

Señores:

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
DELEGATURA PARA FUNCIONES JURISDICCIONALES
jurisdiccionales@superfinanciera.gov.co

E. S. D.

REFERENCIA: ACCIÓN DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR FINANCIERO
EXPEDIENTE: 2024-7162
RADICADO: 2024051085
DEMANDANTE: DISAN CASTILLO GARCES
DEMANDADOS: BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. Y OTRO

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 de Bogotá, D.C., abogado titulado y en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No.39.116 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado especial de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, tal como consta en el poder que obra en el expediente, sociedad legalmente constituida e identificada con el **NIT No. 800.240.882-0**, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C. como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, mediante el presente, manifiesto que dentro del término legal, presento **CONTESTACIÓN A LA DEMANDA** formulada por el señor DISAN CASTILLO GARCES, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CONTESTACIÓN A LA DEMANDA

I. FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

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

AL HECHO 1: No me consta lo afirmado en este hecho por la parte demandante, pues se trata de circunstancias totalmente ajenas y desconocidas por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., Compañía Aseguradora sin relación alguna con los hechos expuestos. Lo anterior, toda vez que BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y por ende no le consta ningún hecho relativo a la colocación de los productos financieros. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

Sin embargo, una vez analizadas las pruebas documentales obrantes en el plenario del proceso, se observa que es cierto, según el extracto bancario aportado, que el señor DISAN CASTILLO GARCES adquirió la obligación crediticia con el BANCO BBVA COLOMBIA S.A., identificada así:

CONCEPTO	No. DE CREDITO
CREDITO DE LIBRANZA	9628423584

AL HECHO 2: En la medida que en este numeral se incorporan distintos supuestos fácticos, para dar respuesta adecuada, se procede a separarlos de la siguiente manera:

- Sea lo primero indicar que, si bien a mi procurada no le consta el proceso de colocación del producto financiero, habida cuenta que el BANCO BBVA COLOMBIA S.A. es una persona jurídica totalmente distinta a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., con las documentales allegadas al plenario se evidencia que el señor DISAN CASTILLO GARCES adquirió la obligación crediticia identificada con el No. 9628423584 y no con el No. 300000651135 como erróneamente se depone en el libelo demandatorio.

- Como segundo ítem, es cierto que el señor DISAN CASTILLO GARCES, tomó la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260 0000033535 con certificado No. 0013- 0158-69-4021612167, la cual respaldaba la obligación No. 9621163906. Sin embargo, desde ya el Despacho deberá considerar que dicho seguro no podrá afectarse comoquiera que, para la fecha en la cual el señor DISAN CASTILLO GARCES solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el asegurado las respondió negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que el señor DISAN CASTILLO GARCES conocía de sus padecimientos de salud, negó la existencia de todas sus enfermedades y en especial las de Hipertensión Arterial (HTA) y Trastorno del Menisco debido a Desgarro, enfermedades diagnosticadas con anterioridad al mes de enero del año 2023. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del asegurado, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:
- **Declaración de asegurabilidad que data del 23 de enero de 2023.**

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				SI	No
Estatura	1.75 cms	Peso	78 Kg		
¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : Infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disfonía, discopatía?					X
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?					X
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?					X
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?					X
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?					X
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:					

En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor DISAN CASTILLO GARCES respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar a la aplicación del artículo 1058 del Código de Comercio y así a la nulidad del seguro. Debido a que el asegurado había padecido y/o sufrido varias enfermedades

que indiscutiblemente debió haber informado a la Aseguradora de Vida. Máxime, cuando de haber sido conocido el precario estado en que se encontraba el riesgo que se le quería trasladar, la Compañía de Seguros definitivamente se habría retraído de celebrar el contrato con el señor DISAN CASTILLO GARCES, o en su defecto, habría pactado condiciones mucho más onerosas. Es decir, a pesar de que el asegurado conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al perfeccionamiento del seguro, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

En resumen, el señor DISAN CASTILLO GARCES fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a su inclusión en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental relevancia, debido a que las enfermedades y antecedentes que el asegurado negó en el momento de su inclusión en dicho contrato son supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Hipertensión Arterial (HTA) y el Trastorno del Menisco debido a Desgarro con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con examinar la historia clínica del señor DISAN CASTILLO GARCES para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. En consecuencia, no puede nacer ninguna obligación a cargo de mi representada.

AL HECHO 3: Si bien es cierto que la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260 0000033535 garantizaba el cumplimiento de la obligación crediticia bajo el marco del amparo de Vida o Incapacidad Total y Permanente, no es menos cierto que en el caso concreto a pesar de que el asegurado conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al perfeccionamiento del seguro, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía

Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

Lo anterior cumple de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia. En consecuencia, no puede nacer ninguna obligación a cargo de mi representada.

AL HECHO 4: Se observa que lo aquí expuesto es cierto de conformidad con las pruebas obrantes en el plenario. No obstante, omite el actor mencionar que en aquel dictamen de pérdida de capacidad laboral como deficiencias que permitieron que el ente calificador fijara índices para determinar el porcentaje final de pérdida de capacidad laboral del asegurado, se incluyó además de la Lesión Meniscal, entre otras, la derivada de la Hipertensión Arterial (HTA). Aunado a lo anterior y como agravante de la clara reticencia del asegurado, en la precitada experticia se indica que el accionante ya había sido calificado según Acta médica laboral No. 34473 emitida el 15 de diciembre de 2009 y modificada mediante Acta No. M17-707 el 07 de noviembre de 2017 con una pérdida de capacidad laboral del 10.5%, traduciéndose ello, en que el actor pese a conocer sus padecimientos y su calificación previa, decidió no informarlos a mi procurada.

AL HECHO 5: No es cierto tal como está expuesto. Se debe precisar que, a través de comunicado fechado del 09 de enero de 2024, el actor presentó solicitud de indemnización ante mi procurada y no ante la entidad financiera como erradamente dispone. Ahora, con dicha solicitud se pretendía se afectará el amparo de Incapacidad Total y Permanente, al cual consideraba el actor de manera infundada tiene derecho. No obstante, esta solicitud fue objetada, habida cuenta que a pesar de que el asegurado conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al perfeccionamiento del seguro, negó la existencia de todas sus enfermedades viciando el consentimiento de la Compañía Aseguradora que se encontraba asegurándolo.

