Señores

JUZGADO 12 CIVIL MUNICIPAL DE CÚCUTA.

jcivmcu12@cendoj.ramajudicial.gov.co

E. S. D.

PROCESO:	VERBAL.
RADICADO:	540014003012-**2024-00001**-00.
DEMANDANTE:	MARY LUZ ROJAS LEIRA.
DEMANDADOS:	BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.Y OTRO.

ASUNTO: CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA.

GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA, mayor de edad, vecino de Cali, identificado con la cédula de ciudadanía No. 19.395.114 expedida en Bogotá, abogado en ejercicio y portador de la Tarjeta Profesional No. 39.116 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado general de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A**., identificada con NIT No. 800.240.882-0, sociedad comercial anónima de carácter privado, legalmente constituida, con domicilio en la ciudad de Bogotá, como consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá que se aporta con el presente documento, comedidamente procedo dentro del término legal, a presentar la **CONTESTACIÓN DE LA REFORMA A LA DEMANDA** formulada por MARY LUZ ROJAS LEIRA en contra de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A y otro, anunciando desde ahora que me opongo a las pretensiones de la demanda reformada, de acuerdo con los fundamentos fácticos y jurídicos que se esgrimen a continuación:

CAPÍTULO I
CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA

I. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS

PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO "HECHOS PROPIOS A LOS DOS CONTRATOS DE MUTUO Y DOS CONTRATOS DE SEGUROS".

FRENTE AL HECHO 1: Este hecho tiene varias aseveraciones, sobre las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

1.1 ES CIERTA, la existencia de la obligación identificada con número **9623341781, sin embargo, el juzgado debe tener en cuenta que el Banco BBVA Colombia S.A es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Por esta razón, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

No obstante, debe mencionarse que mi representada si expidió una póliza de seguro vida grupo deudores en la que se respaldó la obligación crediticia No. **9623341781, la póliza tiene el No. 02 262 0000074978, formalizada el 29 de julio de 2021. Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que, para el 29 de julio de 2021, fecha en la cual la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA 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 pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la Asegurada las respondió negativamente y solo indicó sufrir Hipertensión, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de julio del año 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades, en especial su antecedente de artritis reumatoide, enfermedad con un tiempo de evolución de 20 años, que al tratar con medicamentos le generó reacciones medicamentosas con trastornos de tipo medular óseo y falla hepática.

Sumado a ello, también debe tenerse en cuenta que la señora MARY LUZ ROJAS, cuenta con antecedentes psiquiátricos que fueron importantes para la sumatoria de su calificación por perdida de capacidad labora, de la cual la compañía a la que represento no tenía conocimiento.

1.2 ES CIERTA, la existencia de la obligación identificada con número **9624857231, sin embargo, el juzgado debe tenerse en cuenta que el Banco BBVA Colombia S.A es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Por esta razón, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

No obstante, debe mencionarse que mi representada si expidió una póliza de seguro vida grupo deudores en la que se respaldó la obligación crediticia No. **9624857231, la póliza tiene el No. 02 261 0000105100, formalizada el 17 de diciembre de 2021. Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que, para el 17 de diciembre de 2021, fecha en la cual la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA 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 pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la Asegurada las respondió negativamente y solo indicó sufrir Hipertensión, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre del año 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades, en especial su antecedente de artritis reumatoide,

enfermedad con un tiempo de evolución de 20 años, que al tratar con medicamentos le generó reacciones medicamentosas con trastornos de tipo medular óseo y falla hepática.

Sumado a ello, también debe tenerse en cuenta que la señora MARY LUZ ROJAS, cuenta con antecedentes psiquiátricos que fueron importantes para la sumatoria de su calificación por perdida de capacidad labora, de la cual la compañía a la que represento no tenía conocimiento.

FRENTE AL HECHO 2: Este hecho contiene varias manifestaciones, de las cuales me pronunciaré así:

2.1 Es cierta, la existencia de la póliza No. 02 262 0000074978, conforme al certificado expedido por la compañía en fecha del 16 de julio de 2024, esta póliza fue contratada con la finalidad de respaldar la obligación No. **9623341781, adquirida por la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA con la entidad bancaria BBVA, que cabe resaltar, es una entidad completamente distinta a la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

2.2 Es cierta, la existencia de la póliza No. 02 261 0000105100, conforme al certificado expedido por la compañía en fecha del 16 de julio de 2024, esta póliza fue contratada con la finalidad de respaldar la obligación No. ** 9624857231, adquirida por la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA con la entidad bancaria BBVA, que cabe resaltar, es completamente distinta a la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.

En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

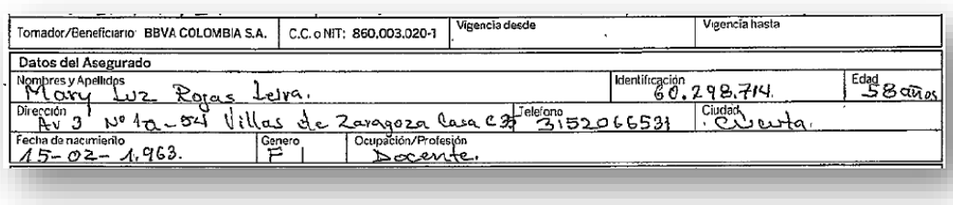
PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO "HECHOS AL PRESTAMO No. 1 Y AL CONTRATO DE SEGURO No.1."

FRENTE AL HECHO 1. ES CIERTA, la existencia de la obligación identificada con número ** 9623341781, conforme al certificado emitido por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, con fecha del 16 de julio de 2024, en el cual se manifiesta que la póliza No. 02 262 0000074978 ampara la mencionada obligación, sin embargo, el juzgado debe tenerse en cuenta que el Banco BBVA Colombia S.A es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Por esta razón, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 2. No me consta lo manifestado en este hecho, pues se trata de circunstancias ajenas a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A, empresa dedicada al ámbito de los seguros y no al ejercicio como entidad bancaria y por tal motivo se desconocen la realidad de las aseveraciones manifestadas por el extremo actor, por tanto la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

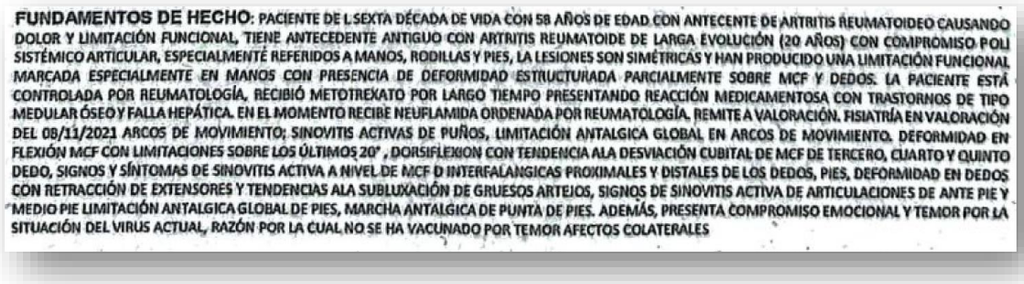
FRENTE AL HECHO 3. ES CIERTA la existencia de la póliza No. 02 262 0000074978, en donde figura como tomador el banco BBVA COLOMBIA S.A y como asegurada la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA, tal como se muestra a continuación.



Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde	Vigencia hasta
Datos del Asegurado			
Nombres y Apellidos: Mary Luz Rojas Leira.		Identificación: 60.298.714.	Edad: 58 años
Dirección: Av 3 Nº 1a-54 Villas de Zaragoza casa C3	Teléfono: 3152066531	Ciudad: Cúcuta.	
Fecha de nacimiento: 15-02-1.963.	Genero: F	Ocupación/Profesión: Docente.	

Documento: Solicitud/certificado individual de seguro No. M026300110236208729624857231.
Transcripción esencial: "Tomador/beneficiario BBVA COLOMBIA S.A… Datos del asegurado, nombres y apellidos: Mary Luz Rojas Leira."

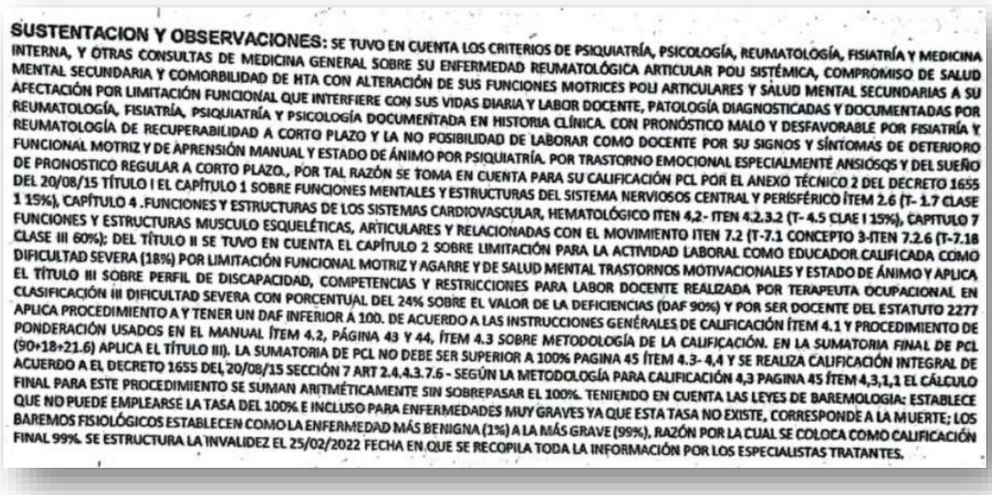
Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que, para el 29 de julio de 2021, fecha en la cual la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la Asegurada las respondió negativamente y solo indicó sufrir Hipertensión, aún cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de julio del año 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades, en especial su antecedente de artritis reumatoide, enfermedad con un tiempo de evolución de 20 años, que al tratar con medicamentos le generó reacciones medicamentosas con trastornos de tipo medular óseo y falla hepática, tal y como se observa a continuación:



FUNDAMENTOS DE HECHO: PACIENTE DE LSEXTA DÉCADA DE VIDA CON 58 AÑOS DE EDAD CON ANTECENTE DE ARTRITIS REUMATOIDEO CAUSANDO DOLOR Y LIMITACIÓN FUNCIONAL, TIENE ANTECEDENTE ANTIGUO CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LARGA EVOLUCIÓN (20 AÑOS) CON COMPROMISO POLI SISTÉMICO ARTICULAR, ESPECIALMENTE REFERIDOS A MANOS, RODILLAS Y PIES, LA LESIONES SON SIMÉTRICAS Y HAN PRODUCIDO UNA LIMITACIÓN FUNCIONAL MARCADA ESPECIALMENTE EN MANOS CON PRESENCIA DE DEFORMIDAD ESTRUCTURADA PARCIALMENTE SOBRE MCF Y DEDOS. LA PACIENTE ESTÁ CONTROLADA POR REUMATOLOGÍA, RECIBIÓ METOTREXATO POR LARGO TIEMPO PRESENTANDO REACCIÓN MEDICAMENTOSA CON TRASTORNOS DE TIPO MEDULAR ÓSEO Y FALLA HEPÁTICA. EN EL MOMENTO RECIBE NEUFLAMIDA ORDENADA POR REUMATOLOGÍA, REMITE A VALORACIÓN. FISIATRÍA EN VALORACIÓN DEL 08/11/2021 ARCOS DE MOVIMIENTO; SINOVITIS ACTIVAS DE PUÑOS, LIMITACIÓN ANTALGICA GLOBAL EN ARCOS DE MOVIMIENTO. DEFORMIDAD EN FLEXIÓN MCF CON LIMITACIONES SOBRE LOS ÚLTIMOS 20° , DORSIFLEXION CON TENDENCIA ALA DESVIACIÓN CUBITAL DE MCF DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DEDO, SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SINOVITIS ACTIVA A NIVEL DE MCF D INTERFALANGICAS PROXIMALES Y DISTALES DE LOS DEDOS, PIES, DEFORMIDAD EN DEDOS CON RETRACCIÓN DE EXTENSORES Y TENDENCIAS ALA SUBLUXACIÓN DE GRUESOS ARTEJOS, SIGNOS DE SINOVITIS ACTIVA DE ARTICULACIONES DE ANTE PIE Y MEDIO PIE LIMITACIÓN ANTALGICA GLOBAL DE PIES, MARCHA ANTALGICA DE PUNTA DE PIES. ADEMÁS, PRESENTA COMPROMISO EMOCIONAL Y TEMOR POR LA SITUACIÓN DEL VIRUS ACTUAL, RAZÓN POR LA CUAL NO SE HA VACUNADO POR TEMOR AFECTOS COLATERALES

Documento: Notificación y ejecutoria de calificación por perdida de capacidad laboral.
Transcripción esencial: "…Tiene antecedente antiguo con artritis reumatoide de larga evolución (20 años) con compromiso poli sistémico articular, especialmente referidos a manos, rodillas y pies… por largo tiempo presentó reacción medicamentosa con trastornos de tipo medular óseo y falla hepática."

Sumado a ello, también debe tenerse en cuenta que la señora MARY LUZ ROJAS, cuenta con antecedentes psiquiátricos que fueron importantes para la sumatoria de su calificación por perdida de capacidad labora, de la cual la compañía a la que represento no tenía conocimiento.



SUSTENTACION Y OBSERVACIONES: SE TUVO EN CUENTA LOS CRITERIOS DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA, REUMATOLOGÍA, FISIATRÍA Y MEDICINA INTERNA, Y OTRAS CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL SOBRE SU ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA ARTICULAR POLI SISTÉMICA, COMPROMISO DE SALUD MENTAL SECUNDARIA Y COMORBILIDAD DE HTA CON ALTERACIÓN DE SUS FUNCIONES MOTRICES POLI ARTICULARES Y SALUD MENTAL SECUNDARIAS A SU AFECTACIÓN POR LIMITACIÓN FUNCIONAL QUE INTERFIERE CON SUS VIDAS DIARIA Y LABOR DOCENTE, PATOLOGÍA DIAGNOSTICADAS Y DOCUMENTADAS POR REUMATOLOGÍA, FISIATRÍA, PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DOCUMENTADA EN HISTORIA CLÍNICA. CON PRONÓSTICO MALO Y DESFAVORABLE POR FISIATRÍA Y REUMATOLOGÍA DE RECUPERABILIDAD A CORTO PLAZO Y LA NO POSIBILIDAD DE LABORAR COMO DOCENTE POR SU SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DETERIORO FUNCIONAL MOTRIZ Y DE APRENSIÓN MANUAL Y ESTADO DE ÁNIMO POR PSIQUIATRÍA. POR TRASTORNO EMOCIONAL ESPECIALMENTE ANSIÓSQS Y DEL SUEÑO DE PRONOSTICO REGULAR A CORTO PLAZO., POR TAL RAZÓN SE TOMA EN CUENTA PARA SU CALIFICACIÓN PCL POR EL ANEXO TÉCNICO 2 DEL DECRETO 1655 DEL 20/08/15 TÍTULO I EL CAPÍTULO 1 SOBRE FUNCIONES MENTALES Y ESTRUCTURAS DEL SISTEMA NERVIOSOS CENTRAL Y PERISFÉRICO ÍTEM 2.6 (T- 1.7 CLASE 1 15%), CAPÍTULO 4 .FUNCIONES Y ESTRUCTURAS DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO ITEN 4,2- ITEN 4.2.3.2 (T- 4.5 CLAE I 15%), CAPITULO 7 FUNCIONES Y ESTRUCTURAS MUSCULO ESQUELÉTICAS, ARTICULARES Y RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO ITEN 7.2 (T-7.1 CONCEPTO 3-ITEN 7.2.6 (T-7.18 CLASE III 60%): DEL TÍTULO II SE TUVO EN CUENTA EL CAPÍTULO 2 SOBRE LIMITACIÓN PARA LA ACTIVIDAD LABORAL COMO EDUCADOR CALIFICADA COMO DIFICULTAD SEVERA (18%) POR LIMITACIÓN FUNCIONAL MOTRIZ Y AGARRE Y DE SALUD MENTAL TRASTORNOS MOTIVACIONALES Y ESTADO DE ÁNIMO Y APLICA EL TÍTULO III SOBRE PERFIL DE DISCAPACIDAD, COMPETENCIAS Y RESTRICCIONES PARA LABOR DOCENTE REALIZADA POR TERAPEUTA OCUPACIONAL EN CLASIFICACIÓN III DIFICULTAD SEVERA CON PORCENTUAL DEL 24% SOBRE EL VALOR DE LA DEFICIENCIAS (DAF 90%) Y POR SER DOCENTE DEL ESTATUTO 2277 APLICA PROCEDIMIENTO A Y TENER UN DAF INFERIOR A 100. DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES GENÉRALES DE CALIFICACIÓN ÍTEM 4.1 Y PROCEDIMIENTO DE PONDERACIÓN USADOS EN EL MANUAL ÍTEM 4.2, PÁGINA 43 Y 44, ÍTEM 4.3 SOBRE METODOLOGÍA DE LA CALIFICACIÓN. EN LA SUMATORIA FINAL DE PCL (90+18+21.6) APLICA EL TÍTULO III). LA SUMATORIA DE PCL NO DEBE SER SUPERIOR A 100% PAGINA 45 ÍTEM 4.3- 4,4 Y SE REALIZA CALIFICACIÓN INTEGRAL DE ACUERDO A EL DECRETO 1655 DEL 20/08/15 SECCIÓN 7 ART 2.4.4.3.7.6 - SEGÚN LA METODOLOGÍA PARA CALIFICACIÓN 4,3 PAGINA 45 ÍTEM 4,3,1,1 EL CÁLCULO FINAL PARA ESTE PROCEDIMIENTO SE SUMAN ARITMÉTICAMENTE SIN SOBREPASAR EL 100%. TENIENDO EN CUENTA LAS LEYES DE BAREMOLOGIA: ESTABLECE QUE NO PUEDE EMPLEARSE LA TASA DEL 100% E INCLUSO PARA ENFERMEDADES MUY GRAVES YA QUE ESTA TASA NO EXISTE, CORRESPONDE A LA MUERTE; LOS BAREMOS FISIOLÓGICOS ESTABLECEN COMO LA ENFERMEDAD MÁS BENIGNA (1%) A LA MÁS GRAVE (99%), RAZÓN POR LA CUAL SE COLOCA COMO CALIFICACIÓN FINAL 99%. SE ESTRUCTURA LA INVALIDEZ EL 25/02/2022 FECHA EN QUE SE RECOPILA TODA LA INFORMACIÓN POR LOS ESPECIALISTAS TRATANTES.

Documento: Notificación y ejecutoria de calificación por perdida de capacidad laboral.
Transcripción esencial: "…Se tuvo en cuenta los criterios de psiquiatría, psicología…"

Conforme al fragmento del dictamen que la demandante adjunta como prueba de la demanda, es observable que, tal como ya se ha indicado, su antecedente psiquiátrico y psicológico fue tenido en cuenta para la realización de una calificación integral, que la llevaría a tener una PCL de 99%.

FRENTE AL HECHO 4. Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

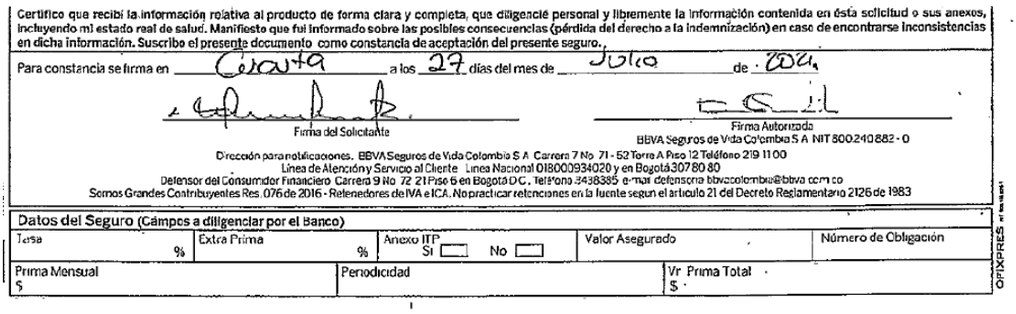
- ES CIERTO, lo manifestado en este hecho respecto de la existencia de la póliza pactada con mi representada, conforme al certificado emitido por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, con fecha del 16 de julio de 2024, en el cual se manifiesta que la póliza No. 02 262 0000074978 ampara los riesgos de vida (muerte por cualquier causa) e incapacidad total y permanente.

  Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que, para el 29 de julio de 2021, fecha en la cual la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA 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 pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la Asegurada las respondió negativamente y solo indicó sufrir Hipertensión, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de julio del año 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades, en especial su antecedente de artritis reumatoide, enfermedad con un tiempo de evolución de 20 años, que al tratar con medicamentos le generó reacciones medicamentosas con trastornos de tipo medular óseo y falla hepática.

  Sumado a ello, también debe tenerse en cuenta que la señora MARY LUZ ROJAS, cuenta con antecedentes psiquiátricos que fueron importantes para la sumatoria de su calificación por perdida de capacidad labora, de la cual la compañía a la que represento no tenía conocimiento.

- No me consta que el Banco BBVA COLOMBIA S.A., haya suministrado el documento donde consta la existencia de la póliza en fecha del 30 de diciembre de 2022, en tal sentido, La demandante deberá probar su dicho conforme a lo estipulado en el artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO 5. NO ES CIERTO, lo manifestado en este hecho, pues a la suscripción de la solicitud de asegurabilidad se le entrega a cada cliente copia del documento firmado y cláusula de la póliza, puesto que estos elementos mencionados hacen parte integral del contrato de seguros contratado y, aun así, lo manifestado por el apoderado del extremo actor carece de verdad, pues la declaración de asegurabilidad contiene dos firmas, la última de esas dos firmas certifica que el asegurado recibió la información clara y completa.



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

Para constancia se firma en Cúcuta a los 27 días del mes de Julio de 2021.

