" (...) Ello explica por qué han existido normas que limitan la suma que debe entregarse al acreedor "hasta concurrencia del saldo insoluto de la deuda", lo cual denota que el ordenamiento jurídico no excluye la posibilidad de asegurar un monto superior al valor del crédito al momento del siniestro, bajo el supuesto de que al acreedor sólo se entregará, en todo caso, lo necesario para cubrir la obligación (...) En ese evento, el acreedor participará "en concurrencia" con otros beneficiarios, o sea, dentro de un conjunto de personas que se juntan o coinciden en un momento determinado como titulares de una indemnización y, en esa medida, aquél sólo podrá recibir el monto de lo efectivamente adeudado por el deudor." (Negrillas y Subrayas fuera de texto).

En ese mismo asunto, se ha reiterado de manera invariable por la colegiatura de la SALA DE CASACIÓN CIVIL DE LA HONORABLE CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, entre otras, en las providencias del 16 DE MAYO DE 2011, EXP. 9221, M.P. RUTH MARINA DIAZ RUEDA; 30 DE JUNIO DE 2011, EXP. 0019-01, M.P. EDGARDO VILLAMIL PORTILLA Y 27 DE JULIO DE 2015, EXP. SC-9618-2015, M.P. FERNANDO GIRALDO GUTIERREZ, respecto a los cardinales elementos del SEGURO DE PERSONAS en la modalidad de GRUPO VIDA DEUDORES, que:

"(i) Su celebración no es obligatoria, ni constituye un requisito indispensable para el otorgamiento de un crédito, pero es usualmente requerido por las instituciones financieras para obtener una garantía adicional de carácter personal.



- (ii) Normalmente el deudor – asegurado es quien se adhiere a las condiciones que propone el acreedor, quien en todo caso debe garantizar la debida información en torno a las condiciones acordadas.
- (iii) Lo que se asegurada es el suceso incierto de la muerte o incapacidad permanente del deudor, independiente de si el patrimonio restante permite que la acreencia le sea pagada a la entidad bancaria prestamista.
- (iv) el interés asegurable que en este tipo de contratos resulta relevante se halla en cabeza del deudor, así sea que al acreedor también le asista un interés eventual e indirecto en el seguro de vida grupo deudores.
- (v) El valor asegurado es el acordado por las partes, esto es, el convenido por el acreedor-tomador y la aseguradora, teniendo como única limitación expresa que la indemnización a favor del acreedor- tomador no puede ser mayor al saldo insoluto de la deuda"

De allí que es patente que la pasiva está llamada al PAGO DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA, la cual se contrae al valor acordado por las partes, esto es, a LA SUMA CONVENIDA POR EL TOMADOR Y LA ASEGURADORA, teniendo como única limitación expresa que la indemnización a favor del ACREEDOR (ENTIDAD BANCARIA), no puede ser mayor al saldo insoluto de la deuda, acreencia que en el evento de extinguirse con posterioridad al siniestro, en nada impacta a las prestaciones y riesgos del CONTRATO DE SEGURO, situación que solo incidirá en la titularidad del depositario de la prestación. recavando para tales efectos en el asegurado si se pretende afectar el seguro con cargo al amparo de ITP, o en favor de la figura de beneficiario legal, si se tratara de la afectación del amparo de vida, en los términos del Artículo 1142 del Código de Comercio que enseña:

"ART. 1142. Cuando no se designe beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán la calidad de tales el cónyuge del asegurado, en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad". (Resaltos y Subrayas fuera de texto)

De esta manera, no solamente el demandante ostenta LEGITIMACIÓN E INTERÉS PARA COBRAR PARA SÍ LA SUMA DE LA PRESTACIÓN O CAPITAL ASEGURADO, sino que además, por la precisa distinción entre los SEGUROS DE CRÉDITO, los cuales se ciñen al carácter indemnizatorio, y los SEGUROS DE PERSONAS, en los que se pacta una SUMA O RENTA DE CAPITAL COMO PRESTACIÓN, la circunstancia de menguar el valor de la suma adeudada a la entidad financiera o de extinguirse con posterioridad al siniestro por la vía de la NOVACIÓN, PAGO, CONCILIACIÓN, TRANSACCIÓN, o por causa de CUALQUIER MODO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES, no varía la composición de la renta líquida y determinada del VALOR ASEGURADO EN EL CONTRATO DE SEGURO, más cuando este ha sido ESTABLECIDO O ESTIMADO COMO SUMA CONSTANTE, precisamente



por la particularidad del crédito desembolsado al asegurado, circunstancia que se ratificaría al momento de cumplirse con la labor de exhibición de documentos por parte del demandado.

En otras palabras, como el seguro y el crédito constituyen negocios jurídicos autónomos, la suerte del segundo en nada impacta la PRESTACIÓN ASEGURADA A CARGO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DEMANDADA; pues mientras la relación de crédito se marchita con ocasión a los abonos totales o parciales de la deuda, el VALOR ASEGURADO EN EL CONTRATO DE SEGURO SE MANTIENE INALTERABLE, solo que bajo las reglas del Artículo 1144 del Código de Comercio, el beneficiario, en su papel de mutuante, puede exclusivamente recibir el VALOR INSOLUTO DE LA DEUDA, de manera que si dicho valor insoluto o interés se extinguió por cualquier causa²⁷, sin la más mínima duda al respecto, ACRECERÁ O SE DESPLAZARÁ EN FAVOR DE LOS BENEFICIARIOS LEGALES, tal como claramente se señala en el Artículo 1142 de la misma codificación, en caso de fallecimiento, o en favor del asegurado cuando se afecta el seguro con cargo al amparo adicional de ITP.

Ahora bien, el razonamiento de la compañía de seguros, respecto a que el reconocimiento de responsabilidad se ciñe exclusivamente al saldo insoluto de la obligación a favor del banco, no encuentra bases legales, el cual se anida en el entendimiento bastante equivocado por cierto, acerca de la NATURALEZA DEL SEGURO analizado, pues partiría de un análisis de contratos conjuntados, de interdependencia comercial o de coligación contractual entre el CRÉDITO Y EL CONTRATO DE SEGURO; y sobre todo, de considerar este último como una modalidad, producto o tipología de seguro, que en su estructura sigue el principio indemnizatorio, el cual impide este sí que el asegurado o beneficiario reclame más de la CUANTÍA DE LA PÉRDIDA EXPERIMENTADA (DAÑO PATRIMONIAL), sin parar mientes que EL VALOR ASEGURADO o mejor LA PRESTACIÓN ASEGURADA EN LOS SEGUROS DE PERSONAS, se determina como CAPITAL O RENTA LÍQUIDA, que de verificarse el riesgo asegurado es cancelada por la Aseguradora al beneficiario.

No se discute que la causa que motivó a la contratación, tuvo como propósito indirecto del tomador, entidad financiera, satisfacer un crédito de base, pero ello no varía la naturaleza, finalidad, interés y riesgo asegurado en el contrato tomado sobre la vida e invalidez del asegurado, razón por la cual el interés directo recae sobre su persona, así como los riesgos. De allí que, si el riesgo recayera en el impago del crédito, el asegurado sería el establecimiento de crédito y el valor asegurado no sería fruto

²⁷ NOVACIÓN. Retanqueo de crédito: Es la posibilidad de tomar un nuevo crédito mediante el cual se presta un valor adicional según la capacidad de descuento en tu nómina y con el cual se cancela el saldo de la obligación actual.



de la voluntad de los estipulantes, sino que seguiría al principio indemnizatorio, pues la compañía de seguros no estaría llamada a pagar sino hasta el importe del crédito.

En esas consideraciones, desde ya debemos afirmar que el saldo insoluto de la obligación del crédito limita el interés de la entidad prestamista, sin que dicha suma sea frontera del débito indemnizatorio del contrato de seguro, pues precisamente EL VALOR ASEGURADO encontró determinación a la FECHA DEL ACAECIMIENTO DEL SINIESTRO, siendo aquél la RENTA O CAPITAL ASEGURADO CONSTANTE equivalente al VALOR DESEMBOLSADO POR LA ENTIDAD FINANCIERA, suma que fue establecida en \$ 45.000.000.00

De este modo, los HECHOS Y PRETENSIONES DE LA DEMANDA, en las cuales se petitionó una suerte de VALOR ASEGURADO CONSTANTE, fue precedido del análisis de las POLÍTICAS DE LICITACIÓN DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES CONTRATADA POR EL TOMADOR, en las que se señaló que LA SUMA ASEGURADA ERA DETERMINABLE EN FUNCIÓN CON LA NATURALEZA DEL CRÉDITO DESEMBOLSADO, tal como pasa a ilustrarse.



Tipo de Cartera	Edad mínima a de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de Ingreso para ITP	Edad de permanencia para ITP	Requisitos de suscripción	Monto sin requisitos adicionales	Valor asegurado (En vida e ITP)
Consumo	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	30 M	Saldo insoluto
Consumer Finance	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	50 M	Saldo insoluto
Digitales	18 años	62 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	No tendrá requisitos para suscripción	100 M	Saldo insoluto
Agrocuenta	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	Cupo Aprobado	Saldo insoluto
OCB	18 años	74 años	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración	No	Valor

		y 364 días	364 días	364 días	de Asegurabilidad	tendrá limite	desembolsado
Libranza Pensionados	18 años	80 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	N.A	Valor desembolsado
Libranza Militares	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	N.A	Valor desembolsado
Otras libranzas	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	N.A	Valor desembolsado
Standing Offer Libranza Pensionados	18 años	71 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	No tendrá requisitos para suscripción	250 M	Valor desembolsado
Standing Offer Libranza Militares	18 años	69 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	No tendrá requisitos para suscripción	250 M	Valor desembolsado
Standing Offer Otras libranzas	18 años	69 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	No tendrá requisitos para suscripción	250 M	Valor desembolsado
Standing Offer Consumo	18 años	62 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	No tendrá requisitos para suscripción	100 M	Saldo insoluto

De allí, que el debate del LÍMITE DE VALOR ASEGURADO se encuentra postergado a la aportación de documentos a cargo de la compañía de seguros y de la entidad financiera, los cuales fueron exigidos como EXHIBICIÓN en la demanda; lo propio, como venimos comentando, para señalar, delimitar e identificar el valor asegurado en el preciso certificado de vinculación del asegurado al programa agrupador.



Así las cosas, repito, otra suerte correría el evento de encontrarnos a instancia de un **SEGURO DE CRÉDITO**, el cual a propósito de verificado el riesgo de su impago, insatisfacción o mora, implicaría por su **naturaleza y carácter indemnizatorio**, el deber de indemnizar vía reembolso el dinero cancelado por el tercero o el mismo asegurado, sin importar si el crédito tenía como saldo insoluto una suma mayor y se extinguió con una menor; pues es bien sabido que el seguro de daños no puede ser fuente de enriquecimiento, cuando el riesgo e interés recaen sobre bienes que ostentan carácter patrimonial.

Aquí es evidente que los **RIESGOS SOBRE LA VIDA E INVALIDEZ DE LA PERSONA DEL ASEGURADO** no se encuentra en el comercio, razón de elemental significancia para predicar que la póliza aquí debatida, por sus precisas circunstancias, sigue las reglas del **SEGURO DE PERSONAS**.

Por todo, es claro que **EL VALOR ASEGURADO** en tratándose de **SEGURO DE PERSONAS**, bajo la modalidad de **GRUPO VIDA DEUDORES**, es fruto del consenso de las partes que intervinieron en su formación, las cuales, según las condiciones de licitación de la póliza agrupadora, señalaron que para las **LÍNEAS DE CRÉDITO (LIBRANZA MILIARES)**, sería una SUMA CONSTANTE REFERIDA AL VALOR DESEMBOLSADO POR EL FINANCIISTA, Y NO POR EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN, situación que en todo caso, se acreditará fruto de la orden que su señoría imparta sobre la **SOLICITUD DE EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS**.

RÉPLICA AL MEDIO DE DEFENSA SUBSIDIARIO QUE LA PASIVA INTITULÓ COMO "EL SEGURO TIENE UN BENEFICIARIO ONEROSO"

Teniendo en mente la **LEGITIMACIÓN, CARACTERÍSTICAS, SUMA ASEGURADA Y NATURALEZA DEL SEGURO DE PERSONAS**, bajo la modalidad de **GRUPO VIDA DEUDORES**, debe tenerse en cuenta que por la **EXTINCIÓN DEL INTERÉS EN CABEZA DEL BENEFICIARIO ONEROSO (FINANCIISTA)**, la suma asegurada sin hesitación alguna la respecto, insoslayablemente debe ser entregada en su integridad al beneficiario ahora demandante, razón que justifica la manera en la que se edificaron las PRETENSIONES SUBSIDIARIAS DE LA DEMANDA. Incluso, anticipándonos a los conflictos que esta operación compleja establece, estipulamos desde la demanda como **PRETENSIONES CONDENATORIAS SUBSIDIARIAS DE LAS PRIMERAS DECLARATIVAS**, que DE SOLUCIONARSE LA OBLIGACIÓN DE CRÉDITO, ES DECIR, EXTINGUIDO EL INTERÉS DEL BENEFICIARIO ONEROSO, SE DESCARGARA LA INDEMNIZACIÓN A FAVOR DEL DEMANDANTE COMO ÚNICO BENEFICIARIO, pues como tuvimos oportunidad de mencionar, las relaciones jurídicas señaladas en punto a los contratos de crédito y seguro son independientes y autónomas, pues por el hecho de extinguirse una, sus efectos no se extienden o se



comunican a la otra, más sí acrece el interés asegurado del demandante de cara a la póliza, particularmente por la naturaleza que de personas se sigue el seguro aquí analizado.

Póngase énfasis en que la genuina intención, de cara al ajuste del CONTRATO DE SEGURO que protege la VIDA DEL DEUDOR, fue en principio de la ENTIDAD FINANCIERA, que lo toma para tener una GARANTÍA ADICIONAL DE RECAUDO DE LA OBLIGACIÓN DERIVADA DEL MUTUO, pero no por ese hecho el seguro de vida tiene como interés asegurado la protección del patrimonio del deudor o de sus causahabientes en caso de fallecimiento, pues está claro que si fuera así el asegurado sería el ente financiero y no el deudor asegurado, así mismo, la prestación asegurada se despunta a partir de la verificación de los riesgos que impacten a la persona del asegurado, su fallecimiento o su invalidez, por lo que es evidente que NO SE TRATA DE UN SEGURO DE CRÉDITO, en la medida que el riesgo asegurado recae sobre la persona del asegurado y no sobre el riesgo de insolvencia o impago del crédito.

De esta suerte las cosas, se impone CONDENAR A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DEMANDADA A RECONOCER EN FAVOR DEL DEMANDANTE LAS PRETENSIONES SUBSIDIARIAS DE LA DEMANDA, en la medida que el ente financiero señaló que no le asistía interés de cara al contenido patrimonial de las pretensiones, con ocasión a la cesación de su designación con ocasión a un RETANQUEO O NOVACIÓN DEL CRÉDITO DESEMBOLSADO AL DEMANDANTE, lo que generó, genuinamente, el desplazamiento de la pretensión y acrecimiento del interés en cabeza del demandante.

Finalmente, debe señalarse que el baremo para determinar el alcance de la responsabilidad de la aseguradora no impide EL RECONOCIMIENTO DE INTERESES A TÍTULO DE SANCIÓN MORATORIA, por no estar este último sujeto a la suma asegurada; en tal sentido, para este caso, a partir del día 8 DE FEBRERO DE 2022, empezaba a correr para el asegurador la oportunidad de pagar la indemnización y/o para objetar la reclamación, oportunidad que, sin lugar a dudas, le feneció el 07 FEBRERO DE 2022, de conformidad con los términos dispuestos por el Artículo 1080 del Estatuto Mercantil, despuntando a partir del día siguiente, LA MORA DEL ASEGURADOR, con todo y las consecuencias que ello acarrea.

La lex mercatoria, en su Artículo 1080, destaca que "El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Bancaria aumentado en la mitad.", lo que pone en evidencia una regulación especial y



completa acerca de la mora del asegurador y sus consecuencias, consagrandolo, incluso, la forma del perjuicio moratorio, a través de los intereses de mora y su tasa; por lo que es posible determinar, en cada caso, en el cual se discuta la responsabilidad del asegurador por la falta de pago del siniestro amparado en la póliza y los efectos por la mora, solo bastará con verificar que la situación se ajuste a la hipótesis normativa, para que inmediatamente despusen los efectos de la mora, sin necesidad de apoyarse en regímenes externos sustanciales.