AL HECHO 6: Lo aquí expuesto no es un hecho, sino una transcripción del contenido de la solicitud de indemnización presentada ante mi procurada. En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte

actora deberá acreditar su dicho debida y suficientemente, conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

AL HECHO 7: En la medida que en este numeral se incorporan distintos supuestos fácticos, para dar respuesta adecuada, se procede a separarlos de la siguiente manera:

- Es cierto. En respuesta a la solicitud de indemnización identificada como siniestro No. VGDB-31956, concerniente a la afectación de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260 0000033535, se objetó el respectivo pago en el entendido que, de acuerdo con la historia clínica de la DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR, se encontró que el señor DISAN CASTILLO GARCES tenía antecedentes patológicos de Hipertensión Arterial (HTA) diagnosticada desde el 08 de septiembre de 2022 y, Trastorno del Menisco debido a Desgarro diagnosticado desde el 14 de julio de 2020. Hechos relevantes que no fueron declarados y que motivaron la objeción al pago del respectivo seguro.
- No es cierto que la enfermedad determinante para la pérdida de capacidad del actor haya tenido su ocurrencia dentro de la cobertura del crédito, pues recuérdese que para que el calificador fijara índices que le permitieran determinar el porcentaje final de pérdida de capacidad laboral, tuvo en cuenta diferentes deficiencias dentro de las cuales se incluyó la Hipertensión Arterial (HTA) y la Lesión Meniscal, las cuales de conformidad con la historia clínica y el respectivo dictamen, fueron diagnosticadas con anterioridad al mes de enero de 2023, por lo que no puede pretender el actor excusar su reticencia en afirmaciones temerarias que carecen abiertamente de sustento probatorio.

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

FRENTE A LA PRETENSIÓN 1: En efecto ME OPONGO a la pretensión esgrimida por la parte actora, habida cuenta que, la misma no tiene vocación de prosperidad, al no ser jurídicamente

viable declarar la presunta vulneración de los derechos del consumidor y usuario del servicio del actor, pues es claro que el señor DISAN CASTILLO GARCES fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de la Hipertensión Arterial (HTA) y el Trastorno del Menisco debido a Desgarro con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor DISAN CASTILLO GARCES para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 2: ME OPONGO a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a la primera pretensión, y al ser improcedente, esta también debe ser desestimada frente a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 3: ME OPONGO a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

FRENTE A LA PRETENSIÓN 4: ME OPONGO a esta pretensión por sustracción de materia, en tanto que resulta consecencial a las anteriores pretensiones, y al ser improcedentes, esta también debe ser desestimada frente a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones

de la parte demandante y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

III. OBJECCIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

Objeto el juramento estimatorio presentado por la parte demandante de conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso.

En primer lugar, no puede obviarse que el señor DISAN CASTILLO GARCES fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento. Como se explicó, las anteriores omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que el entonces asegurado conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro siendo supremamente relevantes para el Asegurador. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido la Hipertensión Arterial (HTA) y el Trastorno del Menisco debido a Desgarro con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente se habría retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, habría pactado condiciones mucho más onerosas en él. En este sentido, basta con evidenciar la historia clínica del señor DISAN CASTILLO GARCES para advertir que desde una valoración que se afinque en la sana crítica, se concluye claramente que estas enfermedades y antecedentes cumplen de lejos los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, para invocar y declarar la nulidad de su seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

Así pues, en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias de mayor o menor relevancia que determinan el riesgo moral o subjetivo y el riesgo objetivo, las cuales están llamadas, según el caso, a influir sobre el juicio del asegurador de tal manera que, en la medida en que sean relevantes y se omitan, o las mismas no correspondan a la realidad, el contrato estará sujeto a la sanción legal que establece el precitado artículo 1058, y por ende, la compañía de seguros podrá aducirla como causal exonerativa de su responsabilidad de cumplir con la prestación contenida en el respectivo negocio jurídico, una vez perfeccionada la correspondiente reclamación.

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

IV. EXCEPCIONES DE MÉRITO FRENTE A LA DEMANDA

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

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que el asegurado, el señor DISAN CASTILLO GARCES, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de su aseguramiento, omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, no informó a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en este.

En términos generales, la reticencia del contrato de seguro es una figura jurídica que busca proteger a las compañías aseguradoras de las omisiones y declaraciones inexactas de los asegurados frente a los riesgos que estos últimos buscan trasladar. Esta institución jurídica tiene su sentido de existir, en virtud de que son los asegurados los que conocen a la perfección todas las condiciones y características de los riesgos que asignan a las aseguradoras, y, en consecuencia, atendiendo al principio de ubérrima buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

“Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le

*imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que éste sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, **el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia**¹. – (Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando el asegurado, conociendo a profundidad sus padecimientos, negó estos en la etapa precontractual. Ahora bien, es fundamental tener en cuenta que no solo la doctrina se ha encargado de dilucidar el tema de la reticencia, sino que también existe una vasta jurisprudencia que explica la forma de aplicación del fenómeno. La Corte Constitucional, en Sentencia T - 437 de 2014, ha sido clara al expresar que (i) la reticencia del asegurado produce la nulidad relativa del contrato, y (ii) que para alegar la reticencia únicamente se debe demostrar que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o hubiera inducido unas condiciones más onerosas:

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

¹ BECERRA, Rodrigo. Nocións Fundamentales de la Teoría General y Régimenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.

significa que ambas partes, en las afirmaciones relativas al riesgo y a las condiciones del contrato, se sujetan a cierta lealtad y honestidad desde su celebración hasta la ejecución del mismo.

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

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

Es claro que la Corte Constitucional, en la sentencia en la que decide sobre una tutela, es contundente al afirmar no solo los efectos de la reticencia, sino que también evidencia los únicos requisitos que se deben demostrar para alegarla, esto es, como se dijo, que el asegurado omitió informar o informó inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas. En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (Sentencia T - 196 de 2007), se esgrimió que la buena fe rige las relaciones entre asegurado y aseguradora, y de esta manera, la aseguradora no tiene el deber de cuestionar esa buena fe que guía al asegurado, y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a dudas, pretender la nulidad relativa del contrato de seguro:

“En los casos de contratos de seguros que cubren contingencias y riesgos de salud debe prevalecer el principio de la buena fe de las partes y en consecuencia

quién toma el seguro debe declarar con claridad y exactitud, sin incurrir en actuaciones dolosas, su estado de salud con el objeto de que el consentimiento del asegurador se halle libre de todo vicio, especialmente del error, para que así se conozca exactamente el riesgo que se va a cubrir, en desarrollo de los artículos 1036 y 1058 del Código Civil.