Firma del Solicitante

Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S A NIT 800.240.882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S A Carrera 7 No 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 1100
Línea de Atención y Servicio al Cliente Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No 72 21 Piso 6 en Bogotá D.C., Teléfono 3498385 e-mail defensoria bbvacolombia@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)

Tarifa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si ☐ No ☐	Valor Asegurado	Número de Obligación
Prima Mensual $	Periodicidad		Vr Prima Total $	

OFIXPRES

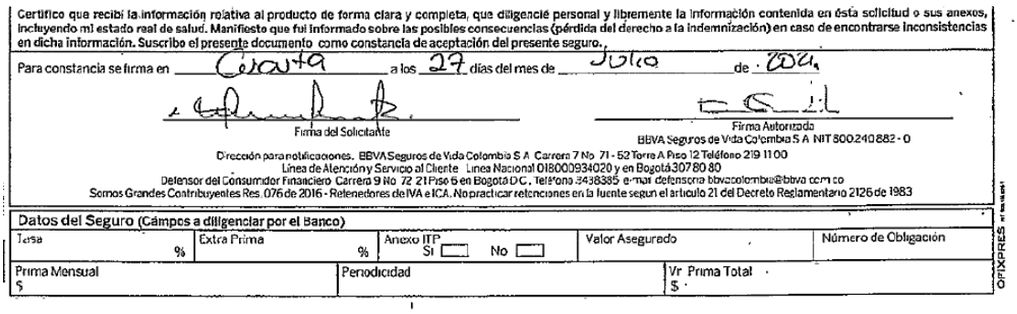
Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.
Transcripción esencial: "Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la información en esta solicitud…"

Tal como se observa, la firma indica que la señora MARY ROJAS LEIRA, recibió la información pertinente respecto del producto de forma clara.

FRENTE AL HECHO 6. Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- NO ME CONSTA, que la señora MARY LUZ ROJAS haya recibido en las oficinas del Banco BBVA COLOMBIA S.A, en fecha del 30 de diciembre de 2022 documento alguno, pues se trata de circunstancias ajenas a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A, empresa dedicada al ámbito de los seguros y no al ejercicio como entidad bancaria y por tal motivo se desconocen la realidad de las aseveraciones manifestadas por el extremo actor, por tanto la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

- NO ES CIERTO**,** que al momento de suscribir el contrato de seguro no se le haya entregado el documento que lo contenía, pues a la suscripción de la solicitud de asegurabilidad se le entrega a cada cliente copia del documento firmado y cláusula de la póliza, puesto que estos elementos mencionados hacen parte integral del contrato de seguros contratado y, aun así, lo manifestado por el apoderado del extremo actor carece de verdad, pues la declaración de asegurabilidad contiene dos firmas, la última de esas dos firmas certifica que el asegurado recibió la información clara y completa.



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

Para constancia se firma en Cúcuta a los 27 días del mes de Julio de 2021.

Firma del Solicitante

Firma Autorizado
BBVA Seguros de Vida Colombia S A NIT 800.240.882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S A Carrera 7 No 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 1100
Línea de Atención y Servicio al Cliente Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No 72 21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3438385 e-mail defensoria bbvacolombia@bbva com co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)

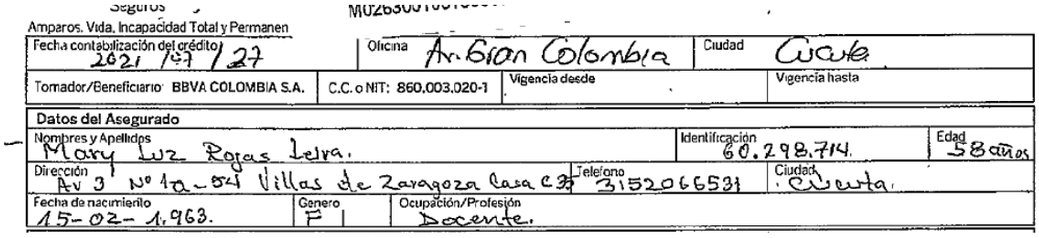
Tasa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si ☐ No ☐	Valor Asegurado	Número de Obligación
Prima Mensual $	Periodicidad	Vr Prima Total $		

OPTXPRESS

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.
Transcripción esencial: "Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la información en esta solicitud…"

Tal como se observa, la firma indica que la señora MARY ROJAS LEIRA, recibió la información pertinente respecto del producto de forma clara.

FRENTE AL HECHO 7. ES CIERTO, en cuanto a que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA declaró en su certificado de asegurabilidad desempeñarse como docente.



Seguros MU263001001...

Amparos. Vida, Incapacidad Total y Permanen

Fecha contabilización del crédito	Oficina	Ciudad
2021 / 07 / 27	Av. Gran Colombia	Cúcuta

Tomador/Beneficiario	C.C. o NIT	Vigencia desde	Vigencia hasta
BBVA COLOMBIA S.A.	860.003.020-1		

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos	Identificación	Edad
Mary Luz Rojas Leira.	60.298.714.	58 años

Dirección	Teléfono	Ciudad
Av 3 Nº 1a-54 Villas de Zaragoza casa C3	3152066531	Cúcuta.

Fecha de nacimiento	Genero	Ocupación/Profesión
15-02-1.963.	F	Docente.

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.
Transcripción esencial: "Ocupación/Profesión: Docente…"

FRENTE AL HECHO 8. ES CIERTO, que la póliza No. 02 262 0000074978 se amparan los riesgos: Vida (muerte por cualquier causa) e incapacidad total y permanente.

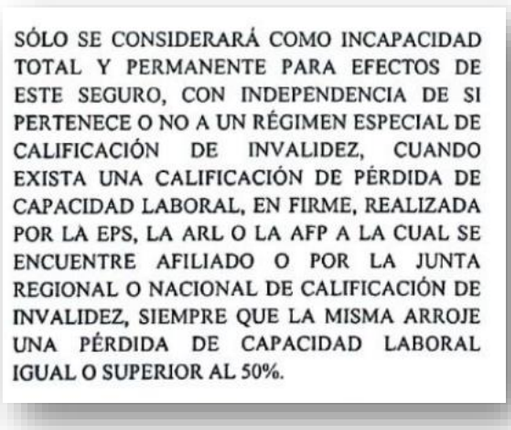
FRENTE AL HECHO 9. ES CIERTO, el seguro fue formalizado el día 29 de julio de 2021, tal y como se manifiesta en el certificado emitido por la BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A y se encontraba vigente hasta la fecha de emisión de dicho documento.

FRENTE AL HECHO 10. NO ME CONSTA, pues la manifestación realizada no tiene relación con el objeto social que desempeña la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOBIA S.A, sino que pertenece a la esfera privada de la demandante, por tal motivo, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 11. NO ME CONSTA, pues la manifestación realizada no tiene relación con el objeto social que desempeña la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOBIA S.A, sino que pertenece a la esfera privada de la demandante, por tal motivo, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 12. NO ME CONSTA, pues la manifestación realizada no tiene relación con el objeto social que desempeña la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOBIA S.A, sino que pertenece a la esfera privada de la demandante, por tal motivo, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 13. ES CIERTO, conforme a lo anexado como pruebas documentales dentro del acervo probatorio que respalda la demanda, en específico en el documento denominado "*Notificación y ejecutoria de calificación por perdida de capacidad laboral",* pues los demás que acompañan al mencionado documento son ilegibles y no fue posible estudiarlos. No obstante, desde ahora su Despacho deberá tener en cuenta que la entidad UT RED FOSCAL-CLUB no es una de las entidades admitidas por la póliza para la expedición de este tipo de dictámenes


SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

Documento: Clausulado general póliza de seguros de vida grupo deudores bancaseguros.
Transcripción general: "Solo se considerará como incapacidad total y permanente para efectos de este seguro, con independencia de si pertenece o no a un régimen especial de calificación de invalidez, cuando existe una calificación de pérdida de capacidad laboral, en firme, realizada por la EPS, la ARL o la AFP a la cual se encuentre afiliado o por la Junta Regional o Nacional de calificación de invalidéz…"

FRENTE AL HECHO 14. NO SE TRATA DE UN HECHO, sino de manifestaciones que el apoderado de la contraparte realiza, las cuales carecen de sustento jurídico y factico, pues, no es posible hablar de realización del riesgo amparado en el contrato de seguros, cuando engañosamente mi prohijada aseguró a la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA, sin conocer su verdadero estado de salud y la situación real del riesgo al que se sometía al realizar el contrato de seguros que hoy nos ocupa.

Ahora bien, el despacho deberá tener en cuenta que en el evento en el que se pruebe que el riesgo asegurado no se realizó en los términos de la póliza, la misma no podrá ser afectada.

FRENTE AL HECHO 15. PARCIALMENTE CIERTO, conforme a los documentos anexados en la demanda, pues a folio No. 83 se encuentra documento denominado “FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES”, con fecha del 28 de junio de 2022, sin embargo, en él no se muestra la transcripción de lo que el apoderado argumenta, pues se trata únicamente de un documento en el que se recolecta información del asegurado, beneficiario y el motivo del reclamo.

FRENTE AL HECHO 16. PARCIALMENTE CIERTO, conforme a los documentos anexados en la demanda, pues a folio No. 83 se encuentra documento denominado “FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES”, con fecha del 28 de junio de 2022, sin embargo, en él no se muestra la transcripción de lo que el apoderado argumenta, pues se trata únicamente de un documento en el que se recolecta información del asegurado, beneficiario y el motivo del reclamo.

FRENTE AL HECHO 17. ES CIERTO**,** (con la claridad de que la carta está dirigida a MARY LUZ LOPEZ LEIRA) pues la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, remite carta de objeción a la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA fechada de 09 de julio de 2022, en la que se le pone de presente las razones por las que la compañía no procederá con el pago de las deudas de la hoy demandante, pues en el caso a estudio se estructura la figura de reticencia, por cuanto la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA no puso de presente a la compañía su estado de salud real, aun cuando lo conocía detalladamente antes de la suscripción de sus seguros.

Para el caso que nos ocupa, se procedió con la validación de la póliza que suscribió libre y voluntariamente, con el certificado de asegurabilidad No. 00130158009624857231 y 00130158009623341781 y en el cual el Asegurado de la Referencia, omitió declarar e informar debidamente su condición de salud y para lo cual no informo que tenía antecedentes de artritis reumatoide de larga evolución (20 años) con compromiso poli sistémico articular, además, trastorno mixto de ansiedad y depresión registros de fechas 14/02/2019, 25/11/2020 y 18/12/2021 en tratamiento farmacológico Fluoxetina, de otra parte, registra antecedentes de gastropatía aguda diagnóstico de enfermedad por reflujo grado a - gastritis crónica (bx. gástrica) registro de fecha 21/08/2020, así mismo registra gastritis crónica reporte de endoscopia de fecha 25/09/2021 con diagnóstico de gastritis superficial difusa y erosiva, con h pylori positiva, estos diagnósticos forman parte de las causales de calificación y son antecedentes relevantes no declarados y que por su connotación tenía que ser de conocimiento de la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.

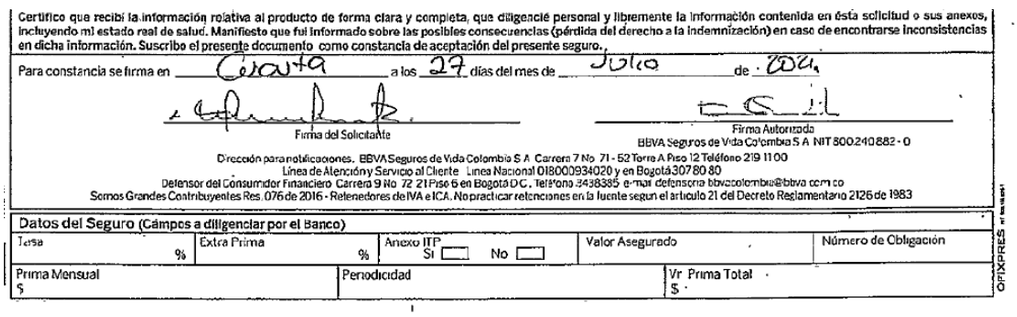
Documento: Carta de objeción.

Transcripción esencial: "…para lo cual no informó que tenía antecedentes de artristis reumatoide de larga evolución (20 años) con compromiso poli sistémico articular, además trastorno mixto de ansiedad y depresión registros de fechas 14/02/2019, 25/11/2020 y 18/12/2021 en tratamiento farmacológico fluoxetina, de otra parte, registra antecedentes de gastropatía aguda diagnóstico de enfermedad por reflujo grado a -gastritis crónica (bx. gástrica) registro de fecha 21/08/2020, así mismo registra gastritis crónica reporte de endoscopia de fecha 25/09/2021 con diagnóstico de gastritis superficial difusa y erosiva, con h pylori positiva…""

Tal como se puede observar, la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA tenía conocimiento de sus padecimientos, que además tienen antecedentes de fechas anteriores a la suscripción de su seguro y aun así decidió omitir mencionarlas a la aseguradora, por lo que se configura, como se ha mencionado antes, la figura de reticencia.

FRENTE AL HECHO 18. NO SE TRATA DE UN HECHO, sino de una manifestación subjetiva realizada por el apoderado de la demandante, el cual carece de fundamento factico y jurídico. En todo caso le corresponde a la parte actora cumplir con su carga probatoria, aportando pruebas pertinentes y conducentes en su respectiva oportunidad procesal, conforme a lo estipulado en el artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO 19. **NO ES CIERTO,** lo manifestado en este hecho, pues a la suscripción de la solicitud de asegurabilidad se le entrega a cada cliente copia del documento firmado y cláusula de la póliza, puesto que estos elementos mencionados hacen parte integral del contrato de seguros contratado y, aun así, lo manifestado por el apoderado del extremo actor carece de verdad, pues la declaración de asegurabilidad contiene dos firmas, la última de esas dos firmas certifica que el asegurado recibió la información clara y completa.



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

Para constancia se firma en Cúcuta a los 27 días del mes de Julio de 2021.

Firma del Solicitante

Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 1100
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero: Carrera 9 No. 72 21 Piso 6 en Bogotá D.C., Teléfono 3498385 e-mail defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

Datos del Seguro (Cámpos a diligenciar por el Banco)				
Tasa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si ☐ No ☐	Valor Asegurado	Número de Obligación
Prima Mensual $	Periodicidad	Vr. Prima Total $		

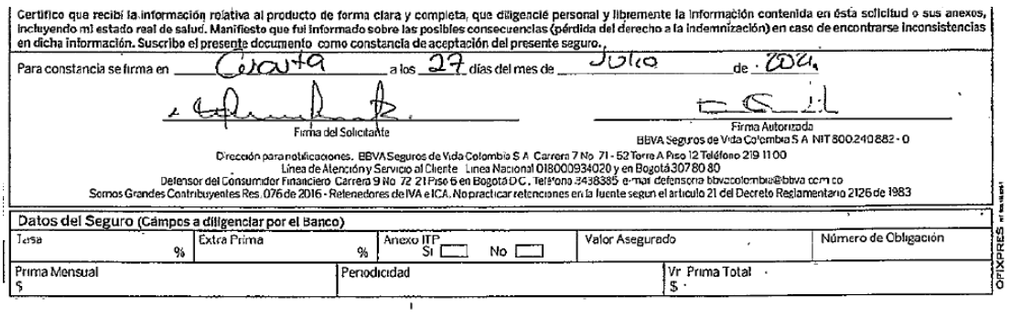
OFIXPRES

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.

Transcripción esencial: "Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la información en esta solicitud…"

Tal como se observa, la firma indica que la señora MARY ROJAS LEIRA, recibió la información pertinente respecto del producto de forma clara.

FRENTE AL HECHO 20. NO ES CIERTO, mi representada no ha incurrido en ninguna omisión de entrega o de información, tal como se evidencia de las declaraciones de asegurabilidad obrantes en el plenario del proceso, en las que se observa que la declaración de asegurabilidad contiene dos firmas, la última de esas dos firmas certifica que el asegurado recibió la información clara y completa.



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

Para constancia se firma en Cúcuta a los 27 días del mes de Julio de 2021

Firma del Solicitante

Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero: Carrera 9 No. 72 21 Piso 6 en Bogotá D.C., Teléfono 3498385 e-mail defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

Datos del Seguro (Cámpos a diligenciar por el Banco)

Tarifa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si ☐ No ☐	Valor Asegurado	Número de Obligación
Prima Mensual $	Periodicidad	Vr. Prima Total $		

OPIXPRES

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.
Transcripción esencial: "Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la información en esta solicitud…"

Tal como se observa, la firma indica que la señora MARY ROJAS LEIRA, recibió la información pertinente respecto del producto de forma clara.

FRENTE AL HECHO 21, 21.a, 21.b, 21.c. NO ME CONSTA lo manifestado en este hecho, pues se trata de circunstancias ajenas a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A, empresa dedicada al ámbito de los seguros y no al ejercicio como entidad bancaria y por tal motivo se desconocen la realidad de las aseveraciones manifestadas por el extremo actor, por tanto la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 22. NO ME CONSTA lo manifestado en este hecho, pues se trata de circunstancias ajenas a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A, empresa dedicada al ámbito de los seguros y no al ejercicio como entidad bancaria y por tal motivo se desconocen la realidad de las aseveraciones manifestadas por el extremo actor, por tanto la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 23. Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

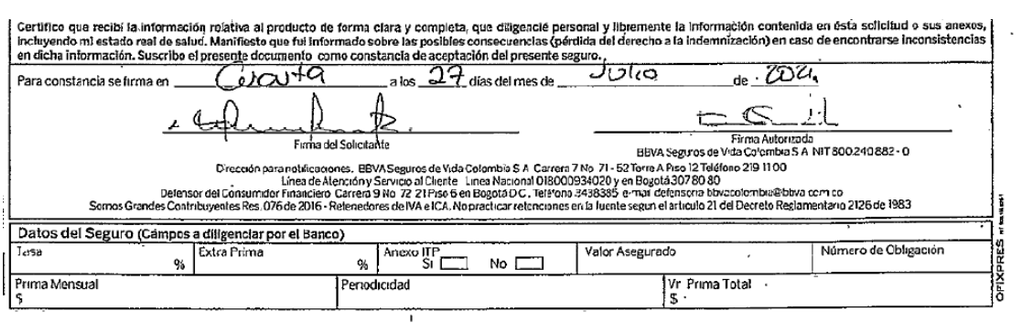
- No me consta que el banco BBVA haya seguido realizando las deducciones correspondientes a las obligaciones de las cuales la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA es titular.

- No se trata de un hecho, sino de aseveraciones sin sustento factico ni jurídico, realizadas por parte del apoderado de la demandante, pues no podemos hablar de la realización del riesgo amparado en el contrato de seguros, cuando engañosamente mi prohijada aseguró a la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA, sin conocer su verdadero estado de salud y la situación real del riesgo al que se sometía al realizar el contrato de seguros que hoy nos ocupa.

- En todo caso, se aclara que según los términos literales de la póliza el siniestro no es en ningún caso la fecha de estructuración como mal lo entiende la demandante, sino que, en cualquier evento, la póliza establece que la fecha del siniestro es la fecha de emisión de la correspondiente calificación de pérdida de capacidad laboral, valga recordar, por las entidades aceptadas en las condiciones de la póliza de seguros.

FRENTE AL HECHO 24. NO SE TRATA DE UN HECHO, sino de una solicitud que debe realizarse en el acápite de pretensiones.

FRENTE AL HECHO 25. NO ES CIERTO, lo manifestado en este hecho, pues a la suscripción de la solicitud de asegurabilidad se le entrega a cada cliente copia del documento firmado y cláusula de la póliza, puesto que estos elementos mencionados hacen parte integral del contrato de seguros contratado y, aun así, lo manifestado por el apoderado del extremo actor carece de verdad, pues en el documento "solicitud/certificado individual seguro" se ratifica, por medio de la firma de la hoy demandante, que recibió información clara y completa respecto del producto.



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

Para constancia se firma en Cúcuta a los 27 días del mes de Julio de 2021.

Firma del Solicitante

Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800.240.882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 1100
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero: Carrera 9 No. 72 21 Piso 6 en Bogotá D.C., Teléfono 3498385 e-mail defensoria.bbvacolombia@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)				
Tarifa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si ☐ No ☐	Valor Asegurado	Número de Obligación
Prima Mensual $	Periodicidad	Vr. Prima Total $		

OFIXPRES

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.
Transcripción esencial: "Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la información en esta solicitud…"

Tal como se observa, la firma indica que la señora MARY ROJAS LEIRA, recibió la información pertinente respecto del producto de forma clara.

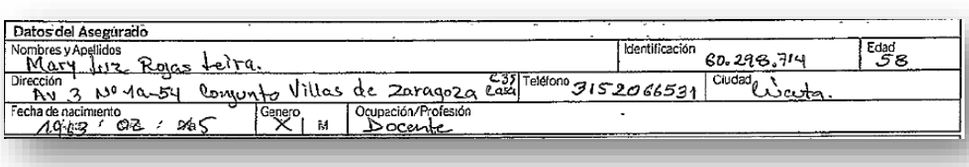
PRONUNCIAMIENTO FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO "HECHOS AL PRESTAMO No. 2 Y AL CONTRATO DE SEGURO No.2.

FRENTE AL HECHO 1. ES CIERTA, la existencia de la obligación identificada con número ** 9624857231, conforme al certificado emitido por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, con fecha del 17 de diciembre de 2024, en el cual se manifiesta que la póliza No. 02 261 0000105100 ampara la mencionada obligación, sin embargo, el juzgado debe tenerse en cuenta que el Banco BBVA Colombia S.A es una entidad diferente de mi representada, por lo que no me consta cuales fueron las condiciones de modo, tiempo y lugar en qué se colocó el producto. Por esta razón, la parte actora deberá probar su dicho, a través de los medios útiles, conducentes y pertinentes.

En todo caso y sin perjuicio de lo anterior, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 2. No me consta lo manifestado en este hecho, pues se trata de circunstancias ajenas a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A, empresa dedicada al ámbito de los seguros y no al ejercicio como entidad bancaria y por tal motivo se desconocen la realidad de las aseveraciones manifestadas por el extremo actor, por tanto la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 3. ES CIERTA, la existencia de la póliza No. 02 261 0000105100, en donde figura como tomador el banco BBVA COLOMBIA S.A y como asegurada la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA, tal como se muestra a continuación.