Se tiene en esos casos, que no puede premiarse ni permitirse que el asegurador simplemente deje de pagar en tiempo la prestación, sin que tal conducta le reporte consecuencias. No debe olvidarse que los intereses de mora en materia de seguros, están concebidos como apremio al asegurador para que liquide y pague oportunamente el siniestro; evitando así una excesiva demora y la eliminación de un comportamiento proclive a la litigiosidad.

Frente a la naturaleza y liquidación de los intereses establecidos por la ley comercial como sanción por el retardo del asegurador en la prestación surgida del contrato de seguro, la jurisprudencia ha indicado, lo siguiente²⁸:

"Para el cómputo de la condena al pago de intereses moratorios, ha de tomarse en cuenta que en el período de causación de ellos estuvieron vigentes las leyes 45 de 1990 (art. 83) y 510 de 1999 (art. 111), lo que significa, siguiendo precedentes de la Sala, que se aplique cada una de ellas en el tracto que estuvieron vigentes, con las oscilaciones de la tasa de interés que en cada período haya ocurrido. Lo anterior significa que, como ha dicho la Corte "para la liquidación de la referida condena, hasta la fecha del pago, debe tenerse en cuenta que la tasa de interés moratorio fijada en el artículo 1080 del Código de Comercio, fue modificada por el parágrafo del artículo 111 de la ley 510 de 1999, que entró a regir el 4 de agosto de 1999 y por tal razón, como el incumplimiento de la obligación a cargo de la demandada se ha venido prolongando durante su vigencia, tal variación debe tenerse en cuenta para el respectivo cálculo, pues si bien es cierto el artículo 38 de la Ley 153 de 1887 prescribe que en todo contrato se entenderán incorporadas las leyes vigentes al tiempo de su celebración, también lo es que de tal previsión se exceptúan, por mandato del mismo precepto - numeral 2º, entre otras, las leyes que "... Señalan penas para el caso de infracción de lo estipulado", por manera que, la violación contractual perpetrada durante la vigencia de la normatividad últimamente mencionada, debe sancionarse con arreglo a lo dispuesto en ella, por resultar

²⁸ C.S.J., Cas, Civil, sentencia de 8 DE FEBRERO DE 2005. M. P. EDGARDO VILLAMIL PORTILLA. EXPEDIENTE 17.179.



de aplicación inmediata" (sets. Cas. Civ. De 29 de noviembre de 2004, Exp. No. 9730- 0351 y de 11 de mayo de 2000, exp. No. 5427).

De conformidad con lo expuesto, la aseguradora demandada deberá pagar a los demandantes, sobre el importe de la prestación asegurada, las siguientes tasas de interés moratorio: (...) y hasta cuando se verifique el pago definitivo de la obligación de conformidad con lo ordenado en el parágrafo del artículo 111 de la Ley 510 de 1999, a la tasa del interés bancario corriente aumentado en la mitad, consultando igualmente las oscilaciones que hubo en este último período y sin sobrepasar los límites establecidos para el delito de usura, por el Código Penal vigente para la época". (Negrillas y Subrayas del suscrito).

Así las cosas, se tiene por averiguado que la SANCIÓN MORATORIA para el asegurador, no involucra el límite de responsabilidad del mismo o la suma asegurada, de acuerdo a los precisos mandatos de los Artículos 1079, 1088 y 1089 del Código de Comercio, si no que escapa a tales regulaciones, para ubicarse en la consecuencia dispuesta por la ley, a manera de reacción del sistema jurídico contra la mora del asegurador. LOS INTERESES DE MORA COMO FORMA DE CUANTIFICACIÓN DE LOS PERJUICIOS MORATORIOS GENERADOS POR EL ASEGURADOR, son una expresión legal y no una consecuencia de las disposiciones contractuales; de ahí que, no pueda socorrerse con algún grado de éxito a las normas que gobiernan el límite de responsabilidad del asegurador en caso de siniestro, para contrarrestar los efectos o el alcance de los INTERESES MORATORIOS COMERCIALES.

Para concluir este aspecto referente al MOMENTO A PARTIR DEL CUAL SE DEBEN LIQUIDAR LOS INTERESES MORATORIOS Y LA FECHA DE CULMINACIÓN DE LOS MISMOS, cuando de OBJECIONES POR RETICENCIA DE INFORMACIÓN QUE GENERAN LA NULIDAD RELATIVA DEL CONTRATO DE SEGURO se tratan, con todo respeto traigo a colación la excelente sentencia proferida el 29 DE SEPTIEMBRE DE 2021 por parte de la SALA QUINTA (5º) DE DECISIÓN CIVIL DEL HONORABLE TRIBUNAL SUPERIOR DE BOGOTÁ, que si le da la verdadera aplicabilidad acorde al espíritu de la norma que los rige, actuando como Honorable Magistrada Ponente la Doctora ADRIANA SAAVEDRA LOZADA, dentro del PROCESO VERBAL POR RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL No. 110013103030201800062601 de MARTHA CECILIA ARENAS ARISTIZABAL en contra de SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., dentro del cual el suscrito también actué como APODERADO JUDICIAL DEL EXTREMO ACTOR, quien en sus principales apartes dijo:

"(...) Aún cuando se objetó su pago por reticencia, dicho acto comportó un riesgo unilateral que asumió la aseguradora, al someterse a la eventualidad que el supuesto de su afirmación fuera controvertido judicialmente y se desvirtuara, o que ante la pasividad de su conducta, permitiera que la acción de nulidad con que contaba para afectar la validez del negocio jurídico le



prescribiera, por lo que su incursión, no puede desplazarse en contra del beneficiario quien, oportunamente, acreditó los supuestos de hecho que la norma imponía para que se descargara en su favor la totalidad de la cobertura.

Entonces, como no lo efectuó habiéndose acreditado los requisitos del artículo 1077 y permitió el fenómeno extintivo se configurara, deberá imponerse en su contra la sanción moratoria del artículo 1080 y, sobre el valor de los \$ 94.632.270 ha de pagar la tasa de intereses a que refiere tal norma liquidada desde el 23 de marzo de 2017 – un mes después de radicada la reclamación – y hasta que se constate el pago pleno de la condena, aspecto que se modificará en la sentencia recurrida. (...)” (Negrillas del suscrito).

Lo atrás expuesto, impone que se aplique sin más, las consecuencias establecidas por el legislador en el Artículo 1080 del Estatuto Mercantil. Finalmente, se destaca que aun cuando se objetó el pago del contrato de seguro por una supuesta reticencia, dicho acto comportó, como lo tiene establecido la jurisprudencia, un riesgo unilateral que asumió la aseguradora, al someterse a la eventualidad que el supuesto de su afirmación fuera controvertido judicialmente y se desvirtuara, como así acontece en el presente caso.

RÉPLICA A LA EXCEPCIÓN INTITULADA "GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS"

Considero su señoría con todo respeto que, es poco probable que esta excepción pueda prosperar y ser declarada en la sentencia, en virtud a que todos los supuestos exigidos por la ley se encuentran probados dentro del plenario.

PRUEBAS ADICIONALES

En los términos del Artículo 370 del Código General del Proceso, con todo respeto y cordialidad me permito REITERAR LA SOLICITUD DE EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS ELEVADA A TRAVÉS DEL ESCRITO DE DEMANDA, debido a que la información aun cuando se encuentra en dominio de la compañía de seguros, lamentablemente no fue remitida al momento de contestar la demanda, EN CONTRAVÍA DE LOS PRINCIPIOS DE CELERIDAD, LEALTAD Y ECONOMÍA PROCESAL.

En todo caso, se señala que los documentos que no fueron incorporados, y sobre los cuales se deprecia la exhibición, se contrae a los siguientes:



1. PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES No. VGDB 0110043 TOMADA POR "BBVA COLOMBIA S.A." CON BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. PARA EL AÑO 2019.
2. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCLUSIÓN CORRESPONDIENTE AL SEÑOR JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUAREZ.
3. CERTIFICADOS DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES No. VGDB 0110043 CORRESPONDIENTE AL SEÑOR JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUAREZ.
4. CONDICIONES GENERALES COMPLETAS que rigen el CONTRATO DE SEGURO instrumentado en la PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES No. VGDB 0110043.
5. CONDICIONES PARTICULARES COMPLETAS que rigen el CONTRATO DE SEGURO instrumentado en la PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES No. VGDB 0110043.
6. CARPETA COMPLETA correspondiente a la RECLAMACIÓN POR SINIESTRO No. VGDB - 24883 con ocasión al siniestro por ITP del SEÑOR JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUAREZ.
7. SLIP TECNICO DE LA PÓLIZA MATRIZ DE GRUPO VIDA DEUDORES No. VGDB 0110043
8. CONVOCATORIA SELECCIÓN ASEGURADORA PARA CONTRATAR LAS PÓLIZA DE SEGURO DE GRUPO VIDA DEUDORES DE LA CARTERA DE "BBVA COLOMBIA S.A." (AÑOS 2019 - 2021).
9. POLÍTICAS DE SUSCRIPCIÓN DE RIESGOS PARA LA PÓLIZA DE SEGURO DE GRUPO VIDA DEUDORES DE LA CARTERA DE "BBVA COLOMBIA S.A.".
10. INVITACIÓN PRIVADA A CONTRATAR O CONDICIONES DE LICITACIÓN PARA LA PÓLIZA MATRIZ DE GRUPO VIDA DEUDORES.
11. LICITACIÓN PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES PARA LOS AÑOS 2019 - 2021.
12. MANUAL DE EXTRAPRIMAS.
13. POLITICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE SEGUROS DE VIDA VINCULADOS A CRÉDITOS (CONSUMO, LIBRANZA, HIPOTECARIO, ETC...)
14. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y DE CAPACITACIÓN que para el año 2019 tenía establecido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para que los GESTORES COMERCIALES Y/O TRABAJADORES DE "BBVA COLOMBIA S.A.", quienes finalmente promocionan o intervienen en el acompañamiento para EL DILIGENCIAMIENTO tanto de las SOLICITUDES DE LOS CRÉDITOS, SOLICITUDES DE SEGURO y de las DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD, quien y asesoren en debida forma como es EL DEBER SER Y RECTO PROCEDER, a los POTENCIALES ASEGURADOS en cuanto a las COBERTURAS, EXCLUSIONES, CLÁUSULAS DE GARANTÍA y especialmente, la forma sincera en que deben diligenciar los



mentados documentos, para que sean completamente conscientes de lo que están firmando y las repercusiones legales en caso de faltar a la verdad referente a la declaración que brinden respecto a su estado de salud.

En cumplimiento de los requisitos formales para el decreto de la exhibición, manifiesto que los precedentes documentos se encuentran en poder de la sociedad demandada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., y con su recaudo se procura demostrar la falta de conocimiento de los asegurados respecto de las COBERTURAS, EXCLUSIONES, GARANTÍAS y demás vicisitudes de los CONTRATOS DE SEGURO; así como la costumbre comercial de la aseguradora demandada de no brindar información, asesoría, consulta y manejo, respecto de los productos de seguros que comercializa a través de los canales de distribución masiva, los cuales se caracterizan por su informalidad y, por consiguiente, poca ilustración de los consumidores sobre las bondades del contrato de seguro. En ese mismo sentido, para identificar el contenido completo de las CONDICIONES PARTICULARES que dicho sea de paso, jamás son conocidas por los DEUDORES ASEGURADOS, la FECHA EXACTA EN QUE SE PRESENTÓ LA RECLAMACIÓN POR SINIESTRO como los documentos que aparejaron la misma y la FECHA EXACTA EN QUE FUE ENVIADA LA CORRESPONDIENTE OBJECIÓN A LA RECLAMACIÓN POR SINIESTRO. Así mismo, identificar conforme a la MATRIZ DE RIESGOS Y MANUAL DE EXTRA PRIMAS, las enfermedades relevantes de cara al análisis del estado del riesgo, cuál hubiese sido la conducta contractual asumida por la compañía de seguros de haber conocido las supuestas enfermedades inexactas o reticentes, y sobre todo, si se aplicaba alguna CUOTA DE PRIMA MAYOR EN FUNCIÓN A LA PROFESIÓN DEL ASEGURADO COMO SOLDADO DEL EJERCITO NACIONAL; finalmente, para identificar las condiciones impuestas por el tomador (entidad financiera), en el pliego de condiciones de licitación, las cuales, finalmente, integran el contenido del contrato de seguros como cláusulas libres o negociadas, especialmente aquella que establece el CAPITAL O VALOR ASEGURADO EN FUNCIÓN A LA MODALIDAD DE CRÉDITO OFRECIDO.

EXHIBICION DE DOCUMENTOS RESPECTO AL LITISCONSORTE NECESARIO BANCO BBVA COLOMBIA S.A.

Conforme a lo establecido en el Artículo 265 y subsiguientes del Código General del Proceso, con todo respeto y cordialidad, me permito solicitar se ordene al BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. "BBVA COLOMBIA S.A.", la exhibición de los siguientes documentos vitales para el momento de entrar a dictar sentencia de fondo, los cuales son útiles, conducentes y pertinentes:



- A. PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES No. VGDB 0110043 TOMADA POR "BBVA COLOMBIA S.A." CON BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. PARA EL AÑO 2019.
- B. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCLUSIÓN CORRESPONDIENTE AL SEÑOR JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUAREZ.
- C. CONVOCATORIA SELECCIÓN ASEGURADORA PARA CONTRATAR LAS PÓLIZA DE SEGURO DE GRUPO VIDA DEUDORES DE LA CARTERA DE "BBVA COLOMBIA S.A." (AÑOS 2019 - 2021).
- D. POLÍTICA DE SUSCRIPCIÓN DE RIESGOS PARA LA PÓLIZA DE SEGURO DE GRUPO VIDA DEUDORES DE LA CARTERA DE "BBVA COLOMBIA S.A."
- E. INVITACIÓN PRIVADA A CONTRATAR O CONDICIONES DE LICITACIÓN PARA LA PÓLIZA MATRIZ DE GRUPO VIDA DEUDORES.
- F. LICITACIÓN PARA LA CONTRATACIÓN DE LA PÓLIZA DE VIDA GRUPO DEUDORES PARA LOS AÑOS 2019 - 2021.
- G. OFERTA O SOLICITUD DE RETANQUEO QUE TERMINÓ CON EL DESEMBOLSO DE LA OBLIGACIÓN DE CRÉDITO No. 4147.
- H. DOCUMENTOS DILIGENCIADOS PARA LA APROBACIÓN DEL RETANQUEO QUE TERMINÓ CON EL DESEMBOLSO DE LA OBLIGACIÓN DE CREDITO No. 4147.
- I. FOTOCOPIA DE LAS GARANTÍAS EXIGIDAS PARA EL DESEMBOLSO DE LA OBLIGACIÓN DE CRÉDITO No. 4147.
- J. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE INCLUSIÓN CORRESPONDIENTE AL SEÑOR JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUAREZ, RELACIONADO CON EL PRODUCTO "RETANQUEO" IDENTIFICADO CON LA OBLIGACIÓN DE CREDITO No. 4147.
- K. FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD DILIGENCIADO POR EL SEÑOR JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUAREZ, RELACIONADO CON EL PRODUCTO "RETANQUEO" IDENTIFICADO CON LA OBLIGACIÓN DE CREDITO No. 4147.
- L. INDICAR SI PARA LA VINCULACIÓN DEL SEÑOR JOSÉ ANTONIO QUIROGA SUAREZ A LA PÓLIZA DE GRUPO VIDA DEUDORES, RESPECTO A LA OBLIGACIÓN DE CRÉDITO No. 4147 "RETANQUEO", SE EXTENDIERON LOS AMPAROS DE ITP Y VIDA, O A SU TURNO, TUVIERON ALGUNA EXCLUSIÓN, DELIMITACIÓN O EXTRAPRIMA.
- M. PAZ Y SALVO DE LA OBLIGACIÓN No. 1493.