*Pese a lo anterior, **en los casos en los que la compañía aseguradora incurre en error inducido por el asegurado**, las normas que rigen los contratos de seguros, y específicamente el artículo 1058 del Código Civil, permiten que tal circunstancia de reticencia o inexactitud del asegurado en la declaración de los hechos o circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión del riesgo, **de lugar a declarar la nulidad relativa del contrato de seguro** o la modificación de las condiciones por parte de la aseguradora”. -
(Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad el verdadero estado del riesgo. Sobre este particular, tenemos la siguiente sentencia proferida por el órgano de cierre en la jurisdicción ordinaria:

*“Visto el caso de ahora, emerge nítidamente que en las “declaraciones de asegurabilidad” de 30 de agosto de 2000 y 31 de enero de 2001, **se ocultaron datos relevantes, lo que mina la validez del contrato e impide acceder a las pretensiones, todo como consecuencia de tal omisión en informar acerca del estado del riesgo.***

Viene de lo dicho que el cargo no prospera, porque sin escrutar si hubo yerro en el tratamiento acerca de la prescripción, el posible error sería intrascendente si se

tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absoluta, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio.”² - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En el mismo sentido, pero esta vez en una sentencia del año 2017, la Corte Suprema de Justicia reiteró su tesis al explicar:

*“Para recapitular, es ocioso entrar en más disquisiciones para concluir que será casada la sentencia objeto del reproche extraordinario, en su lugar, se modificará el fallo objeto de apelación en el sentido de acoger la pretensión de anulación por reticencia, pues ya que explicó la inviabilidad de aceptar la súplica de ineficacia. Esto porque los elementos de convicción verificados muestran que la compañía tomadora del amparo, Atlantic Coal de Colombia S.A., **ocultó a la compañía demandante informaciones determinantes para fijar los alcances y vicisitudes del riesgo asegurable, conducta propia de reticencia o inexactitud tipificada en el artículo 1058 del Código de Comercio, cuya consecuencia es la nulidad que debe declararse.** Por superfluo, como se adelantó, no se requiere estudio de la otra causa de nulidad del negocio.”³ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

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

“Proyectadas las anteriores premisas al asunto controvertido, no se avizora el

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

³ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia del 03/04/2017, MP: Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, 11001-31-03-023-1996-02422-01.

*desafuero endilgado, por cuanto, **si la empresa aseguradora puso de presente un cuestionario a la tutelante para que expusiera verazmente las patologías que la afectaban desde tiempo atrás, la accionante tenía la obligación de manifestarlas para que el otorgante de la póliza pudiera evaluar el riesgo amparado.***

Sin embargo, no lo hizo, pero, un año después, adujo que afrontó una incapacidad por unas enfermedades diagnosticadas antes de la celebración del contrato de seguro y, por ende, el estrado atacado declaró la nulidad relativa del acuerdo de voluntades.

*En ese contexto, **no son admisibles los alegatos de la quejosa edificados en la posibilidad que tenía la firma aseguradora de verificar su estado de salud, porque si bien, en ese sentido, existe una equivalencia o igualdad contractual, se aprecia que a la precursora se le indagó acerca de sus dolencias; no obstante, guardó silencio.***

Para la Sala, ese proceder se encuentra alejado de la “ubérrima buena fe” que por excelencia distingue al contrato de seguro y, en esa medida, no era dable, como lo sugiere la querellante, imponer a la sociedad otorgante la obligación de realizar pesquisas al respecto, para luego, la gestora, prevalida de su conducta omisiva, exigir el cumplimiento de la póliza.^{4m} - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

No obstante, y sin perjuicio de la jurisprudencia previamente mencionada, es de gran relevancia invocar la sentencia de constitucionalidad proferida por la Corte Constitucional, en donde específicamente se aborda el análisis de los requisitos y efectos del artículo 1058 del Código de Comercio. La Sentencia C - 232 de 1997 expresa lo siguiente:

⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Tutela del 30/01/2020, MP: Luis Armando Tolosa Villabona, Rad: 41001- 22-14-000-2019-00181-01.

*“Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese cúmulo de responsabilidades implique la consecuencia de que al asegurador no se le pueda exigir el examen detallado de los elementos constitutivos de todos los riesgos que está por asegurar. En este orden de ideas, el Código de Comercio, a pesar de no prohibirla, **se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador**, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. **Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra**, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de uberrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. **Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio.**” - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

En otras palabras, el examen de constitucionalidad realizado por la Corte involucra toda una serie de elementos y entendimientos que deben ser tomados en cuenta en el momento de estudiar el fenómeno de la reticencia. Los elementos más representativos y dicientes que rescata el más alto tribunal constitucional en su providencia son:

- El Código de Comercio se abstuvo de consagrar la inspección del riesgo como una obligación a cargo del asegurador. Es decir, no es un requisito *sine qua non* para la declaratoria de la reticencia, que la compañía aseguradora verifique el estado del riesgo antes de contratar.
- En línea con lo anterior, dado que las compañías aseguradoras no tienen la obligación de inspeccionar el riesgo con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, no puede entenderse que el término de prescripción inicie su conteo desde la celebración del contrato, sino desde que la aseguradora conoce efectivamente el acaecimiento del siniestro.
- La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima buena fe, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

Habiendo dicho lo anterior, ahora es necesario aterrizar la teoría al caso concreto. Para el día 23 de enero de 2023, fecha en la cual el señor DISAN CASTILLO GARCES solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en la cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiese entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, el señor DISAN CASTILLO GARCES las respondió

negativamente, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad.

Es decir, a pesar de que el señor DISAN CASTILLO GARCES conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de enero de 2023, negó la existencia de todas sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación la citada declaración de asegurabilidad, en la que se evidencia las respuestas negativas y falsas del asegurado y que se aportan al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 23 de enero de 2023.**

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)				Si	No
Estatura	1,75 cms	Peso	70 Kg		
¿Ha padecido o esta en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con : Infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebro vascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, distonía, discopatía?					<input checked="" type="checkbox"/>
¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?					<input checked="" type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?					<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre alguna incapacidad física o mental?					<input checked="" type="checkbox"/>
¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?					<input checked="" type="checkbox"/>
Si contestó afirmativamente cualquiera de las anteriores preguntas, detalle la enfermedad y fechas de ocurrencia:					

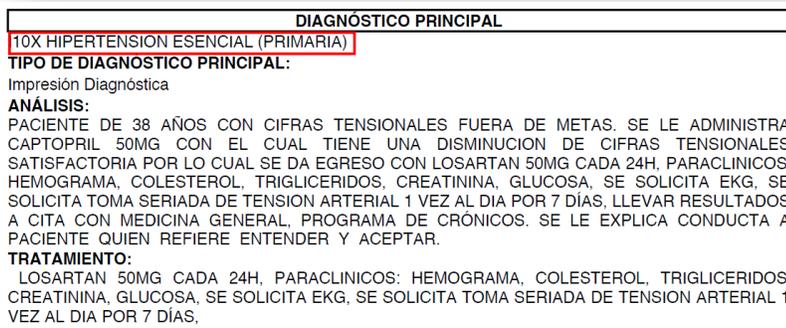
En otras palabras, no existe duda alguna de que en el presente caso el señor DISAN CASTILLO GARCES respondió de forma negativa a las preguntas consignadas en la declaración de asegurabilidad. En este sentido y como se expondrá a continuación, estas negativas constituyen una falta a la verdad que da lugar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