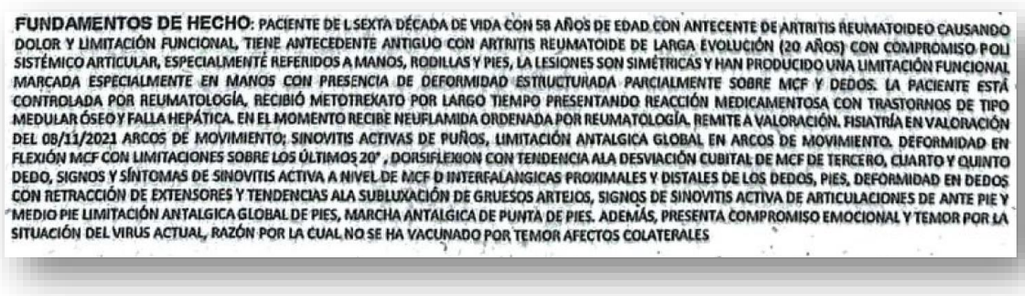


Datos del Asegurado			
Nombres y Apellidos: Mary Luz Rojas Leira.		Identificación: 60.298.714	Edad: 58
Dirección: Av 3 Nº 14-54 Conjunto Villas de Zaragoza Casa 33	Teléfono: 3152066531	Ciudad: Cúcuta.	
Fecha de nacimiento: 19-03-65	Genero: X F M	Ocupación/Profesión: Docente	

Documento: Solicitud/certificado individual de seguro No. M026300110236208729624857281.

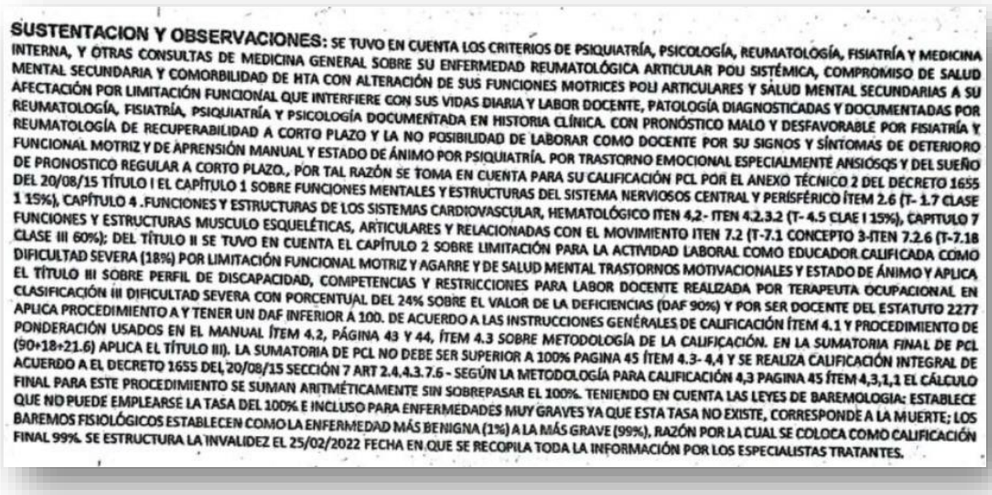
Transcripción esencial: "Tomador/beneficiario BBVA COLOMBIA S.A… Datos del asegurado, nombres y apellidos: Mary Luz Rojas Leira."

Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que, para el 17 de diciembre de 2021, fecha en la cual la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA 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 pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la Asegurada las respondió negativamente y solo indicó sufrir Hipertensión, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre del año 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades, en especial su antecedente de artritis reumatoide, enfermedad con un tiempo de evolución de 20 años, que al tratar con medicamentos le generó reacciones medicamentosas con trastornos de tipo medular óseo y falla hepática, tal y como se observa a continuación:


FUNDAMENTOS DE HECHO: PACIENTE DE L SEXTA DÉCADA DE VIDA CON 58 AÑOS DE EDAD CON ANTECENTE DE ARTRITIS REUMATOIDEO CAUSANDO DOLOR Y LIMITACIÓN FUNCIONAL, TIENE ANTECEDENTE ANTIGUO CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LARGA EVOLUCIÓN (20 AÑOS) CON COMPROMISO POLI SISTÉMICO ARTICULAR, ESPECIALMENTE REFERIDOS A MANOS, RODILLAS Y PIES, LA LESIONES SON SIMÉTRICAS Y HAN PRODUCIDO UNA LIMITACIÓN FUNCIONAL MARCADA ESPECIALMENTE EN MANOS CON PRESENCIA DE DEFORMIDAD ESTRUCTURADA PARCIALMENTE SOBRE MCF Y DEDOS. LA PACIENTE ESTÁ CONTROLADA POR REUMATOLOGÍA, RECIBIÓ METOTREXATO POR LARGO TIEMPO PRESENTANDO REACCIÓN MEDICAMENTOSA CON TRASTORNOS DE TIPO MEDULAR ÓSEO Y FALLA HEPÁTICA. EN EL MOMENTO RECIBE NEUFLAMIDA ORDENADA POR REUMATOLOGÍA, REMITE A VALORACIÓN. FISIATRÍA EN VALORACIÓN DEL 08/11/2021 ARCOS DE MOVIMIENTO; SINOVITIS ACTIVAS DE PUÑOS, LIMITACIÓN ANTALGICA GLOBAL EN ARCOS DE MOVIMIENTO. DEFORMIDAD EN FLEXIÓN MCF CON LIMITACIONES SOBRE LOS ÚLTIMOS 20° , DORSIFLEXION CON TENDENCIA ALA DESVIACIÓN CUBITAL DE MCF DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DEDO, SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SINOVITIS ACTIVA A NIVEL DE MCF D INTERFALANGICAS PROXIMALES Y DISTALES DE LOS DEDOS, PIES, DEFORMIDAD EN DEDOS CON RETRACCIÓN DE EXTENSORES Y TENDENCIAS ALA SUBLUXACIÓN DE GRUESOS ARTEJOS, SIGNOS DE SINOVITIS ACTIVA DE ARTICULACIONES DE ANTE PIE Y MEDIO PIE LIMITACIÓN ANTALGICA GLOBAL DE PIES, MARCHA ANTALGICA DE PUNTA DE PIES. ADEMÁS, PRESENTA COMPROMISO EMOCIONAL Y TEMOR POR LA SITUACIÓN DEL VIRUS ACTUAL, RAZÓN POR LA CUAL NO SE HA VACUNADO POR TEMOR AFECTOS COLATERALES

Documento: Notificación y ejecutoria de calificación por perdida de capacidad laboral.
Transcripción esencial: "…Tiene antecedente antiguo con artritis reumatoide de larga evolución (20 años) con compromiso poli sistémico articular, especialmente referidos a manos, rodillas y pies… por largo tiempo presentó reacción medicamentosa con trastornos de tipo medular óseo y falla hepática."

Sumado a ello, también debe tenerse en cuenta que la señora MARY LUZ ROJAS, cuenta con antecedentes psiquiátricos que fueron importantes para la sumatoria de su calificación por perdida de capacidad labora, de la cual la compañía a la que represento no tenía conocimiento.



SUSTENTACION Y OBSERVACIONES: SE TUVO EN CUENTA LOS CRITERIOS DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA, REUMATOLOGÍA, FISIATRÍA Y MEDICINA INTERNA, Y OTRAS CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL SOBRE SU ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA ARTICULAR POLI SISTÉMICA, COMPROMISO DE SALUD MENTAL SECUNDARIA Y COMORBILIDAD DE HTA CON ALTERACIÓN DE SUS FUNCIONES MOTRICES POLI ARTICULARES Y SALUD MENTAL SECUNDARIAS A SU AFECTACIÓN POR LIMITACIÓN FUNCIONAL QUE INTERFIERE CON SUS VIDAS DIARIA Y LABOR DOCENTE, PATOLOGÍA DIAGNOSTICADAS Y DOCUMENTADAS POR REUMATOLOGÍA, FISIATRÍA, PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DOCUMENTADA EN HISTORIA CLÍNICA. CON PRONÓSTICO MALO Y DESFAVORABLE POR FISIATRÍA Y REUMATOLOGÍA DE RECUPERABILIDAD A CORTO PLAZO Y LA NO POSIBILIDAD DE LABORAR COMO DOCENTE POR SU SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DETERIORO FUNCIONAL MOTRIZ Y DE APRENSIÓN MANUAL Y ESTADO DE ÁNIMO POR PSIQUIATRÍA. POR TRASTORNO EMOCIONAL ESPECIALMENTE ANSIÓSQS Y DEL SUEÑO DE PRONOSTICO REGULAR A CORTO PLAZO., POR TAL RAZÓN SE TOMA EN CUENTA PARA SU CALIFICACIÓN PCL POR EL ANEXO TÉCNICO 2 DEL DECRETO 1655 DEL 20/08/15 TÍTULO I EL CAPÍTULO 1 SOBRE FUNCIONES MENTALES Y ESTRUCTURAS DEL SISTEMA NERVIOSOS CENTRAL Y PERISFÉRICO ÍTEM 2.6 (T- 1.7 CLASE 1 15%), CAPÍTULO 4 .FUNCIONES Y ESTRUCTURAS DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO ITEN 4,2- ITEN 4.2.3.2 (T- 4.5 CLAE I 15%), CAPITULO 7 FUNCIONES Y ESTRUCTURAS MUSCULO ESQUELÉTICAS, ARTICULARES Y RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO ITEN 7.2 (T-7.1 CONCEPTO 3-ITEN 7.2.6 (T-7.18 CLASE III 60%); DEL TÍTULO II SE TUVO EN CUENTA EL CAPÍTULO 2 SOBRE LIMITACIÓN PARA LA ACTIVIDAD LABORAL COMO EDUCADOR CALIFICADA COMO DIFICULTAD SEVERA (18%) POR LIMITACIÓN FUNCIONAL MOTRIZ Y AGARRE Y DE SALUD MENTAL TRASTORNOS MOTIVACIONALES Y ESTADO DE ÁNIMO Y APLICA EL TÍTULO III SOBRE PERFIL DE DISCAPACIDAD, COMPETENCIAS Y RESTRICCIONES PARA LABOR DOCENTE REALIZADA POR TERAPEUTA OCUPACIONAL EN CLASIFICACIÓN III DIFICULTAD SEVERA CON PORCENTUAL DEL 24% SOBRE EL VALOR DE LA DEFICIENCIAS (DAF 90%) Y POR SER DOCENTE DEL ESTATUTO 2277 APLICA PROCEDIMIENTO A Y TENER UN DAF INFERIOR A 100. DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES GENÉRALES DE CALIFICACIÓN ÍTEM 4.1 Y PROCEDIMIENTO DE PONDERACIÓN USADOS EN EL MANUAL ÍTEM 4.2, PÁGINA 43 Y 44, ÍTEM 4.3 SOBRE METODOLOGÍA DE LA CALIFICACIÓN. EN LA SUMATORIA FINAL DE PCL (90+18+21.6) APLICA EL TÍTULO III). LA SUMATORIA DE PCL NO DEBE SER SUPERIOR A 100% PAGINA 45 ÍTEM 4.3- 4,4 Y SE REALIZA CALIFICACIÓN INTEGRAL DE ACUERDO A EL DECRETO 1655 DEL 20/08/15 SECCIÓN 7 ART 2.4.4.3.7.6 - SEGÚN LA METODOLOGÍA PARA CALIFICACIÓN 4,3 PAGINA 45 ÍTEM 4,3,1,1 EL CÁLCULO FINAL PARA ESTE PROCEDIMIENTO SE SUMAN ARITMÉTICAMENTE SIN SOBREPASAR EL 100%. TENIENDO EN CUENTA LAS LEYES DE BAREMOLOGIA: ESTABLECE QUE NO PUEDE EMPLEARSE LA TASA DEL 100% E INCLUSO PARA ENFERMEDADES MUY GRAVES YA QUE ESTA TASA NO EXISTE, CORRESPONDE A LA MUERTE; LOS BAREMOS FISIOLÓGICOS ESTABLECEN COMO LA ENFERMEDAD MÁS BENIGNA (1%) A LA MÁS GRAVE (99%), RAZÓN POR LA CUAL SE COLOCA COMO CALIFICACIÓN FINAL 99%. SE ESTRUCTURA LA INVALIDEZ EL 25/02/2022 FECHA EN QUE SE RECOPILA TODA LA INFORMACIÓN POR LOS ESPECIALISTAS TRATANTES.

Documento: Notificación y ejecutoria de calificación por perdida de capacidad laboral.
Transcripción esencial: "…Se tuvo en cuenta los criterios de psiquiatría, psicología…"

Conforme al fragmento del dictamen que la demandante adjunta como prueba de la demanda, es observable que, tal como ya se ha indicado, su antecedente psiquiátrico y psicológico fue tenido en cuenta para la realización de una calificación integral, que la llevaría a tener una PCL de 99%.

FRENTE AL HECHO 4. Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- ES CIERTO, lo manifestado en este hecho respecto de la existencia de la póliza pactada con mi representada, conforme al certificado emitido por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, con fecha del 16 de julio de 2024, en el cual se manifiesta que la póliza No. 02 261 0000105100 ampara los riesgos de vida (muerte por cualquier causa) e incapacidad total y permanente.

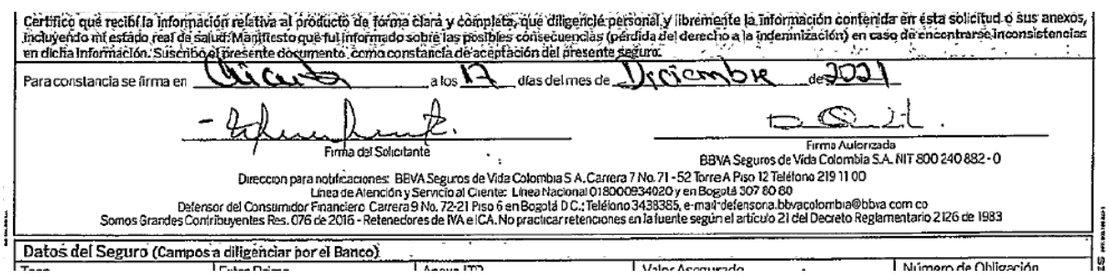
  Sin embargo, desde este momento el Despacho deberá tener en consideración que, para el 17 de diciembre de 2021, fecha en la cual la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA solicitó su aseguramiento, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad) sobre su estado de salud, en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la Asegurada las respondió negativamente y solo indicó sufrir Hipertensión, aun cuando tenía pleno conocimiento que estas respuestas negativas constituían una falta a la verdad. Es decir, a pesar de que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA conocía de sus padecimientos de salud con anterioridad al mes de diciembre del año 2021, negó la existencia de todas sus enfermedades, en especial su antecedente de artritis reumatoide,

enfermedad con un tiempo de evolución de 20 años, que al tratar con medicamentos le generó reacciones medicamentosas con trastornos de tipo medular óseo y falla hepática.

Sumado a ello, también debe tenerse en cuenta que la señora MARY LUZ ROJAS, cuenta con antecedentes psiquiátricos que fueron importantes para la sumatoria de su calificación por perdida de capacidad labora, de la cual la compañía a la que represento no tenía conocimiento.

- No me consta que el Banco BBVA COLOMBIA S.A., haya suministrado el documento donde consta la existencia de la póliza en fecha del 30 de diciembre de 2022, en tal sentido, La demandante deberá probar su dicho conforme a lo estipulado en el artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO 5. NO ES CIERTO, lo manifestado en este hecho, pues a la suscripción de la solicitud de asegurabilidad se le entrega a cada cliente copia del documento firmado y cláusula de la póliza, puesto que estos elementos mencionados hacen parte integral del contrato de seguros contratado y, aun así, lo manifestado por el apoderado del extremo actor carece de verdad, pues en el documento "solicitud/certificado individual seguro" se ratifica, por medio de la firma de la hoy demandante, que recibió información clara y completa respecto del producto.



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

Para constancia se firma en Cúcuta a los 17 días del mes de Diciembre de 2021

Firma del Solicitante

Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 60 60
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail defensora.bbvacolombia@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.
Transcripción esencial: "Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la información en esta solicitud…"

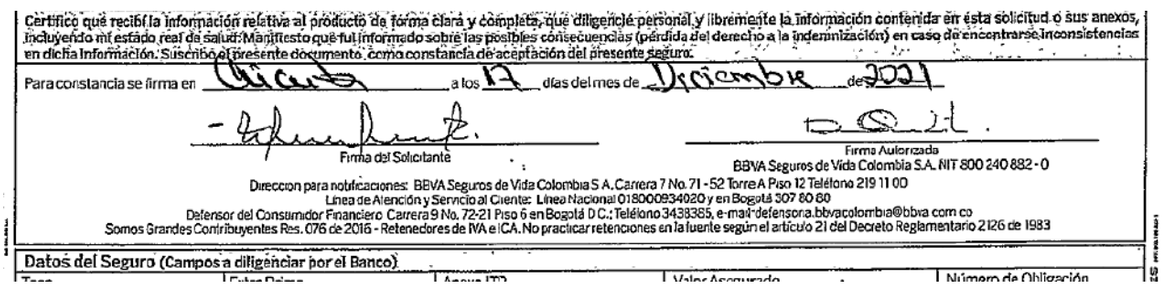
Tal como se observa, la firma indica que la señora MARY ROJAS LEIRA, recibió la información pertinente respecto del producto de forma clara.

FRENTE AL HECHO 6. Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las que me pronunciaré de la siguiente manera:

- NO ME CONSTA, que la señora MARY LUZ ROJAS haya recibido en las oficinas del Banco BBVA COLOMBIA S.A, en fecha del 30 de diciembre de 2022 documento alguno, pues se trata de circunstancias ajenas a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A, empresa dedicada al ámbito de los seguros y no al ejercicio como entidad bancaria y por tal motivo se desconocen la realidad de las aseveraciones manifestadas por el extremo

actor, por tanto la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

- NO ES CIERTO**,** que al momento de suscribir el contrato de seguro no se le haya entregado el documento que lo contenía, pues a la suscripción de la solicitud de asegurabilidad se le entrega a cada cliente copia del documento firmado y cláusula de la póliza, puesto que estos elementos mencionados hacen parte integral del contrato de seguros contratado y, aun así, lo manifestado por el apoderado del extremo actor carece de verdad, pues la declaración de asegurabilidad contiene dos firmas, la última de esas dos firmas certifica que el asegurado recibió la información clara y completa.



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

Para constancia se firma en Cúcuta a los 17 días del mes de Diciembre de 2021

Firma del Solicitante

Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0

Direccion para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S A. Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00
Linea de Atención y Servicio al Cliente: Linea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 60
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail defensora.bbvacolombia@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

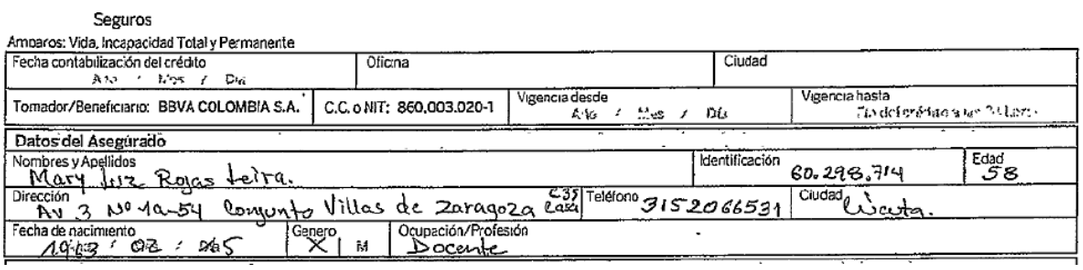
Datos del Seguro (Campos a diligenciar por el Banco)

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.

Transcripción esencial: "Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la información en esta solicitud…"

Tal como se observa, la firma indica que la señora MARY ROJAS LEIRA, recibió la información pertinente respecto del producto de forma clara.

FRENTE AL HECHO 7. ES CIERTO, en cuanto a que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA declaró en su certificado de asegurabilidad desempeñarse como docente.



Seguros

Amparos: Vida, Incapacidad Total y Permanente

Fecha contabilización del crédito Año / Mes / Día	Oficina	Ciudad	
Tomador/Beneficiario: BBVA COLOMBIA S.A.	C.C. o NIT: 860.003.020-1	Vigencia desde Año / Mes / Día	Vigencia hasta Día del próximo año / Mes / Día

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos: Mary Luz Rojas Leira.		Identificación: 60.298.714	Edad: 58
Dirección: Av 3 Nº 1A-54 Conjunto Villas de Zaragoza casa C35	Teléfono: 3152066531	Ciudad: Cúcuta.	
Fecha de nacimiento: 1963 / 02 / 05	Genero: X F M	Ocupación/Profesión: Docente	

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.

Transcripción esencial: "Ocupación/Profesión: Docente…"

FRENTE AL HECHO 8. ES CIERTO, que en la póliza No. 02 261 0000105100 se amparan los riesgos: Vida (muerte por cualquier causa) e incapacidad total y permanente, por valor de $125.000.000.

FRENTE AL HECHO 9. ES CIERTO, el seguro fue formalizado el día 17 de diciembre de 2021, tal y como se manifiesta en el certificado emitido por la BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A y se encontraba vigente hasta la fecha de emisión de dicho documento.

FRENTE AL HECHO 10. NO ME CONSTA, pues la manifestación realizada no tiene relación con el objeto social que desempeña la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOBIA S.A, sino que pertenece a la esfera privada de la demandante, por tal motivo, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 11. NO ME CONSTA, pues la manifestación realizada no tiene relación con el objeto social que desempeña la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOBIA S.A, sino que pertenece a la esfera privada de la demandante, por tal motivo, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 12. NO ME CONSTA, pues la manifestación realizada no tiene relación con el objeto social que desempeña la compañía BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOBIA S.A, sino que pertenece a la esfera privada de la demandante, por tal motivo, la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 13. ES CIERTO, conforme a lo anexado como pruebas documentales dentro del acervo probatorio que respalda la demanda, en específico en el documento denominado "*Notificación y ejecutoria de calificación por perdida de capacidad laboral",* pues los demás que acompañan al mencionado documento son ilegibles y no fue posible estudiarlos. No obstante, desde ahora su Despacho deberá tener en cuenta que la entidad UT RED FOSCAL-CLUB no es una de las entidades admitidas por la póliza para la expedición de este tipo de dictámenes.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

Documento: Clausulado general póliza de seguros de vida grupo deudores bancaseguros. Transcripción general: "Solo se considerará como incapacidad total y permanente para efectos de este seguro, con independencia de si pertenece o no a un régimen especial de calificación de invalidez, cuando existe una calificación de pérdida de capacidad laboral, en firme, realizada por la EPS, la ARL o la AFP a la cual se encuentre afiliado o por la Junta Regional o Nacional de calificación de invalidéz…"

Así pues, conforme a lo pactado en la póliza, solo son válidos los dictámenes emitidos por la EPS, la ARL o la AFP a la cual se encuentre afiliado o por la Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez.