En cumplimiento de los requisitos formales para el decreto de la exhibición, manifiesto que los precedentes documentos se encuentran en poder de la entidad financiera BBVA COLOMBIA S.A., vinculada como LITISCONSORTE NECESARIA DEL EXTREMO DEMANDANTE, y con su recaudo se procura identificar las condiciones impuestas por el tomador del seguro (entidad financiera), en el pliego de condiciones de licitación, las cuales, finalmente, integran el contenido del contrato de seguros como cláusulas libres



o negociadas, especialmente aquella que establece el **CAPITAL O VALOR ASEGURADO EN FUNCIÓN A LA MODALIDAD DE CRÉDITO OFRECIDO**; así mismo, determinar las circunstancias que dieron lugar a la cesación de los efectos de la designación de BBVA COLOMBIA S.A. como BENEFICIARIO ONEROSO en el CONTRATO DE SEGURO, con ocasión a la extinción del CRÉDITO No. 1493 por NOVACIÓN DE LA OBLIGACIÓN PRODUCTO DEL RETANQUEO al haber sido desembolsado un nuevo crédito con NÚMERO DE OBLIGACIÓN 4147, SITUACIÓN QUE IMPLICÓ EL EVENTUAL RECONOCIMIENTO DE LAS PRETENSIONES EXCLUSIVAMENTE EN FAVOR DEL DEMANDANTE EN SU CONDICIÓN DE ASEGURADO Y POR ENDE, BENEFICIARIO EN EL CONTRATO DE SEGURO.

DOCUMENTALES

Se allegan en CUARENTA Y UN (41) FOLIOS, copia de la INVITACIÓN PRIVADA A COTIZAR No. 1, junto con el PLIEGO DE CONDICIONES DE SEGURO DE VIDA DEUDORES elaborado por BBVA COLOMBIA S.A.

Con este documento se sustenta la UTILIDAD, RELEVANCIA, CONDUCTENCIA Y PERTINENCIA DE LA EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS elevada tanto a la entidad financiera como a la ASEGURADORA DEMANDADA, especialmente para ACREDITAR EL VALOR ASEGURADO CONSTANTE PARA LA LÍNEA DE CRÉDITO LIBRANZA No. 1493 desembolsado al demandante y asegurado JOSE ANTONIO QUIROGA SUAREZ; tal como adelante se ilustra:

Tipo de Cartera	Edad mínima a de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de ingreso para ITP	Edad de permanencia para ITP	Requisitos de suscripción	Monto sin requisitos adicionales	Valor asegurado (En vida e ITP)
Consumo	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	30 M	Saldo insoluto
Consumer Finance	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	50 M	Saldo insoluto
Digitales	18 años	62 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	No tendrá requisitos para suscripción	100 M	Saldo insoluto
Agrocuenta	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	Cupo Aprobado	Saldo insoluto
OCR	18 años	74 años	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	No	Valor
Libranza Pensionados	18 años	80 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	N.A	Valor desembolsado
Libranza Militares	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	N.A	Valor desembolsado
Otras libranzas	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	N.A	Valor desembolsado
Standing Offer Libranza Pensionados	18 años	71 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	No tendrá requisitos para suscripción	250 M	Valor desembolsado
Standing Offer Libranza Pensionados	18 años	69 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	No tendrá requisitos para suscripción	250 M	Valor desembolsado



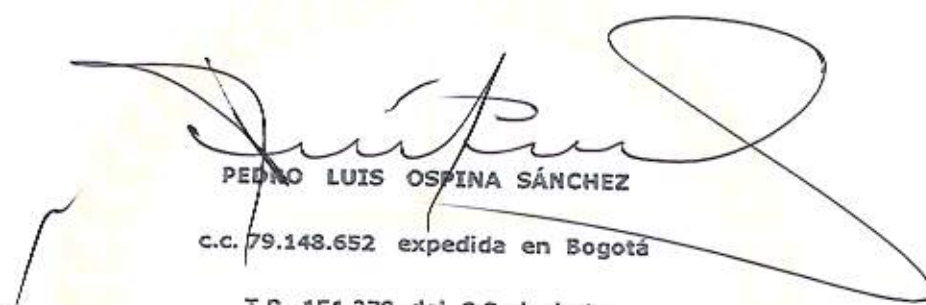
Pedro Luis Ospina Sánchez

Administrador de Empresas Universidad "E.A.N."
Técnico Administrativo en Seguros Generales "SENA"
Ex-Funcionario de Aseguradoras y Ex-Asesor de Seguros.
Abogado "Universidad Libre"

Especializado en Demandas contra todas las Compañías de Seguros de los ramos de Generales, Técnicos y de Vida.

En los anteriores términos y dentro de la oportunidad legal para el efecto, dejo descorridas las INFUNDADAS EXCEPCIONES propuestas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., reiterándole a su señoría DESPACHARLAS DESFAVORABLEMENTE EN EL MOMENTO DE ENTRAR A DICTAR SENTENCIA DE FONDO, y por ende, CONCEDER LAS PRETENSIONES DECLARATIVAS COMO CONDENATORIAS DEPRECADAS EN EL LIBELO DEMANDATORIO.

De los Honorables Jueces de la República de Colombia, con todo mi respeto y cordialidad,



PEDRO LUIS OSPINA SÁNCHEZ

c.c. 79.148.652 expedida en Bogotá

T.P. 151.378 del C.S. de la J.

pedroluisospina@outlook.com

notificacionesjudicialesdefenderasegurados@outlook.com

MÓVIL 310-2143315

"LA ABOGACÍA NO ES SIMPLEMENTE UN OFICIO, ENTRE TANTOS, NI SIQUIERA UN MEDIO PARA GANAR LA VIDA, SINO EL INSTRUMENTO DE QUE LA PERSONALIDAD HUMANA SE SIRVE PARA VER RESPETADOS Y GARANTIZADOS SUS DERECHOS Y SU LIBERTAD"

José J. Gómez

BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. - BBVA COLOMBIA

INVITACIÓN PRIVADA A COTIZAR No. 01

**PLIEGO SEGURO DE VIDA DEUDORES PARA CRÉDITOS DE
CONSUMO Y COMERCIALES INCLUIDO LEASING FINANCIERO
DE CONSUMO**

BOGOTÁ D.C., 2017

CAPITULO I
ANTECEDENTES Y CONSIDERACIONES

BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. - BBVA Colombia (de ahora en adelante BBVA COLOMBIA) como entidad financiera vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia, dentro de su objeto social está facultado para otorgar créditos de consumo.

En atención a las disposiciones legales vigentes, y especialmente al Decreto 2555 de 2010, reglamentado por la Circular Básica Jurídica, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, invita a todas las Compañías de Seguros autorizadas para operar el ramo de Vida Grupo, a participar en el proceso de invitación privada a cotizar que se adelantará con el fin de seleccionar a la Compañía de Seguros que presente condiciones de aseguramiento de Vida Grupo Deudor que ampare contra los riesgos de muerte e incapacidad total y permanente e invalidez de sus deudores.

**CAPÍTULO II
GENERALIDADES****2.1. OBJETO DE LA INVITACIÓN**

BBVA COLOMBIA conforme a las disposiciones legales vigentes, y especialmente al Decreto 2555 de 2010, reglamentado por la Circular Básica Jurídica, recibirá ofertas de aseguradoras autorizadas por la Superintendencia Financiera de Colombia para operar el ramo de Vida Grupo de los créditos de consumo y comerciales incluido leasing diferente al habitacional, donde BBVA COLOMBIA será tomador y beneficiario de las mismas, las cuales deben contener las coberturas de Vida e Incapacidad Total y Permanente que cubran los créditos mencionados.

2.2 CRONOGRAMA

BBVA COLOMBIA ha definido para la contratación de los seguros de Vida deudores, el siguiente cronograma, el cual contempla en términos generales los procesos que surtirán la presente invitación, y cuyo cumplimiento generará la atención de la misma de manera efectiva.

CRONOGRAMA PARA LA INVITACIÓN PRIVADA No.1		
Paso	ACTIVIDADES	FECHA
PROCESO DE INVITACIÓN		
1	Publicación de la invitación privada a cotizar	04 de diciembre de 2017
REVISIÓN Y AJUSTE DE PLIEGO DE CONDICIONES		
2	Pago y entrega del pliego de condiciones	06 de diciembre de 2017 de 09: 00 am a 04:00 pm
4	Formulación de preguntas	12 de diciembre hasta las 04:00 pm
5	Entrega de respuestas	13 de diciembre de 2017
6	Modificación del pliego en caso de ser necesario con base a las preguntas y respuestas	13 de diciembre de 2017
REVISIÓN Y PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS		
9	Entrega de información técnica a las aseguradoras para la presentación de ofertas	14 de diciembre de 2017 de 09: 00 am a 04:00 pm
10	Presentación de oferta	20 de diciembre de 2017 de 09: 00 am a 04:00 pm
AUDIENCIA DE ADJUDICACIÓN Y SU PUBLICACIÓN POR LOS CANALES RESPECTIVOS		
11	Adjudicación de la Invitación	22 de diciembre de 2017
12	Envío de comunicación de los resultados del proceso a la Superintendencia Financiera de Colombia	22 de diciembre de 2017
13	Entrega por parte de la Aseguradora de la póliza con las condiciones generales y particulares	28 de diciembre de 2017

El proceso de Invitación será desarrollado a través del área de Compras de BBVA Colombia, mediante presentación personal y entrega física de los documentos en las fechas y lugares establecidos en este cronograma, siendo esta la única forma de presentar las ofertas.

2.3 DEFINICIONES

Dando cumplimiento a la Circular Básica Jurídica emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia y para la interpretación del presente documento debe tenerse en cuenta las siguientes definiciones, con el fin de que cada participante tenga claras las condiciones, significados y peticiones derivadas de dichos términos.

- **Pliego:** El presente documento que refleja las condiciones, características, requisitos y demás aspectos necesarios para la participación en la Invitación de los seguros.
- **Adendos:** Es el documento emitido por BBVA COLOMBIA con el cual modifica el Pliego de Condiciones.
- **Banco:** BBVA COLOMBIA
- **Asegurados:** Clientes actuales y futuros de BBVA COLOMBIA bajo los créditos de consumo.
- **Oferentes:** Serán las entidades aseguradoras que se presenten a la convocatoria y que cumplan con los requisitos de admisibilidad.
- **Oferente adjudicatario:** Será la entidad aseguradora que se presente a la convocatoria y posterior a ser admitida gane la convocatoria en los términos del siguiente pliego.
- **Programa de seguros:** Una vez sea asignada la Invitación se entenderá como programa de seguros, el manejo de la adjudicación de la Invitación, incluyendo el manejo operativo, tecnológico, comercial y demás aspectos que conlleven a la adecuada administración.
- **Requisitos de Admisibilidad:** Son los requisitos que deben cumplir las Aseguradoras interesadas en participar en esta Invitación, en virtud de lo señalado por el Decreto 2555 de 2010 y las normas que lo modifiquen o reglamenten, establecidos en este Pliego de Condiciones.
- **Requisitos de Admisibilidad Adicionales:** Son los requisitos que deben cumplir las Aseguradoras interesadas en participar en esta Invitación, en virtud de lo señalado por la Circular Básica Jurídica emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia.
- **Obligaciones Contractuales:** Son las obligaciones que debe cumplir la aseguradora adjudicataria en virtud de lo señalado en la Circular Básica Jurídica de la Superintendencia Financiera de Colombia. De no cumplirse alguna de estas obligaciones o de no acreditar su cumplimiento en las fechas definidas expresamente para el efecto en este Pliego de Condiciones, BBVA COLOMBIA estará facultado para terminar de manera anticipada y unilateral el Contrato de Seguro e iniciar un nuevo proceso de Invitación.

- **Leasing:** Sistema de arrendamiento de bienes de equipo mediante un contrato en el que se prevé la opción de compra por parte del arrendatario
- **Crédito de Vehículo:** Línea de financiación que permite adquirir vehículo particular de uso familiar, nuevo o usado
- **Crédito OCB:** (Other Consumer Business). Crédito ofrecido por convenio en punto de venta con comercios como Dentix, Dentisalud, Qualident, Rada Cassab y Colchones Paraíso.
- **Libre Inversión:** Es un crédito destinado a la compra de cualquier producto o servicio
- **Cupo Rotativo:** Cupo de crédito de libre destinación que le permite al cliente disponer de recursos cuando lo necesite, el cual puede ser utilizado total o parcialmente
- **Cartera comercial:** Crédito diseñado para costear los planes a corto o largo plazo que tiene una empresa. El seguro aplicará cuando el titular del crédito sea una persona natural.
- **Libranzas:** Crédito de libre destinación cuya cuota mensual se descuenta directamente de la nómina o mesada pensional.
- **Standing Offer:** Retanqueo preaprobado de disponibilidad inmediata sin firma de documentos.
- **Digitales:** Cupo preaprobado de disponibilidad inmediata por canales digitales (Atm, BBVA Móvil, BBVA Net) sin firma de documentos.
- **Agrocrédito:** Línea de financiación exclusiva para productores y empresas agropecuarias y agroindustriales.
- **Consumer Finance:** Línea de negocio con oferta de créditos de vehículo y OCB
- **Incapacidad Total y Permanente:** Para los efectos exclusivos de este amparo, se entiende como incapacidad total y permanente, aquella incapacidad sufrida por el asegurado, sufrida por un periodo continuo de ciento veinte (120) días, originada por cualquier causa, sin ningún tipo de exclusiones, salvedades o limitaciones, que le genere al asegurado una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%, sea cual fuere su régimen o naturaleza, y que se encuentre determinada, sin limitarse por cualquiera de las siguientes entidades: la ARL, la EPS, la AFP del Asegurado, las compañías de seguros que otorgan el seguro previsional de invalidez o sobrevivencia, la Junta Regional o Nacional de Calificación de Invalidez, la Junta Médica Laboral Militar o de Policía, el Tribunal Médico de Revisión Militar y de Policía o por parte de organismos debidamente facultados por la Ley que califiquen regímenes especiales. La fecha de ocurrencia del siniestro en los eventos de incapacidad total y permanente será la fecha de la correspondiente calificación.
- **Saldo insoluto:** Corresponde al valor de la deuda donde se incluye capital, intereses corrientes, moratorios, seguros y demás gastos que se puedan ocasionar en caso de mora.
- **Valor desembolsado:** Capital inicial de la deuda

2.4. CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que haya sido o sea suministrada por BBVA COLOMBIA derivada del presente proceso licitatorio son de su propiedad, por consiguiente las entidades aseguradoras se comprometen a hacer uso de ésta exclusivamente para la presentación de la oferta, obligándose a guardar absoluta reserva sobre dicha información.

Previo a la entrega por parte de BBVA COLOMBIA, de la información necesaria para presentar las ofertas, cada Aseguradora deberá entregar el acuerdo de confidencialidad indicado en el anexo No. 1, del presente documento.

El acuerdo de confidencialidad deberá ser suscrito por el representante legal del respectivo Interesado y presentarlo en dos (2) originales al momento del retiro de la Información Mínima para presentar ofertas.

2.5. RESERVA DE INFORMACIÓN DE LOS DEUDORES

Teniendo en cuenta que dentro del proceso de Invitación y posterior programa de seguros, los oferentes y oferente Adjudicatario tendrán acceso a la información personal de clientes de BBVA COLOMBIA, estos no podrán utilizar dicha información para fines diferentes a la presentación de la oferta y posterior manejo del programa.

Por lo tanto, la transferencia que se realiza a la Aseguradora es única, exclusiva y restrictivamente para estos fines. La Aseguradora, la Aseguradora Oferente y la Aseguradora Adjudicataria son responsables del tratamiento de la información que reciben de BBVA COLOMBIA y que pertenece a los Deudores, incluyendo a que se encuentra en las bases de datos y, por ende, solo podrán utilizarla para los fines aquí previstos, quedando total y expresamente prohibida cualquier otra utilización o tratamiento.

2.6. MANEJO DE INFORMACIÓN:

Las Compañías de Seguros se obligan a no divulgar, ni revelar, en forma alguna, estudios, planes, programas, know how, negocios, costos, proveedores, clientes e infraestructura, a la cual tendrán acceso y que será revelada por BBVA COLOMBIA, y en general cualquier información que pudiese obtener, ya sea con autorización o sin ella, en desarrollo del presente proceso de Invitación.