Para una adecuada comprensión de la gravedad de las respuestas negativas en las que incurrió el señor DISAN CASTILLO GARCES es de gran importancia precisar cuáles son las enfermedades

que padece y que no fueron declaradas en el momento de perfeccionar su aseguramiento. Lo anterior, con el objetivo de ilustrarle al Despacho que aquellos padecimientos fueron tan representativos y graves, que por supuesto, tiene todas las características y sobre todo la envergadura requerida, para anular la vinculación al contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que Despacho tenga en cuenta que el señor DISAN CASTILLO GARCES no informó a mi representada que padecía de Hipertensión Arterial (HTA) y Trastorno del Menisco debido a Desgarro, patologías sumamente relevantes que vician integralmente el consentimiento del Asegurador. A continuación, se muestran los fragmentos más representativos de la historia clínica en los cuales queda acreditado que la Hipertensión Arterial (HTA) y el Trastorno del Menisco debido a Desgarro son anteriores al mes de enero de 2023:

- **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**



Documento: Registro de Historia Clínica – 08/09/2022

Transcripción parte esencial: “DIAGNOSTICO PRINCIPAL: (10X) HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)”

A partir de estos documentos se demuestra fehacientemente que el día 08 de septiembre de 2022, el señor DISAN CASTILLO GARCES fue diagnosticado con Hipertensión Arterial y se encontraba en tratamiento. No obstante, no puede pasar desapercibido que, en el dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral, se señala que para el año 2023 el actor llevaba padeciendo esta enfermedad alrededor de 5 años, es decir, que de ser ese el caso, la misma habría sido diagnosticada desde el año 2018.

Fecha: 11/10/2023 Servicio: MEDICINA INTERNA
FECHA INICIO: HIPERTENSION HACE 5 AÑOS DESDE HACE DOS MESES CON MEDICACIÓN
CEFALEA Y MAREO
SIGNOS Y SINTOMAS: TA 120/70 FC: 72 FR: 16 PESO: 110 KG MAPA: ESTADIO I. 28/06/2023 ETIOLOGIA:
MULTIFACTORIAL TRATAMIENTOS VERIFICADOS: HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG VÍA ORAL DÍA
ENALAPRIL 20 MG VÍA ORAL DÍA
ESTADO ACTUAL: ASINTOMÁTICO DIAGNOSTICO: HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADO
SECUELAS: NO SECUELAS PRONOSTICO: FAVORABLE CONDUCTA A SEGUIR: DIETA, EJERCICIO.
JML. (EXT) 230599.

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de Hipertensión Arterial no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica del señor DISAN CASTILLO GARCES se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad, lo que indiscutiblemente significa, que el señor DISAN CASTILLO GARCES sufrió de esta patología por varios años, y, aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó. Pues en principio, la historia clínica del paciente demuestra que este fue diagnosticado con dicha enfermedad el 08 de septiembre de 2022 (o en su defecto en el año 2018) y que el diagnóstico persistió incluso con controles médicos, como se observa en el siguiente aparte:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
Z102 CONTROL GENERAL DE SALUD DE RUTINA A MIEMBROS DE LAS FUERZAS ARMADAS	
TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:	
Impresión Diagnóstica	
ANÁLISIS:	
PACIENTE ACUDE PARA VALORACION MEDICA EN EL MOMENTO ESTABLE, SIN SINTOMATOLOGIA EN EL MOMENTO PACIENTE SANO ANTC DE HIPERTENSION ARTERIAL ACTUALMENTE EN TTO. TRUAMA POR RUPTURA DEL TENDON DE AQUILE, TENORRAFIA DEL TENDON DE AQUILE PACIENTE CON TTO QUIRURGICO EXITOSO EN EL OMENTO TERAPIA FISICA. EXAMENES D CONTROL HEMOGRAMA NO PATOLOGICO, CREATININA 1.74 ELEVADO UROANALISIS NORMAL, VDRL NO REACTIVO. Índice de Masa Corporal (IMC): 30.3 kg/m2 Índice cintura/altura: 0.51 Porcentaje de grasa corporal:	
TRATAMIENTO:	
RECOMENDACION	
DIETA HIPOSODICA.	

Documento: Registro de Historia Clínica – 06/10/2023

Transcripción parte esencial: “ENFERMEDAD ACTUAL: (...) ANTC DE HIPERTENSION ARTERIAL ACTUALMENTE EN TTO (...)”

El Despacho deberá advertir, entonces, que la historia clínica del paciente contiene anotaciones que indican que el señor DISAN CASTILLO GARCES sufría de una Hipertensión Arterial a la cual se le realizaba seguimiento continuo lo que permite inferir que no es un evento aislado o un acontecimiento de fácil olvido. Tanto así, que se encuentran notas clínicas que demuestran que al señor DISAN CASTILLO GARCES se le diagnosticó dicha enfermedad el 08 de septiembre de 2022 (o en su defecto en el año 2018) y que sus controles se extendieron en el tiempo. Además, que tomaba medicamentos que fueron ordenados para el tratamiento de la hipertensión como el “Captopril” y “Losartan”, confirmando que esta no era una enfermedad de difícil recordación para el señor DISAN CASTILLO GARCES, pues es claro que el tratamiento y seguimiento continuo por esta patología.

Ahora bien, respecto de la relevancia de la Hipertensión Arterial, encontramos que el padecimiento resulta de particular importancia para el estado de salud de una persona que la padece. Se debe aclarar que la literatura médica que ha desarrollado ampliamente el concepto y definición de este tipo de padecimiento, así como las posibles consecuencias de una persona que la padece,

resaltando los siguientes aspectos:

“La hipertensión arterial (HTA) es un trastorno de carácter multicausal, lo cual determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial”⁵

“La HTA se define como una PAS \geq 140 mmHg o una PA diastólica (PAD) \geq 90 mmHg medidas en consulta”⁶

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de Hipertensión Arterial es una enfermedad prolongada en el tiempo que padeció la paciente desde antes del año 2023. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como resultado de la reticencia con la que el señor DISAN CASTILLO GARCES suscribió su declaración de asegurabilidad.

- **TRASTORNO DEL MENISCO DEBIDO A DESGARRO**

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
M232 TRASTORNO DEL MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA
TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Impresión Diagnóstica
ANÁLISIS: PACIENTE CON PATOLOGIA MENISCAL SE ORDENA RNM DE RODILLA DERECHA CITA CON RESULTADOS SE ORDENA TERAPIA FISICA
TRATAMIENTO: PACIENTE CON PATOLOGIA MENISCAL SE ORDENA RNM DE RODILLA DERECHA CITA CON RESULTADOS SE ORDENA TERAPIA FISICA

⁵ Osana Molerio Pérez, Manuel Antonio Arce González, Idania Otero Ramos, Zaida Nieves Achón. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Volumen 43. Numero 1. Ciudad de la Habana. Enero – Abril 2005. <http://www.revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/723/719>

⁶ 2020 ACC/AHA Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. – Grupo de Trabajo de Colegio Americano de Cardiología (ACC) y la Asociación Americana del Corazón (AHA). https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000923?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