FRENTE AL HECHO 14. NO SE TRATA DE UN HECHO, sino de manifestaciones que el apoderado de la contraparte realiza, las cuales carecen de sustento jurídico y factico, pues, no es posible hablar de realización del riesgo amparado en el contrato de seguros, cuando engañosamente mi prohijada aseguró a la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA, sin conocer su verdadero estado de salud y la situación real del riesgo al que se sometía al realizar el contrato de seguros que hoy nos ocupa.

FRENTE AL HECHO 15. PARCIALMENTE CIERTO, conforme a los documentos anexados en la demanda, pues a folio No. 11, del PDF denominado "003 Pruebas caso 2" o en la página 83 del primer escrito de demanda, se encuentra documento denominado "FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES", con fecha del 28 de junio de 2022, sin embargo, en él no se muestra la transcripción de lo que el apoderado argumenta, pues se trata únicamente de un documento en el que se recolecta información del asegurado, beneficiario y el motivo del reclamo.

FRENTE AL HECHO 16. PARCIALMENTE CIERTO, conforme a los documentos anexados en la demanda, pues a folio No. 83 se encuentra documento denominado "FORMATO DE PRESENTACIÓN DE INDEMNIZACIONES", con fecha del 28 de junio de 2022, sin embargo, en él no se muestra la transcripción de lo que el apoderado argumenta, pues se trata únicamente de un documento en el que se recolecta información del asegurado, beneficiario y el motivo del reclamo.

FRENTE AL HECHO 17. ES CIERTO**,** pues la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A, remite carta de objeción a la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA fechada de 09 de julio de 2022,

en la que se le pone de presente las razones por las que la compañía no procederá con el pago de las deudas de la hoy demandante, pues en el caso a estudio se estructura la figura de reticencia, por cuanto la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA no puso de presente a la compañía su estado de salud real, aun cuando lo conocía detalladamente antes de la suscripción de sus seguros.

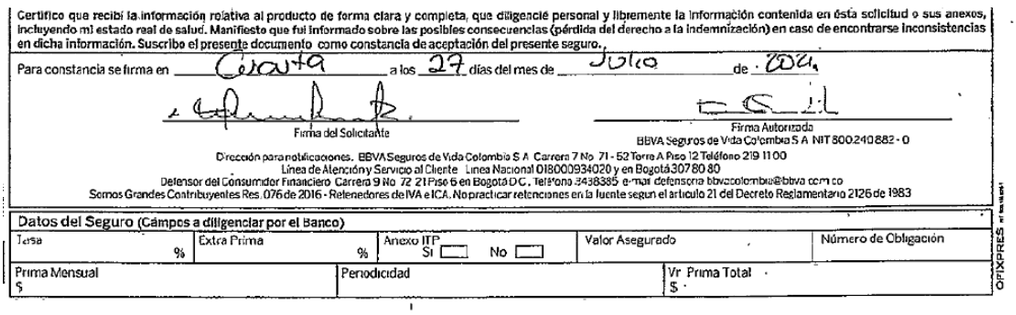
> Para el caso que nos ocupa, se procedió con la validación de la póliza que suscribió libre y voluntariamente, con el certificado de asegurabilidad No. 00130158009624857231 y 00130158009623341781 y en el cual el Asegurado de la Referencia, omitió declarar e informar debidamente su condición de salud y para lo cual no informo que tenía antecedentes de artritis reumatoide de larga evolución (20 años) con compromiso poli sistémico articular, además, trastorno mixto de ansiedad y depresión registros de fechas 14/02/2019, 25/11/2020 y 18/12/2021 en tratamiento farmacológico Fluoxetina, de otra parte, registra antecedentes de gastropatía aguda diagnóstico de enfermedad por reflujo grado a - gastritis crónica (bx. gástrica) registro de fecha 21/08/2020, así mismo registra gastritis crónica reporte de endoscopia de fecha 25/09/2021 con diagnóstico de gastritis superficial difusa y erosiva, con h pylori positiva, estos diagnósticos forman parte de las causales de calificación y son antecedentes relevantes no declarados y que por su connotación tenía que ser de conocimiento de la aseguradora para determinar el real estado del riesgo en el momento de la suscripción.
>
> *Documento: Carta de objeción.*
>
> *Transcripción esencial: "…para lo cual no informó que tenía antecedentes de artristis reumatoide de larga evolución (20 años) con compromiso poli sistémico articular, además trastorno mixto de ansiedad y depresión registros de fechas 14/02/2019, 25/11/2020 y 18/12/2021 en tratamiento farmacológico fluoxetina, de otra parte, registra antecedentes de gastropatía aguda diagnóstico de enfermedad por reflujo grado a -gastritis crónica (bx. gástrica) registro de fecha 21/08/2020, así mismo registra gastritis crónica reporte de endoscopia de fecha 25/09/2021 con diagnóstico de gastritis superficial difusa y erosiva, con h pylori positiva…""*

Tal como se puede observar, la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA tenía conocimiento de sus padecimientos, que además tienen antecedentes de fechas anteriores a la suscripción de su seguro y aun así decidió omitir mencionarlas a la aseguradora, por lo que se configura, como se ha mencionado antes, la figura de reticencia.

FRENTE AL HECHO 18. NO SE TRATA DE UN HECHO, sino de una manifestación subjetiva realizada por el apoderado de la demandante, el cual carece de fundamento factico y jurídico. En todo caso le corresponde a la parte actora cumplir con su carga probatoria, aportando pruebas pertinentes y conducentes en su respectiva oportunidad procesal, conforme a lo estipulado en el artículo 167 del C.G.P.

FRENTE AL HECHO 19. NO ES CIERTO, lo manifestado en este hecho, pues a la suscripción de la solicitud de asegurabilidad se le entrega a cada cliente copia del documento firmado y cláusula de la póliza, puesto que estos elementos mencionados hacen parte integral del contrato de seguros contratado y, aun así, lo manifestado por el apoderado del extremo actor carece de verdad, pues

en el documento “solicitud/certificado individual seguro” se ratifica, por medio de la firma de la hoy demandante, que recibió información clara y completa respecto del producto.



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

Para constancia se firma en Cúcuta a los 27 días del mes de Julio de 2021

Firma del Solicitante

Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S A NIT 800.240.882 - 0

Dirección para notificaciones. BBVA Seguros de Vida Colombia S A Carrera 7 No 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 1100
Línea de Atención y Servicio al Cliente Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No 72 21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3498385 e-mail defensoria bbvacolombia@bbva com co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente segun el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

Datos del Seguro (Cámpos a diligenciar por el Banco)

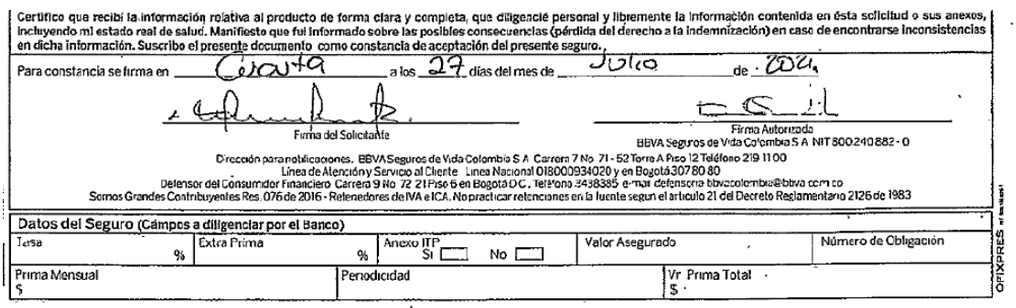
Tarsa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si ☐ No ☐	Valor Asegurado	Número de Obligación
Prima Mensual $	Periodicidad		Vr Prima Total $	

OPIXPRES

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.
Transcripción esencial: “Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la información en esta solicitud…”

Tal como se observa, la firma indica que la señora MARY ROJAS LEIRA, recibió la información pertinente respecto del producto de forma clara.

FRENTE AL HECHO 20. NO ES CIERTO, mi representada no ha incurrido en ninguna omisión de entrega o de información, tal como se evidencia de las declaraciones de asegurabilidad obrantes en el plenario del proceso, en las que se observa que la declaración de asegurabilidad contiene dos firmas, la última de esas dos firmas certifica que el asegurado recibió la información clara y completa.



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

Para constancia se firma en Cúcuta a los 27 días del mes de Julio de 2021

Firma del Solicitante

Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S A NIT 800.240.882 - 0

Dirección para notificaciones. BBVA Seguros de Vida Colombia S A Carrera 7 No 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 1100
Línea de Atención y Servicio al Cliente Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero Carrera 9 No 72 21 Piso 6 en Bogotá D.C. Teléfono 3498385 e-mail defensoria bbvacolombia@bbva com co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente segun el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

Datos del Seguro (Cámpos a diligenciar por el Banco)

Tarsa %	Extra Prima %	Anexo ITP Si ☐ No ☐	Valor Asegurado	Número de Obligación
Prima Mensual $	Periodicidad		Vr Prima Total $	

OPIXPRES

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.
Transcripción esencial: “Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la información en esta solicitud…”

Tal como se observa, la firma indica que la señora MARY ROJAS LEIRA, recibió la información pertinente respecto del producto de forma clara.

FRENTE AL HECHO 21, 21.a, 21.b, 21.c. NO ME CONSTA lo manifestado en este hecho, pues se trata de circunstancias ajenas a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A, empresa dedicada al ámbito de los seguros y no al ejercicio como entidad bancaria y por tal motivo

se desconocen la realidad de las aseveraciones manifestadas por el extremo actor, por tanto la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 22. NO ME CONSTA lo manifestado en este hecho, pues se trata de circunstancias ajenas a mi representada BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A, empresa dedicada al ámbito de los seguros y no al ejercicio como entidad bancaria y por tal motivo se desconocen la realidad de las aseveraciones manifestadas por el extremo actor, por tanto la parte actora deberá cumplir con la carga establecida en el artículo 167 del C.G.P y de esta forma deberá acreditar su dicho conforme a los medios de pruebas útiles, conducentes y pertinentes para el efecto y en las oportunidades procesales previstas para ello.

FRENTE AL HECHO 23. Este hecho contiene varias manifestaciones, sobre las cuales me pronunciaré de la siguiente manera:

- No me consta que el banco BBVA haya seguido realizando las deducciones correspondientes a las obligaciones de las cuales la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA es titular.

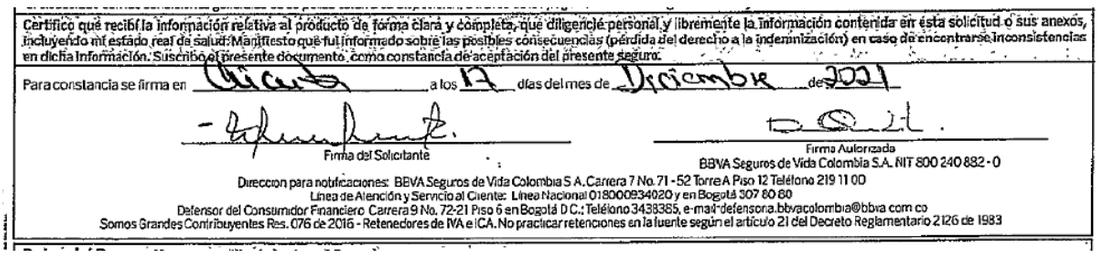
- No se trata de un hecho, sino de aseveraciones sin sustento factico ni jurídico, realizadas por parte del apoderado de la demandante, pues no podemos hablar de la realización del riesgo amparado en el contrato de seguros, cuando engañosamente mi prohijada aseguró a la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA, sin conocer su verdadero estado de salud y la situación real del riesgo al que se sometía al realizar el contrato de seguros que hoy nos ocupa.

- En todo caso, se aclara que según los términos literales de la póliza, el siniestro no es en ningún caso la fecha de estructuración, como mal lo entiende la demandante, sino que, en cualquier evento, la póliza establece que la fecha del siniestro es la fecha de emisión de la correspondiente calificación, valga resaltar, que tal calificación debe ser emitida por una entidad aceptada dentro del condicionado de la póliza, esto es, EPS, la ARL o la AFP a la cual se encuentre afiliado o por la Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez.

FRENTE AL HECHO 24. NO SE TRATA DE UN HECHO, sino de una solicitud que debe realizarse en el acápite de pretensiones.

FRENTE AL HECHO 25. . **NO ES CIERTO,** lo manifestado en este hecho, pues a la suscripción de la solicitud de asegurabilidad se le entrega a cada cliente copia del documento firmado y cláusula de la póliza, puesto que estos elementos mencionados hacen parte integral del contrato de seguros

contratado y, aun así, lo manifestado por el apoderado del extremo actor carece de verdad, pues en el documento "solicitud/certificado individual seguro" se ratifica, por medio de la firma de la hoy demandante, que recibió información clara y completa respecto del producto.



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

Para constancia se firma en Bucaramanga a los 17 días del mes de Diciembre de 2021

Firma del Solicitante

Firma Autorizada
BBVA Seguros de Vida Colombia S.A. NIT 800 240 882 - 0

Dirección para notificaciones: BBVA Seguros de Vida Colombia S A, Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Piso 12 Teléfono 219 11 00
Línea de Atención y Servicio al Cliente: Línea Nacional 018000934020 y en Bogotá 307 80 80
Defensor del Consumidor Financiero: Carrera 9 No. 72-21 Piso 6 en Bogotá D.C.; Teléfono 3438385, e-mail: defensora.bbvacolombia@bbva.com.co
Somos Grandes Contribuyentes Res. 076 de 2016 - Retenedores de IVA e ICA. No practicar retenciones en la fuente según el artículo 21 del Decreto Reglamentario 2126 de 1983

Documento: Solicitud/certificado individual de seguros.
Transcripción esencial: "Certifico que recibí información relativa al producto de forma clara y completa, que diligencié personal y libremente la información en esta solicitud…"

Tal como se observa, la firma indica que la señora MARY ROJAS LEIRA, recibió la información pertinente respecto del producto de forma clara.

CAPÍTULO II

FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA RELATIVAS AL PRESTAMO No. 1

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el extremo actor, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, teniendo en consideración que el aseguramiento de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA bajo las pólizas No. 02 262 0000074978 y 02 261 0000105100 deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia con la que la Accionante suscribió sus declaraciones de asegurabilidad dentro de la solicitud del seguro de vida grupo deudores.

OPOSICIÓN FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO "DECLARACIONES RESPECTO DEL ASEGURADOR BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A"

OPOSICIÓN FRENTE A LA DECLARACIÓN 1. Me opongo a que se declare prescripción respecto de la acción de nulidad por cuanto en los contratos de seguros, la declaración sincera y completa de todas las circunstancias relevantes por parte del tomador es fundamental para la correcta evaluación del riesgo por parte del asegurador. La ley colombiana, específicamente el Código de Comercio, establece que la reticencia o inexactitud en la declaración del estado del riesgo puede llevar a la nulidad del contrato y, es importante destacar que la existencia de dolo o mala fe por parte del tomador tiene implicaciones significativas en el manejo de la prescripción de la acción de nulidad.

Las normas vigentes mencionan que la acción de nulidad de un contrato de seguros por reticencia está sujeta a un plazo de prescripción. No obstante, cuando se demuestra que dicha reticencia o inexactitud provino de dolo o mala fe, el contrato puede ser declarado nulo sin que el transcurso del tiempo afecte esta facultad. Esto se debe a que el dolo o mala fe constituyen un rompimiento de la buena fe contractual, principio esencial en la contratación de seguros.

OPOSICIÓN FRENTE A LA DECLARACIÓN 2. Me opongo a que dicha declaración prospere, por cuando al momento de realizar la suscripción de su contrato, la asegurada, es decir, la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA tuvo pleno conocimiento de las condiciones de su contrato de seguro, tanto es así que con su puño y letra plasma su firma al final de la solicitud/certificado de asegurabilidad, indicando que había sido informada y que entendía lo que hacía, ahora, ninguna de las cláusulas estipuladas es violatoria de los derechos del consumidor, puesto que de ser así el contrato ya hubiese sido modificado, por cuanto las aseguradoras que ejercen su objeto comercial en el territorio colombiano son sujetos de vigilancia y control de La Superintendencia Financia. En tal sentido, no resulta coherente ni apegado a la buena fe que se realice la presente solicitud.

OPOSICIÓN FRENTE A LA DECLARACIÓN 3. Me opongo a la prosperidad de dicha solicitud, por cuanto carece de sentido, puesto que la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A con ninguna de sus cláusulas contractuales vulnera la libertad probatoria de sus asegurados, pues ello iría en contra de lo estipulado en el orden legislativo colombiano y, como ya mencionamos antes, mi prohijada se encuentra en constante vigilancia y control de la Superintendencia Financiera de Colombia, por lo que la solicitud elevada por el apoderado de la parte actora carece de coherencia.

OPOSICIÓN FRENTE A LA DECLARACIÓN 4. Me opongo a la prosperidad de la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para hacer efectivo el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000074978 suscrita por la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, por la siguiente razón:

- **Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000074978 como quiera que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguros, esto es, no informó sus antecedentes de artritis reumatoide de larga evolución (20 años) y sus antecedentes psiquiátricos.

Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador, máxime porque los mismos fueron relevantes para la sumatoria del porcentaje de su pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En 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 de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro.

- **Falta de cobertura material del contrato de seguro:** No podrá afectarse el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000074978, por cuanto no ofrece cobertura material, pues el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido a nombre de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA y que pretende hacer valer dentro del proceso, no fue expedido por una entidad autorizada en el clausulado de la póliza contratada, esto es, la EPS, la ARL o la AFP a la cual se encuentre afiliado o por la Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez.

OPOSICIÓN FRENTE A LA DECLARACIÓN 5. Me opongo a la prosperidad de la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para hacer efectivo el contrato de seguro materializado en las Pólizas de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000074978 suscrita por la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, por lo tanto, por sustracción de materia tampoco le asiste el derecho de solicitar pago de intereses moratorios por la siguiente razón:

- **IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE INTERESES DE MORA:**

ME OPONGO, categóricamente al pago de intereses moratorios sobre la obligación en cuestión. De conformidad con el artículo 1608 del Código Civil Colombiano, la mora solo puede ser exigida cuando la obligación ha sido previamente determinada y liquidada. En el presente caso, no ha sido demostrado que la obligación reclamada corresponda a mi representada, lo cual impide la configuración de la mora. Asimismo, la sentencia C604-12 ha establecido que para la procedencia del cobro de intereses moratorios hace falta la existencia de un perjuicio nacido del no cumplimiento

de una obligación, situación que no ha sido probada; aunado a ello, es menester recordar que conforme al artículo 1080 del código de comercio, los intereses moratorios se causan un mes después a la fecha en la que el asegurado acredite su derecho, esto último conforme a lo estipulado en el artículo 1077.

Conforme a los artículos citados, en el caso a estudio, la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA no cuenta con la posibilidad de solicitar el pago de los intereses moratorios que pretende, pues (i) no ha demostrado en debida forma la ocurrencia del siniestro y tampoco es posible que lo haga, puesto que se configuró la reticencia dentro del presente contrato y, (ii) sin la acreditación de la ocurrencia del siniestro no empieza a correr el termino correspondiente para que se configure la mora que se pretende cobrar. En ese orden de ideas, solicito se desestime la solicitud de cobro de intereses moratorios hasta que se determine con certeza la responsabilidad de del extremo pasivo en el cumplimiento de la obligación principal.

OPOSICIÓN FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO "DECLARACIONES RESPECTO DEL ACREEDOR BANCO BILBAO VISCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A."

Sobre la presente no me pronunciaré, puesto que, (i) Esta pretensión se dirige contra BANCO BBVA y no contra la aseguradora. Que (ii) En todo caso la aseguradora no está legitimada, ni podría estar llamada a reembolsar, reintegrar o restituir cuotas pagadas por la demandante al banco.

OPOSICIÓN FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO "CONDENAS AL ASEGURADOR BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A."

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el extremo actor, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, teniendo en consideración que el aseguramiento de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA bajo las pólizas No. 02 262 0000074978 y 02 261 0000105100 deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia con la que la Accionante suscribió sus declaraciones de asegurabilidad dentro de la solicitud del seguro de vida grupo deudores.

OPOSICIÓN FRENTE A LA CONDENA 1. ME OPONGO a la prosperidad de la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para hacer efectivo el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000074978 suscrita por la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, por la siguiente razón:

- **Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000074978 como quiera que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguros, esto es, no informó sus antecedentes de artritis reumatoide de larga evolución (20 años) y sus antecedentes psiquiátricos.

  Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador, máxime porque los mismos fueron relevantes para la sumatoria del porcentaje de su pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

  En 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 de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro.

- **Falta de cobertura material del contrato de seguro:** No podrá afectarse el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000074978, por cuanto no ofrece cobertura material, pues el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido a nombre de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA y que pretende hacer valer dentro del proceso, no fue expedido por una entidad autorizada en el clausulado de la póliza contratada, esto es, la EPS, la ARL o la AFP a la cual se encuentre afiliado o por la Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez.

OPOSICIÓN FRENTE A LA CONDENA 2. ME OPONGO a la prosperidad de la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para hacer efectivo el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000074978 suscrita por la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, por lo tanto, por sustracción de materia tampoco le asiste el derecho de solicitar pago de intereses moratorios por la siguiente razón:

- **IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE INTERESES DE MORA:**

ME OPONGO, categóricamente al pago de intereses moratorios sobre la obligación en cuestión. De conformidad con el artículo 1608 del Código Civil Colombiano, la mora solo puede ser exigida cuando la obligación ha sido previamente determinada y liquidada. En el presente caso, no ha sido demostrado que la obligación reclamada corresponda a mi representada, lo cual impide la configuración de la mora. Asimismo, la sentencia C604-12 ha establecido que para la procedencia del cobro de intereses moratorios hace falta la existencia de un perjuicio nacido del no cumplimiento de una obligación, situación que no ha sido probada; aunado a ello, es menester recordar que conforme al artículo 1080 del código de comercio, los intereses moratorios se causan un mes después a la fecha en la que el asegurado acredite su derecho, esto último conforme a lo estipulado en el artículo 1077.