Para tal efecto, en consideración a lo establecido en la legislación vigente y a lo dispuesto por las normas que regulan la materia, toda información que circule, se conozca, se solicite, se transfiera en desarrollo del presente proceso licitatorio, deberá reunir los siguientes requisitos de confidencialidad, calidad y seguridad:

a) Duración de confidencialidad: La obligación a que se refiere el apartado anterior, surtirá efectos a partir de que BBVA COLOMBIA haga entrega de la información necesaria para presentar las ofertas y tendrá vigencia aún después de concluido el proceso

Licitatorio, por un periodo (5) cinco años contados a partir de la adjudicación y respecto de la Compañía Adjudicataria, los cinco (5) años se contarán a partir de la fecha de terminación de dicha relación, con el fin de proteger la confidencialidad de todos los intereses anteriormente descritos.

b) Información confidencial: Tendrá el carácter de confidencial toda información que repose en los archivos, sea esta comercial, profesional, técnica, administrativa y financiera así como a la que tenga acceso de las compañías Aseguradoras con ocasión de o en desarrollo de las actividades de éste proceso licitatorio, cualquiera que sea la forma en que se pueda llegar a conocer la información, y cualquiera que sea el formato en que se conserve ésta, en adelante la Información Confidencial.

c) Propiedad Industrial: las compañías Aseguradoras se obligan a no divulgar ni revelar, en forma alguna, datos, especificaciones, técnicas, secretos, métodos, sistemas y en general cualquier mecanismo relacionado con la tecnología e información a la cual tendrán acceso y que será revelada por una parte de BBVA COLOMBIA. En caso de existir alguna duda en cuanto si alguna información es un secreto comercial esta deberá ser tratada como confidencial y, por ende, estará sujeta a los términos de ésta oferta.

Los datos, información y resultados que sean revelados por BBVA COLOMBIA o a los que tengan acceso las Compañías Aseguradoras participantes en el proceso licitatorio son y serán de propiedad de BBVA COLOMBIA y constituyen un secreto industrial de este, razón por la cual las compañías Aseguradoras no podrá divulgarlos ni darles un uso o tratamiento diferente al aquí permitido, sin la autorización previa, expresa y por escrito de BBVA COLOMBIA.

d) Exclusiones: No obstante lo previsto anteriormente, esta condición no aplicará a ninguna información que las compañías Aseguradoras puedan demostrar que:

1. Estaba en el dominio público al momento de su divulgación.
2. Después de su divulgación, fue publicada, o bien llega a formar parte del dominio público sin que esto represente falta alguna de las compañías Aseguradoras.
3. Fue recibida después de su divulgación de una tercera parte que tenía el derecho legítimo de divulgar tal información;
4. Fue independientemente desarrollada por la Compañía Aseguradora sin referencia a la información confidencial de BBVA COLOMBIA.
5. Estaba en posesión de la Compañía Aseguradora al momento de su divulgación.

e) Deber de reserva: Las Compañías Aseguradoras se obligan a administrar, guardar, custodiar y conservar la información suministrada y a la que tengan acceso en desarrollo del presente proceso licitatorio bajo reserva, debiendo utilizar las medidas de seguridad, que utilizaría para el manejo de su propia información confidencial, absteniéndose de revelar a cualquier título la Información Confidencial a personas distintas de sus empleados, contratistas y dependientes, y sólo para los fines aquí autorizados.

f) Manejo de documentación: Toda documentación en medio físico o magnético que reciban las compañías Aseguradoras y que será revelada por BBVA COLOMBIA deberá ser devuelta a BBVA COLOMBIA, en los términos previstos en el presente pliego de condiciones.

Cuando cualquiera de las Compañías Aseguradoras participantes en el proceso de Invitación tengan conocimiento de la pérdida, destrucción no autorizada, hurto o robo de la información que les ha sido suministrada, se compromete a avisar a BBVA COLOMBIA por escrito el mismo día en el cual ocurra o conozca del siniestro. Igualmente, deberá presentar copia de la denuncia instaurada sobre el hecho o siniestro si fuera el caso, a fin de tomar las medidas necesarias tendientes a evitar el uso fraudulento de la información, sin perjuicio de las acciones de responsabilidad correspondientes.

g) Efectividad, Confiabilidad y Eficiencia de la Información: La información que sea recopilada, poseída, manejada, intercambiada, distribuida o almacenada debe ser pertinente, oportuna, correcta, útil, veraz. Además deberá haber sido obtenida de forma transparente y lícita, y debe ser creíble, fidedigna, y sin error.

h) Consecuencias: El incumplimiento de las obligaciones aquí previstas, dará lugar al pago de una indemnización a favor de BBVA COLOMBIA y/o de sus clientes, según el caso, por los perjuicios directamente causados.

j) Restitución y/o Destrucción de la Información: Las Compañías Aseguradoras restituirán dentro de los quince (15) días siguientes a la terminación del proceso de Invitación, o cuando BBVA COLOMBIA lo solicite, toda la información recibida de éste o por cuenta de éste, o en desarrollo de la presente Invitación.

En el evento de realizar la destrucción de la información, la Compañía Aseguradora que la destruya deberá presentar el certificado de Destrucción de la información confidencial dentro de los plazos previstos en este literal.

2.7. REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD

Las aseguradoras oferentes deberán demostrar el cumplimiento cabal de los siguientes requisitos de admisibilidad:

2.7.1. Acreditar su existencia y representación legal mediante el certificado que expida la Superintendencia Financiera de Colombia con una antigüedad no superior a treinta (30) días a la fecha de apertura de la Invitación. En el mismo certificado se debe acreditar que se encuentran autorizadas para operar el ramo de seguros objeto de esta Invitación.

2.7.2. La Aseguradora proponente debe contar con una calificación de fortaleza financiera igual o superior a 'A' otorgada por una sociedad calificadoras de riesgo vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia.

2.8. REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD ADICIONALES

Además de los Requisitos de Admisibilidad, las Aseguradoras que deseen participar en el presente proceso de Invitación, deberán acreditar los siguientes Requisitos de Admisibilidad Adicionales:

2.8.1. CAPACIDAD FINANCIERA Y PATRIMONIAL

Los oferentes deben certificar que cumplen con los siguientes parámetros mínimos en cuanto a su solvencia y respaldo financiero y patrimonial.

A continuación se relacionan los indicadores financieros, que reflejan un panorama de la estabilidad y solidez financiera de las compañías del sector asegurador, en términos de generación de valor, liquidez, endeudamiento y resultados:

INDICADOR	CÁLCULO / FÓRMULA	PARÁMETRO EXIGIDO
Resultado técnico – Vida Grupo	Formato 290 de la Superintendencia Financiera de Colombia	Mayor o igual a \$0
Resultado del ejercicio – Vida Grupo	Formato 290 de la Superintendencia Financiera de Colombia	Mayor o igual a \$15.000 Millones
Nivel de Endeudamiento	$\text{Pasivo Total} / \text{Activo Total}$	Menor o igual a 80.0%
Índice de Siniestralidad – Vida Grupo	$\text{Siniestralidad Cuenta Compañía} / \text{Primas Devengadas, según Formato 290 de la Superintendencia Financiera de Colombia}$	Menor o igual a 30.0%
Patrimonio Técnico vs Patrimonio Adecuado	$\text{Patrimonio Técnico} / \text{Patrimonio Adecuado}$	Mayor o igual a 1 vez

Esta información deberá ser acreditada por certificación firmada por Revisor Fiscal y representante Legal.

Para la validación respectiva, se tendrá en cuenta la información publicada en la Superintendencia Financiera de Colombia a los cierres del 31 de diciembre de 2015 y 2016: Balance, Formato 290 y el Margen de Solvencia y Patrimonio Técnico.

2.8.2 ATENCIÓN Y EXPERIENCIA

Los oferentes interesados deben demostrar que tienen presencia física mediante oficinas de atención en las principales ciudades del País donde BBVA COLOMBIA tiene establecidos sus Centros Territoriales, estas son Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga.

De igual manera debe demostrar una red suficiente (propia o contratada) de médicos y laboratorios para los procesos de suscripción en las ciudades donde BBVA COLOMBIA

tiene mayor presencia, que en adición a las anteriores mencionadas son: Armenia, Buga, Buenaventura, Cartagena, Cúcuta, Florencia, Ibagué, La Dorada, Manizales, Montería, Neiva, Pasto, Pereira, Popayán, Santa Marta, Tunja, Villavicencio y Valledupar.

Para la demostración de este requisito bastará con la certificación firmada por el representante legal donde conste:

- La presencia de la Red de atención.
- La presencia de un sistema SAC con las condiciones antes señaladas.
- Nombre de Centro médico o médico adscrito a la Red del oferente.
- Dirección del Centro Médico o Médico adscrito.
- Dirección de correo electrónico del Centro Médico o Médico adscrito.
- Teléfonos de contacto.

Teniendo en cuenta que BBVA COLOMBIA tiene acuerdos de servicio exigentes frente a sus clientes, se requiere que las aseguradoras cumplan con lo indicado en el capítulo IV, en lo especial en los puntos 4.3 INFRAESTRUCTURA OPERATIVA y 4.9 COMITÉS Y ACUERDOS DE NIVELES DE SERVICIO del presente pliego de condiciones.

Las compañías oferentes deben acreditar que cuentan con un Plan de Contingencia y Continuidad del Negocio adecuado para administrar la operación, Plan dentro del cual se contemple como mínimo la prevención y atención de emergencias, administración de crisis, planes de contingencia para responder a las fallas e interrupciones específicas de un sistema o proceso y, capacidad de retorno a la operación normal.

Adicional a lo anterior, las compañías oferentes deben demostrar que han tenido experiencia en los tres (3) últimos años en el manejo de programas de seguros deudores a entidades financieras vigiladas, mediante certificación escrita firmada por al menos una de éstas donde se pueda constatar:

- Nombre de la entidad Financiera.
- Fecha de vigencia del programa de seguros.
- Amparos ofrecidos.
- Valor Asegurado al último corte.
- Valor de primas emitidas por la Compañía.
- Asegurados incluidos.
- Número de siniestros atendidos.
- Valor indemnizado de los de Siniestros atendidos.
- Calificación general del servicio de la Compañía (buena, regular o mala).

La certificación debe ser entregada en original o copia, en papelería de la entidad financiera emisora, con los datos de la persona que la firma y teléfono para su verificación.

No se aceptarán certificaciones donde la calificación de la entidad no sea favorable para el oferente.

2.8.3. REASEGUROS

Los oferentes deben entregar a **BBVA COLOMBIA** la lista de Reaseguradores con las cuales respaldará el programa de seguros que será adjudicado, así como el porcentaje de participación.

Para verificar la idoneidad de los reaseguradores estos deben cumplir con lo siguiente:

- Estar inscritos en el Registro de Reaseguradores y Corredores de Reaseguros del Exterior (REACOEX).

2.9. PARTICIPACIÓN DE CORREDORES DE SEGUROS

BBVA COLOMBIA acepta usar los servicios de corredores o intermediarios de seguros en el presente proceso, y para la administración de las pólizas de seguros que del mismo se deriven.

2.10. EXIMENTES DE RESPONSABILIDAD DE BBVA COLOMBIA

Cuando los OFERENTES no llenaren los requisitos para la Invitación Privada la cotizar o no reunieren las condiciones exigidas para cumplir a cabalidad el objeto de este pliego, es claro que no adquieren ningún derecho, ni **BBVA Colombia** asume ninguna responsabilidad.

2.11. ENTREGA Y RECIBO DE COMUNICACIONES

Las comunicaciones, documentos, preguntas, respuestas y, en resumen todos los documentos requeridos para el proceso de Invitación, deberán ser entregados en la dirección Carrera 9 B No. 72-21 Piso 7, área de Compras Colombia.

CAPÍTULO III DE LA INVITACIÓN

3.1. OBJETO

BBVA COLOMBIA de conformidad con lo establecido en el Decreto 2555 de 2010, reglamentado por la Circular Básica Jurídica emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, establece mediante el presente documento, en especial en los siguientes puntos, la manera, forma, medio y demás aspectos que deben tener en cuenta las aseguradoras oferentes para la presentación de los requisitos de admisibilidad, preguntas, respuestas, y final oferta que conlleve a la designación del programa de seguros. “Seguro de Vida Grupo Deudores que ampare a las personas naturales que sean Deudores de BBVA COLOMBIA o Locatarios de Leasing diferente a Habitacional”.

3.2. OFERTAS CONJUNTAS

Cada oferente debe realizar sus posturas de manera individual o a través de coaseguro, para lo cual se señala que cuando las compañías presenten postura a través de coaseguro, deberán designar una compañía como Líder, indicando el porcentaje en que cada una de ellas participa y acompañando prueba satisfactoria de que la persona que firma está autorizada por las participantes para hacerlo en su nombre y que las representa en todos los aspectos relacionados con la Invitación y posteriormente con el manejo y atención de las pólizas. En la cláusula de liderato que se inserte en las pólizas se dejará constancia que la otra compañía se someterá a las decisiones de la compañía líder, a las condiciones particulares y generales de la póliza y anexos que se suscriban.

La compañía coaseguradora debe presentar y cumplir con todos los requisitos de admisibilidad, requisitos de admisibilidad adicionales y el pliego de condiciones. Las posturas deberán estar firmadas por los Representantes Legales de los participantes y en el caso de propuestas presentadas en coaseguro, por los Representantes Legales de las Compañías que lo integran, a menos que uno de los integrantes esté debidamente facultado para hacerlo a nombre del otro, de lo cual deberá anexarse la prueba escrita correspondiente.

3.3. REQUISITOS LEGALES

El proponente no debe estar impedido por causa de las inhabilidades e incompatibilidades para contratar. Con la firma de la propuesta el oferente declara bajo gravedad del juramento que no se halla incurso en ninguna causal de incompatibilidad o inhabilidad.

3.4. VENTA DE PLIEGOS

Cada original del pliego de condiciones tendrá un precio no reembolsable de **COP\$ DOSCIENTOS DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE (\$210.000.000)**. El cheque de gerencia respectivo deberá entregarse el día 06 de diciembre en el horario de 09:00 am a

4:00 pm, en la Sucursal Avenida Chile ubicada en la Carrera 9 Nro. 72 - 21 de la ciudad de Bogotá a nombre de BBVA COLOMBIA, Nit 860.003.020-1.

3.5. RETIRO DEL PLIEGO DE CONDICIONES

El Pliego de condiciones se podrá retirar en la Carrera 9 B No. 72 - 21 piso 7 compras BBVA COLOMBIA en el horario de 09:00 am a 04:00 pm, previa presentación del comprobante de entrega del cheque, proporcionado en la sucursal Avenida Chile mencionada en el punto 3.4. VENTA DE PLIEGOS de acuerdo con el Cronograma de Actividades.

3.6. FORMULACIÓN DE PREGUNTAS SOBRE EL PLIEGO DE CONDICIONES

Una vez puesto el pliego de condiciones a disposición de las aseguradoras, el(los) oferente(s) podrá(n) formular preguntas por escrito hasta las 4:00 pm del día 12 de diciembre de 2017, dirigidas al Área de Compras de BBVA COLOMBIA ubicada en la Carrera 9 No. 72 - 21 piso 7 compras BBVA COLOMBIA de la ciudad de Bogotá.

3.7. RESPUESTAS DE INQUIETUDES Y AJUSTE AL PLIEGO DE CONDICIONES

Las respuestas a las inquietudes y los ajustes al pliego de condiciones, si hubo lugar a ello, serán entregadas a cada Aseguradora conforme al cronograma establecido en el presente pliego de condiciones. En atención al resultado de esta etapa, BBVA COLOMBIA podrá realizar las aclaraciones y/o modificaciones al presente pliego de condiciones, que considere necesarias.

3.8. ENTREGA DE LA INFORMACION NECESARIA PARA PRESENTAR OFERTAS

BBVA COLOMBIA efectuará la entrega de la información a cada uno de los oferentes que se presenten y se encuentren debidamente legitimados en el proceso de invitación, únicamente el día 14 de diciembre de dos mil diecisiete (2017) a partir de las 9:00 a.m., y hasta las 4:00 p.m., en la Carrera 9 No. 72 - 21 piso 7 Compras BBVA COLOMBIA de la ciudad de Bogotá, para lo cual los oferentes deberán previamente entregar a BBVA COLOMBIA la carta de autorización firmada por el representante legal de la aseguradora, en donde se indique nombre, número de cédula y cargo del funcionario que está facultado para el retiro de la misma, así como el acuerdo de confidencialidad "Anexo x1" debidamente suscrito por el Representante Legal.