Documento: Registro de Historia Clínica – 14/07/2020

Transcripción parte esencial: “*DIAGNOSTICO PRINCIPAL: M232 TRASTORNO DEL MENISCO DEBIDO A DESGARRO O LESION ANTIGUA*”

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que el 14 de julio de 2020 el señor DISAN CASTILLO GARCES fue diagnosticado con Trastorno del Menisco debido a Desgarro, el cual se derivó de un cuadro clínico de 4 años de dolor bilateral de rodillas de predominio en la derecha.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Cuadro clínico de 4 años de dolor bilateral de rodillas de predominio derecha con el movimiento cuando sube escaleras y trota, 6/10 refiere que en ocasiones siente inestabilidad hacia los lados, refiere que cuando juega fútbol siente limitación. No refiere signos de inflamación local. Lo asocia a que lleva mucho tiempo de patrullaje. Refiere primer estudio

Adicionalmente, no se puede pasar por alto que el diagnóstico de Trastorno del Menisco debido a Desgarro no es un evento aislado, todo lo contrario, en la historia clínica del señor DISAN CASTILLO GARCES se evidencia una consistencia histórica de registros de esta enfermedad, lo que indiscutiblemente significa, que el señor DISAN CASTILLO GARCES sufrió de esta patología por varios años, y, aun así, no la puso de presente en el cuestionario de salud que firmó. Pues en principio, la historia clínica del paciente demuestra que este fue diagnosticado con dicha enfermedad el 14 de julio de 2020 y que el diagnóstico persistió incluso con controles médicos, como se observa en los siguientes apartes:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

S832 DESGARRO DE MENISCOS. PRESENTE

TIPO DE DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Confirmado Nuevo

ANÁLISIS:

Plan: Restricción actividad deportiva de impacto, terrenos inestables e inclinados, desaceleración y giros, Cirugía artroscópica y abierta prioritaria

TRATAMIENTO:

Plan: Restricción actividad deportiva de impacto, terrenos inestables e inclinados, desaceleración y giros, Cirugía artroscópica y abierta prioritaria

Documento: Registro de Historia Clínica – 22/08/2020

Transcripción parte esencial: “*DIAGNOSTICO PRINCIPAL: S832 DESGARRO DE MENISCOS, PRESENTE*”

Fecha: 11/10/2023 **Servicio:** ORTOPEdia
FECHA INICIO: DOLOR LUMBAR DE MAS O MENOS 10 AÑOS. DOLOR EN LA RODILLA DESDE EL 2014 DESPUÉS DE ESTAR PATRULLANDO INICIO CON DOLOR Y LUEGO LA IZQUIERDA. SIGNOS Y SINTOMAS: DOLOR AMBAS RODILLAS AL BAJAR ESCALERAS CUANDO CORRE Y PARA LE DUELE MUCHO AMBAS RODILLAS LE TRAQUEA A LOS ARCOS DE MOVIMIENTOS TIENE RMN RODILLA DERECHA 04-08-2020 QUE CONFIRMA PRESENCIA DE LESIÓN MENISCAL EXTERNA QUISTE PARAMENISCAL Y SIGNOS DE INESTABILIDAD Y RMN IZQUIERDA 17-07-2023 QUE CONFIRMA LESIÓN CONDRALE PATELO TROCLEAR II ; IV DEGENERATIVA Y LESIÓN DE TODO EL MENISCO EXTERNO ANTERIOR POSTERIOR Y TENDINOSIS CUÁDRICEPS DISTAL. DOLOR LUMBAR CON

Documento: Dictamen de calificación de pérdida de capacidad laboral –
26/10/2023

En otras palabras, resulta sumamente claro que el diagnóstico de Trastorno del Menisco debido a Desgarro se registra en la historia clínica desde el 14 de julio de 2020 con una evolución, de modo que es evidente que esta es una enfermedad prolongada en el tiempo pues el asegurado la padeció con anterioridad a la solicitud de aseguramiento de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260 0000033535. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de esta enfermedad, es claro que el aseguramiento debe ser declarado nulo en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como resultado de la reticencia con la que el señor DISAN CASTILLO GARCÉS suscribió su declaración de asegurabilidad.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual (i) que el señor DISAN CASTILLO GARCÉS ya contaba con una serie de diagnósticos de Hipertensión Arterial y Trastorno del Menisco debido a Desgarro con anterioridad al mes de enero de 2023, y (ii) que estas patologías y antecedentes son sumamente relevantes para la Compañía de Seguros, toda vez que su envergadura y gravedad alteran ostensiblemente el riesgo que le fue trasladado, pues dentro de las deficiencias que permitieron que el ente calificador fijara índices para determinar el porcentaje

final de pérdida de capacidad laboral del asegurado, se incluyó la derivada de la Hipertensión Arterial y la Lesión Meniscal. Esto quiere decir que ambas patologías fueron tenidas en cuenta por la DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR para calificar al señor DISAN CASTILLO GARCES con una disminución de su capacidad laboral superior al cincuenta por ciento (50%). Lo anterior sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C - 232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio, no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C-232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

“Séptima.- Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.

En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.

Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad

con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336)." - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)

En efecto, tal y como lo expuso la Corte Constitucional, para anular el contrato de seguro en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, no es necesario acreditar una relación de causalidad entre el siniestro y la reticencia, toda vez que lo que se debe analizar es la posición de la compañía aseguradora al inicio de la relación contractual, lo que significa, que únicamente se debe probar es que el consentimiento estuvo viciado como consecuencia del error en el riesgo que se creyó estar asegurando.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de la declaración de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente

incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto el asegurado debió informar, ya que de haber sido conocidas por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él. Expresamente se le preguntó al entonces asegurado, lo siguiente:

DECLARACION DE ASEGURABILIDAD (DATOS SENSIBLES)

(...)

- *¿HA PADECIDO O ESTA EN TRATAMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD RELACIONADA CON: INFARTO AL MIOCARDIO, ENFERMEDAD CORONARIA, TROMBOSIS O ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, EPOC, ASMA, DIABETES, **HIPERTENSION**, DISFONIA, ¿DISCOPATIA?* (NO)
- *¿PRESENTA O HA PRESENTADO CANCER O TUMORES DE CUALQUIER CLASE?* (NO)
- *¿HA SIDO SOMETIDO A ALGUNA INTERVENCION QUIRURGICA?* (NO)

- *¿SUFRE ALGUNA INCAPACIDAD FISICA O MENTAL?* (NO)
- *¿SUFRE O A SUFRIDO CUALQUIER PROBLEMA DE SALUD NO CONTEMPLADO ANTERIORMENTE?* (NO)

DOCUMENTO: Declaración de asegurabilidad - Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260 0000033535

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de que el señor DISAN CASTILLO GARCES ya había sido diagnosticado con una Hipertensión Arterial, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba por la Hipertensión, y; (ii) que a pesar de que el demandante había sido diagnosticado con Trastorno del Menisco debido a Desgarro, faltó a la verdad al contestar negativamente la pregunta que indagaba sobre la existencia de cualquier enfermedad no contemplada en el cuestionario, situación que claramente dista con la realidad tal como se contrasta con la historia clínica.