Conforme a los artículos citados, en el caso a estudio, la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA no cuenta con la posibilidad de solicitar el pago de los intereses moratorios que pretende, pues (i) no ha demostrado en debida forma la ocurrencia del siniestro y tampoco es posible que lo haga, puesto que se configuró la reticencia dentro del presente contrato y, (ii) sin la acreditación de la ocurrencia del siniestro no empieza a correr el termino correspondiente para que se configure la mora que se pretende cobrar. En ese orden de ideas, solicito se desestime la solicitud de cobro de intereses moratorios hasta que se determine con certeza la responsabilidad de del extremo pasivo en el cumplimiento de la obligación principal.

OPOSICIÓN FRENTE A LA CONDENA 3. ME OPONGO a que BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A sea condenada en costas, puesto que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho.

Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

OPOSICIÓN FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO "CONDENAS AL ACREEDOR DEL MUTUO Y TOMADOR DEL SEGURO BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A."

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN 1. A pesar de que esta pretensión no está dirigida contra la entidad que represento, debo mencionar que ME OPONGO a que se tenga como fecha de ocurrencia del siniestro el 25 de febrero de 2022, puesto que la póliza establece en su parte final, que el siniestro no es la fecha de estructuración sino la calificación de pérdida de capacidad laboral.

> LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

Documento: Clausulado seguro de vida grupo deudores.
Transcripción esencial: "La fecha del siniestro será la fecha de emisión de la correspondiente calificación".

En ese sentido, deberá atenderse a lo pactado por las partes dentro del contrato de seguros, el cual incluye el clausulado del mismo como parte integral del contrato.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN 2. Me opongo a que se condene a mi representada al pago de costas y agencias en derecho

3 FRENTE A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA RELATIVAS AL PRESTAMO No. 2

ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el extremo actor, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, teniendo en consideración que el aseguramiento de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA bajo las pólizas No. 02 262 0000074978 y 02 261 0000105100 deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia con la que la Accionante suscribió sus declaraciones de asegurabilidad dentro de la solicitud del seguro de vida grupo deudores.

OPOSICIÓN FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO "DECLARACIONES RESPECTO DEL ASEGURADOR BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A."

OPOSICIÓN FRENTE A LA DECLARACIÓN 1.1. Me opongo a que se declare prescripción respecto de la acción de nulidad por cuanto en los contratos de seguros, la declaración sincera y completa de todas las circunstancias relevantes por parte del tomador es fundamental para la correcta evaluación del riesgo por parte del asegurador. La ley colombiana, específicamente el Código de Comercio, establece que la reticencia o inexactitud en la declaración del estado del riesgo puede llevar a la nulidad del contrato y, es importante destacar que la existencia de dolo o mala fe por parte del tomador tiene implicaciones significativas en el manejo de la prescripción de la acción de nulidad.

Las normas vigentes mencionan que la acción de nulidad de un contrato de seguros por reticencia está sujeta a un plazo de prescripción. No obstante, cuando se demuestra que dicha reticencia o inexactitud provino de dolo o mala fe, el contrato puede ser declarado nulo sin que el transcurso del tiempo afecte esta facultad. Esto se debe a que el dolo o mala fe constituyen un rompimiento de la buena fe contractual, principio esencial en la contratación de seguros.

OPOSICIÓN FRENTE A LA DECLARACIÓN 1.2. Me opongo a que dicha declaración prospere, por cuando al momento de realizar la suscripción de su contrato, la asegurada, es decir, la señora

MARY LUZ ROJAS LEIRA tuvo pleno conocimiento de las condiciones de su contrato de seguro, tanto esa así que con su puño y letra plasma su firma al final de la solicitud/certificado de asegurabilidad, indicando que había sido informada y que entendía lo que hacía, ahora, ninguna de las cláusulas estipuladas es violatoria de los derechos del consumidor, puesto que de ser así el contrato ya hubiese sido modificado, por cuanto las aseguradoras que ejercen su objeto comercial en el territorio colombiano son sujetos de vigilancia y control de La Superintendencia Financia. En tal sentido, no resulta coherente ni apegado a la buena fe que se realice la presente solicitud.

OPOSICIÓN FRENTE A LA DECLARACIÓN 1.3. Me opongo a la prosperidad de dicha solicitud, por cuanto carece de sentido, puesto que la aseguradora BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A con ninguna de sus cláusulas contractuales vulnera la libertad probatoria de sus asegurados, pues ello iría en contra de lo estipulado en el orden legislativo colombiano y, como ya mencionamos antes, mi prohijada se encuentra en constante vigilancia y control de la Superintendencia Financiera de Colombia, por lo que la solicitud elevada por el apoderado de la parte actora carece de coherencia.

OPOSICIÓN FRENTE A LA DECLARACIÓN 1.4. Me opongo a la prosperidad de la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para hacer efectivo el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000105100 suscrita por la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, por la siguiente razón:

- **Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000105100 como quiera que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguros, esto es, no informó sus antecedentes de artritis reumatoide de larga evolución (20 años) y sus antecedentes psiquiátricos.

  Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador, máxime porque los mismos fueron relevantes para la sumatoria del porcentaje de su pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En 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 de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro.

- **Falta de cobertura material del contrato de seguro:** No podrá afectarse el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000105100, por cuanto no ofrece cobertura material, pues el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido a nombre de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA y que pretende hacer valer dentro del proceso, no fue expedido por una entidad autorizada en el clausulado de la póliza contratada, esto es, la EPS, la ARL o la AFP a la cual se encuentre afiliado o por la Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez.

OPOSICIÓN FRENTE A LA DECLARACIÓN 5. Me opongo a la prosperidad de la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para hacer efectivo el contrato de seguro materializado en las Pólizas de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000105100 suscrita por la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, por lo tanto, por sustracción de materia tampoco le asiste el derecho de solicitar pago de intereses moratorios por la siguiente razón:

- **IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE INTERESES DE MORA:**

ME OPONGO, categóricamente al pago de intereses moratorios sobre la obligación en cuestión. De conformidad con el artículo 1608 del Código Civil Colombiano, la mora solo puede ser exigida cuando la obligación ha sido previamente determinada y liquidada. En el presente caso, no ha sido demostrado que la obligación reclamada corresponda a mi representada, lo cual impide la configuración de la mora. Asimismo, la sentencia C604-12 ha establecido que para la procedencia del cobro de intereses moratorios hace falta la existencia de un perjuicio nacido del no cumplimiento de una obligación, situación que no ha sido probada; aunado a ello, es menester recordar que conforme al artículo 1080 del código de comercio, los intereses moratorios se causan un mes después a la fecha en la que el asegurado acredite su derecho, esto último conforme a lo estipulado en el artículo 1077.

Conforme a los artículos citados, en el caso a estudio, la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA no cuenta con la posibilidad de solicitar el pago de los intereses moratorios que pretende, pues (i) no ha demostrado en debida forma la ocurrencia del siniestro y tampoco es posible que lo haga, puesto que se configuró la reticencia dentro del presente contrato y, (ii) sin la acreditación de la ocurrencia

del siniestro no empieza a correr el termino correspondiente para que se configure la mora que se pretende cobrar. En ese orden de ideas, solicito se desestime la solicitud de cobro de intereses moratorios hasta que se determine con certeza la responsabilidad de del extremo pasivo en el cumplimiento de la obligación principal.

OPOSICIÓN FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO "CONDENAS RESPECTO DEL ASEGURADOR BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A."

OPOSICIÓN FRENTE A LA CONDENA 1. ME OPONGO A LA TOTALIDAD de las pretensiones incoadas por el extremo actor, por cuanto no le asiste razón jurídica en los reclamos formulados en contra de la Compañía Aseguradora. Lo anterior, teniendo en consideración que el aseguramiento de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA bajo las pólizas No. 02 262 0000074978 y 02 261 0000105100 deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del Código de Comercio, como consecuencia de la reticencia con la que la Accionante suscribió sus declaraciones de asegurabilidad dentro de la solicitud del seguro de vida grupo deudores.

OPOSICIÓN FRENTE A LA CONDENA 2.1. ME OPONGO a la prosperidad de la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para hacer efectivo el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000105100 suscrita por la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, por la siguiente razón:

- **Nulidad del contrato de seguro:** No podrá declararse la efectividad del contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000105100 como quiera que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de su contrato de seguros, esto es, no informó sus antecedentes de artritis reumatoide de larga evolución (20 años) y sus antecedentes psiquiátricos.

  Omisiones que cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, los negó en el momento de perfeccionar su seguro, siendo supremamente relevantes para el Asegurador, máxime porque los mismos fueron relevantes para la sumatoria del porcentaje de su pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de los diagnósticos mencionados con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, evidentemente la hubieren retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en él.

En 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 de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA debe declararse nulo, debido a que éste negó todas sus patologías y antecedentes durante la etapa precontractual al perfeccionamiento de su seguro.

- **Falta de cobertura material del contrato de seguro:** No podrá afectarse el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000105100, por cuanto no ofrece cobertura material, pues el dictamen de pérdida de capacidad laboral emitido a nombre de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA y que pretende hacer valer dentro del proceso, no fue expedido por una entidad autorizada en el clausulado de la póliza contratada, esto es, la EPS, la ARL o la AFP a la cual se encuentre afiliado o por la Junta Regional o Nacional de calificación de invalidez.

OPOSICIÓN FRENTE A LA CONDENA 2.2. ME OPONGO a la prosperidad de la pretensión elevada por la parte accionante debido a que la misma no tiene vocación de prosperidad, ya que no le asiste obligación a BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., para hacer efectivo el contrato de seguro materializado en la Póliza de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 261 0000105100 suscrita por la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA. Toda vez que no es jurídicamente viable exigir prestación alguna respecto de la Compañía de Seguros, sin que ello constituya un incumplimiento contractual, por lo tanto, por sustracción de materia tampoco le asiste el derecho de solicitar pago de intereses moratorios por la siguiente razón:

- **IMPROCEDENCIA DEL RECONOCIMIENTO DE INTERESES DE MORA:**

ME OPONGO, categóricamente al pago de intereses moratorios sobre la obligación en cuestión. De conformidad con el artículo 1608 del Código Civil Colombiano, la mora solo puede ser exigida cuando la obligación ha sido previamente determinada y liquidada. En el presente caso, no ha sido demostrado que la obligación reclamada corresponda a mi representada, lo cual impide la configuración de la mora. Asimismo, la sentencia C604-12 ha establecido que para la procedencia del cobro de intereses moratorios hace falta la existencia de un perjuicio nacido del no cumplimiento de una obligación, situación que no ha sido probada; aunado a ello, es menester recordar que conforme al artículo 1080 del código de comercio, los intereses moratorios se causan un mes después a la fecha en la que el asegurado acredite su derecho, esto último conforme a lo estipulado en el artículo 1077.

Conforme a los artículos citados, en el caso a estudio, la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA no cuenta con la posibilidad de solicitar el pago de los intereses moratorios que pretende, pues (i) no ha demostrado en debida forma la ocurrencia del siniestro y tampoco es posible que lo haga, puesto que se configuró la reticencia dentro del presente contrato y, (ii) sin la acreditación de la ocurrencia

del siniestro no empieza a correr el termino correspondiente para que se configure la mora que se pretende cobrar. En ese orden de ideas, solicito se desestime la solicitud de cobro de intereses moratorios hasta que se determine con certeza la responsabilidad de del extremo pasivo en el cumplimiento de la obligación principal.

OPOSICIÓN FRENTE A LA CONDENA 2.3. ME OPONGO a que BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A sea condenada en costas, puesto que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho.

Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

OPOSICIÓN FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO "DECLARACIONES RESPECTO DEL BANCO BILBAO VIZCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A.".

Sobre la presente no me pronunciaré, puesto que, (i) Esta pretensión se dirige contra BANCO BBVA y no contra la aseguradora. Que (ii) En todo caso la aseguradora no está legitimada, ni podría estar llamada a reembolsar, reintegrar o restituir cuotas pagadas por la demandante al banco.

OPOSICIÓN FRENTE AL ACÁPITE DENOMINADO "CONDENAS RESPECTO DEL BANCO BILBAO VISCAYA ARGENTARIA COLOMBIA S.A."

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.1. A pesar de que esta pretensión no está dirigida contra la entidad que represento, debo mencionar que ME OPONGO a que se tenga como fecha de ocurrencia del siniestro el 25 de febrero de 2022, puesto que la póliza establece en su parte final, que el siniestro no es la fecha de estructuración sino la calificación de pérdida de capacidad laboral.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

Documento: Clausulado seguro de vida grupo deudores.
Transcripción esencial: "La fecha del siniestro será la fecha de emisión de la correspondiente calificación".

En ese sentido, deberá atenderse a lo pactado por las partes dentro del contrato de seguros, el cual incluye el clausulado del mismo como parte integral del contrato de aseguramiento.

OPOSICIÓN FRENTE A LA PRETENSIÓN 4.2. ME OPONGO a que BBVA SEGUROS DE VIDA DE COLOMBIA S.A sea condenada en costas, puesto que no procede pago alguno por cuenta de mi representada, y en este sentido, por sustracción de materia, también es evidente que no debe cancelar ningún rubro por concepto de costas y agencias en derecho.

Por las razones antes expuestas, solicito respetuosamente negar la totalidad de las pretensiones de la parte Accionante, y en su lugar, imponerle condena en costas y agencias en derecho.

CAPÍTULO III
OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO DE LA DEMANDA

En primer lugar, se aclara que se presenta una sola objeción al juramento estimatorio, de lo que el demandante denomina “el caso 1 y el caso”, por tanto, no se separará la objeción por tratarse de un mismo escrito demandatorio, sino que se presentará de manera conjunta frente a las pretensiones de la demanda de manera integral.
En el caso a estudio se presentan suficientes razones para que sea improcedente e inviable la afectación de las Pólizas de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000074978 y 02 261 0000105100, como consecuencia de la reticencia con la que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA suscribió su declaración de asegurabilidad dentro de la solicitud del seguro de vida grupo deudores. No puede perderse de vista que, como ya ha sido expuesto, la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad al perfeccionamiento de sus contratos de seguro, suceso dado para la póliza No. 02 262 0000074978, la cual ampara la obligación No. **9623341781 en fecha del 21 de julio de 2021 y para la póliza No. 02 261 0000105100, la cual ampara la obligación No. **9624857231 en fecha del 17 de diciembre de 2021. Las omisiones cobran fundamental relevancia, debido a que la asegurada conocía sus enfermedades y antecedentes, sin embargo, optó por no informarlos, guardando silencio y omitiendo reconocerlos al momento de perfeccionar su seguro, siendo estos supremamente relevantes para el Asegurador.

En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido los antecedentes de artrosis reumatoide de evolución de 20 años y los antecedentes psiquiátricos de la señora ROJAS LEIRA, con anterioridad al perfeccionamiento de su aseguramiento, se hubiese retraído de celebrar el mismo, o por lo menos, las condiciones se hubiesen pactado bajo cobros mucho más onerosos. En este sentido, basta con evidenciar las anotaciones realizadas en el documento denominado “*Notificación y ejecutoria de calificación por perdida de capacidad laboral”* y, las anotaciones respecto de los antecedentes psiquiátricos de la hoy demandante, los cuales fueron importantes para la sumatoria de su calificación por perdida de capacidad laboral y, de los que la compañía a la que represento no tenía conocimiento.

Desde una valoración que se establezca desde la sana crítica, se concluye claramente que estos antecedentes cumplen los parámetros del artículo 1058 del Código de Comercio, **para invocar y declarar la nulidad de su seguro** en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de reticencia.

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

CAPÍTULO IV
EXCEPCIONES DE MÉRITO

1. **FALTA DE COBERTURA MATERIAL POR TRATARSE DE UN DICTAMEN NO EXPEDIDO POR INSTITUCIÓN AUTORIZADA**

Es importante que esta Delegatura tenga en consideración que se encuentra patente la falta de cobertura material de la Póliza, al no aportarse Dictamen expedido por las entidades autorizadas conforme a las pólizas adquiridas, pues contractualmente se estipulo que para afectar la cobertura de Incapacidad Total y Permanente de la asegurado, se debía aportar calificación de pérdida de capacidad laboral mayor al 50% emitida por autoridad competente, sin embargo, en el presente caso se allega calificación emitida por UT RED INTEGRA FOSCAL-CLUB, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas en las condiciones del seguro, por tal motivo es improcedente acceder a las pretensiones del extremo actor.

Es fundamental que el Honorable Despacho tome en consideración que en el ámbito de libertad contractual que les asiste a las partes en el contrato de seguro, la Compañía Aseguradora en virtud de la facultad que se consagra en el artículo 1056 del Código de Comercio, puede asumir a su arbitrio todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés asegurado. Es de esta forma, como se explica que, al suscribir el contrato de seguro respectivo, la aseguradora decide otorgar determinados amparos y no otorgar otros. Por tanto, son esos los parámetros a los que se tiene que sujetarse el sentenciador al resolver cualquier pretensión que se base en la correspondiente póliza:

> *"ARTÍCULO 1056. <ASUNCIÓN DE RIESGOS>. Con las restricciones legales, el asegurador podrá, a su arbitrio, asumir* ***todos o algunos*** *de los riesgos a que estén expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado."*

En otras palabras, las compañías aseguradoras tienen la libertad de escoger cuáles son los riesgos que le son transferidos y en este sentido, solo se ven obligadas al pago de la indemnización en el

evento que sean estos riesgos los que acontezcan durante el desarrollo de la relación contractual. La Corte Suprema de Justicia ha sido enfática al resaltar que las compañías aseguradoras pueden, a su arbitrio, asumir los riesgos que consideren pertinentes:

> *"(…) como requisito ineludible para la plena eficacia de cualquier póliza de seguros, la individualización de los riesgos que el asegurador toma sobre sí (CLVIII, pág. 176), y ha extraído, con soporte en el artículo 1056 del Código de Comercio, la vigencia en nuestro ordenamiento "de un principio común aplicable a toda clase de seguros de daños y de personas, en virtud del cual* ***se otorga al asegurador la facultad de asumir, a su arbitrio pero teniendo en cuenta las restricciones legales, todos o algunos de los riesgos a que están expuestos el interés o la cosa asegurados, el patrimonio o la persona del asegurado".***[1] (Subrayado y negrilla fuera del texto"

De conformidad con la facultad otorgada por el artículo 1056 del Código de Comercio, las entidades aseguradoras pueden asumir a su arbitrio, con la salvedad que dispone la ley, los riesgos que le sean puestos a su consideración, pudiendo establecer las condiciones en las cuales asumen los mismos. En este orden de ideas y como se ha venido exponiendo de forma trasversal en el documento, no resulta jurídicamente admisible trasladar una eventual obligación indemnizatoria a mi poderdante, como quiera que la póliza no presta cobertura material. Lo anterior, aterrizado al caso concreto quiere decir que de la mera lectura de las condiciones de la póliza de seguro se entiende que allí se amparó el riesgo siempre que el asegurado allegara dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por autoridad competente, las cuales eran: Fondo De Pensiones, ARL, EPS Junta Regional O Nacional de Calificación de Invalidez, lo cual no ocurre en el caso en concreto, puesto que se aportó una calificación emitida por UT RED INTEGRADA FOSCAL-CLUB, entidad que no se encontraba autorizada conforme a lo contractualmente pactado, por lo que, la Aseguradora no podrá ser llamada a reconocer pago alguno con cargo a las pólizas objeto de litigio.

En conclusión, se encuentra patente la falta de cobertura material de las pólizas grupo vida deudores número 02 261 0000105100 que amparó la obligación número **9624857231 y la póliza No. 02 262 0000074978 que amparó la obligación número **9623341781, en virtud de que no se cumplen las condiciones pactadas contractualmente para que surja así la obligación condicional a cargo de mi representada, lo cual es totalmente valido en virtud del artículo 1056 del Código de Comercio el cual consagra la posibilidad de que, el asegurador a su arbitrio podrá asumir riesgos y establecer las condiciones para asumirlos, ahora bien, teniendo en cuenta que, el dictamen de pérdida de capacidad laboral aportado por la señora ROJAS LEIRA no fue emitido por una entidad

[1] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia del 17 de septiembre de 2015, MP. Ariel Salazar Ramírez, radicado 11001-02-03-000-2015-02084-00

habilitada para ello, es claro que mi representada no puede ser condenada, pues conforme a las condiciones de las pólizas, las instituciones autorizadas son: ARL, EPS, 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. No obstante, en el presente caso se allega calificación emitida por UT RED INTEGRADA FOSCAL-CLUB, entidad que no se encuentra dentro de las denominadas anteriormente, por tal motivo es inviable afectar los Seguros de Vida Grupo Deudores.

2. **NULIDAD DEL ASEGURAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LA RETICENCIA DEL ASEGURADO, AL MOMENTO DE LA SUSCRIPCIÓN DE LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 02 262 0000074978 y 02 261 0000105100.**

Es fundamental que desde ahora el Despacho tome en consideración que la asegurada, señora MARY LUZ ROJAS LEIRA, fue reticente, debido a que en el momento de solicitar el perfeccionamiento de sus aseguramientos, 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, pues que de haber sido conocidos por mi representada, la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubieren inducido a pactar condiciones mucho más onerosas.

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 buena fe, deben informarlos claramente durante la etapa precontractual. En este sentido, la doctrina más reconocida en la materia ha sido clara al establecer que quien conoce el riesgo es el que tiene el deber de informarlo:

> *"Quien realmente conoce el estado del riesgo es el tomador, de ahí que la ley le imponga a él la obligación radical de declararlo sincera y completamente al momento de la celebración del contrato, esto es, informar fehacientemente sobre todas las circunstancias conocidas por él que puedan influir en la valoración del riesgo, según el cuestionario suministrado por el asegurador (art. 1058 C.Co), a fin que este sepa en qué condiciones se encuentra ya sea la cosa o bien asegurado o la vida, a efecto que decida si lo ampara, lo rechaza o fija condiciones de contratación, acordes a la situación anormal, grave o delicada*

de dicho riesgo, lo que sirve para afirmar que, en sana lógica, ***el asegurador solo asume el riesgo cuando conoce de qué se trata, cuál es su magnitud o extensión, y el grado de exposición o peligrosidad de su ocurrencia***"[2] (Subrayado y negrita fuera del texto original).