Este Pliego únicamente podrá ser consultado cuando quien tenga interés en participar como OFERENTE haya consignado la totalidad del valor establecido. No habrá consultas preliminares, ni tampoco consultas por otro medio diferente a la entrega física del documento, el cual se proporcionará una única vez, en el lugar, fecha y horas establecidas. Solo podrán presentar oferta las compañías que hayan pagado el valor del presente pliego.

3.9. PRESENTACIÓN DE LA OFERTA

La Aseguradora deberá entregar una carta de presentación junto con la oferta de conformidad con el Anexo No. 2, donde indique la aceptación de la totalidad de las condiciones solicitadas en el Pliego de Condiciones definitivo, dicha comunicación deberá estar acompañada del original de la garantía de seriedad de la oferta con su respectivo comprobante de pago de la prima, igualmente se deberán acompañar los documentos y soportes de que trata el punto No. 3.10.

La oferta deberá entregarse de manera física al Gerente de Compras BBVA Colombia Johan Alexis Sánchez en la Carrera 9 No. 72 – 21 piso 7 BBVA COLOMBIA de la ciudad de Bogotá, el día 20 de diciembre de dos mil diecisiete (2017) entre las 9:00 a.m. y las 4:00 p.m. Los documentos deberán estar firmados por el Representante Legal de la Aseguradora.

3.10. PRESENTACIÓN REQUISITOS DE ADMISIBILIDAD BÁSICOS Y ADICIONALES

Los oferentes deberán presentar a BBVA COLOMBIA, dentro de la oferta respectiva, la siguiente documentación:

- Carta de presentación y aceptación de requisitos, de acuerdo con el modelo de comunicación anexo No. 2, suscrita por el Representantes Legal.
- Estados Financieros enviados a la Superintendencia Financiera con corte a 31 de Diciembre de 2016, firmados por el representante legal, el contador y el revisor fiscal de la Compañía Aseguradora, junto con las notas a los estados financieros, de ser aplicables.
- Constancia del envío a la Superintendencia Financiera de Colombia de los estados financieros con corte a 31 de diciembre de 2016.
- Documento de cálculo de los indicadores financieros de capacidad financiera y patrimonial y la correspondiente certificación de cumplimiento suscrita por el Representante Legal y Revisor Fiscal.
- Copia autorizada del acta del órgano social competente que de acuerdo con los estatutos sociales del oferente faculta a quien suscribe la carta de presentación para suscribirla, cuando a ello hubiere lugar.
- Certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, con una antelación no superior a treinta (30) días en relación con la fecha de presentación de la propuesta.
- Certificación emitida por la Calificadora de riesgos donde conste la calificación de Fortaleza Financiera mínimo "A".
- Lista de reaseguradores con los cuales respaldará el programa de seguros. Los reaseguradores deberán contar con la aprobación de la Superintendencia Financiera de Colombia para operar en el país y deberán estar inscritos en registro REACOEX.
- Certificación de un (1) cliente del sector financiero en los ramos de Vida Grupos Deudores, durante el último año de vigencia. Certificación(es) de experiencia en el manejo de programas similares.

3.11. RETIRO O MODIFICACIÓN DE LA OFERTA

Después de recibida(s) la(s) oferta(s), no se permite su retiro parcial o total. Los errores u omisiones por parte del (de los) oferente (s) en la elaboración de su oferta no lo relevan de ninguna de las obligaciones contraídas en ella ni le confiere derechos para retirarla o revisarla. Si un oferente, dentro del periodo de validez de la oferta, llegare a retirarla o manifestar que no sostiene los términos o condiciones de la misma, BBVA COLOMBIA hará efectiva la garantía de seriedad de la oferta y el oferente no hará parte del proceso de adjudicación.

Los interesados podrán solicitar aclaraciones a BBVA Colombia sobre el Pliego de Condiciones de la Invitación Privada desde la apertura del proceso de selección hasta la fecha y hora indicada en el cronograma presentado. Las preguntas deberán ser relevantes, objetivas y precisas y deberán hacerse mediante documento escrito a BBVA Colombia el cual deberá radicarse en la Cra 9 No. 72 – 21 Piso 7 – Compras. Una vez se reciban todas las preguntas de los oferentes BBVA Colombia dará respuesta mediante comunicado a todos los oferentes.

Ninguna aclaración verbal por parte de BBVA Colombia podrá afectar el alcance y condiciones del Pliego de Condiciones. Para estos efectos sólo se tendrán como válidas las comunicaciones que se hagan por escrito en las oportunidades establecidas en el cronograma.

Las comunicaciones y avisos que BBVA Colombia emita por escrito en las oportunidades previstas en el cronograma, en relación con la presente Invitación Privada, pasarán a formar parte integral de la misma y por ende, de este Pliego de Condiciones. Las respuestas a las preguntas presentadas serán entregadas a TODOS LOS OFERENTES sin excepción.

3.12. VALIDEZ DE LA OFERTA

BBVA COLOMBIA validará que todos los requisitos de la oferta se cumplan, incluidos los los dispuestos en el Parágrafo 1 del Artículo 2.36.2.2.16 del Decreto 673 de 2014.

No se podrán presentar dos o más ofertas, ni ofertas parciales, condicionadas, ni por fuera de los términos, fechas y horarios establecidos para tal fin, ni sin la firma de sus representantes legales. Las ofertas deberán tener validez de noventa (90) días calendario, contados a partir de la fecha y hora de la entrega de las ofertas, conforme al cronograma del presente pliego.

3.13. GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA

Para garantizar la seriedad de la oferta, cada oferente deberá constituir a favor de BBVA COLOMBIA una garantía irrevocable de seriedad de la oferta, otorgada por una Compañía de Seguros legalmente establecida en Colombia, diferente a la oferente, y cuya calificación

otorgada por una sociedad calificador de riesgos autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia sea igual o superior a "A".

El original de la garantía y el comprobante de pago por parte del afianzado, deberán ser entregados junto con la oferta.

La garantía será por un valor de MIL QUINIENTOS MILLONES DE PESOS (\$1.500.000.000,00) y con una vigencia de ciento veinte (120) días calendario contados a partir de la fecha de cierre de la presente Invitación, en la que se garantice la oferta presentada y una vez notificada la adjudicación la entrega de los siguientes documentos: (i) Original de la póliza debidamente suscrita por el representante Legal de la Compañía; (ii) Documentos Anexos de la pólizas, en los que constan las coberturas, amparos y exclusiones; (iii) Constancia de pago de la prima.

La garantía deberá ser expedida por una compañía de seguros legalmente establecida en el país, autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia diferente a la oferente, y cuya calificación otorgada por una sociedad calificador de riesgos autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia sea igual o superior a "A". Como afianzado de este seguro debe figurar el oferente que presenta la oferta y como asegurado y/o beneficiario BBVA COLOMBIA, NIT 860.003.020-1.

Efectividad de la Garantía de Seriedad de la oferta: BBVA COLOMBIA hará efectiva la garantía de seriedad de la oferta en los siguientes casos:

- Antes de la adjudicación: Se hará efectiva la garantía de seriedad de la oferta si después del cierre y antes de la audiencia de adjudicación de la Invitación es retirada la oferta retractándose el oferente.
- Después de la audiencia de adjudicación: Si el adjudicatario no entrega (i) dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la adjudicación el original de la póliza debidamente suscrita por el representante Legal de la Compañía, junto con los anexos de la póliza, en los que constan las coberturas, amparos y exclusiones y el original de la garantía de cumplimiento exigida en el numeral 4.16 del presente pliego.

3.14. NO CESIÓN

La Aseguradora Oferente no podrá ceder bajo ninguna circunstancia ni modalidad, su posición en el presente proceso de Invitación.

3.15. ADJUDICACIÓN

Teniendo en cuenta la cantidad de valoraciones documentales y los análisis y estudios necesarios para la evaluación de las OFERTAS y para solicitar a los OFERENTES las aclaraciones y explicaciones que se estimen indispensables, el día 22 de diciembre de 2017 se llevará a cabo la adjudicación del programa de seguros y se comunicará de manera efectiva, al supervisor y las compañías de seguros participantes del proceso.

resultados, sin que por ello el(los) oferente(s) pueda(n) adicionar o modificar su OFERTA. Esta última condición puede ser sometida a revisión en los casos en que BBVA Colombia lo considere necesario. Una vez presentadas las propuestas por parte del OFERENTE, BBVA Colombia revisará y calificará las mismas para encontrar LA PROPUESTA más favorable. En virtud de lo anterior, BBVA Colombia se reserva el derecho a dar información respecto a las causales o motivos de rechazo de las propuestas presentadas por los OFERENTES.

Este Pliego no tiene, ni surte ningún efecto contractual en sí mismo para BBVA Colombia, hasta tanto no se emita la respectiva carta de adjudicación por parte de BBVA Colombia y el OFERENTE expida la póliza correspondiente. Ninguna comunicación escrita, correo electrónico, llamada telefónica o documento similar reemplazará la carta de adjudicación suscrita por el representante legal de EL BANCO.

En caso de empate entre dos o más ofertas BBVA COLOMBIA adjudicará el Contrato de Seguro a la Aseguradora Oferente que demuestre mayor respaldo en reserva técnica conforme al punto 2.8.1. primer indicador financiero solicitado. Si el empate persiste, BBVA COLOMBIA elegirá la primera postulación recibida.

3.16. CIERRE DEL PROCESO DE INVITACIÓN

BBVA Colombia, una vez realizado el proceso de estudio de las ofertas recibidas y la documentación presentada por los OFERENTES, tramitará ante la Comisión de Compras o ante el ente autorizado, lo correspondiente a la autorización para formalizar el acuerdo.

Una vez recibida la autorización respectiva se iniciará el proceso de adjudicación. El término para adjudicar podrá prorrogarse antes de su vencimiento y por el plazo que BBVA Colombia considere necesario, siempre que las necesidades de EL BANCO así lo exijan. El nuevo término se dará a conocer oportunamente. BBVA Colombia se reserva el derecho de realizar la adjudicación parcial o total al OFERENTE que libremente designe, teniendo como base el principio de objetividad y fundamental el principio de favorabilidad económica para EL BANCO y sus deudores. Los criterios de selección del proveedor son los señalados en el capítulo IV de este pliego. BBVA COLOMBIA, dando cumplimiento al Decreto 2555 de 2010, actuando como tomador de seguros por cuenta de sus deudores, una vez hecha la calificación de las propuestas, enviará los resultados y el acta de adjudicación a la Aseguradora adjudicataria y enviará comunicación en el mismo sentido a la Superintendencia Financiera de Colombia.

3.17. DECLARATORIA DE DESIERTA LA INVITACIÓN PRIVADA A COTIZAR

En el evento en que no se presenten ofertas o estas no se ajusten al Pliego de Condiciones, BBVA COLOMBIA podrá declarar desierto el presente proceso de Invitación e iniciar un nuevo proceso o proceder a la contratación directa previo informe a la Superintendencia Financiera de Colombia. La documentación de los participantes será devuelta en especial la póliza de seriedad de la oferta. Las aseguradoras que hayan

adquirido el pliego y no hayan presentado oferta, podrán reclamar los pliegos de la segunda y presentar oferta sin pagar nuevamente el valor del mismo.

CAPÍTULO IV DE LA OFERTA Y LA CONTRATACIÓN

4.1. OBJETO

Seguro de Vida Grupo Deudores que ampare a las personas naturales que sean Deudores de BBVA COLOMBIA, a través de las líneas de Crédito establecidas en este pliego.

4.2. CONDICIONES GENERALES DE LOS SEGUROS Y DEL CONTRATO DE SEGUROS

4.2.1. CONDICIONES GENERALES

Beneficiario: BBVA COLOMBIA y en casos de titularización de cartera se dejará como beneficiario a la Titularizadora con quien se realice esta operación de titularización. Queda expreso que las pólizas podrán cambiar de beneficiario, cuando el tomador así lo considere.

Coberturas mínimas: En el amparo básico de Vida se cubre muerte por cualquier causa, incluyendo homicidio y suicidio a partir del primer día de vigencia, incluyendo la ocasionada por SIDA siempre y cuando no sea preexistente y no haya sido declarada en el formato de asegurabilidad.

Este amparo se conservará hasta la conclusión total de la deuda.

Para Incapacidad Total y Permanente (ITP) una vez la pérdida de capacidad laboral dictaminada por el ente competente sea igual o superior al 50%.

Tipo de Cartera	Edad mínima a de ingreso	Edad máxima de ingreso	Edad máxima de Ingreso para ITP	Edad de permanencia para ITP	Requisitos de suscripción	Monto sin requisitos adicionales	Valor asegurado (En vida e ITP)
Consumo	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	30 M	Saldo insoluto
Consumer Finance	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	50 M	Saldo insoluto
Digitales	18 años	62 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	No tendrá requisitos para suscripción	100 M	Saldo insoluto
Agrocuenta	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	Cupo Aprobado	Saldo insoluto
OCB	18 años	74 años	69 años y	71 años y	Declaración	No	Valor

		y 364 días	364 días	364 días	de Asegurabilidad	tendrá límite	desembolsado
Libranza Pensionados	18 años	80 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	N.A	Valor desembolsado
Libranza Militares	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	N.A	Valor desembolsado
Otras libranzas	18 años	74 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	Declaración de Asegurabilidad	N.A	Valor desembolsado
Standing Offer Libranza Pensionados	18 años	71 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	No tendrá requisitos para suscripción	250 M	Valor desembolsado
Standing Offer Libranza Militares	18 años	69 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	No tendrá requisitos para suscripción	250 M	Valor desembolsado
Standing Offer Otras Libranzas	18 años	69 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	No tendrá requisitos para suscripción	250 M	Valor desembolsado
Standing Offer Consumo	18 años	62 años y 364 días	69 años y 364 días	71 años y 364 días	No tendrá requisitos para suscripción	100 M	Saldo insoluto

Requisitos de Suscripción adicionales: Teniendo en cuenta que las compañías aseguradoras pueden establecer requisitos mínimos para la suscripción de cada nuevo riesgo, se valorarán requisitos a partir de los siguientes términos:

Para valores inferiores a MIL SETECIENTOS CINCUENTA SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES LEGALES (1.750 SMLMV) el deudor queda asegurado de manera automática, sin ningún requisito adicional al diligenciamiento de la declaración de asegurabilidad, el cual estará vigente hasta por un (1) año para todos los créditos que se desembolsen en este periodo de tiempo, la cual servirá para la comprobación de retención del cliente.

La posibilidad de realizar exámenes médicos o pedir información complementaria por parte de la Compañía Aseguradora para otorgar la cobertura, solamente operará cuando el deudor declare tener una enfermedad o supere el monto mencionado.

Para las reestructuraciones, se deberá otorgar la continuidad sin trámites adicionales aun cuando se incluyan saldos de intereses, Tarjetas de Crédito y sobregiros sin límite de edad.

Durante la vigencia de la adjudicación la Compañía Aseguradora no podrá hacer ajustes a las tarifas.

La aseguradora adjudicada del presente proceso no podrá revocar unilateralmente el contrato de seguros conforme a lo indicado en el numeral 2.36.2.2.10 del decreto 673 de 2014 del ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Las condiciones de asegurabilidad para los demás deudores solidarios, serán las mismas aplicables a los deudores principales, no obstante podrá existir una rebaja en la tasa de seguro aplicable a estos, toda vez que son parte de un grupo cubriendo riesgo diferente pero el mismo crédito.

4.2.2 CONTINUIDAD DE AMPARO

Una vez adjudicado el pliego la aseguradora exigida amparará a cada uno de los asegurados ya incluidos en las pólizas colectivas anteriores, bajo las mismas condiciones de admisibilidad (extraprima, limitación de coberturas, saldo insoluto o valor desembolsado) que venían de los anteriores procesos.

4.2.3 TRÁMITE DE PÓLIZAS ENDOSADAS

Si durante la vigencia del programa de seguros se encuentran clientes que carezcan de seguro por vencimiento de la vigencia del endoso presentado o por revocatoria del mismo, se incorporarán a la póliza colectiva sin restricciones o condiciones de ingreso.

4.2.4 TARIFAS DE SEGUROS

Las compañías de seguros oferentes deberán presentar la oferta incluyendo tarifas aplicables a cada cliente por su edad alcanzada la cual será aplicada por el saldo insoluto de la obligación y tarifa sobre valor desembolsado, para cada una de las líneas de crédito.