En otras palabras, como ya ha sido plenamente acreditado, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, el señor DISAN CASTILLO GARCES padecía y conocía de la existencia de su Hipertensión Arterial, y Trastorno del Menisco debido a Desgarro. Sin embargo, a pesar de conocer de su existencia, omitió informar de éstas a la Compañía Aseguradora, aun cuando por medio del cuestionario varias de sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio

el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia del asegurado. El aseguramiento del señor DISAN CASTILLO GARCES debe declararse nulo, debido a que negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro. Más aun, cuando sus patologías y antecedentes le fueron preguntados expresamente por medio de la declaración de asegurabilidad que suscribió.

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

2. INEXISTENCIA DE OBLIGACIÓN A CARGO DE LA ASEGURADORA DE PRACTICAR Y/O EXIGIR EXÁMENES MÉDICOS EN LA ETAPA PRECONTRACTUAL.

Si bien la parte actora pretende tratar de endilgar a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. la responsabilidad que únicamente recaía en cabeza del señor DISAN CASTILLO GARCES, es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia específica de seguros de vida, existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de exigir y/o practicar exámenes médicos con anterioridad a la celebración de un contrato de seguro.

Tal y como se expondrá a continuación, no sólo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes. Es más, a continuación también se evidenciará, como los más altos Tribunales de la Rama Judicial, y la doctrina más reconocida y actualizada en el tema, han deprecado la exigencia de éstos exámenes al argumentar que, en línea con el principio de la ubérrima buena fe, es deber de los asegurados atender a su obligación de lealtad, y así, informar a la compañía aseguradora acerca de las características y condiciones del riesgo que éstas últimas están asegurando, máxime cuando son los asegurados los que conocen en detalle de sus propias circunstancias, que son las que a la final determinan la magnitud del riesgo trasladado.

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

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

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio. Es más, la Corte Constitucional en Sentencia T - 058 del 12 de febrero de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió al tema que se viene tratando en esta contestación, de la siguiente manera:

“Así, por ejemplo, en los seguros de vida, salvo pacto en contrario, deberá atenderse a la disposición contenida en el artículo 1158 del Código de Comercio que en su tenor literal dispone: “Aunque el asegurador prescinda del examen médico, el asegurado no podrá considerarse exento de las obligaciones a que se refiere el artículo 1058 [obligación de veracidad en la declaración del tomador sobre el estado del riesgo], ni de las sanciones a que su infracción de lugar.

De acuerdo con el principio de autonomía de la voluntad privada, obsérvese como la norma en cita permite disponer sobre la exigibilidad del examen médico para la

celebración del contrato de seguro de vida. Dicha autorización legal se explica si se tiene en cuenta que una de las características principales del contrato de seguro es la de ser un negocio fundado en el principio de la máxima buena fe (uberrimae bona fidei), según el cual las partes han de obrar lealmente durante las fases precontractual, contractual y poscontractual para cumplir a cabalidad con el objeto perseguido mediante la celebración del negocio jurídico⁷.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que sólo él conoce íntegramente, para que conforme a esa información la aseguradora determine si hay lugar a establecer condiciones más onerosas o, incluso, en casos extremos, para que decida no contratar, siempre que no se incurra en un abuso de la posición dominante que implique la violación de derechos fundamentales⁸. De suerte que si se desdibuja la obligación de declarar sinceramente el estado del riesgo, exigiendo siempre –a pesar del mandato legal previamente transcrito– la carga de realizar un examen médico y, por ende, de asumir los siniestros por enfermedades no declaradas, se estaría desconociendo el citado principio que debe regir la actuación de los contratantes, dando lugar a una relación minada por la desconfianza y por la necesidad de descubrir aquello que la otra parte no está interesada en dar a conocer⁹. - (Subrayado por fuera de texto)

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso:

⁷ Desde sus inicios, siguiendo a la doctrina, esta Corporación ha considerado que dicho principio constitucional es un componente fundamental del citado negocio jurídico. Así lo concibió en la Sentencia C-232 de 1997, M.P. Jorge Arango Mejía, al sostener que: “aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.”

⁸ Véanse, entre otras, las Sentencias T-073 de 2002 y T-763 de 2005.

⁹ Desde el punto de vista económico, la ausencia de confianza entre los contratantes llevaría a que ambas partes deban incurrir en costos adicionales a través de los cuales se intente, cuando menos, morigerar la asimetría en la información que cada parte conoce, lo cual además haría lento el proceso de negociación de esta modalidad de seguro.

*“Lo primero que advierte este Tribunal, al igual que lo hizo en un caso previo objeto de examen, es que no es de recibo el primer argumento del accionante referente a que su esposo no fue sometido a un examen médico con anterioridad al otorgamiento de la póliza. **En efecto, se recuerda que las aseguradoras no están obligadas a realizar un examen médico de ingreso, así como tampoco a solicitarlo, pues la obligación del tomador de declarar con exactitud su estado de salud, no puede vaciarse de contenido exigiendo a la aseguradora agotar todos los medios a su alcance para conocer el estado del riesgo, por ejemplo, a través de exámenes médicos, pues, se reitera, tal situación corresponde a una mera posibilidad de la cual puede prescindir, según lo dispone el artículo 1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe.**”¹⁰ - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

Es decir, en los pronunciamientos más recientes del más alto tribunal constitucional colombiano, se reconoció expresamente que no es necesaria la exigencia y/o práctica de exámenes de salud para alegar la reticencia. La Corte Constitucional, utilizando el argumento más lógico y ajustado a los planteamientos establecidos en la Constitución Política de Colombia, determinó que es el asegurado el que debe informar a la compañía aseguradora de sus padecimientos, más aún, como ya se ha dicho, es el que tiene el real conocimiento del estado del riesgo que busca trasladar. En este mismo sentido, por su parte, la Corte Suprema de Justicia se ha referido sobre lo anterior y, particularmente, en Sentencia del 04 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹¹, en donde estableció lo siguiente:

“De todas maneras, en lo que se refiere al «seguro de vida», el artículo 1158 id

¹⁰ Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerro Pérez.

¹¹ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01

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

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

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

(...)

Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es él quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo.» -

(Subrayado por fuera de texto)

Ahora bien, no sobra resaltar que la doctrina más reconocida en el tema se ha pronunciado en el mismo sentido que los fallos anteriormente expuestos, al establecer:

“Ahora bien, debo recordar que las empresas aseguradoras no están obligadas a realizar inspecciones de los riesgos para determinar si es cierto o no lo que el tomador asevera. El contrato de seguro, como contrato de ubérrima buena fe no puede partir de la base errada de que es necesario verificar hasta la saciedad lo que el tomador afirma antes de contratar, porque jamás puede suponerse que él miente. Por ello, si en un caso como el del ejemplo la aseguradora no efectúa inspección y acepta lo dicho por el tomador, sí se daría la reticencia sin que pueda alegarse que la aseguradora incumplió con la obligación de inspeccionar, pues- lo repito por la importancia del punto- ella no existe (...)”¹² (Subrayado por fuera de texto).