En el presente caso, tal y como se ha venido explicando, no puede atribuírsele un riesgo a mi representada cuando la asegurada, señora ROJAS LEIRA, conociendo a profundidad sus padecimientos, omitió informar sobre estos en la etapa precontractual, faltando a la verdad. 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 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, tal como ocurrió en esta caso, y que precisa lo siguiente:

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

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

En caso de presentarse reticencias e inexactitudes en la declaración que conocidas por el asegurador lo hubieran retraído de contratar, se produce la nulidad relativa del seguro.[3] *"(Subrayado y negrita fuera del texto original).*

Es claro que la Corte Constitucional, en la citada sentencia de 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 la asegurada omita informar o informe inexactamente las características del riesgo que estaba trasladando y, que esta omisión o falta, de

[2] BECERRA, Rodrigo. Nociones Fundamentales de la Teoría General y Regímenes Particulares del CONTRATO DE SEGURO. Pontificia Universidad Javeriana. Santiago de Cali.: Sello Editorial Javeriano, 2014. P, 104.
[3] Corte Constitucional, sentencia T-437 de 2014.

haber sido conocida por la aseguradora con anterioridad a la perfección del contrato, hubiera hecho que esta última se abstuviera de celebrar dicho acuerdo o por lo menos hubiera inducido unas condiciones más onerosas.

En sentido similar, en otro pronunciamiento de la Corte Constitucional (sentencia T-196 del 2007), se mencionó 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 a la asegurada y que, en consecuencia, de verse inducida a error, podrá, sin lugar a duda, 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 de Comercio.*
>
> *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 de Comercio, 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.*[4] (Subrayado y negrita fuera del texto original)

De manera análoga, la Corte Suprema de Justicia, a través de Sentencia del 01 de septiembre de 2010, Magistrado Ponente Edgardo Villamil Portilla, Radicación No. 05001- 3103-001-2003-00400-01, también ha castigado con nulidad la conducta reticente del asegurado al no informar con sinceridad su verdadero estado del riesgo. Sobre este particular se menciona que:

> *"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 seria intrascendente si se tiene en cuenta la reticencia demostrada en la declaración de asegurabilidad y por tanto la nulidad*

[4] Corte Constitucional, sentencia T-196 del 2007.

del contrato. En suma, las pretensiones de todas formas estarían llamadas al fracaso y la sentencia no podría ser sino absolutoria, no por el argumento del Tribunal sobre el suceso de la prescripción, sino por la nulidad del negocio".[5] (Subrayado y negrita fuera del texto original).

En el mismo sentido, pero esta vez en sentencia del 03 de abril de 2017, Magistrado Ponente Aroldo Wilson Quiroz Monsalvo, radicado No. 11001- 31-03-023-1996-02422-01, la Sala de Casación Civil de 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."*[6] (Subrayado y negrita fuera del texto original).

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

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

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

---

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

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."[7] *(Subrayado y negrita fuera del texto original).*

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

Habiéndose establecido que la práctica aseguradora responsable, supone la multiplicidad de contratos como condición sine qua non para que, en los diferentes ramos, la siniestralidad real se aproxime a la esperada, es lógico que ese 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 este no se lo puede obligar a cumplir tareas físicamente imposibles, respetando el criterio de que no es propio del derecho el ir en contra de la realidad o hacer exigencias desproporcionadas en relación con los fines. Como al asegurador no se le puede exigir que inspeccione toda la masa de riesgos que contractualmente asume, debe reconocerse que él contrae sus obligaciones, en la mayoría de los casos, solamente con base en el dicho del tomador****. Esta particular situación, consistente en quedar a la merced de la declaración de la contraparte y contratar, generalmente, en virtud de su sola palabra****, es especial y distinta de la que se da en otros tipos contractuales, y origina una de las características clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador.* ***Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio****.*[8] (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

---

[7] 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.

[8] Corte Constitucional, sentencia C-232 de 1997.

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 mes de julio y diciembre de 2021, época en la cual la señora MARY ROJAS solicitó sus aseguramientos, se le formuló cuestionario (declaración de asegurabilidad), en el cual las preguntas consignadas fueron redactadas de manera que cualquier persona pudiere entenderlas y comprender su sentido. No obstante, pese a la claridad de las preguntas, la señora ROJAS LEIRA las respondió de manera negativa, aun cuando tenía pleno conocimiento que aquello constituía una falta a la verdad.

Es decir, que, aunque, la señora ROJAS conocía de sus padecimientos de salud relacionados con enfermedad degenerativa de origen autoinmune como lo es la artritis reumatoide y sus antecedentes psiquiátricos, con anterioridad a los meses de julio y diciembre de 2021, negó la existencia de sus enfermedades a la Compañía Aseguradora. Veamos a continuación las citadas declaraciones de asegurabilidad, en la que se evidencia la omisión en la respuesta, faltando a la verdad por parte de la asegurada, y que se aporta al presente proceso junto con la contestación:

- **Declaración de asegurabilidad que data del 27 de julio de 2021:**

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

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

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura	Peso		Si	No
1.56 cms	50 kg. 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, disfonía, discopatia?				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:				

Documento: Solicitud/certificado individual de seguro No. M026300105180603219623341781.

Transcripción esencial: "¿Ha padecido o está en tratamiento de alguna enfermedad relacionada con: infarto al miocardio, enfermedad coronaria, trombosis o accidente cerebrovascular, epoc, asma, diabetes, hipertensión, disionia, ¿discopatía? No. ¿presenta o ha presentado cáncer o tumor de cualquier clase? No... ¿Sufre alguna discapacidad física o mental? No. ¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? No."

Visto lo anterior, la aseguradora indagó a la señora MARY LUZ ROJAS sobre su condición de salud y frente a dichos interrogantes el asegurado manifestó a todas y cada una de ellas que NO, de tal manera, que está claro que faltó a la verdad al suscribir la declaración de asegurabilidad generándose así las consecuencias previstas en el artículo 1058 del código de comercio

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

- **Declaración de asegurabilidad que data del 17 de diciembre de 2021:**

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

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura	Peso		Si	No
1.60 cms	68 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, disfonía, discopatia?			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:				
Hipertensión hace 2 años.				

Documento: Solicitud/certificado individual de seguro No. M025300110236208729624857281.

Transcripción esencial: "¿Sufre alguna incapacidad física o mental? No. ¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? No.

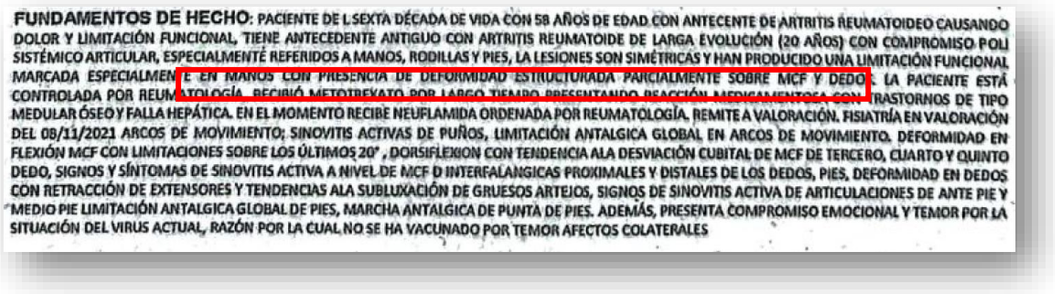
Visto lo anterior, la aseguradora indagó a la señora MARY LUZ ROJAS sobre su condición de salud y frente a dichos interrogantes el asegurado manifestó a todas y cada una de ellas que NO, de tal manera, que está claro que faltó a la verdad al suscribir la declaración de asegurabilidad generándose así las consecuencias previstas en el artículo 1058 del código de comercio

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

Ahora bien, como se ilustrará enseguida, resulta imperioso que el honorable despacho tenga en cuenta que la señora ROJAS LEIRA no informó a mi representada que tenía antecedentes de artristis reumatoide de larga evolución (20 años) con compromiso poli sistémico articular, además trastorno mixto de ansiedad y depresión registros de fechas 14/02/2019, 25/11/2020 y 18/12/2021 en tratamiento farmacológico fluoxetina, de otra parte, registra antecedentes de gastropatía aguda diagnóstico de enfermedad por reflujo grado a -gastritis crónica (bx. gástrica) registro de fecha 21/08/2020, gastritis crónica reporte de endoscopia de fecha 25/09/2021 con diagnóstico de gastritis superficial difusa y erosiva, con h pylori positiva y que eran de su conocimiento con anterioridad a la suscripción de los seguros, en el mes de julio y diciembre de 2021 y, que como veremos son enfermedades de las cuales la señora ROJAS LEIRA tenía conocimiento mucho tiempo antes de la suscripción de las pólizas No. 02 262 0000074978 y 02 261 0000105100.

A continuación, se muestran que estas enfermedades son anteriores a la fecha en que se suscribió el certificado individual de seguro:

- **ARTRITIS REUMATORIDE:**



FUNDAMENTOS DE HECHO: PACIENTE DE L SEXTA DÉCADA DE VIDA CON 58 AÑOS DE EDAD CON ANTECENTE DE ARTRITIS REUMATOIDEO CAUSANDO DOLOR Y LIMITACIÓN FUNCIONAL, TIENE ANTECEDENTE ANTIGUO CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LARGA EVOLUCIÓN (20 AÑOS) CON COMPROMISO POLI SISTÉMICO ARTICULAR, ESPECIALMENTE REFERIDOS A MANOS, RODILLAS Y PIES, LA LESIONES SON SIMÉTRICAS Y HAN PRODUCIDO UNA LIMITACIÓN FUNCIONAL MARCADA ESPECIALMENTE EN MANOS CON PRESENCIA DE DEFORMIDAD ESTRUCTURADA PARCIALMENTE SOBRE MCF Y DEDOS. LA PACIENTE ESTÁ CONTROLADA POR REUMATOLOGÍA, RECIBIÓ METOTREXATO POR LARGO TIEMPO PRESENTANDO REACCIÓN MEDICAMENTOSA CON TRASTORNOS DE TIPO MEDULAR ÓSEO Y FALLA HEPÁTICA. EN EL MOMENTO RECIBE NEUFLAMIDA ORDENADA POR REUMATOLOGÍA. REMITE A VALORACIÓN. FISIATRÍA EN VALORACIÓN DEL 08/11/2021 ARCOS DE MOVIMIENTO; SINOVITIS ACTIVAS DE PUÑOS, LIMITACIÓN ANTALGICA GLOBAL EN ARCOS DE MOVIMIENTO. DEFORMIDAD EN FLEXIÓN MCF CON LIMITACIONES SOBRE LOS ÚLTIMOS 20° , DORSIFLEXION CON TENDENCIA ALA DESVIACIÓN CUBITAL DE MCF DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO DEDO, SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SINOVITIS ACTIVA A NIVEL DE MCF D INTERFALANGICAS PROXIMALES Y DISTALES DE LOS DEDOS, PIES, DEFORMIDAD EN DEDOS CON RETRACCIÓN DE EXTENSORES Y TENDENCIAS ALA SUBLUXACIÓN DE GRUESOS ARTEJOS, SIGNOS DE SINOVITIS ACTIVA DE ARTICULACIONES DE ANTE PIE Y MEDIO PIE LIMITACIÓN ANTALGICA GLOBAL DE PIES, MARCHA ANTALGICA DE PUNTA DE PIES. ADEMÁS, PRESENTA COMPROMISO EMOCIONAL Y TEMOR POR LA SITUACIÓN DEL VIRUS ACTUAL, RAZÓN POR LA CUAL NO SE HA VACUNADO POR TEMOR AFECTOS COLATERALES

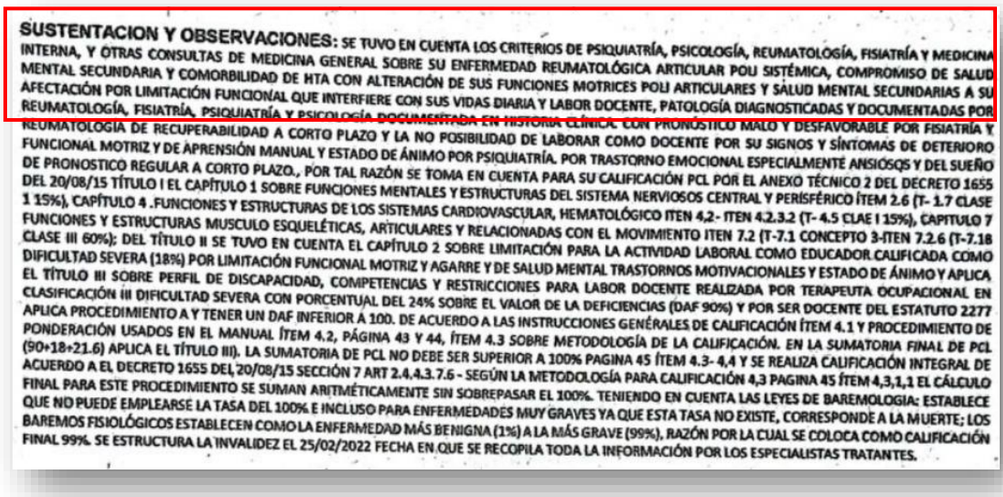
Documento: Notificación y ejecutoria de calificación por perdida de capacidad laboral. Transcripción esencial: "…Tiene antecedente antiguo con artritis reumatoide de larga evolución (20 años)."

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA fue diagnosticada con artritis reumatoide con evolución de 20 años, con compromiso poli sistémico articular, además trastorno mixto de ansiedad y depresión registrados de fechas 14/02/2019, 25/11/2020 y 18/12/2021, de otra parte, registra antecedentes de gastropatía aguda diagnóstico de enfermedad por reflujo grado a -gastritis crónica (bx. gástrica) registro de fecha 21/08/2020, así mismo registra gastritis crónica reporte de endoscopia de fecha 25/09/2021 con diagnóstico de gastritis superficial difusa y erosiva, con h pylori positiva, es decir, que cada uno de los padecimientos de la señora ROJAS LEIRA, tienen orígenes anteriores a la suscripción de su primer formulario de asegurabilidad, esto es, 27 de julio de 2021, formulario que se suscribió respecto del crédito No. **9623341781 y que fue formalizada el 29 de julio de 2021, y por ende, con mucha más anterioridad respecto de la suscripción de contrato de seguro que data de fecha 17 de diciembre de 2021, formalizada el mismo día y con la que se amparó la obligación No. ** 9624857231. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de estas enfermedades, constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Más aún, cuando estamos ante patologías que fueron tenidas en cuenta por el ente calificador para fijar un porcentaje de PCL en un 99%.

Por lo anterior, queda plenamente acreditado que el asegurado conocía de su diagnóstico de artritis reumatoide, trastorno mixto de ansiedad y depresión, gastropatía aguda, gastritis superficial difusa y erosiva y enfermedad por reflujo grado a - gastritis crónica- y omitió ponerlos en conocimiento de mi representada al momento de firmar sus formularios de asegurabilidad. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que los aseguramientos deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del C.Co como resultado de la reticencia con la que la señora MARY LUS ROJAS LEIRA suscribió sus declaraciones de asegurabilidad, pues el juzgado, además de lo ya mencionado, debe tener en cuenta que estas enfermedades padecidas por la demandante no son inofensivas, sino que

representaron un gran riesgo de agravación, lo que confirma la necesidad de que la misma fuese informada a la Compañía Aseguradora.

- **ALTERACIONES METALES:**



SUSTENTACION Y OBSERVACIONES: SE TUVO EN CUENTA LOS CRITERIOS DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA, REUMATOLOGÍA, FISIATRÍA Y MEDICINA INTERNA, Y OTRAS CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL SOBRE SU ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA ARTICULAR POLI SISTÉMICA, COMPROMISO DE SALUD MENTAL SECUNDARIA Y COMORBILIDAD DE HTA CON ALTERACIÓN DE SUS FUNCIONES MOTRICES POLI ARTICULARES Y SALUD MENTAL SECUNDARIAS A SU AFECTACIÓN POR LIMITACIÓN FUNCIONAL QUE INTERFIERE CON SUS VIDAS DIARIA Y LABOR DOCENTE, PATOLOGÍA DIAGNOSTICADAS Y DOCUMENTADAS POR REUMATOLOGÍA, FISIATRÍA, PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA DOCUMENTADA EN HISTORIA CLÍNICA CON PRONÓSTICO MALO Y DESFAVORABLE POR FISIATRÍA Y REUMATOLOGÍA DE RECUPERABILIDAD A CORTO PLAZO Y LA NO POSIBILIDAD DE LABORAR COMO DOCENTE POR SU SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DETERIORO FUNCIONAL MOTRIZ Y DE APRENSIÓN MANUAL Y ESTADO DE ÁNIMO POR PSIQUIATRÍA. POR TRASTORNO EMOCIONAL ESPECIALMENTE ANSIÓSQS Y DEL SUEÑO DE PRONOSTICO REGULAR A CORTO PLAZO., POR TAL RAZÓN SE TOMA EN CUENTA PARA SU CALIFICACIÓN PCL POR EL ANEXO TÉCNICO 2 DEL DECRETO 1655 DEL 20/08/15 TÍTULO I EL CAPÍTULO 1 SOBRE FUNCIONES MENTALES Y ESTRUCTURAS DEL SISTEMA NERVIOSOS CENTRAL Y PERISFÉRICO ÍTEM 2.6 (T- 1.7 CLASE 1 15%), CAPÍTULO 4 .FUNCIONES Y ESTRUCTURAS DE LOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO ITEN 4,2- ITEN 4.2.3.2 (T- 4.5 CLAE I 15%), CAPITULO 7 FUNCIONES Y ESTRUCTURAS MUSCULO ESQUELÉTICAS, ARTICULARES Y RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO ITEN 7.2 (T-7.1 CONCEPTO 3-ITEN 7.2.6 (T-7.18 CLASE III 60%); DEL TÍTULO II SE TUVO EN CUENTA EL CAPÍTULO 2 SOBRE LIMITACIÓN PARA LA ACTIVIDAD LABORAL COMO EDUCADOR CALIFICADA COMO DIFICULTAD SEVERA (18%) POR LIMITACIÓN FUNCIONAL MOTRIZ Y AGARRE Y DE SALUD MENTAL TRASTORNOS MOTIVACIONALES Y ESTADO DE ÁNIMO Y APLICA EL TÍTULO III SOBRE PERFIL DE DISCAPACIDAD, COMPETENCIAS Y RESTRICCIONES PARA LABOR DOCENTE REALIZADA POR TERAPEUTA OCUPACIONAL EN CLASIFICACIÓN III DIFICULTAD SEVERA CON PORCENTUAL DEL 24% SOBRE EL VALOR DE LA DEFICIENCIAS (DAF 90%) Y POR SER DOCENTE DEL ESTATUTO 2277 APLICA PROCEDIMIENTO A Y TENER UN DAF INFERIOR A 100. DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES GENÉRALES DE CALIFICACIÓN ÍTEM 4.1 Y PROCEDIMIENTO DE PONDERACIÓN USADOS EN EL MANUAL ÍTEM 4.2, PÁGINA 43 Y 44, ÍTEM 4.3 SOBRE METODOLOGÍA DE LA CALIFICACIÓN. EN LA SUMATORIA FINAL DE PCL (90+18+21.6) APLICA EL TÍTULO III). LA SUMATORIA DE PCL NO DEBE SER SUPERIOR A 100% PAGINA 45 ÍTEM 4.3- 4,4 Y SE REALIZA CALIFICACIÓN INTEGRAL DE ACUERDO A EL DECRETO 1655 DEL 20/08/15 SECCIÓN 7 ART 2.4.4.3.7.6 - SEGÚN LA METODOLOGÍA PARA CALIFICACIÓN 4,3 PAGINA 45 ÍTEM 4,3,1,1 EL CÁLCULO FINAL PARA ESTE PROCEDIMIENTO SE SUMAN ARITMÉTICAMENTE SIN SOBREPASAR EL 100%. TENIENDO EN CUENTA LAS LEYES DE BAREMOLOGIA: ESTABLECE QUE NO PUEDE EMPLEARSE LA TASA DEL 100% E INCLUSO PARA ENFERMEDADES MUY GRAVES YA QUE ESTA TASA NO EXISTE, CORRESPONDE A LA MUERTE; LOS BAREMOS FISIOLÓGICOS ESTABLECEN COMO LA ENFERMEDAD MÁS BENIGNA (1%) A LA MÁS GRAVE (99%), RAZÓN POR LA CUAL SE COLOCA COMO CALIFICACIÓN FINAL 99%. SE ESTRUCTURA LA INVALIDEZ EL 25/02/2022 FECHA EN QUE SE RECOPILA TODA LA INFORMACIÓN POR LOS ESPECIALISTAS TRATANTES.

Documento: Notificación y ejecutoria de calificación por perdida de capacidad laboral. Transcripción esencial: "…Se tuvo en cuenta los criterios de psiquiatría, psicología, reumatología, fisiatría y medicina interna, y otras consultas de medicina general sobre su enfermedad reumatológica articular poli sistémica, ***compromiso de salud mental"***

A partir de este primer documento se demuestra fehacientemente que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA fue diagnosticada con artritis reumatoide con evolución de 20 años, con compromiso poli sistémico articular, además trastorno mixto de ansiedad y depresión registrados de fechas 14/02/2019, 25/11/2020 y 18/12/2021, de otra parte, registra antecedentes de gastropatía aguda diagnóstico de enfermedad por reflujo grado a -gastritis crónica (bx. gástrica) registro de fecha 21/08/2020, así mismo registra gastritis crónica reporte de endoscopia de fecha 25/09/2021 con diagnóstico de gastritis superficial difusa y erosiva, con h pylori positiva, es decir, que cada uno de los padecimientos de la señora ROJAS LEIRA, tienen orígenes anteriores a la suscripción de su primer formulario de asegurabilidad, esto es, 27 de julio de 2021, formulario que se suscribió respecto del crédito No. **9623341781 y que fue formalizada el 29 de julio de 2021, y por ende, con mucha más anterioridad respecto de la suscripción de contrato de seguro que data de fecha 17 de diciembre de 2021, formalizada el mismo día y con la que se amparó la obligación No. ** 9624857231. En consecuencia, no puede ser más claro que haber negado la existencia de estas enfermedades, constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del C.Co. y en ese sentido, genera la nulidad de su aseguramiento. Más aún, cuando estamos ante patologías que fueron tenidas en cuenta por el ente calificador para fijar un porcentaje de PCL en un 99%.