La propuesta de tarifa, deberá fijar un descuento de por lo menos el 10% para los clientes definidos como Banca Personal, Banca Premium y una tarifa diferencial para compra de cartera. Para los clientes deudores solidarios, la tarifa aplicada será la tarifa por edad alcanzada menos un 20% teniendo en cuenta que hacen parte del mismo contrato de crédito de consumo.

4.3 INFRAESTRUCTURA OPERATIVA MÍNIMA

Los oferentes deberán presentar a disposición de BBVA COLOMBIA un grupo de trabajo dedicado al manejo del programa, el cual debe tener mínimo (5) personas de manera exclusiva y otras que pueden ser de manera compartida dependiendo de su rol en el manejo y administración.

El grupo de (5) personas lo compondrá un (1) Gerente de la cuenta quien será el encargado de manejar la relación Banco Oferente Adjudicatario y quien llevará el seguimiento de los seguros otorgados, sus cancelaciones, siniestros y demás información establecida por BBVA COLOMBIA para el correcto manejo del programa.

Las (4) personas restantes actuarán como analistas que gestionen al interior de BBVA COLOMBIA las validaciones de endoso de seguros, su gestión, control, administración y posterior ingreso a la póliza colectiva si el cliente no realiza la debida prórroga del seguro.

Este grupo de trabajo junto con el Gerente tendrá entre otras las siguientes funciones:

- Recibir llamadas a nivel nacional, en el horario laboral de lunes a viernes, para atender las consultas por parte de los clientes de la red bancaria acerca de los productos deudores.
- Realizar seguimiento permanente a las cifras del programa de seguros adjudicado: Producción, Sinistros y Retribuciones, y velar por el cumplimiento del presupuesto correspondiente.
- Elaborar y presentar informes mensuales de gestión del programa de seguros.
- Preparar, coordinar y realizar las capacitaciones sobre producto y estrategias de ventas en coordinación con el área de seguros del BBVA Colombia.
- Monitorear y garantizar que se cumplan los términos fijados con BBVA COLOMBIA para pagos de siniestros, aprobación de seguros que requieran exámenes / inspecciones, generación de certificaciones y gestión de reclamaciones de los clientes.
- Llevar el control de los seguros asociados a cada uno de los créditos de consumo y comerciales, mediante el cruce de archivos y las herramientas que BBVA Colombia facilite para este fin.

Teniendo en cuenta la Red de BBVA COLOMBIA, cada oferente debe estar dispuesto a prestar su apoyo presencial para apoyo y deberá capacitar periódicamente a los funcionarios del Banco BBVA en la Red de oficinas y FFVV de BBVA COLOMBIA en cada una de sus zonas, descritas a continuación:

Territorial	Cantidad	Dirección Oficina	Ciudad Residencia
Centro	1	Carrera 15 No 98 - 26, Piso 2	Bogotá
	1	Calle 34 No 19 - 41 Torre Norte, Oficina 414, Edificio la Triada	Bucaramanga
Norte	1	Carrera 51 B No 80 - 58, Piso 8 Edificio Smart Office	Barranquilla
Occidente	2	Avenida 6 A Norte No 25 A N 31, Piso 3	Calí
	2	Carrera 43 A No 1 A Sur - 31, Piso 7	Medellín
Bogotá	2	Carrera 15 No 93 - 75, Piso 1	Bogotá
	2	Carrera 15 No 122 - 67, Piso 2	Bogotá

En cada uno de estos territorios debe estar en disposición de:

- Asesorar a funcionarios de BBVA COLOMBIA, sobre el manejo operativo de las pólizas, en días hábiles y el horario laboral de BBVA COLOMBIA.
- Atender los requerimientos de los empleados para ofrecer respuestas oportunas y soluciones a inconvenientes que se presenten.
- Apoyar a las sucursales de la red bancaria en los trámites de las pruebas médicas cuando sean necesarias y gestionar dentro de la aseguradora su atención.
- Apoyar a las oficinas bancarias en la correcta suscripción de los seguros.
- Ofrecer permanente apoyo a los Gerentes Zonales y regionales.
- Capacitar periódicamente a los asesores de venta de créditos de consumo, Leasing diferente a habitacional y cartera comercial, así como las fuerzas de ventas.

Teniendo en cuenta que los oferentes ya disponen de áreas especializadas, estas deberán dedicar parte de su tiempo en la atención del programa de seguros, dentro de ellas tenemos:

- Áreas de suscripción, a fin de atender las valoraciones de clientes que requieren exámenes médicos, esto sin detrimento a lo mencionado en el punto 2.8.2 EXPERIENCIA Y ATENCIÓN y el punto 4.9 COMITÉS Y ACUERDOS DE NIVELES DE SERVICIO.
- Área de Siniestros que atienda adecuadamente los trámites en los términos del contrato y con los acuerdos de servicio indicados en el punto 4.9 COMITÉS Y ACUERDOS DE NIVELES DE SERVICIO, esta área deberá tener por lo menos dos interlocutores que atiendan las consultas de los promotores y las líneas de atención del Call Center.
- Área de Atención de Quejas y Reclamos que responda tanto a las peticiones o quejas de clientes como a las solicitadas por entes de control. Esta atención quedará enmarcada dentro de los Acuerdos de servicio y operación mencionados en los puntos 2.8.2 y 4.9 del presente documento.

Para lo anterior, se establecerán indicadores de calidad donde se realizará un seguimiento sobre la gestión realizada en el proceso de colocación, mantenimiento y cancelación del producto adquirido.

El oferente se compromete a garantizar el otorgamiento a BBVA COLOMBIA de una línea de atención exclusiva para sus funcionarios donde se despejen dudas acerca del producto y procesos derivados del seguro contratado, en horario laboral de lunes a viernes, de igual manera el oferente debe poner a disposición de los clientes de BBVA COLOMBIA todas sus líneas de comunicación como Call Center, página Blanca, buzones y demás canales que tenga disponibles para la atención y solución de inquietudes o procesos derivados del contrato de Seguros.

4.4. EXPEDICIÓN DE LAS PÓLIZAS Y DE CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía de Seguros Adjudicataria deberá entregar a BBVA Colombia dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la adjudicación, el original de la póliza, debidamente suscrita por el representante Legal de la Compañía, junto con los anexos, en los que constan las coberturas, amparos y exclusiones y el original de la garantía de cumplimiento exigida en el numeral 4.16 del presente pliego.

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.36.2.2.8 del Decreto 2555 de 2010 que reza lo siguiente:

“Artículo 2.36.2.2.8 Información al deudor. Una vez que la institución Financiera ha tomado el seguro por cuenta del deudor y ha recibido la póliza por parte de la Aseguradora, tendrá quince (15) días hábiles para entregar al deudor una copia de la póliza respectiva así como publicar en su página web los términos y condiciones del seguro tomado.”

La entrega de la copia de la póliza podrá efectuarse por cualquiera de los medios previstos en el Código de Comercio o en la Ley 527 de 1999. En todo caso la Entidad Financiera deberá proveer una copia de la póliza y los términos y condiciones del seguro en forma física si el deudor así lo requiere.”

Así mismo y de acuerdo con la Circular Básica Jurídica, la Compañía de Seguros adjudicataria entregará a BBVA Colombia la información necesaria para que BBVA COLOMBIA pueda informar dentro de los plazos previstos en la normatividad, a los deudores y locatarios de leasing comercial acerca del seguro contratado.

BBVA COLOMBIA dentro de su aplicativo de crédito dispone de un módulo de seguros el cual realiza de manera automática la emisión de los certificados individuales de seguros para créditos y otro para operaciones leasing, por ello cuando se desembolsa un crédito el sistema le crea un consecutivo con los datos básicos para su manejo (edad, saldo, tarifa aplicable, etc.) esta información le será entregada al oferente adjudicatario mensualmente conforme a los reportes generados por el aplicativo.

Para los clientes que requieren valoración médica sea por antecedentes o por cuantía la emisión del certificado la realizará la aseguradora, para ello dispondrá de uno o más terminales del aplicativo de BBVA COLOMBIA y deberá contar con la seguridad mínima exigida por BBVA COLOMBIA para la instalación de estas terminales, en caso de no cumplir con dichos requisitos deberá disponer de los funcionarios encargados de esta labor en las instalaciones de BBVA COLOMBIA.

4.5 COBRO Y PAGO DE PRIMAS

En caso de que la aseguradora adjudicataria opte por recaudar las primas a través del Banco, el cobro de las primas de seguros se realizará en el aplicativo que tiene BBVA

COLOMBIA para tal fin, y se recaudará en conjunto con la cuota del crédito según sea la su periodicidad (Mensual, bimestral, trimestral, semestral).

BBVA COLOMBIA, con cargo a cada crédito, pagará los valores cobrados a cada cliente a la compañía de seguros en procesos nocturnos diarios, generando la correspondiente relación de los mismos y entregándola al oferente adjudicatario. Esta labor se realizará conforme a lo indicado en el punto 4.11.2 VIGENCIA CERTIFICADOS INDIVIDUALES.

Para el manejo del programa de Seguros, el oferente adjudicatario deberá contar con una cuenta corriente o de ahorros dentro de BBVA COLOMBIA, la cual será destinada para el pago de las correspondientes primas de seguros. El plazo máximo de pago de las primas a la ASEGURADORA adjudicataria será de 120 días.

Una vez finalizado el proceso de pagos de primas, BBVA COLOMBIA descontará de la cuenta del oferente adjudicatario los valores correspondientes al costo de recaudo establecido en el punto TARIFA DE SERVICIO DE RECAUDO DE LAS PRIMAS DE SEGURO, de tal manera que al finalizar el proceso diario no existan valores pendientes por las partes. Este proceso de cobro se realizará incluso cuando el cliente presente mora hasta de 6 meses, hasta que sea judicializado o hasta que se castigue el crédito, lo que ocurra primero, para cartera Titularizada el cobro de las primas y pago al oferente adjudicatario será independiente al estado de mora de la cartera.

4.6. MANEJO DE DEVOLUCIONES DE PRIMAS

El oferente adjudicatario, realizará la devolución de las primas cobradas a los clientes de BBVA COLOMBIA en aquellos casos donde por errores operativos o tecnológicos se haya realizado un cobro que no corresponda, como en casos de endosos no registrados, cobros posteriores al siniestro por fallecimiento, errores en liquidación, etc.

Los reintegros de primas serán a cargo del oferente adjudicatario y los podrá realizar directamente a las cuentas del cliente o a BBVA COLOMBIA a fin que este las consigne al crédito en un tiempo no mayor a quince (15) días hábiles luego del conocimiento del caso.

4.8. INFORMES

Con el fin de realizar una adecuada administración del programa de seguros, el oferente adjudicatario deberá entregar toda la información relevante al manejo de las pólizas contratadas, esta información debe contener como mínimo:

- Informe de suscripciones: Mensualmente debe entregar un comparativo de los ingresos de clientes nuevos a la póliza colectiva. Dentro de dicho informe debe entregarse los clientes que fueron valorados por el oferente adjudicatario, su valoración y calificación (extraprima o coberturas condicionadas).

- Informe de postventa: Mensualmente el oferente adjudicatario se compromete a entregar un informe acerca de la entrega física o electrónica del clausulado y carátula del certificado individual a los clientes nuevos, de igual manera deberá informar los motivos por los cuales existan pendientes.
- Informe de Primas recaudadas: Mensualmente se deberá entregar un informe de las primas generadas en el programa, su evolución y pago de recaudo.
- Informe de Siniestros: Mensualmente el oferente adjudicatario deberá presentar un informe de los siniestros presentados durante el mes, separados por amparo y anexo, la respuesta generada ante cada caso (pagado u. objetado), estableciendo claramente los motivos de los no pagados.

El informe deberá contener el comparativo mes a mes de los siniestros en trámite y finalizados, así como un resumen de las principales causas por las cuales se encuentran siniestros en trámite y las acciones emprendidas para su culminación.

A fin de asegurar los tiempos de servicio, el informe debe contener el promedio de días de atención de los mismos.

- Informe de PQR: Mensualmente la aseguradora adjudicataria entregará un informe de las peticiones realizadas por los clientes, así como su estado, comparando mes por mes la evolución de las mismas. El informe debe contener las causales más comunes de peticiones y quejas, así como hacer énfasis en los aspectos de servicio con el fin de mejorar para mitigar la presentación de las mismas.
- Informe de condiciones de Admisibilidad: La aseguradora adjudicataria deberá reportar anualmente la misma información entregada para la admisibilidad del pliego, a fin de demostrar que continúan manteniendo los niveles adecuados de para el aseguramiento de la cartera.
- Informe de Atención de los promotores y líneas de servicio: De manera mensual el oferente adjudicatario entregará un informe de las consultas, quejas y solicitudes realizadas por los clientes internos y externos, agrupándolas por tipos, con el fin de establecer las acciones que mitiguen dichas consultas o peticiones.

Adicionalmente a los informes mencionados, BBVA COLOMBIA podrá pedir mayor información acerca del manejo del programa, para ellos bastará con realizar la solicitud por escrito, indicando el tipo de información, estructura y periodicidad.

4.9 COMITÉS Y ACUERDOS DE NIVELES DE SERVICIO

Para el seguimiento de los informes descritos en el punto anterior, mensualmente se realizará una reunión entre miembros de BBVA COLOMBIA y oferente adjudicatario a fin

de revisarlos y tomar acciones o medidas que permitan mejorar la atención a los clientes internos y externos.

Para ello y de acuerdo con el volumen a tratar de temas el comité se podrá dividir en los siguientes:

- Comité de Riesgos Asegurados.
- Comité de siniestros y pagos comerciales
- Comité operativo y de PQR.

Sobre los acuerdos de servicio, BBVA COLOMBIA ha definido que los mismos deben guardar relación con los que se manejan al interior de la institución, por ello ha definido los siguientes Acuerdos de Niveles de Servicios.

Suscripción: 16 horas hábiles para respuesta de asegurabilidad, para ello la aseguradora definirá claramente la documentación que debe ser aportada en cada caso dependiendo del antecedente médico o valor de cúmulo del cliente. Para los clientes catalogados como de Banca Personal o Premium el tiempo máximo será de 4 horas hábiles.

El oferente deberá disponer de una Red médica propia o a través de terceros o IPS en las ciudades descritas en el numeral 2.8.2 EXPERIENCIA Y ATENCIÓN, al igual dentro de esta red debe existir un grupo de médicos que realicen los exámenes a domicilio con el fin de brindar una atención conforme a relevancia del cliente, estos exámenes a domicilio deberán ser cubiertos en las siguientes ciudades: Armenia, Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Ibagué, Medellín, Pasto, Pereira, Santa Marta, Villavicencio y Valledupar.

Siniestros: Respuesta en quince (15) días hábiles una vez se tenga la totalidad de documentos exigidos para cada amparo o anexo, esta documentación deberá ser entregada por medio físico o electrónico, para lo cual el oferente adjudicatario entregará a BBVA COLOMBIA la herramienta tecnológica que maneje para esta atención y la dispondrá a la red de oficinas de BBVA COLOMBIA. Los documentos que se deben presentar son:

Para reclamación por muerte del asegurado:

- Registro Civil de Defunción
- Carta de reclamación del seguro
- Certificación de saldo del crédito o valor desembolsado para libranzas.

Para reclamación por incapacidad total y permanente:

- Certificado de incapacidad expedido por un órgano competente (EPS, ARL, Junta Regional de Calificación de invalidez, etc.)
- Carta de reclamación del seguro

- Certificación de saldo del crédito o valor desembolsado para libranzas.

De no tener la respuesta por parte de la Aseguradora Adjudicataria en el tiempo establecido, el Banco BBVA procederá a pagar el siniestro el sexto día luego de la reclamación y será descontada de los valores de primas.

La herramienta tecnológica deberá al menos soportar la carga de los documentos soporte del siniestro, informar el estado y respuesta del mismo.

El costo de la instalación de dicha herramienta debe ser asumido por el oferente adjudicatario, así como los costos que incurra el Banco en la instalación en cada uno de los computadores y su puesta en funcionamiento a nivel nacional.

El oferente adjudicatario deberá entregar el manual de dicha herramienta, así como realizar las capacitaciones a nivel nacional para el correcto manejo de la misma, de manera presencial, así como incurrirá en los costos asociados a esta capacitación.