No puede dejarse de lado lo expuesto por la jurisprudencia de constitucionalidad de la Corte Constitucional (C - 232 de 1997) en donde claramente, al analizar el artículo 1058 del Código de Comercio, explicó que la necesidad de que el contrato de seguro se celebre con la ubérrima, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

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

¹² LÓPEZ, Hernán Fabio. COMENTARIOS AL CONTRATO DE SEGURO. 5 ed. Colombia.: Dupre Editords Ltda., 2010. P, 164.

obligación a cargo del asegurador, puesto que a éste no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bonae fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con ésta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. - (Subrayado por fuera de texto)

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que éstas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio.

Así las cosas, se desvirtúa lo indicado por la parte actora en lo referente a que recaía en cabeza de

la Compañía Aseguradora el efectuar exámenes médicos al señor DISAN CASTILLO GARCES en la etapa precontractual a fin de determinar el riesgo que le estaba siendo trasladado, pues clara es la jurisprudencia de las altas cortes al establecer que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es éste el que conoce perfectamente las condiciones o circunstancias que rodean y caracterizan a dicho riesgo.

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

3. NO ES NECESARIA LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD ENTRE LA RETICENCIA E INEXACTITUD Y LA CAUSA DEL SINIESTRO

Aun cuando el demandante considera vetustos los preceptos normativos que regulan el sector asegurativo, de ninguna manera puede interferir con la línea jurídica de aplicación que se ha mantenido hasta la fecha, habida cuenta que en Colombia es factible señalar mediante la ley, jurisprudencia y doctrina que, no es necesaria la relación causal entre los factores que constituyen la inexactitud, reticencia o informaciones no sinceras del asegurado con la causa del siniestro, para que se configure la sanción de nulidad relativa o anulabilidad del contrato.

Dicho de otra manera, una puede ser la razón u origen de la patología que ocultó el asegurado para concurrir a celebrar el contrato y otra sustancialmente diferente la causa del siniestro, para que de todas maneras aflore la sanción de nulidad relativa del contrato, como quien oculta un problema cardíaco y luego de celebrado el contrato de seguro, fallece por un accidente de tránsito, caso en el cual, indefectiblemente una vez atendida la carga probatoria que cobija a la aseguradora, se producirán los efectos de la nulidad relativa del contrato.

En palabras del tratadista Andrés Ordoñez:

“surge con frecuencia la pregunta de si las sanciones derivadas de la inexactitud o reticencia en la declaración del estado del riesgo solamente proceden en la medida en que el siniestro que afecta la cobertura del seguro esté relacionada con ellas, o si, por el contrario, esas sanciones proceden independientemente de la causa que haya dado lugar al siniestro. Frente a la legislación colombiana, es indudable que ocurre esto último. Definitivamente el artículo 1058 C. Co., no exige en ningún momento que esa relación exista para que se produzca la nulidad del contrato o la reducción de la prestación del asegurador, como consecuencias características de la inexactitud o reticencia relevantes en la declaración del estado del riesgo por parte del tomador.”

Asimismo, la Corte Constitucional al respecto de la relación de causalidad ha manifestado lo siguiente:

“Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostiene los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador.”¹³

Como bien se ha dicho, la relación de causalidad entre la reticencia y el origen del siniestro no es un requisito para que se configure la nulidad relativa del contrato de seguro, sin embargo, para el caso concreto la Hipertensión Arterial (HTA), así como la Lesión Meniscal, si fueron enfermedades tenidas en cuenta para la calificación de la pérdida de capacidad laboral del señor DISAN CASTILLO

¹³ Corte Constitucional, Sentencia C.232/1997, Magistrado Ponente Jorge Arango Mejía. Expediente D-1485.

GARCES.

En consecuencia, para el presente caso, se configura la sanción consagrada en el artículo 1058 del Código de Comercio así el asegurado haya quedado inválido por causas distintas a los antecedentes patológicos omitidos en la declaración de asegurabilidad.

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

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

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

“4.2. No importan, por tanto, los motivos que hayan movido al adquirente para comportarse sin fidelidad a la verdad, incurriendo con ello en grave deslealtad que a su vez propicia el desequilibrio económico en relación con la prestación que se pretende de la aseguradora, cuando se le ha inquirido para que dé informaciones objetivas y de suficiente entidad que le permitan a ésta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone

la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)

4.3. *Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distinciones, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro”¹⁴. - (Subrayado y negrilla por fuera de texto)*

En efecto, los más altos tribunales de la jurisdicción colombiana han explicado, de igual forma, que para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro basta con la acreditación de los dos elementos que fueron referenciados previamente. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 04 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez¹⁵, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

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

¹⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia SC2803-2016 del 04 de marzo de 2016, MP Fernando GiraldoGutiérrez, radicación No 05001-31-03-003-2008-00034-01.

¹⁵ Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01.

declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma».” - (Subrayado por fuera de texto)

En otras palabras, la buena fe es una carga que se predica del asegurado en el momento de declarar el estado del riesgo que se busca trasladar a la aseguradora. Desde ningún punto de vista puede llegarse a entender que, para la prueba de la reticencia en un contrato de seguro, debe la compañía de seguros probar un requisito que no es exigido legalmente, esto es, no deberá acreditar la mala fe del asegurado.

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

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

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

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

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que el Despacho tenga en cuenta que en el presente caso hay lugar a dar aplicación al artículo 1059 del Código de Comercio. En otras palabras, la norma previamente señalada, establece que en el evento que el contrato de seguro sea declarado nulo como consecuencia de un evento de reticencia, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

“ARTÍCULO 1059. <RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA>. Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.”

En conclusión, dado que el señor DISAN CASTILLO GARCES fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente el estado del riesgo, esto es, faltó a la verdad al negar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y/o pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, de haber sido conocidos por mi representada con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él, es claro que BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. tiene todo el derecho de retener la totalidad de la prima a título de pena.

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

6. GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.

En atención a las disposiciones contenidas en el artículo 282 del Código General del Proceso solicito al Despacho declarar cualquier otra excepción que resulte probada en el curso del proceso, derivada de la Ley, incluida la de prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro en cabeza del accionante (1081 Código de Comercio).

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

V. EXCEPCIONES DE MERITO SUBSIDIARIAS

1. EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO.

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Despacho considere que mi representada sí tiene la obligación de pagar la indemnización a la parte demandante, es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se ciña a los límites establecidos en las condiciones particulares del aseguramiento.