Por lo anterior, queda plenamente acreditado que el asegurado conocía de su diagnóstico de artritis reumatoide, trastorno mixto de ansiedad y depresión, gastropatía aguda, gastritis superficial difusa y erosiva y enfermedad por reflujo grado a - gastritis crónica- y omitió ponerlos en conocimiento de mi representada al momento de firmar sus formularios de asegurabilidad. En consecuencia, teniendo en cuenta la envergadura y gravedad de estas enfermedades, es claro que los aseguramientos deben ser declarados nulos en los términos del artículo 1058 del C.Co como resultado de la reticencia con la que la señora MARY LUS ROJAS LEIRA suscribió sus declaraciones de asegurabilidad, pues el juzgado, además de lo ya mencionado, debe tener en cuenta que estas enfermedades padecidas por la demandante no son inofensivas, sino que representaron un gran riesgo de agravación, lo que confirma la necesidad de que la misma fuese informada a la Compañía Aseguradora.

En efecto, es posible observar que la señora ROJAS tenía conocimiento de su estado de salud, pues tal como se lee en el documento anterior, su enfermedad de artritis reumatoide tenía una evolución de 20 años al momento del dictamen y, las enfermedades mentales se derivaron del padecimiento mencionado, sin embargo, no se entiende por qué la señora ROJAS LEIRA no informó a mi representada de sus disminuciones de capacidad laboral. En otras palabras, acontecimientos de esta envergadura son eventos que las personas no olvidan con facilidad y en tal virtud, es incuestionable que debió informarse a la Aseguradora antes del perfeccionamiento de los seguros. De esta manera, es de suma importancia tener en cuenta que, según las reglas de la experiencia, las Compañías de Seguros se abstienen de asegurar, o por lo menos lo hacer en condiciones más onerosas, cuando se está ante potenciales asegurados con un antecedente de semejante envergadura. En consecuencia, en el caso concreto la voluntad de mi representada se vio viciada en su consentimiento, debido a que creyó estar asegurando una persona en óptimas condiciones de salud, cuando realmente aseguró a una persona que se tenía padecimientos de dos décadas atrás. De manera que haber negado la existencia de esta enfermedad constituye un hecho que sin lugar a duda nos ubica en el estadio del artículo 1058 del Código de Comercio y en ese sentido, genera la nulidad de sus aseguramientos.

En virtud de lo anterior, ruego al Despacho tener por cierto el hecho según el cual ***(i)*** la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA ya contaba con una serie de diagnósticos de artritis reumatoide de 20 años de evolución con compromiso poli sistémico, trastorno mixto de ansiedad y depresión gastropatía aguda, gastritis superficial difusa y erosiva y enfermedad por reflujo grado a - gastritis crónica- , con anterioridad al mes de julio de 2021, fecha en la que se perfeccionó su primer contrato de seguros y por ende, también conocidas con anterioridad al mes de diciembre de 2021, fecha en la que se perfeccionó su segundo contrato de seguros, 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. Este último requisito sin perjuicio de que la Corte Constitucional, en sentencia de constitucionalidad C-232 de 1997, ha sido clara en explicar que para la configuración de la reticencia no es necesario que las patologías que el asegurado omitió declarar sean la consecuencia directa o indirecta del acaecimiento del evento asegurado. En

otras palabras, para la declaratoria de nulidad del contrato por reticencia basta con que el asegurado haya omitido información que, de haber sido conocida por la compañía aseguradora, hubiera generado que ésta última se abstuviera de celebrar el contrato, o que hubiera inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Es decir, es de gran importancia que se tenga en cuenta que, para la configuración de la reticencia consagrada en el artículo 1058 del C.Co., no es necesario que los riesgos, enfermedades o patologías que el Asegurado omitió informar, sean la causa de la muerte, o de la incapacidad total y permanente del mismo. En efecto, la Corte Constitucional, en la sentencia de constitucionalidad que se ha venido mencionando (C232 de 1997), fue completamente clara al exponer lo siguiente:

> "*Séptima. - Las nulidades relativas del artículo 1058 del Código de Comercio renuevan un equilibrio roto.*
>
> *En efecto, cuando, a pesar de la infidelidad del tomador a su deber de declarar sinceramente todas las circunstancias relevantes que constituyen el estado del riesgo, de buena fe se le ha expedido una póliza de seguro, la obligación asegurativa está fundada en el error y, por tanto, es justo que, tarde o temprano, por intermedio de la rescisión, anulabilidad o nulidad relativa, salga del ámbito jurídico.*
>
> ***Esto, con prescindencia de extemporáneas consideraciones sobre la necesidad de que la reticencia o inexactitud tenga relación de causalidad con el siniestro que haya podido sobrevenir, justamente porque lo que se pretende es restablecer o tutelar un equilibrio contractual roto ab initio, en el momento de celebrar el contrato de seguro, y no al acaecer el siniestro. La relación causal que importa y que, para estos efectos, debe existir, no es, como sostienen los demandantes, la que enlaza la circunstancia riesgosa omitida o alterada con la génesis del siniestro, sino la que ata el error o el dolo con el consentimiento del asegurador**. En este sentido, el profesor Ossa escribió: "Debe, por tanto, existir una relación causal entre el vicio de la declaración (llámese inexactitud o reticencia) y el consentimiento del asegurador, cuyo error al celebrar el contrato o al celebrarlo en determinadas condiciones sólo ha podido explicarse por la deformación del estado del riesgo imputable a la infidelidad del tomador. Ello no significa, en ningún caso, como algunos lo han pretendido, que la sanción sólo sea viable jurídicamente en la medida en que el hecho o circunstancia falseados, omitidos o encubiertos se identifiquen como causas determinantes del*

> *siniestro. Que, ocurrido o no, proveniente de una u otra causa, de una magnitud u otra, es irrelevante desde el punto de vista de la formación del contrato." (J. Efrén Ossa G., ob. cit. Teoría General del Seguro - El Contrato, pág. 336).*" (Subrayado y negrilla fuera del texto original)

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

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, debemos recapitular algunas de las preguntas de las declaraciones de asegurabilidad, con el propósito de evidenciar que ésta claramente incluye varias de las enfermedades y antecedentes anteriormente referidos, y que por supuesto la asegurada 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.

- Formulario suscrito el 27 de julio de 2021.

> *¿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?* *(NO)*
>
> *¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase?* *(NO)*
>
> *¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?* ***(NO)***
>
> ***¿Sufre alguna incapacidad física o mental?*** *(NO)*
>
> ***¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente?*** ***(NO)***

- Formulario suscrito el 17 de Diciembre de 2021.

> *¿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? *(SI)*

¿Presenta o ha presentado cáncer o tumores de cualquier clase? *(NO)*

¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? *(SI)*

¿Sufre alguna incapacidad física o mental? *(NO)*

¿Sufre o ha sufrido cualquier problema de salud no contemplado anteriormente? *(NO)*

En esta solicitud de asegurabilidad, la hoy demandante solamente declara sufrir de hipertensión, cuando a la fecha, era evidente que ya conocía todos los problemas de salud que padecía.

De las preguntas expuestas se evidencia indefectiblemente: (i) que a pesar de la asegurada había sido diagnosticado con artritis reumatoide de 20 años de evolución con compromiso poli sistémico, trastorno mixto de ansiedad y depresión gastropatía aguda, gastritis superficial difusa y erosiva y enfermedad por reflujo grado a - gastritis crónica-, faltó a la verdad al contestar negativamente las preguntas que indagaban sobre el padecimiento de discapacidades físicas o mentales y por sufrir de cualquier problema de salud no contemplado en el cuestionario:

Declaración de Asegurabilidad (Datos Sensibles)

Estatura 156 cms	Peso 50 kg. Kg		Si	No
¿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, disfonia, discopatia?				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:				

Documento: Solicitud/certificado individual seguro de fecha 27 de julio de 2021.

Estatura 1.60 cms	Peso 68 Kg		Si	No
¿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, disfonia, discopatia?			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:				
Hipertensión hace 2 años.				

Documento: Solicitud/certificado individual seguro de fecha 17 de diciembre de 2021.

En resumen, la señora ROJAS LEIRA fue reticente en virtud de que no declaró sinceramente el estado del riesgo con anterioridad a sus inclusiones en el contrato de seguro. Como se explicó, la anterior omisión cobra fundamental importancia, debido a que las enfermedades que la Accionante negó en el momento de perfeccionar sus seguros, fueron la causa de su pérdida de capacidad laboral. En otras palabras, es claro que, si mi representada hubiera conocido de las Pérdidas de Capacidad Laboral Previas y las enfermedades que padecía el demandante con anterioridad al perfeccionamiento de sus aseguramientos, evidentemente la hubieren retraído de celebrar los mismos, o por lo menos, la hubiere inducido a pactar condiciones mucho más onerosas en ellos. En ese sentido, basta con evidenciar las consecuencias actuales de salud, esto es, la pérdida de capacidad laboral en tan alto porcentaje, 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 las vinculaciones al contrato de seguro en virtud de la configuración del fenómeno jurídico de la reticencia.

En conclusión, en el presente caso debe darse aplicación al artículo 1058 del Código de Comercio el cual consagra la nulidad del contrato de seguro como consecuencia de la reticencia de la asegurada. El aseguramiento de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA debe declararse nulo, debido a que aquella negó todas sus antecedentes de salud durante la etapa precontractual al perfeccionamiento del seguro no declarando sinceramente el estado del riesgo, pues lo cierto es que de esa manera vició el consentimiento del asegurador quien creyó estar asegurando a una persona en óptimas condiciones cuando no era así, de tal suerte que de haber conocido los antecedentes médicos de la señora ROJAS la aseguradora se habría retraído de suscribir el contrato o incluso había pactado condiciones más onerosas, por ello, no cabe duda que se configura la nulidad del aseguramiento y no podrá imponerse obligación alguna a cargo de mi representada.

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

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

Es desacertado jurídicamente afirmar que, en materia especifica 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, desconociendo el principio de buena fe que recae en cabeza de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA para el momento de la suscripción del contrato de seguro, en cumplimiento de sus deberes como consumidor financiero. Tal y como se expondrá a continuación, no solo no existe una obligación legal de esta naturaleza, sino que, por el contrario, existen normas imperativas de orden público que expresamente establecen que no es una obligación de las aseguradoras la práctica y/o exigencia de este tipo de exámenes.

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

En este orden de ideas, se debe iniciar abordando lo que establece la norma principal que regula la materia en cuestión. El artículo 1158 del Código de Comercio señala que el asegurado debe cumplir con la carga de 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 Código de Comercio indica lo siguiente:

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

El citado artículo demuestra que es facultad de las aseguradoras la realización de exámenes médicos a sus clientes para verificar que la información otorgada por los mismos en la declaración de asegurabilidad es veraz, pues esta carga precontractual a cargo del tomador tiene estrecha relación con el principio de la bona fidei, la razón de esto es que, en el contrato de seguros la compañía aseguradora no puede asumir los riesgos sin conocer el grado de peligrosidad que estos encierran, y la única fuente de conocimiento del estado del riesgo que el asegurador tiene es precisamente, la información que otorga el tomador, ya que se presupone que él tiene contacto directo con el mismo.

En otras palabras, la norma es muy clara al (i) deprecar la obligación en cabeza de las aseguradoras de la exigencia de examen médico y (ii) establecer que así no se practique un examen médico, de igual forma, estas compañías tienen la facultad de alegar la nulidad del contrato con base en el fenómeno de la reticencia regulado principalmente por el artículo 1058 del Código de Comercio.

Por su parte, la Corte Constitucional en Sentencia T-058 del 12 de junio de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez, se refirió 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 jurídico.

Precisamente, entre otros momentos, dicha buena fe se manifiesta cuando el asegurado declara el estado del riesgo que solo el 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 fundamentales. 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 conocer."[9]

De modo similar, la misma Corte Constitucional en otra sentencia expuso como las compañías aseguradoras no se encuentran en la obligación de realizar ningún tipo de examen de ingreso ante la obligación en cabeza del tomador de declarar de manera sincera su estado de salud previo y actual para la suscripción del contrato de seguro, así:

"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*

[9] Corte Constitucional, sentencia T-058 del 12 de junio de 2016, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerrero Pérez.

1158 del Código de Comercio, al ser el contrato de seguro un negocio jurídico sustentado en el principio de la máxima buena fe. "[10]

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 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez, en donde estableció lo siguiente:

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

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

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

Ahora bien, no puede pasarse por alto que, tratándose de seguros colectivos de vida, en los que se contrata por cuenta de un tercero determinado o determinable, la obligación de declarar el «estado del riesgo» la tiene el asegurado, de conformidad con el artículo 1039 del Código de Comercio, puesto que es el quien sabe sobre las afecciones o la inexistencia de ellas al momento de adquirirlo."[11]

[10] Corte Constitucional, Sentencia T-660 del 30 de 2017, Magistrado Ponente Luis Guillermo Guerreo Pérez. 14 Radicado: 05001-31-03-003-2008-00034-01
[11] Corte Suprema de Justicia, sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez.

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 la ausencia de esta carga en cabeza de las compañías aseguradoras:

> *"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]

En esa misma línea, 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 buena fe, vincula por igual al tomador y al asegurador. Sin embargo, la carga de la información precontractual corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio. En otras palabras, es el tomador del contrato quien tiene la obligación de informar acerca del estado del riesgo y no la aseguradora quien tiene la obligación de verificarlo.

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

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

clásicas del seguro: la de ser un contrato de ubérrima buena fe. Aseverar que el contrato de seguro es uberrimae bona fidei contractus, significa sostener que en él no bastan simplemente la diligencia, el decoro y la honestidad comúnmente requeridos en todos los contratos, sino que exige que estas conductas se manifiesten con la máxima calidad, esto es, llevadas al extremo. La necesidad de que el contrato de seguro se celebre con esta buena fe calificada, vincula por igual al tomador y al asegurador. ***Sin embargo, la Corporación centra su interés en la carga de información precontractual que corresponde al tomador, pues es en relación con esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio***"[13].(Subrayado y negrilla fuera de texto original).

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en sentencia del 4 de abril de 2017 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por el señor Arturo Díaz Murillo expediente No. 2016-0318 en relación con la realización de exámenes médicos por parte de las aseguradoras manifestó lo que a continuación se transcribe:

"Así las cosas, ***no estaba llamada la aseguradora a realizar exámenes médicos o requerir la Historia clínica del asegurado para verificar una enfermedad o condición que al momento de diligencia la solicitud sin salvedad manifestó la asegurada no padecer o ratificar un estado del riesgo que fue declarado*** *bajo el supuesto ubérrima bona fidei".*[14]

Asimismo, la Superintendencia Financiera de Colombia, Delegatura para Funciones Jurisdiccionales en sentencia del 26 de Octubre de 2016 proferida dentro de la Acción de Protección al Consumidor Financiero promovida por la señora Carmela Sofia Orozco contra el Banco Caja Social, expediente No. 2016-0367, se ha reconocido:

"A la luz de las normas y el precedente judicial citado aunado al análisis del acervo probatorio se tiene que ***la omisión de la información sobre el estado de salud tiene gran injerencia en el contrato de seguro cuyo cumplimiento persigue****, y es que se aseveró por la actora que su esposo había informado a la entidad aseguradora las enfermedades que padecía,* ***por el contrario de la solicitud denominada certificado individual, se extrae que el demandante suscribió el documento sin reparo alguno en su contenido, por lo que avaló con su firma las manifestaciones allí contenidas****, esto es, que su estado de salud era bueno, pesé que las historias clínicas allegadas al plenario desmentían tal afirmación.*

[13] Corte Constitucional, sentencia C-232 de 1997.
[14] Superintendencia Financiera de Colombia Delegatura para Funciones Jurisdiccionales, sentencia del 4 de abril de 2017

Se tiene que el demandante diligencia la declaración de asegurabilidad con el fin de ser incluido en la póliza de vida grupo deudores, luego al momento de adquirir el crédito fue indagado sobre su estado de salud, y manifestó gozar de un buen estado de salud, sobre el particular, debe señalarse que previo a suscribirse el contrato de seguro, el tomador está en la obligación de declarar los hechos y circunstancias que rodean su estado del riesgo con el fin de que se pueda dar a conocer su extensión y otorgar un consentimiento que no se encuentre errado: con motivo de la declaración en cita ***se le permite a la aseguradora valorar oportunamente la conveniencia del riesgo para asumirlo o abstenerse de hacerlo de acuerdo con los presupuestos técnicos, jurídicos y financieros que gobiernan la materia en virtud de la libertad contractual, así las cosas en la órbita del contrato de seguro de vida existen circunstancias jurídicas que identifican el riesgo moral y subjetivo y el físico objetivo que inciden en el juicio del asegurador de tal manera que si se omiten o no corresponden a la realidad el contrato estaría sujeto a la ascensión legal de nulidad****.»*[15] (Subrayado y negrilla fuera de texto original).

Por lo anterior, no es admisible que los operadores judiciales y el extremo activo pretendan que, por cada contrato de seguro se realice un examen médico, pues es impensable y poco práctico, debido a que el funcionamiento de los contratos de seguro se perfecciona por prácticas distintas.

Lo anterior en virtud a que, si fuera obligación de las aseguradoras la realización de estos exámenes médicos, se omitiría la suscripción de las declaraciones de asegurabilidad y no tendría fundamento alguno el artículo 1058 del Código de Comercio, que prevé la reticencia como causal relativa del contrato de seguro cuando el asegurado/tomador no declara el verdadero estado del riesgo, en otras palabras, dejaría de ser una obligación contractual para la parte asegurada declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, situación inviable para el presente negocio jurídico, pues la piedra angular de este tipo contractual es la UBERRIMA BUENA FE “BONA FIDES”.

En resumen, para la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia y para la doctrina más reconocida, es claro que en materia de seguros de vida no existe una obligación legal en cabeza de las compañías aseguradoras de practicar exámenes médicos con anterioridad a la perfección del contrato de seguro, so pena, que estas no puedan alegar la nulidad del contrato con base en un evento de reticencia regulado por el artículo 1058 del Código de Comercio. Lo anterior, en vista de que, en línea y aplicación de los principios de ubérrima buena fe y lealtad, es el asegurado el que debe informar del estado del riesgo que busca trasladar, más aún, cuando es este 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.

[15] Superintendencia Financiera de Colombia, Delegatura para Funciones Jurisdiccionales, sentencia del 26 de Octubre de 2016.

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

Resulta fundamental recordar 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. Como se configura en el presente caso ante la omisión a la verdad en la que incurrió la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA al momento de la suscripción de los aseguramientos el 29 de julio de 2021 y 27 de diciembre de 2021.

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 esta medir el verdadero estado del riesgo; sea cual haya sido la razón de su proceder, con intención o con culpa; lo cierto es que la consecuencia de su actuar afecta la formación del contrato de seguro, por lo que la ley impone la posibilidad de invalidarlo desde su misma raíz (...)*** *4.3. Es palmario que el legislador quiso arropar la falta de sinceridad del contratante y su obrar contrario a la buena fe, bajo la sanción de la nulidad relativa, con lo cual, en ejercicio de una actividad que le es propia y para la cual se halla facultado, construyó un régimen particular que inclusive alcanza a superar en sus efectos el ordenamiento común de los vicios del consentimiento, frente al que, tal como fue instituido en el citado artículo 1058, no puede el intérprete hacer distingos, observándose que el vicio se genera independientemente de que el siniestro finalmente no se produzca como consecuencia de los hechos significativos, negados u ocultados por quien tomó el seguro*."[16](Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

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

Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez, expuso con claridad que el principio de la ubérrima buena fe es una carga que se encuentra en cabeza del asegurado con mayor intensidad que frente a la aseguradora en cuanto a la declaratoria del estado del riesgo se refiere:

> *"Y la falta de rúbrica en la declaración no quiere decir que se acoja el riesgo sin ella, aceptando «al "asegurado" sin ninguna restricción en cuanto a problemas en su salud», ya que* ***en virtud del principio de la buena fe contractual el «candidato a tomador» asume las consecuencias «adversas frente a las inexactitudes o reticencias en que haya incurrido al momento de hacer su declaración, aun cuando se haya sujetado a un cuestionario respecto del cual ha faltado su firma****».".* [17](Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

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

[17] Corte Suprema de Justicia, en Sentencia del 4 de marzo de 2016, Magistrado Ponente Fernando Giraldo Gutiérrez.

*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 esta que pueden surgir las nulidades relativas contempladas en el Código de Comercio**."*[18] (Subrayado y negrilla fuera del texto original).

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

En conclusión, no es un requisito legalmente exigido, para la declaratoria de nulidad del contrato de seguro como consecuencia de un evento de reticencia del asegurado, que la compañía aseguradora pruebe la mala fe de este último. Tal y como lo han fijado las providencias más actuales en el tema y la providencia que estudió a fondo la constitucionalidad del artículo 1058 del C.Co., basta con que la compañía aseguradora acredite que ***(i)*** el asegurado, la señora ROJAS LEIRA 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 por parte de BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A., la aseguradora se hubiere retraído de celebrar el mismo, o hubiere inducido a pactar condiciones más onerosas, para que dicho contrato sea declarado nulo por el juez competente.

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

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

En concordancia con todo lo anteriormente expuesto en lo que a la reticencia se refiere, es esencial que se 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, como el que ha acaecido con la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA, la aseguradora tiene la facultad de retener la totalidad de las primas a título de pena. La norma establece:

[18] Corte Constitucional de Colombia, en sentencia C-232 de 1997.