Todas las respuestas de los siniestros deberán ser entregadas a BBVA COLOMBIA como tomador de los seguros e informarse a los reclamantes.

Para la atención de siniestros masivos, cada oferente adjudicatario deberá contar con un plan de atención conforme a las normas actuales, el cual deberá ser adecuado a las necesidades de BBVA COLOMBIA y de sus clientes.

Peticiones, Quejas y Reclamos: Para la atención de los clientes de BBVA COLOMBIA, la aseguradora atenderá las solicitudes en un plazo no mayor a 7 días hábiles, para las peticiones de clientes de Banca Personal y Premium la atención se realizará en 4 días.

Para las consultas efectuadas por medio del call center o de los promotores de seguros la atención será inmediata, salvo que dependa de procesos operativos o comerciales que deban ser atendidos centralizadamente.

BBVA COLOMBIA en el desarrollo conjunto del programa con el oferente adjudicatario, podrá revisar periódicamente el estado de los acuerdos de servicio, indicando mejoras a los procesos y procedimiento y estableciendo para ello nuevos niveles de servicio o ajustes a los indicados.

Penalidades en la atención de siniestros: En caso de incumplimiento en el tiempo estipulado para el pago, el oferente adjudicatario reconocerá a BBVA COLOMBIA, sobre el valor de la indemnización un interés a la tasa máxima legalmente permitida sobre el valor desde el momento del incumplimiento de los términos establecidos para la respuesta y hasta la fecha efectiva de pago.

4.10. OTRAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LA ASEGURADORA ADJUDICATARIA

BBVA COLOMBIA como entidad financiera responsable y comprometida con el servicio a sus clientes, he definido que los oferentes deben conservar dicha filosofía en el trato y servicio que ofrecen a los clientes internos y externos de BBVA COLOMBIA, por lo anterior establece unas obligaciones, que si bien es cierto no constituyen requisito de admisibilidad, si es necesaria su prestación.

Dentro de dichas obligaciones se encuentran los Acuerdos de Servicio del punto 4.9 del presente pliego, así como la estructura operativa mencionada en el punto 4.3, esto *unido a los resultados de los comités donde se definirán las estrategias para mejora* continua de procesos de atención a clientes internos y externos.

Por último, el oferente adjudicatario deberá presentar un informe final del manejo del programa de seguros que contenga como mínimo la recopilación de todos y cada uno de los informes periódicos, así como de las sugerencias y recomendaciones que estime conveniente para una administración más eficaz hacia el futuro. Se entiende que dentro del informe final se tendrá en cuenta el detalle de la siniestralidad que será base para el siguiente proceso de Invitación.

Sobre la integración tecnológica entre el oferente adjudicatario y BBVA Colombia. Teniendo en cuenta que este último es quien realiza el cobro de las primas de seguros junto con las cuotas o cánones, la Compañía de Seguros Oferente Adjudicataria se compromete a recibir la información de BBVA COLOMBIA para el manejo y administración de los procesos de seguros, recibiendo por parte del este la información en los medios electrónicos que posee para el cobro de los mismos.

Esta información será generada mensualmente en medios magnéticos bajo la estructura que BBVA COLOMBIA tiene preestablecida y que será entregada a los oferentes que cumplan con los requisitos de admisibilidad, tanto de cobro diario como de pólizas vigentes al corte de cada mes.

La entrega de los archivos periódicos se realizarán por un medio Seguro, el cual es utilizado normalmente por las instituciones para la entrega de la información, para ello el oferente deberá realizar la integración tecnológica a través de Web Service u otras herramientas tecnológicas bajo los parámetros que BBVA COLOMBIA le informe.

4.11 VIGENCIA DE LOS CONTRATOS DE SEGUROS

Las vigencias de los contratos estarán determinadas por la póliza Colectivo y los certificados individuales para cada cliente.

4.11.1 VIGENCIA PÓLIZA COLECTIVA

La vigencia será de un año la cual comenzará a partir del primero (1) de enero del año dos mil dieciocho (2018) desde las 00:00 horas y finalizará el treinta y uno (31) de diciembre de dos mil diecinueve (2019) a las 24:00 horas,

Conforme a lo indicado en el numeral 2.36.2.2.10 del Decreto 2555 de 2010, el Oferente Adjudicatario NO podrá revocar unilateralmente el contrato que se derive del presente proceso.

4.11.2 VIGENCIA CERTIFICADOS INDIVIDUALES

El seguro de vida y la cobertura de Incapacidad Total, comenzarán a partir de la fecha de desembolso del crédito y hasta la cancelación del mismo o hasta que el cliente tenga una mora mayor a ciento ochenta (180) días, se encuentre en estado castigado o sea judicializado, lo que ocurra primero. En los casos de ventas de cartera a una entidad diferente a la Titularizadora Colombiana S.A., o cuando la entidad compradora no mantenga la administración de los créditos con BBVA COLOMBIA el seguro estará vigente hasta la venta a la entidad compradora, siempre y cuando este no haya sido cancelado por los motivos antes mencionados. Para cartera titularizada, el seguro tendrá vigencia mientras el crédito se encuentre activo, sin cancelarse por mora o por judicialización o castigo.

4.12 CLÁUSULA DE REVOCATORIA UNILATERAL

De acuerdo con lo establecido en el artículo 2.36.2.2.10 del decreto 2555 de 2010, la aseguradora adjudicataria no podrá revocar de manera unilateral ninguna de las pólizas ni los amparos correspondientes y deberá incluir en éstas la cláusula de No Revocatoria Unilateral.

4.13 TARIFA DE SERVICIO DE RECAUDO DE LAS PRIMAS DE SEGURO

La Compañía Aseguradora podrá realizar el recaudo de las primas de seguros a través de cualquier medio o entidad, conforme al artículo 2.36.2.2.10 del Decreto 2555 de 2010.

En caso de optar por realizar el recaudo de las primas de seguros a la par de la cuota de los créditos de consumo y que para ello BBVA COLOMBIA dispone de toda su infraestructura operativa y Tecnología, le realizará un cobro mensual a la compañía de Seguros adjudicataria por tal labor, el cual corresponde al 25% sobre el valor de la prima recaudada. Para el recaudo de seguros OCB será de 30% y para consumer finance 43%.

Este valor se le descontará de la cuenta que la Compañía disponga en BBVA COLOMBIA para el manejo del programa de seguros.

Para los contratos leasing El Banco BBVA Colombia utiliza el servicio de operador a Willis Colombia Corredores de Seguros con una comisión del 5% los cuales son asumidos por la Aseguradora Adjudicataria.

4.14 NO CESIÓN DEL CONTRATO DE SEGUROS

La Aseguradora Adjudicataria no podrá ceder bajo ninguna circunstancia ni modalidad su posición ni sus derechos y obligaciones en el Contrato de Seguro.

Bajo ninguna circunstancia ni modalidad, la Aseguradora Adjudicataria puede ceder los derechos económicos que se deriven del Contrato de Seguro sin el consentimiento previo, expreso y escrito de BBVA COLOMBIA.

4.15 TERMINACIÓN ANTICIPADA Y UNILATERAL DEL CONTRATO

De acuerdo con establecido en la Circular Básica Jurídica (Circular Externa 029 de 2014) de la Superintendencia Financiera de Colombia, BBVA COLOMBIA establece las siguientes causales de terminación anticipada:

Cuando el oferente adjudicatario incumpla con alguno de los requisitos de admisibilidad o cualquier condición contractual del presente documento, lo cual no generará indemnización alguna al oferente.

- Cuando la aseguradora incurra en alguna causal de liquidación, disolución o su patrimonio se comprometa de tal manera que corran riesgo de impago los siniestros de los deudores y locatarios.
- Cuando de manera constante y reiterada incumpla los acuerdos de servicio, ya sea en tiempo o en la calidad del servicio.
- Cuando a causa de los trámites internos del oferente Adjudicatario, los procesos de comercialización de BBVA COLOMBIA en créditos de consumo se vean perjudicados y por este motivo se compruebe la pérdida de clientes.

4.16 GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

La Aseguradora Adjudicataria se obliga a constituir a su costa y a favor de BBVA COLOMBIA una garantía irrevocable de cumplimiento, otorgada por una Compañía de Seguros y/o Entidad Bancaria legalmente establecida en Colombia, diferente a la oferente, y cuya calificación otorgada por una sociedad calificador de riesgos autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia sea igual o superior a "A". La garantía de cumplimiento deberá amparar la totalidad de los perjuicios derivados del incumplimiento total o parcial de cualquiera de las obligaciones a su cargo, derivadas del Contrato de Seguro.

Para el efecto, la Aseguradora Adjudicataria deberá ser la tomadora y BBVA COLOMBIA el asegurado y beneficiario de la póliza correspondiente. La póliza deberá tener una vigencia

igual al término de duración de la adjudicación un (1) año y un (1) año más; en caso de que el Contrato de Seguro se prorrogue, la póliza de cumplimiento se deberá prorrogar en las mismas condiciones de manera que cubra la vigencia de los Contratos de Seguro incluida la prórroga y un (1) año más.

El valor asegurado en la póliza para el amparo de cumplimiento del contrato será equivalente a CINCO MIL MILLONES DE PESOS (\$5.000.000.000.00). La Aseguradora Adjudicataria asume la obligación de entregar a BBVA COLOMBIA la póliza de cumplimiento requerida, a más tardar el diez (10) día hábil siguiente a la adjudicación del Contrato de Seguro.

CAPÍTULO V EVALUACIÓN TÉCNICA Y ECONÓMICA

Criterios de Calificación	Peso relativo
1. Condiciones de Admisibilidad Básicos y Adicionales	40%
2. Capacidad Económicas y Cobertura	40%
3. Idoneidad de la infraestructura operativa y servicios adicionales	20%
TOTAL	100%

La calificación estará distribuida así:

Criterios de Calificación	Requisitos de Admisibilidad Básicos y Adicionales				Condiciones Económicas y Cobertura			Idoneidad de la infraestructura operativa y servicios adicionales		
	Básicos	Capacidad Financiera y Patrimonial	Atención y Experiencia	Reaseguros	Tasas	Experiencia y Atención	Condiciones Generales	Estructura Operativa	Recursos físicos	Informes
Condiciones descritas en	27	281	282	283	51	283	284	28	28	28

- Standing Offer Libranza Militares
- Standing Offer Otras libranzas
- Standing Offer Consumo
- Leasing comercial

5.2. Recursos físicos: Se otorgará un puntaje de 5% a los proponentes que acrediten tener oficinas propias en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga y presenten la más completa y experta estructura organizacional para administrar el programa de seguros deudores

ANEXO No. 1
ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD CELEBRADO ENTRE
_____ Y BBVA COLOMBIA

Este acuerdo de confidencialidad realizado y suscrito entre _____, identificada con el NIT No. _____, con domicilio en la ciudad de _____, representada legalmente por _____, identificado con la cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, según consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, y que anexo, en adelante la **COMPAÑÍA DE SEGUROS**, y **BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A. – BBVA COLOMBIA**, identificado con el NIT No. _____ representado legalmente por _____, identificado con la cédula de ciudadanía No. _____ expedida en _____, tal y como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia, conjuntamente denominadas **LAS PARTES**, tiene como finalidad establecer los términos que rigen el suministro, uso y la protección de la información durante el proceso de licitación y posible programa de seguros, que adelanta **BBVA COLOMBIA** para contratar los seguros de Vida Grupo Deudor, que amparen los riesgos de incapacidad total y permanente y, muerte de sus deudores, en los casos en que el Banco actúe como tomador de los seguros asociados a créditos garantizados con hipoteca o a contratos de leasing habitacional por cuenta de sus deudores o locatarios, de acuerdo a las siguientes consideraciones:

CONSIDERACIONES:

Que **BBVA COLOMBIA** actúa como tomador de seguros asociados a créditos hipotecarios y contratos de leasing habitacional por cuenta de sus deudores o locatarios, y que para la contratación de los mismos se debe adelantar un proceso licitatorio en los términos descritos en el Decreto 2555 de 2010, y lo reglamentado en Circular Básica Jurídica expedida por la Superintendencia Financiera de Colombia.

Que **BBVA COLOMBIA** dio apertura al mencionado proceso licitatorio y que la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** ha manifestado su interés de participar en el mismo.

Que en el desarrollo del proceso licitatorio que realiza **BBVA COLOMBIA**, éste hará entrega o revelará a la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** la información necesaria para presentar una postura.

Que es la voluntad de **BBVA COLOMBIA** y la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** que la información suministrada sea tratada como información confidencial, con el máximo de cuidado, diligencia y velando en todo momento por la protección de los datos.

CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO

En virtud del presente Acuerdo la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** se obliga a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, utilizar y/o emplear con persona natural o jurídica, en su favor o en el de terceros, la información confidencial que reciban de **BBVA COLOMBIA** y en consecuencia a mantenerla de manera confidencial y privada y a proteger dicha información para evitar su divulgación no autorizada, ejerciendo sobre esta el mismo grado de diligencia que utilizan para proteger información confidencial de su propiedad.

BBVA COLOMBIA no usará ni revelará en ningún evento, directa o indirectamente, en detrimento de **BBVA COLOMBIA**, la información entregada bajo estricta confidencialidad, salvo si se requiere por Ley aplicable, decreto, sentencia u orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones legales o jurisdiccionales. En todo caso, en la medida de lo posible y de lo permitido por la Ley, la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** informará a **BBVA COLOMBIA** de manera escrita y de forma inmediata sobre el requerimiento para que pueda tomar las medidas necesarias para proteger su información confidencial. Así mismo, la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** requerida y sus representantes, filiales, subsidiarias, vinculadas o contratistas, deberán revelar solo la parte de la Información que legalmente se requiere sea revelada, tomando todas las medidas que resulten razonables para mantener la confidencialidad de la Información.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICION DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL:

Información Confidencial significa toda información técnica, financiera, comercial y estratégica y cualquier información relacionada con las operaciones de negocios presentes y futuros, o condiciones financieras de **BBVA COLOMBIA**. Adicionalmente, cualquier información suministrada, previa a la celebración del presente Acuerdo, se considerará como confidencial y estará sujeta a los términos del mismo, siempre que no sea de aquella que al tiempo de ser suministrada esté disponible al público en general, o, es o llegue a ser de conocimiento de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** de forma no confidencial por una fuente distinta a **BBVA COLOMBIA**, entendido que en su conocimiento, dicha fuente no tiene prohibición legal o contractual de revelar dicha información y que por lo mismo se conoció de manera legítima, previo a ser revelada por o en representación de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS**.

CLÁUSULA TERCERA: NO - OBLIGATORIEDAD

Este Acuerdo no obliga a **BBVA COLOMBIA**, por sí solo, a dar a conocer información sea confidencial o no, ni a celebrar contrato alguno.

CLÁUSULA CUARTA: OBLIGACIONES DE CONFIDENCIALIDAD

BBVA COLOMBIA se obliga para con la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** a contar, previo al suministro de cualquier información, con las autorizaciones necesarias para la recolección, administración, consulta, tratamiento, divulgación y suministro de la misma, de manera íntegra y con las debidas seguridades en caso de ser requeridas dichas autorizaciones, en cumplimiento de los requisitos establecidos en las disposiciones vigentes, dentro de las cuales se encuentran, sin limitarse, la garantía de la protección de los datos, garantía del derecho de habeas data al titular y la conservación de la información bajo altos estándares de seguridad y privacidad. En consecuencia, **BBVA COLOMBIA** solo entregará a la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** información respecto de la cual cuente con la debida autorización.

La **COMPAÑÍA DE SEGUROS** se obliga a conservar y utilizar la información confidencial de conformidad con los términos del presente acuerdo y abstenerse de usarla en detrimento de **BBVA COLOMBIA**, en su propio interés o para fines diferentes a los establecidos en el mismo y en consecuencia, se obliga íntegramente a cumplir la política de protección de datos de **BBVA COLOMBIA**, la cual manifiesta conocer y aceptar.

La **COMPAÑÍA DE SEGUROS** se obliga a no distribuir, publicar o divulgar la información confidencial a persona alguna, salvo a sus empleados que tengan necesidad de conocerla para el propósito para el cual es suministrada, con las excepciones mencionadas en la Cláusula Primera del presente Acuerdo, eventos en cuya ocurrencia se compromete a tomar todas las medidas que resulten razonables para mantener la confidencialidad de la Información.