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

VI. MEDIOS DE PRUEBA

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

1. DOCUMENTALES

- 1.1. Copia de la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor DISAN CASTILLO GARCES que se relaciona con el crédito No. 9628423584.
- 1.2. Condicionado general de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260 0000033535.
- 1.3. Certificado de vigencia de la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 260 0000033535.
- 1.4. Comunicación expedida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el día 05 de marzo de 2024, mediante la cual objeta el pago de la solicitud de indemnización No. VGDB-31956.
- 1.5. Derecho de petición elevado a la DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

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

3. DECLARACIÓN DE PARTE

- 3.1. Al tenor de lo preceptuado por el artículo 198 del Código General del Proceso, comedidamente solicito al Despacho ordenar la citación del representante legal de

BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos relacionados con el proceso, y especialmente, para que evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor DISAN CASTILLO GARCES.

4. TESTIMONIALES

- 4.1. Solicito se sirva citar a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real del señor DISAN CASTILLO GARCES. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la póliza, el fenómeno de la reticencia, y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

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

La testigo podrá ser ubicada en las instalaciones de mi representada, en la Carrera 9 No. 72 – 21, Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C. y en el correo electrónico defensoriaseguros.co@bbvaseguros.co .

- 4.2. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **ANA MARÍA BARÓN MENDOZA**, asesora externa de mi representada, para que teniendo en cuenta su experiencia, le ilustre al Despacho sobre las condiciones particulares y generales de la Póliza, los

efectos de la reticencia en la declaración del estado de salud y en general sobre todos los hechos relacionados en el presente escrito. Este testimonio es conducente, pertinente y útil, ya que puede ilustrar al Despacho acerca de las características, condiciones, tratativas preliminares, vigencia, coberturas del Contrato de Seguro objeto del presente litigio.

La testigo podrá ser citada en la Calle 107A # 7 - 61 de la ciudad de Bogotá D.C. y al correo electrónico: anamariabaronmendoza@gmail.com.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

- 5.1. Debido a que el Ministerio De Salud en Resolución Número 1995 de 1999 define a la Historia Clínica como *“un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.”*; comedidamente solicito al Despacho que teniendo en cuenta los artículos 265 y ss. del Código General del Proceso, se sirva ordenar al demandante para que exhiba su Historia Clínica, correspondiente al periodo comprendido entre el año 2018 y el año 2024, en la audiencia respectiva.

El propósito de la exhibición de este documento es evidenciar las patologías que el señor DISAN CASTILLO GARCES sufrió en años anteriores y al momento de suscribir la solicitud de inclusión dentro de la póliza; y así mostrar la reticencia con que el entonces asegurado declaró su estado de asegurabilidad.

- 5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se ordene a la **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra de la Historia Clínica del señor DISAN CASTILLO GARCES, correspondiente al periodo que va desde el año 2018 hasta el año 2024. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió del señor DISAN CASTILLO GARCES entre los años referidos.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor DISAN CASTILLO GARCES, sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad. La **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR** puede ser notificada en la Avenida Calle 26 No 69 – 76, Torre 3 Piso 4, Centro Empresarial Elemento en la ciudad Bogotá D.C., y a través del correo electrónico disan.juridica@buzonejercito.mil.co.

6. OFICIOS

- 6.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del Código General del Proceso, comedidamente ruego se oficie a la **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la Historia Clínica del señor DISAN CASTILLO GARCES, correspondiente al periodo que va desde el año 2018 hasta el año 2024. La Historia Clínica se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fue la encargada de la atención medico asistencial que recibió el señor DISAN CASTILLO GARCES entre los años referidos.

Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no es posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del Código General del Proceso, dado que son documentos sometidos a reserva.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes que el señor DISAN CASTILLO GARCES sufrió en años anteriores y al momento de suscribir su certificado individual de seguro; y así mostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad. La **DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR** puede ser notificada en la Avenida Calle 26 No 69 – 76, Torre 3 Piso 4, Centro Empresarial Elemento en la ciudad Bogotá D.C., y a través del correo electrónico disan.juridica@buzonejercito.mil.co.

7. DICTAMEN PERICIAL EN LOS TÉRMINOS DEL ARTÍCULO 227 DEL CÓDIGO GENERAL DEL PROCESO.

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarificación del riesgo para Compañías de Seguros de personas, que tiene como finalidad acreditar dos asuntos esenciales para el litigio: (i) Que de haber conocido BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., las patologías del señor DISAN CASTILLO GARCES se hubiera retraído de otorgar un amparo, o por lo menos hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en la póliza. Es decir, el dictamen demostrará cómo los antecedentes médicos que omitió informar el señor DISAN CASTILLO GARCES era absolutamente indispensable para determinar, médica y técnicamente, el riesgo que asumía la Compañía. (ii) En relación con lo anterior, con la experticia también se demostrará la relevancia médica y técnica de las enfermedades no informadas para determinar el verdadero estado del riesgo en el momento de contratar.

En tal virtud, el dictamen pericial que se solicita es conducente, pertinente y útil para el litigio, pues

con esta prueba se acreditará la relevancia técnica y medica que revestían los antecedentes médicos que no declaró con sinceridad el asegurado. En otras palabras, con la prueba pericial se demostrarán los supuestos de hecho que en los términos del artículo 1058 del Código Comercio son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del Código General del Proceso que dispone: *“Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días”*. Comedidamente se le solicita al Despacho un término no inferior a un (1) mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez la entidad oficiada (DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR) aporte con destino al presente trámite la Historia Clínica del asegurado. Es importante aclarar que la Historia Clínica completa ha tenido que ser solicitada en el ejercicio del derecho de petición, tal como se acredita en los documentos que se anexan al presente libelo. Como se observa, no es factible que junto con este escrito se aporte el dictamen pericial, pues además de que el término de traslado fue insuficiente para obtenerlo, de todas maneras, los documentos que resultan idóneos para tal fin reposan en poder de la parte demandante y de la entidad mencionada pues estos son de su exclusivo conocimiento y custodia. Por ese motivo, se solicita que el término para la elaboración de la experticia comience una vez se cuente con el material para el efecto.

VII. ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder conferido al suscrito.

3. Certificado de Existencia y Representación Legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.
4. Certificado de Existencia y Representación Legal de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.

VIII. NOTIFICACIONES

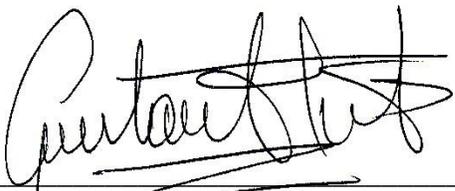
- La parte demandante recibirá notificaciones en las direcciones que relaciona en su libelo.
- Mi procurada, **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.**, recibirá notificaciones en la Carrera 9 No. 72 – 21, Piso 8, en la ciudad de Bogotá D.C.

Correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

- El suscrito en la Calle 69 No. 4 - 48, Oficina 502, en la ciudad de Bogotá D.C.

Correo electrónico: notificaciones@gha.com.co

Atentamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA

C.C. No. 19.395.114 expedida en Bogotá D.C.

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