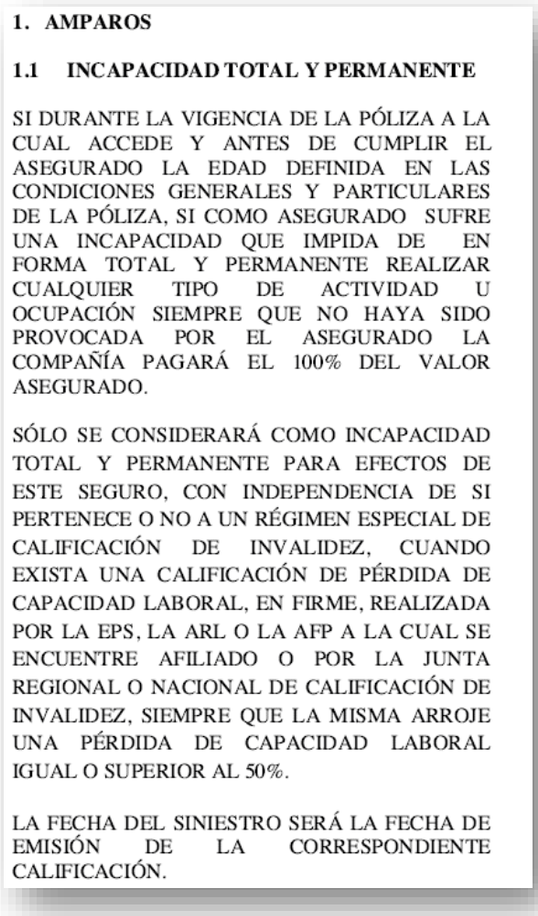
> ***ARTÍCULO 1059. RETENCIÓN DE LA PRIMA A TÍTULO DE PENA.*** *Rescindido el contrato en los términos del artículo anterior, el asegurador tendrá derecho a retener la totalidad de la prima a título de pena.*

En conclusión, dado que la señora ROJAS LEIRA fue reticente debido a que en el momento del perfeccionamiento de su seguro omitió declarar sinceramente su estado del riesgo y faltó a la verdad al omitir informar a la Compañía Aseguradora de sus padecimientos de salud, presentes y pasados, que definitivamente incidieron, alteraron y agravaron el riesgo asegurado, y que de hecho, fueron indispensables para la calificación de su disminución de capacidad laboral, de acuerdo con el documento denominado "*Notificación y ejecutoria de calificación por perdida de capacidad laboral*", emitida por la entidad UT RED INTEGRADA FOSCAL-CLUB, y que, 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. **APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE LOS CONTRATOS DE SEGURO MATERIALIZADOS EN LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 02 262 0000074978 y 02 261 0000105100.**

En la presente excepción se indica que debe darse estricta aplicabilidad a las condiciones del contrato de seguro y en ese sentido, deberá tenerse en cuenta que el riesgo amparado por la Compañía Aseguradora es el delimitado en las Pólizas de Seguro Vida Grupo Deudores No. 02 262 0000074978 y 02 261 0000105100, con sus condiciones explicitas. En ese sentido deberá entonces atenderse cabalmente a lo establecido en ella. Para el efecto, encontramos que el riesgo amparado en el contrato de seguro respecto de la invalidez es el siguiente:



1. AMPAROS

1.1 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

SI DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA A LA CUAL ACCEDE Y ANTES DE CUMPLIR EL ASEGURADO LA EDAD DEFINIDA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA, SI COMO ASEGURADO SUFRE UNA INCAPACIDAD QUE IMPIDA DE EN FORMA TOTAL Y PERMANENTE REALIZAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD U OCUPACIÓN SIEMPRE QUE NO HAYA SIDO PROVOCADA POR EL ASEGURADO LA COMPAÑÍA PAGARÁ EL 100% DEL VALOR ASEGURADO.

SÓLO SE CONSIDERARÁ COMO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EFECTOS DE ESTE SEGURO, CON INDEPENDENCIA DE SI PERTENECE O NO A UN RÉGIMEN ESPECIAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, CUANDO EXISTA UNA CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL, EN FIRME, REALIZADA POR LA EPS, LA ARL O LA AFP A LA CUAL SE ENCUENTRE AFILIADO O POR LA JUNTA REGIONAL O NACIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ, SIEMPRE QUE LA MISMA ARROJE UNA PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL IGUAL O SUPERIOR AL 50%.

LA FECHA DEL SINIESTRO SERÁ LA FECHA DE EMISIÓN DE LA CORRESPONDIENTE CALIFICACIÓN.

En virtud de lo anterior, el honorable despacho deberá tener en cuenta el riesgo amparado por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. y dar estricta aplicabilidad a las condiciones del amparo respecto de la obligación del asegurado de probar que sufrió una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50% que impide en forma total y permanente realizar cualquier tipo de actividad, siempre y cuando haya sido calificado por uno de los entes mencionados en la transcripción anterior. En ese sentido debe decirse que para la resolución de este caso el despacho deberá atender cabalmente a lo expresado por la cláusula precitada que hace parte del Contrato de Seguro.

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

Sin perjuicio de las excepciones formuladas anteriormente, es importante tener en cuenta que el Código de Comercio consagra un régimen especial de prescripción en materia de seguros y en su artículo 1081 establece previsiones no sólo en relación con el tiempo que debe transcurrir para que se produzca el fenómeno extintivo, sino también respecto del momento en que el período debe empezar a contarse. Por lo anterior si se comprueba que desde la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral hasta la fecha de radicación de la demanda transcurrió más de dos años deberá declararse probada la excepción de prescripción de conformidad con la norma comercial.

Establece el artículo 1081 respecto de la prescripción ordinaria de las acciones, lo siguiente:

> ***ARTÍCULO 1081.PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES.*** *La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro o de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.*
>
> *La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.*
>
> *La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.*
>
> *Estos términos no pueden ser modificados por las partes.*

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

> *"(...) En este orden de ideas, resulta claro que el legislador colombiano del año 1971, siguiendo un criterio ciertamente diferente al establecido por la legislación civil nacional y buena parte de la comparada –en general-, prohijó para el contrato de seguro dos tipos de prescripción divergentes: la ordinaria y la extraordinaria (...)*
>
> *La primera, según se acotó en líneas anteriores, de estirpe subjetiva, y la segunda, de naturaleza típicamente objetiva, calidades estas que se reflejan, de una parte, en los destinatarios de la figura sub examine: determinadas personas –excluidos los incapaces- y "toda clase de personas" –incluidos estos-, respectivamente, y, de la otra, en el venero prescriptivo.*
>
> *Es así, se reitera, cómo en punto tocante al inicio del referido decurso, se tiene establecido que la* ***ordinaria correrá desde que se haya producido el conocimiento real o presunto del hecho que da base a la acción (el siniestro, el impago de la prima, el incumplimiento de la garantía,*** *(...), al paso que la extraordinaria, justamente por ser objetiva, correrá sin consideración alguna el precitado conocimiento. De allí que, expirado el lustro, indefectiblemente, irrumpirán los efectos extintivos o letales inherentes a la prescripción en comento."*

En ese sentido, debe tenerse en cuenta que en caso de acreditarse en el transcurso del proceso que la demanda se interpuso en un tiempo mayor a los dos años contados a partir de la ocurrencia del hecho que da base a la acción esto es de la emisión del dictamen de pérdida de capacidad laboral, no existiría duda alguna que ha operado el fenómeno de la prescripción de las acciones derivadas del contrato de seguro que se encuentran en cabeza de la parte actora en los términos del artículo 1081 del Código de Comercio.

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

8. **GENÉRICA O INNOMINADA Y OTRAS.**

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

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

EXCEPCIONES DE MÉRITO SUBSIDIARIAS

1. **EN CUALQUIER CASO, DE NINGUNA FORMA SE PODRÁ EXCEDER EL MÁXIMO DEL VALOR ASEGURADO EN LAS PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES No. 02 262 0000074978 y 02 261 0000105100**

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el Honorable Despacho considere que la aseguradora BBVA Seguros de Vida Colombia S.A., sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, 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.

2. **EN CUALQUIER CASO, LA OBLIGACIÓN DE LA COMPAÑÍA NO PUEDE EXCEDER EL SALDO INSOLUTO DE LA OBLIGACIÓN.**

Subsidiariamente a las excepciones principales, sin perjuicio de los fundamentos expuestos a lo largo de la contestación y sin que esta mención constituya aceptación de responsabilidad alguna por parte de mi representada, en el evento que el honorable Despacho considere que la Aseguradora sí tiene la obligación de pagar la indemnización al beneficiario, esto es, a la entidad Bancaria. Es indispensable que el reconocimiento de responsabilidad se circunscriba únicamente al saldo insoluto de la obligación a fecha del presunto siniestro.

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

3. **EL ÚNICO BENEFICIARIO DE LA PÓLIZA DE SEGURO VIDA GRUPO DEUDORES ES EL BANCO BBVA.**

En este punto es preciso resaltarle al despacho que en el ámbito de aplicación de las pólizas de seguro de vida grupo deudores, los únicos beneficiarios son las entidades bancarias. Lo anterior, dado que el patrimonio de estas es el que se encuentra expuesto a las contingencias derivadas del estado de salud de la persona que toma un crédito, y que consecuentemente, ostenta la naturaleza de asegurada en la póliza. Al respecto, la Honorable Superintendencia Financiera de Colombia ha dicho lo siguiente:

> *"(…) Al respecto, es del caso destacar la necesidad de que las instituciones financieras cuenten con seguridades en sus operaciones de crédito, que a su vez, cubran el riesgo que representa la posible insolvencia de sus deudores y les permitan, en un momento dado, resolver las obligaciones a su favor y procurar el reembolso de los fondos colocados para el desarrollo de sus actividades. En efecto, atendiendo el carácter de interés público de su actividad, les corresponde a las instituciones evaluar los factores de exposición al riesgo inherentes a tales operaciones e implementar mecanismos para asegurar la restitución de los recursos colocados minimizando así el impacto que podría provocar el advenimiento de una situación de insolvencia del deudor."*
>
> *En la práctica es ese el propósito que persiguen los establecimientos de crédito al condicionar el desembolso de los dineros solicitados en préstamo, a la constitución de garantías y seguros adicionales que les garanticen la recuperación de los recursos entregados en mutuo.*[19] *(…)*

Como se observa, las pólizas de seguro de vida grupo deudores están estructuradas bajo la finalidad de proteger las operaciones activas de crédito. Es por esta razón, que el único beneficiario

[19] Superintendencia Financiera, Concepto 2014105076-001 del 23 de diciembre de 2014

de cualquier tipo de indemnización únicamente puede ser la entidad bancaria que otorgó el crédito. Lo anterior se corrobora con lo dicho por la Corte Constitucional que expresó lo siguiente:

> *"(…) El Contrato de Seguro de Vida Grupo Deudores es una modalidad por medio de la cual quien funge como tomador puede adquirir una póliza individual o de grupo, para que la aseguradora, a cambio de una prima que cubra el riesgo de muerte o incapacidad del deudor y, en caso de que se configure el siniestro, pague al acreedor hasta el valor del crédito. Cuando se trata de una, póliza colectiva o de grupo, bastará que el acreedor informe a la aseguradora sobre la inclusión del deudor, dentro de los asegurados autorizados, para que se expida a su favor el respectivo certificado de asegurabilidad. Si se trata de una póliza individual la relación estará gobernada por las condiciones particulares convenidas entre las partes, esto es, entre el acreedor y la aseguradora.[20] (…)"*

Así las cosas, en todo tipo de pólizas de vida grupo deudores, en caso de que exista una obligación indemnizatoria en cabeza de la aseguradora, la misma solo podrá ser recibida por la entidad financiera a quien se le debe el crédito y funge como única beneficiaria en la póliza de seguro. Ahora bien, de cara al caso que nos ocupa, es preciso indicar que los contratos de seguro se asocian a las obligaciones crediticias ** 9624857231 y ** 9623341781. En tal virtud, debe tener en cuenta que se pactó que el único beneficiario de la póliza era el Banco BBVA. Razón por la cual, cualquier tipo de indemnización deberá ser en favor de la entidad financiera, dado que es la única legal y contractualmente asignada en calidad de beneficiaria.

Por todo lo anterior, el Despacho debe tener en cuenta que el único beneficiario de la indemnización es el Banco BBVA, dado que así se pactó en la póliza de seguro al determinarlo como beneficiario, y, por lo tanto, el único que cuenta con un interés legítimo para reclamar cualquier tipo de indemnización por parte de mí representada. Situación que debe ser tenida en consideración, por lo que consecuentemente, el Despacho no tendrá otra salida que ante una eventual condena en contra de mí procurada, reconocer que la indemnización únicamente puede ser recibida por la entidad bancaria, en la medida que es esta quien figura como beneficiaria en la póliza de seguro.

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

PRUEBAS

Solicito respetuosamente se decreten como pruebas las siguientes:

[20] Corte Constitucional, Sentencia T-251/17

1. DOCUMENTALES

1.1. Copia de la Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora MARY LUS ROJAS LEIRA el día 29 de julio de 2021.

1.2. Copia de la Declaración de asegurabilidad suscrita por la señora MARY LUS ROJAS LEIRA el día 17 de diciembre de 2021.

1.3. Clausulado de las pólizas de seguros de vida grupo deudores.

1.4. Comunicación de objeción emitida por BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A. el 09 de julio de 2022.

1.5. Derecho de petición elevado a la entidad UT RED INTEGRADA FOSCAL-CLUB.

1.6. Derecho de petición elevado al FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO.

2. INTERROGATORIO DE PARTE

2.1. Comedidamente solicito se cite para que absuelva interrogatorio de parte a la señora **MARY LUZ ROJAS LEIRA**, en su calidad de Demandante, a fin de que conteste el cuestionario 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. La señora **MARY LUZ ROJAS LEIRA** podrá ser citado en la dirección de notificación relacionada en la demanda.

3. DECLARACIÓN DE PARTE

Al tenor de lo preceptuado en el Art. 198 del Código General del Proceso, respetuosamente solicito ordenar la citación del Representante Legal de **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A** para que sea interrogado por el suscrito, sobre los hechos referidos en la contestación de la demanda y, especialmente, para exponer y aclarar los amparos, exclusiones, términos y condiciones de las Pólizas número 02 262 0000074978 y 02 261 0000105100.

4. TESTIMONIALES

4.1. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **KATHERINE CÁRDENAS**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie cómo hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la paliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, puesto que puede ilustrar al Despacho como habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA, así como la relevancia o no de las prexistencias medicas no declaradas por el Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

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

4.2. Sírvase citar y hacer comparecer a la Doctora **JULIE ALEXANDRA TRIANA BLANCO**, miembro del equipo Técnico de Suscripción de Bancaseguros de la Compañía Aseguradora, para que teniendo en cuenta su experiencia, evidencie como hubiera procedido la Compañía en caso de tener pleno conocimiento acerca del estado de salud real de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA. Este testimonio se solicita igualmente para que deponga sobre las condiciones particulares y generales de la paliza, el fenómeno de la reticencia y en general, sobre las excepciones propuestas frente a la demanda.

Este testimonio es conducente, pertinente y útil, puesto que puede ilustrar al Despacho como habría procedido mi procurada, en relación con la póliza que atañe a este caso, de haber tenido conocimiento acerca de las patologías de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA, así como la relevancia o no de las prexistencias medicas no declaradas por el Asegurado de cara al contrato de seguro comentado en este litigio.

La testigo podrá ser ubicado en la Carrera 9 No. 72-21 piso 8 de la ciudad de Bogotá y en el correo electrónico juliealexandra.triana@bbva.com o al teléfono 6013471600.

5. EXHIBICIÓN DE DOCUMENTOS

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

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA identificado con cédula de ciudadanía No. 60.298.714, desde el año 2000 hasta el año 2024.
- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral de fecha 30 de abril de 2022 de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA identificada con cédula de ciudadanía No. 60.298.714 emitido por U.T RED INTEGRA FOSCAL-CLUB.
- Informe la fecha en que la señora ROJAS LEIRA inició los trámites de calificación.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías que de la señora ROJAS LEIRA sufrió en años anteriores y al momento de suscribir las solicitudes de inclusión dentro las Pólizas Vida Grupo Deudores; y así mostrar la reticencia con que el Accionante declaró su estado de asegurabilidad. Tal situación reviste suma importancia, dado que la parte actora aportó documentos ininteligibles como prueba en su escrito de demanda y por derechos de petición no fue posible la obtención de estos.

5.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene a la entidad **UT RED INTEGRADA FOSCAL-CLUB** exhibir en la oportunidad procesal pertinente, certificación donde conste si aquella calificó la disminución de capacidad laboral de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA, identificada con cédula de ciudadanía No.60.298.714, en que a su vez conste los motivos de calificación y por quien fue solicitada. Además, que exhiba el Dictamen de disminución de Capacidad Laboral emitido respecto de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA, así como toda la documentación que de la mencionada demandante repose en dicha entidad, incluyendo la historia clínica, el acuse de recibido o firma de notificación del documento denominado "*Notificación y ejecutoria de calificación por perdida de capacidad laboral.*", El dictamen de pérdida de capacidad laboral expedido por la entidad **UT RED INTEGRADA FOSCAL-CLUB** se encuentra en poder de la mencionada entidad, quien se encargó de calificar las afectaciones de salud de la señora **ROJAS LEIRA** y por ende quien puede suministrar la documentación solicitada.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar si la señora ya tenía calificaciones previas y, las enfermedades que fueron valoradas antes del aseguramiento y de las cuales la señora MARY LUZ ROJAS ya tenía conocimiento.

La **UT RED INTEGRADA FOSCAL-CLUB** puede ser notificada en la Carrera 27 # 37 – 33 Edificio Green Gold, oficina 512, Bucaramanga o al correo electrónico info@utredintegradafoscal-cub.com.

5.3. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se ordene al **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, exhibir en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica de la

Historia Clínica de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA correspondiente al periodo que va desde el año 2000 hasta el año 2024, así como también se solicita que se ordene informar y certificar cual es la situación laboral actual de la demandante, si se encuentra vinculada activamente en labores o se encuentra retirada y en ese sentido, que informe la fecha de vinculación o retiro, conforme sea el caso. La Historia Clínica e información solicitada se encuentra en poder de la mencionada entidad, como quiera que fuera la encargada de administrar las prestaciones sociales de las personas vinculadas al magisterio

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías y antecedentes de la demandante al momento de suscribir sus certificados individuales de seguro, así como demostrar la reticencia con que declaró su estado de asegurabilidad y, además conocer la situación laboral actual de la señora MARY LUZ ROJAS.

El **FONDO DE PRESTASIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** puede ser notificado en la Calle 72 # 10-03 Local 1-14 de la ciudad de Bogotá D.C. y al correo electrónico notificacionesjudiciales@fiduprevisora.com.co.

6. PRUEBA POR OFICIOS

6.1. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie al **UT RED INTEGRADA FOSCAL-CLUB**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA identificada con cédula de ciudadanía No. 60.298.714, desde el año 2000 hasta el año 2024.
- Copia íntegra del dictamen de pérdida de capacidad laboral de fecha 30 de abril de 2021 de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA identificada con cédula de ciudadanía No. 60.298.714.
- Informe la fecha en que la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA inició los trámites de calificación.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que fue la encargada de realizar el dictamen de pérdida de capacidad laboral de la señora ROJAS LEIRA, tal como se puede observar en los documentos arrimados al proceso por la parte Actora. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar si existen dictámenes de PCL previos y las patologías y antecedentes que la señora MARY LUS ROJAS sufrió en años anteriores y al momento de suscribir sus certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad.

La **UT RED INTEGRADA FOSCAL-CLUB** puede ser notificada en la Carrera 27 # 37 – 33 Edificio Green Gold, oficina 512, Bucaramanga o al correo electrónico info@utredintegradafoscal-cub.com.

6.2. De conformidad con lo dispuesto en los artículos 265 y siguientes del C.G.P., comedidamente ruego se oficie al **FONDO DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO**, para que, con destino al presente proceso, remita en la oportunidad procesal pertinente, copia íntegra y auténtica los siguientes documentos:

- Copia íntegra de la Historia Clínica de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA identificado con cédula de ciudadanía No. 60.298.714, desde el año 2000 hasta el año 2024.
- Informe y certifique la situación laboral actual de la señora MARY LUZ ROJAS LEIRA, si se encuentra vinculada en labores activa o retirada de estas y desde que fecha.

Vale la pena agregar, que los documentos solicitados se encuentran en poder la referida entidad, dado que fue la encargada de realizar las atenciones médicas de la señora ROJAS LEIRA, tal como se puede observar en los documentos arrimados al proceso por la parte Actora. Esta solicitud se formula teniendo en cuenta que no fue posible obtener esta información por vía del Derecho de Petición que fue efectivamente radicado ante la mencionada entidad en cumplimiento de lo ordenado por el numeral 10 del artículo 78 del C.G.P.

El propósito de la exhibición de estos documentos es evidenciar las patologías previas y antecedentes que la señora ROJAS LEIRA sufrió en años anteriores y al momento de suscribir sus certificados individuales de seguro; y así mostrar la reticencia con la que declaró su estado de asegurabilidad.

El **FONDO DE PRESTASIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** puede ser notificado en la Calle 72 # 10-03 Local 1-14 de la ciudad de Bogotá D.C. y al correo electrónico notificacionesjudiciales@fiduprevisora.com.co.

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

Anuncio respetuosamente que me valdré de una prueba pericial médica con énfasis en tarifación 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 de la señora MARY LUZ ROJAS 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 la señora MARY LUZ ROJAS 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 C.Co son indispensables para anular el contrato de seguro materia del presente litigio. Especialmente, se hará énfasis en acreditar, con el cumplimiento total de los requisitos jurisprudenciales, la reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas en el mismo.

Por otro lado, de conformidad con el artículo 227 del C.G.P que dispone: "*Cuando el término previsto sea insuficiente para aportar el dictamen, la parte interesada podrá anunciarlo en el escrito respectivo y deberá aportarlo dentro del término que el juez conceda, que en ningún caso podrá ser inferior a diez (10) días".* Comedidamente se le solicita a la Superintendencia Financiera de Colombia un término no inferior a un mes para aportar la experticia al proceso. Término que deberá iniciar una vez las entidades oficiadas aporten con destino al presente trámite la Historia Clínica y dictámenes de PCL del Asegurado. Es importante aclarar que los mencionados documentos han 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 las entidades e instituciones prestadoras de salud, 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.

ANEXOS

1. Todas las pruebas documentales relacionadas en el acápite de pruebas.
2. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio.
3. Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Superintendencia Financiera de Colombia.
4. Poder conferido al suscrito.

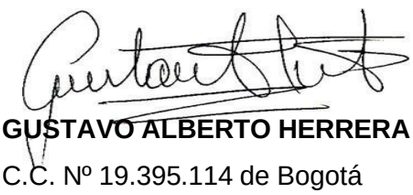
NOTIFICACIONES

El suscrito, en la Avenida 6A bis No. 35N-100, oficina 212 de la ciudad de Cali, Valle del Cauca o en la dirección de correo electrónico notificaciones@gha.com.co

Mi procurada, **BBVA SEGUROS DE VIDA COLOMBIA S.A.,** recibirá notificaciones en la Carrera 7 No. 71-52 torre A piso 12 edificio los Venados, en Bogotá, correo electrónico: judicialesseguros@bbva.com

El Demandante, en las direcciones que relaciona en su libelo.

Del señor Juez, respetuosamente,



GUSTAVO ALBERTO HERRERA ÁVILA
C.C. Nº 19.395.114 de Bogotá
T.P. N° 39.116 del C. S. de la J.