La **COMPAÑÍA DE SEGUROS** informará a cada uno de sus empleados, trabajadores, asesores o directivos que reciben Información Confidencial, de su naturaleza confidencial y sobre la existencia de este Acuerdo, y los instruirá para manejar la información confidencial y no utilizarla sino conforme a los términos del mismo y será responsable por cualquier uso inadecuado de la información confidencial.

La **COMPAÑÍA DE SEGUROS** responderá frente a **BBVA COLOMBIA** por el incumplimiento de este acuerdo por parte de sus empleados, directivos, asesores, agentes, contratistas o subcontratistas.

La **COMPAÑÍA DE SEGUROS** devolverá a **BBVA COLOMBIA** la información suministrada confidencial o no que sea propiedad de esta última, junto con las copias que de ella se hubieren hecho, dentro de los quince (15) días siguientes a la terminación del proceso de licitación, o cuando **BBVA COLOMBIA** lo solicite. Se podrán acordar la destrucción de la información, la cual se hará en presencia de las personas que designe **BBVA COLOMBIA**, suscribiendo para dichos efectos el acta correspondiente. Lo anterior, sin perjuicio del cumplimiento de las disposiciones vigentes en materia de conservación de documentos, en caso de resultar aplicables.

La **COMPAÑÍA DE SEGUROS** debe observar y cumplir todas las normas legales y regulaciones de cualquier orden, en lo relativo a las negociaciones y al uso adecuado de cualquier tipo de información que se obtenga como resultado de este Acuerdo.

En el caso en que **BBVA COLOMBIA** encuentre evidencia del incumplimiento del presente Acuerdo o de alteración o manipulación indebida de la información, lo informará a la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** inmediatamente conozca de tal situación, para que esta tome las medidas necesarias e inmediatas encaminadas a impedir el incumplimiento del presente acuerdo, así como la divulgación o uso de la información o la extensión del riesgo o perjuicio.

La **COMPAÑÍA DE SEGUROS** se obliga a no ceder, vender ni transferir bajo ningún título el presente Acuerdo.

CLÁUSULA QUINTA: DESTINACIÓN

La información sólo podrá ser utilizada para facilitar los propósitos expresados en las consideraciones de este documento. Adicionalmente, sólo podrá reproducirse dicha información confidencial si ello resulta necesario para cumplir tal finalidad y solo podrá darse a aquellos empleados, trabajadores, asesores, contratistas o subcontratistas de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** que tenga necesidad de conocerla para la mencionada finalidad. En caso de que se les entregue información confidencial a dichos empleados, trabajadores o asesores, se les debe advertir su carácter confidencial y se les deberá enterar de los términos de este Acuerdo, los cuales deben aceptar y adherir antes de recibirla.

CLÁUSULA SEXTA: PROPIEDAD

Sin perjuicio de los derechos amparados por el ordenamiento en materia de datos de carácter privado, la información a que se refiere el presente acuerdo es de propiedad de **BBVA COLOMBIA** y se revela únicamente con el propósito de facilitar el desarrollo de los temas de que trata este Acuerdo.

Ninguna parte adquirirá derechos de propiedad o disposición respecto de la información suministrada por la otra parte.

CLÁUSULA SÉPTIMA: CUSTODIA

La **COMPAÑÍA DE SEGUROS** garantiza que aplica las mismas medidas de seguridad razonables para evitar divulgación, fuga o uso no autorizado de información confidencial o patentada y aceptan que protegerán la información confidencial suministrada, de la misma manera y en el mismo grado en que protegen su propia información confidencial.

Se conviene que toda la información confidencial sea guardada por la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** en un lugar con acceso limitado únicamente a los empleados, trabajadores, asesores o directivos (representantes legales y miembros de Junta Directiva) y quienes en forma razonable requieran conocer la información confidencial.

CLÁUSULA OCTAVA: DURACIÓN

El presente acuerdo tendrá vigencia indefinida desde la fecha de su suscripción, en consideración a la naturaleza y objeto del mismo.

CLÁUSULA NOVENA: CONCORDANCIA CON LA LEY

Cada parte debe observar y cumplir con todas las leyes, ordenanzas, órdenes, reglas y regulaciones de todas las agencias gubernamentales, nacionales, distritales, departamentales, autoridades, juntas directivas o comisiones que tengan jurisdicción en lo relativo a las conversaciones y el uso de cualquier tipo de información que se obtenga como resultado de este Acuerdo.

CLÁUSULA DÉCIMA: SOLUCION DE CONFLICTOS

Cualquier controversia que surja entre **BBVA COLOMBIA** y la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** como consecuencia de la celebración, ejecución, interpretación, incumplimiento o terminación del presente Acuerdo, que no puedan ser dirimidas directamente por los representantes legales de las partes, serán sometidas a la justicia ordinaria.

CLÁUSULA UNDÉCIMA: IDIOMA

El idioma oficial de este Acuerdo es el castellano y, por consiguiente, todos los documentos, incluidos los manuales técnicos y la correspondencia técnica, deberán obrar en este idioma.

CLÁUSULA DUODÉCIMA: NO OTORGAMIENTO DE DERECHOS

La entrega de información, sea confidencial o no, no concede, ni expresa ni implícitamente, autorización, permiso o licencia de uso de marcas comerciales, patentes,

derechos de autor o de cualquier otro derecho de propiedad industrial o intelectual. Ni este Acuerdo, ni la entrega o recepción de información, sea confidencial o no, constituirá o implicará promesa de efectuar contrato o alianza alguna.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA: CLÁUSULA PENAL E INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS

Se establece como sanción pecuniaria a cargo de quien incumpla una cualquiera de las estipulaciones derivadas de este acuerdo, una suma equivalente hasta de MIL MILLONES DE PESOS M/CTE (\$1.000.000.000,00).

No obstante lo anterior, se deja expresa constancia que la presente cláusula no constituye una estimación anticipada de perjuicios y, por lo tanto, ello no obsta para que la parte cumplida pueda iniciar las acciones legales correspondientes para perseguir indemnización adicional por los perjuicios causados ante un incumplimiento del acuerdo.

Las partes convienen que este acuerdo prestará mérito ejecutivo de conformidad con lo estipulado en el artículo 488 del Código de Procedimiento Civil sin necesidad de requerimiento alguno, ni de ser constituido en mora o en incumplimiento, beneficios a los cuales renuncia, de acuerdo con lo estipulado en los artículos 1608 y siguientes del Código Civil.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA: PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: En caso de que la información confidencial que se emplee o sea conocida en desarrollo del presente acuerdo, incluya datos personales o datos sensibles en los términos de la Ley 1581 de 2012, sobre Protección de Datos y de más normas concordantes, la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** se compromete a presentar la política de protección de datos personales, así mismo se compromete a dar el adecuado tratamiento de datos de la información que se transfiera.

LAS PARTES garantizan la legalidad de los datos personales o datos sensibles que transmitan a la otra Parte, y se obligan a utilizar dicha información exclusivamente para el cumplimiento del objeto del presente Acuerdo, dado que cualquier uso distinto al antes indicado les queda estrictamente prohibido, salvo que resulte aplicable alguna de las excepciones legales.

LAS PARTES manifiestan y garantizan cada una a la otra, que cuenta con los mecanismos y procedimientos necesarios para proteger los datos personales de conformidad con los niveles de seguridad que requiere la ley y las demás disposiciones derivadas de ésta.

LAS PARTES de común acuerdo se comprometen a cuantas obligaciones les sean legalmente exigibles, de acuerdo a la normativa o reglamentos vigentes sobre el tratamiento de datos personales, dejando en todo momento indemne a la otra parte de cuantas reclamaciones, sanciones, violaciones, y demás pudieran derivarse como consecuencia de cualquier incumplimiento de dichas disposiciones.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA: DISPOSICIONES VARIAS

Ley Reguladora: Este Acuerdo debe ser realizado, interpretado y ejecutado de acuerdo con las leyes de la República de Colombia.

Disposiciones Inválidas: Si alguna de las disposiciones de este Acuerdo llegare a ser ilegal, inválida o sin vigor bajo las leyes presentes o futuras, dicha disposición deberá excluirse, y este Acuerdo deberá, al alcance posible y sin destruir su propósito, ser realizado y ejecutado como si dicha disposición ilegal, inválida o sin vigor, no hubiera hecho parte del mismo y las restantes disposiciones aquí contenidas deberán conservar el mismo valor y efecto y no deben ser afectadas por la disposición ilegal, inválida o sin vigor.

Copias: Este Acuerdo consta de dos ejemplares de un mismo original, cada una de ellas con el mismo tenor.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA: COMUNICACIÓN

Las comunicaciones que cualquiera de **LAS PARTES** deba dirigir a la otra, se enviarán a las siguientes personas, siendo necesario que el recibo de la correspondencia sea confirmado por las personas autorizadas que **LAS PARTES** designan a continuación:

BBVA COLOMBIA

Atn: Johan Alexis Sánchez
Dirección: Cra 9 No. 72-21 Piso 7
Teléfono: 3471600 Ext 11064
Ciudad: Bogotá D.C.

BBVA COLOMBIA

Atn : Jairo Manrique Moyano
Dirección: Cra 9 No. 72-21 Piso 8
Teléfono: 3471600 ext 11718
Ciudad: Bogotá D.C.

CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA: ACUERDO TOTAL

Este Acuerdo representa el Acuerdo total entre las partes con respecto al asunto del objeto del mismo y puede modificarse únicamente mediante acuerdo suscrito por ambas partes en el presente Acuerdo de Confidencialidad.

En constancia de lo anterior y dando fe de lo que allí se consagra, se suscribe el presente Acuerdo por quienes en él intervinieron, por parte la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** en _____ el ____ del mes de _____ de 2017, y por **BBVA COLOMBIA** en Bogotá el ____ del mes de _____ de 2017. El presente Acuerdo rige a partir de la firma de **LAS PARTES**.

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

BBVA COLOMBIA

ANEXO No. 2
CARTA DE PRESENTACIÓN DE OFERTA

Bogotá D.C., ____ de ____ de 2017

Señores:

BBVA COLOMBIA

Ciudad

REFERENCIA:

Presentación de Oferta – Invitación Privada a Cotizar – Programa de Seguros de Vida Deudores Para Créditos de Consumo y Comerciales Incluido Leasing Financiero de Consumo.

Estimados señores:

El suscrito _____, mayor de edad, identificado con _____, en mi calidad de Representante Legal de _____, compañía de seguros identificada con NIT. _____, legalmente constituida en Colombia y autorizada por la Superintendencia Financiera de Colombia para operar el ramo de _____, estando debidamente facultado, en respuesta a la invitación presentada por **BBVA COLOMBIA**, dentro del término otorgado en el cronograma del proceso, presento la oferta que esta Compañía formula a **BBVA COLOMBIA** para que se le adjudique el Contrato para el manejo del Programa de Seguros de Vida Deudores Para Créditos de Consumo y Comerciales Incluido Leasing Financiero de Consumo, en los casos en que el Banco actúe como tomador de los seguros asociados a estos créditos.

Para el efecto adjunto Postura, firmada por el Representante Legal de la Aseguradora. Así mismo, manifiesto que la Postura que formulo en nombre de la Aseguradora que represento responde al conocimiento suficiente de la información suministrada por **BBVA COLOMBIA** y de los riesgos que asume la Aseguradora, que acepto los términos, bases y demás condiciones de la licitación y que en caso de Adjudicación del Contrato de Seguros, la Aseguradora acepta y cumplirá con todos los términos y condiciones establecidos en el Pliego de Condiciones y sus Anexos.

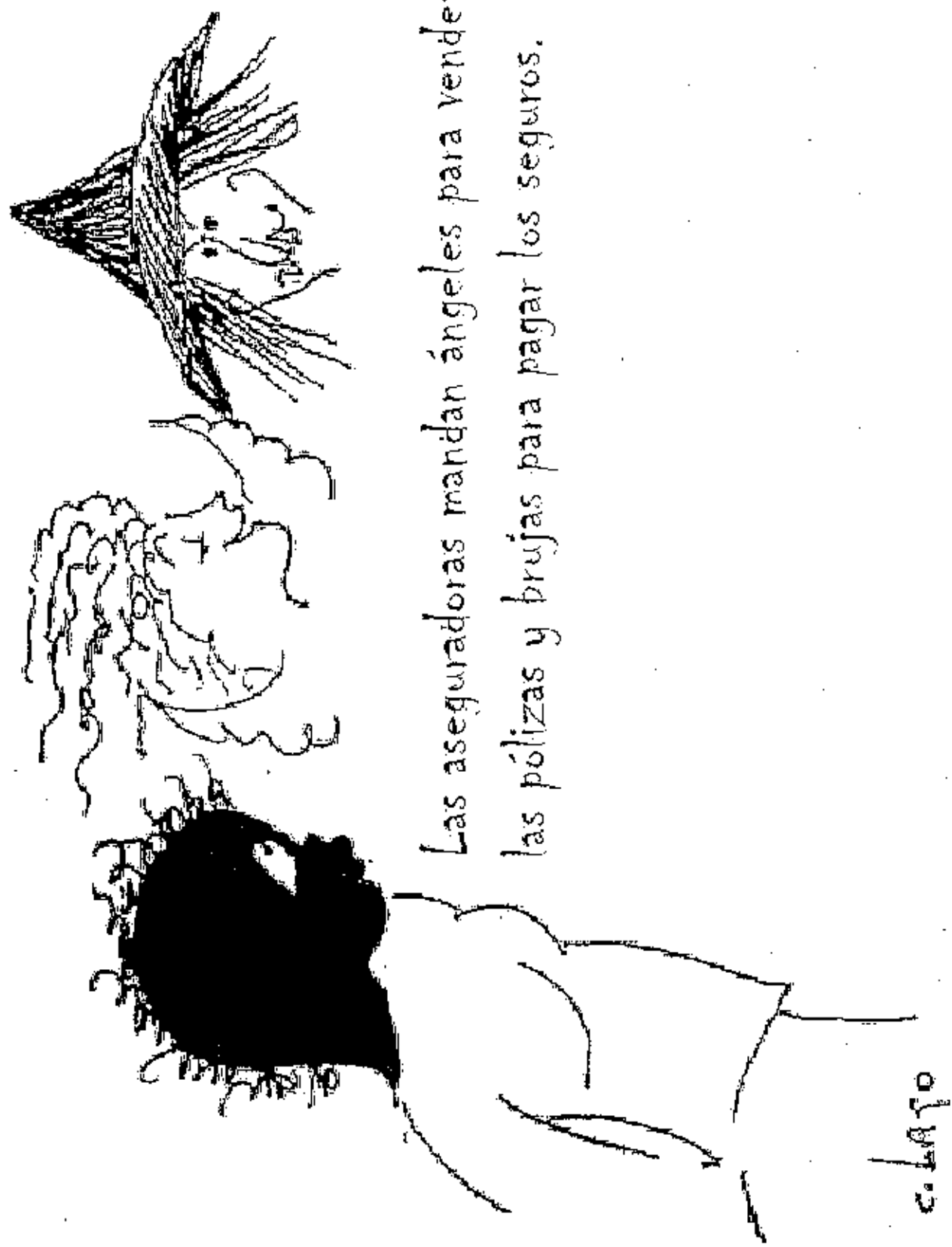
La presente oferta es firme e irrevocable y tiene una validez de noventa (90) días a partir del día _____ de _____ de 2017. Adjunto el original de la Garantía de Seriedad de la Oferta en las condiciones requeridas en el Pliego de Invitación.

De otra parte, manifiesto que ni la Aseguradora ni el suscrito está: (i) vinculada por parte de las autoridades competentes a cualquier tipo de investigación por delitos de narcotráfico, terrorismo, secuestro, lavado de activos y/o conexos, (ii) incluida en listas para el control de lavado de activos administradas por cualquier autoridad nacional o extranjera, tales como la Oficina de Control de Activos en el Exterior (OFAC) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos de América o (iii) condenada por parte de las autoridades competentes en cualquier tipo de proceso judicial relacionado con la comisión de cualquier hecho punible. Para efectos del proceso de la referencia, manifiesto que la Aseguradora recibirá notificaciones y comunicaciones en el correo electrónico

[FIRMA REPRESENTANTE LEGAL]

[NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL]

[DOCUMENTO DE IDENTIDAD]



Las aseguradoras mandan ángeles para vender
las pólizas y brujas para pagar los seguros.